

Ivan Begovac i suradnici

DJEČJA I ADOLESCENTNA PSIHIJARIJA



Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu
Manualia Universitatis studiorum Zagabiensis



Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet

Uvodne tehničke napomene za lakše čitanje i pregledavanje knjige:

- Ovdje se radi o **interaktivnoj knjizi**.
- Knjiga sadrži 81 poglavlje. Pripadajuće tablice i slike u pojedinom poglavlju označene su na način da se prvi broj odnosi na broj poglavlja, a ostali brojevi odnose se na samu tablicu ili sliku u nizu u tom poglavlju. Na početku svakog pojedinog poglavlja nalazi se detaljniji sadržaj tog poglavlja.
- Na početku knjige (uvodna stranica XI) nalazi se **sadržaj cijele knjige**. Klikom na pojedino poglavlje u sadržaju pojavljuje se **oznaka (u obliku ručice)** koja vodi do traženog poglavlja. Isto tako, kod sadržaja pojedinog poglavlja, moguće je kliknuti na pojedine točke potpoglavlja. Nadalje, u cijelom tekstu nalaze se označivači koji se odnose na tablice i slike, a označeni su plavom bojom i/ili su podebljani (boldani). Neke oznake odnose se na slike i tablice u istom poglavlju, a ponekad se odnose i na tablice i slike u drugim poglavljima.
- Na stranici 1099 započinje **kazalo pojmova** te se klikom na broj pojedinog poglavlja (označen zelenom bojom) dolazi na početak poglavlja koje govori o tom pojmu.
- Važno je znati da se klikom na **strelicu u donjem desnom kutu** stranice (🏠) može vratiti (**back funkcija**) na početnu stranicu. Primjerice, nalazite se na stranici 78. Klikom na plavo označenu oznaku „tablice 5.1.“ dolazite na stranu 79, a ako se želite vratiti na stranicu 78, onda kliknete na strelicu u donjem desnom kutu stranice 79. Slično tome, klikom na boldanu i plavom označenu poveznicu „slika 65.2“ knjiga Vas vodi na stranicu 900 gdje se nalazi slika, a klikom na strelicu u donjem desnom kutu vraćate se na stranicu 78.
- Na lijevoj strani PDF-a nalaze se **knjižne oznake (engl. bookmarks)**: cijeli **sadržaj** (oznaka **sadržaj** vodi Vas na **početni sadržaj knjige** od kojeg se uvijek može dalje kretati cijelom knjigom), te veća potpoglavlja, tj. svako pojedino poglavlje na koje se može kliknuti i klikom se vratiti na početak tog poglavlja.
- U PDF-u postoji funkcija **traži (find)** kojom se može tražiti pojedini stručni termin.
- Preporuka je da se prilikom pregleda knjige u PDF-u uključi funkcija prikaza na jednoj stranici.

MANUALIA UNIVERSITATIS STUDIORUM ZAGRABIENSIS
UDŽBENICI SVEUČILIŠTA U ZAGREBU
Ivan Begovac i suradnici / DJEČJA I ADOLESCENTNA PSIHIJARIJA

Ivan Begovac i suradnici / DJEČJA I ADOLESCENTNA PSIHIJARIJA



Izdavač i nakladnik:
Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, 2021.

Autor i glavni urednik:
Prof. dr. sc. Ivan Begovac

Recenzenti:
Prof. dr. sc. Dražen Begić, Zagreb
Doc. dr. sc. Ana Kaštelan, Rijeka
Prof. dr. sc. Vesna Vidović, Zagreb

Lektura:
Tomislav Salopek, prof.

Naslovnicu oblikovala:
Dr. Petra Lederer

Prigodne igranje za naslovnicu izradila:
Ines Begovac

Grafička obrada:
Goran Vlahović

Izdanje je objavljeno uz potporu Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ) i Hrvatskog društva za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju pri HLZ-u.



HLZ-HD
DAPP

ISBN 978-953-6255-82-5



Odlukom Senata Sveučilišta u Zagrebu broj: Klasa: 032/01/20-01/25; ur. broj: 380-061/36-21-5, na sjednici održanoj 29. prosinca 2020. odobreno je korištenje naziva sveučilišni udžbenik (**MANUALIA UNIVERSITATIS STUDIORUM ZAGRABIENSIS**)



Autorska prava: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2021.

Cijeli udžbenik će biti slobodno dostupan pod uvjetima Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 međunarodna licenca (CC BY-NC-ND 4.0). Ova licenca dopušta drugima da preuzimaju knjigu i podijele ih s drugima sve dok vam priznaju, ali je ne mogu ni na koji način promijeniti ili komercijalno koristiti: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>. Svi koautori su se odrekli honorara. Djelo će biti objavljeno u elektronskom obliku, u obliku PDF-a. Djelo će biti pohranjeno u Hrvatskom Arhivu Weba i u repozitoriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i biti će javno dostupno.

Ivan Begovac i suradnici

DJEČJA I ADOLESCENTNA PSIHIJARIJA



Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet

Zagreb, 2021.

Popis autora i suradnika

- **Mia Antić**, dr. med.; specijalizant dječje i adolescentne psihijatrije; *Opća bolnica „Dr Ivo Pedišić“, Sisak*
- Doc. dr. sc. **Goran Arbanas**, dr. med.; specijalist psihijatrije; *Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; Klinika za psihijatriju Vrapče*
- **Marija Bačan**, dr. med.; specijalist psihijatrije; *Dom zdravlja Zagreb- Centar*
- **Irena Bambulović**, diplomirana sestra psihijatrijskog sestinstva; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- Prof. dr. sc. **Nina Barišić**, dr. med.; specijalist pedijatrije; subspecijalist neuropedijatrije; *Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb*
- Izv. prof. dr. sc. **Ivan Begovac**, dr. med.; specijalist psihijatrije, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, KBC Zagreb*
- Prof. dr. sc. **Ernest Bilić**, dr. med.; specijalist pedijatrije; subspecijalist pedijatrijske hemato- onkologije; *Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb*
- **Marina Bježančević**, dr. med.; specijalizant psihijatrije; *Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju; KBC Osijek*
- **Marija Bolfan**, dr. med.; specijalist dječje i adolescentne psihijatrije, *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Jasenka Broz-Frajtag**, prof. logopedije, univ. mag. sanit. publ.; *Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata; KBC Zagreb*
- Izv. prof. dr. sc. **Katarina Dodig- Ćurković**, dr. med.; specijalist psihijatrije, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Medicinski fakultet, Sveučilište u Osijeku; Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju; KBC Osijek*
- Izv. prof. dr. sc. **Mirjana Graovac**, dr. med.; specijalist psihijatrije, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci; Klinika za psihijatriju; KBC Rijeka*
- **Stjepan Greguraš**, dr. med.; specijalizant dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- Doc. dr. sc. **Ana Hladnik**, dr. med., *Katedra za anatomiju i kliničku anatomiju i Hrvatski institut za istraživanje mozga; Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu*
- Izv. prof. dr. sc. **Ivana Hromatko**, prof. psihologije, *Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu*
- Dr. sc. **Trpimir Jakovina**, prof. psihologije; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Ivana Jedvaj- Šumski**, dr. med.; specijalizant dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Iva Jila Mahalec**, profesor engleskog jezika i književnosti, *Osnovna škola Jordanovac, Zagreb*
- Prof. dr. sc. **Nataša Jokić-Begić**, prof. psihologije, *Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu*

- **Hana Karlica**, dr. med.; specijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju; KBC Split*
- **Andela Kovačević**, dr. med.; specijalizant dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju; KBC Split*
- **Izv. prof. dr. sc. Zorana Kušević**, dr. med.; specijalist psihijatrije, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, KBC Zagreb*
- **Snježana Lovrić**, dr. med.; specijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb*
- **Doc. dr. sc. Gordan Majić**, dr. med.; specijalist psihijatrije, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije; znanstveni suradnik; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Ljiljana Marjanović-Cipek**, profesor njemačkog jezika i književnosti i fonetike, *Osnovna škola Jordanovac, Zagreb*
- **Prof. dr. sc. Alma Mihaljević-Peleš**, dr. med.; specijalist psihijatrije; *Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, KBC Zagreb*
- **Veronika Peradinović**, profesor biologije i kemije, *Osnovna škola Jordanovac, Zagreb*
- **Prof. dr. sc. Zdravko Petanjek**, dr. med., *Katedra za anatomiju i kliničku anatomiju i Hrvatski institut za istraživanje mozga; Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu*
- **Mr. sc. Silvana Pleština**, dr. med.; specijalist psihijatrije, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Iva Radoš**, dr. med.; specijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Maja Rogulj**, dr. med.; specijalizant dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju; KBC Split*
- **Lena Santrić**, dr. med.; specijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Dr. sc. Dora Sedmak**, dr. med., znanstveni suradnik; *Katedra za anatomiju i kliničku anatomiju i Hrvatski institut za istraživanje mozga; Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu*
- **Izv. prof. dr. sc. Marina Šagud**, dr. med.; specijalist psihijatar; *Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, KBC Zagreb*
- **Doc. dr. sc. Mara Tripković**, dr. med.; specijalist psihijatrije, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije; *Sveučilište u Dubrovniku; Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Ivana Vukušić**, profesor hrvatskog jezika i književnosti, *Osnovna škola Jordanovac, Zagreb*
- **Veronika Nives Zorić**, dr. med.; specijalizant dječje i adolescentne psihijatrije; *Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu; KBC Zagreb*
- **Doc. dr. sc. Orjena Žaja**, dr. med.; specijalist pedijatar, subspecijalist pedijatrije gastroenterologije, *Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu; Klinika za pedijatriju; KBC Sestre Milosrdnice*

Predgovor, uvod, zahvale

1. U Hrvatskoj **dječja i adolescentna psihijatrija** postoji već više od **sedam desetljeća**, i to zaslugom pionirskog rada **profesorice Maje Beck-Dvoržak** neposredno nakon Drugoga svjetskog rata (već od **godine 1948.** asistentica je na Klinici za živčane i duševne bolesti Medicinskog fakulteta), kao i drugih dječjih psihijatara u cijeloj Hrvatskoj. Ona se, osim kliničkog rada, bavila i nastavom, kao i znanstvenim radom. U hrvatskoj je tradiciji **dječja i adolescentna psihijatrija proistekla iz „odrasle“ psihijatrije, kao i medicinske psihologije ili psihološke medicine i psihoterapije i psihoanalize**, premda je oduvijek imala dodirne točke i s pedijatrijom, kao i s drugim suradnim strukama: psihologijom, pedagogijom, edukacijom-rehabilitacijom, socijalnim radom, sestriinstvom itd. Važna godina u razvoju dječje i adolescentne psihijatrije u Hrvatskoj, osim navedenih početaka, jest i **godina 1974.**, kada **profesorica Maja Beck-Dvoržak i docentica Milica Vlatković-Prpić**, uz druge suradnike, organiziraju poslijediplomski studij iz dječje i adolescentne psihijatrije pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu, koji u kontinuitetu traje sve do danas. Važna je i **godina 1994.**, kada dječja i adolescentna psihijatrija postaje supspecijalizacija psihijatrije, te konačno **godina 2011.**, kada ona u Hrvatskoj postaje samostalna specijalizacija (odvojena od „odrasle“ psihijatrije, odnosno kada nema niti „zajedničkog debla“ sa psihijatrijom). Važan je također izniman napor **profesorice Vlaste Rudan**, koja je **godine 2011.** na Medicinski fakultet u Zagrebu uvela obveznu nastavu iz dječje i adolescentne psihijatrije u integriranom preddiplomskom i diplomskom studiju, uz potporu Katedre, unutar predmeta „Psihijatrija“ (u jednom bloku tri tjedna traje „odrasla“ psihijatrija, uz jedan tjedan dječje i adolescentne psihijatrije), što je jedinstven slučaj u Hrvatskoj pri Medicinskom fakultetu.

Publiciranje udžbenika ili poglavlja u udžbenicima iz područja dječje psihijatrije i psihijatrije i pedijatrije ima u Hrvatskoj dugu tradiciju pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu, što je bilo posljedica kliničkog, nastavnog, znanstvenog i organizacijskog razvoja. Osim Medicinskog fakulteta u Zagrebu, ovdje će se spomenuti i neke druge institucije i fakulteti (v. poslije u tekstu). Ovaj pregled **ne tendira tomu da bude sveobuhvatan**, već će se spomenuti samo najvažnije publikacije. Što se tiče dodirne točke sa **psihijatrijom i pedijatrijom**, za studente medicine i poslijediplomante navest ćemo neke pojedinosti. Prvo udžbeničko poglavlje naslovljeno „**Dječja psihijatrija**“ objavljeno je **godine 1959.**, autorice **prof. Maje Beck-Dvoržak**, u udžbeniku *Psihijatrija* urednika profesora Lopašića, Betlheima i Dogana. Bio je to i prvi udžbenik psihijatrije u Hrvatskoj koji su napisali nastavnici Katedre za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Kao zanimljivost valja spomenuti da su profesorica Beck-Dvoržak i profesor Betlheim u spomenutom udžbeniku uopće prvi u Hrvatskoj opisali psihogenu (mentalnu, histeričku) anoreksiju (danas bismo to nazvali anoreksijom nervozom). **Prof. Maja Beck-Dvoržak** također **godine 1984.** objavljuje poglavlje „Medicinska psihologija djeteta“ u prvom izdanju udžbenika *Pedijatrija*, glavnog urednika **profesora Duška Mardešića (u međuvremenu postoji već osmo, prerađeno izdanje iz godine 2016)**. U udžbeniku *Psihijatrija* iz **godine 1995.** glavnog urednika profesora Vaska Muačevića objavljuje se poglavlje pod nazivom „Dječja i adolescentna psihijatrija“ autora profesora Staniše Nikolića i profesorice Vesne Vidović. U udžbeniku *Psihijatrija* glavnog urednika profesora Ljubomira Hotujca iz **godine 2006.** postoje pojedina poglavlja iz područja dječje psihijatrije koje objavljuju profesorica Vesna Vidović i profesorica Vlasta Rudan. U udžbeniku *Pedijatrijska neurologija* iz **godine 2009.** glavne urednice profesorice **Nine Barišić**, objavljeno je poglavlje „Dječja psihijatrija“ grupe autora: **Vesna Vidović, Ivan Begovac, Gordan Majić, Jarmila Škrinjarić, Marina Grubić, Nina Barišić**. U udžbeniku *Psihijatrija* glavnih urednika profesora Begić, Jukić i Medved, **iz godine 2015.**, postoji poglavlje naslovljeno „Psihički poremećaji dječje i adolescentne

dobi“, autora Ivana Begovca, uz poglavlja „Intelektualne teškoće“ i „Disocijativni i somatoformni poremećaji“, autorice Zorane Kušević, dječje psihijatrice. Što se tiče dodirne točke s **medicinskom psihologijom (psihološkom medicinom) i psihoterapijom**, postoje također važne reference. Pojedini dječji psihijatri (Staniša Nikolić) objavljuju **godine 1975.** pojedina poglavlja u udžbeniku za poslijediplomsku nastavu *Dinamska psihologija i psihoterapija* autora profesora Blažević, Cividini-Stranić, Klain, Nikolić, Bućan. U prvom izdanju *Medicinske psihologije iz godine 1979.*, koji su uredile profesorice Blažević, Cividini-Stranić i Maja Beck-Dvoržak, također postoje pojedina poglavlja iz dječje psihijatrije. U udžbeniku *Osnove medicinske psihologije iz godine 1990.*, glavnih urednika Staniša Nikolić, Eduarda Klain, i Vesne Vidović, također postoje poglavlja iz područja dječje psihijatrije. Udžbenik *Psihološka medicina iz godine 1999.*, glavnog urednika Eduarda Klaina, također obuhvaća poglavlja iz područja dječje psihijatrije, a napisali su ih profesor Staniša Nikolić, profesorica Vesna Vidović, profesorica Vlasta Rudan, dr. Marija Čiček, dr. Zdenka Brumen-Budanko. U udžbeniku *Psihološka medicina iz godine 2011.*, autora Rudolfa Gregureka, također ima dodirnih točaka s dječjom psihijatrijom.

Prekretnicu u objavljivanju u Hrvatskoj čini prof. Staniša Nikolić koji kao glavni urednik objavljuje **samo-stalne udžbenike** iz područja dječje i adolescentne psihijatrije u više samostalnih knjiga, a ovdje spomenimo samo najvažnije: *Psihijatrija dječje i adolescentne dobi – propedeutika iz godine 1991.* te *Mentalni poremećaji u djece i omladine - 1., 2., 3., iz godine 1988., 1990. te 1992.*, i to kao član Katedre za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Prof. Staniša Nikolić, uz dr. Marijanu Marangunić (kao glavni urednici), **godine 2004.** objavljuju **samostalni udžbenik Dječja i adolescentna psihijatrija.** Važno je spomenuti i **samostalni udžbenik Psihopatologija dječje i adolescentne dobi,** iz **godine 2013.**, glavne urednice **profesorice Katarine Dodig-Ćurković,** koji je napisan uz niz autora djelatnika Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, kao i drugih institucija.

Druga pojedina poglavlja drugih institucija iz područja dječje i adolescentne psihijatrije ovdje će biti navedena kronološkim redom. Valja istaknuti poglavlje profesorice Mirjane Graovac „Kliničke manifestacije psihopatologije razvojne i adolescentne dobi“, u udžbeniku *Psihijatrija,* objavljeno **godine 2009.**, Medicinskog fakulteta u Rijeci, glavnih urednica profesorice Frančišković, Moro i suradnika. Važno je istaknuti i poglavlje docenta Tomislava Franića o hitnim stanjima u dječjoj psihijatriji iz **godine 2011.**, u udžbeniku *Hitna stanja u pedijatriji* urednika profesora pedijatra Julija Meštrovića s Medicinskog fakulteta KBC-a Split. Također je potrebno spomenuti i poglavlja „Dječja i adolescentna psihijatrija“ i „Poremećaji duševnog razvoja, ponašanja i osjećaja u djece“, profesorice Katarine Dodig-Ćurković, u udžbeniku *Psihijatrija,* iz **godine 2014.**, Medicinskog fakulteta u Osijeku, glavnog urednika profesora Pave Filakovića i suradnika. Konačno, postoje više drugih poglavlja i udžbenika iz područja psihijatrije, psihoterapije, psihoanalize, medicinske psihologije, zdravstvene psihologije, pedijatrije, psihologije i suradnih struka medicinskih fakulteta u Zagrebu, Rijeci, Osijeku, Splitu, Stomatološkog fakulteta u Zagrebu, Klinike za psihijatriju Vrapče, kao i drugi udžbenici i priručnici drugih institucija, koji također imaju dodirne točke s dječjom psihijatrijom.

2. Kako **definirati dječju i adolescentnu psihijatriju?** Ili kako **definirati tko je to dječji i adolescentni psihijatar?** Kao pisac ovih redaka, nadam se da će čitatelj to shvatiti iščitavajući ovu knjigu, jer ona nije jednostavna. Njemački autori navode da **polje dječje i adolescentne psihijatrije (i psihoterapije) uključuje prepoznavanje, liječenje, prevenciju i (re)habilitaciju kod psihičkih, psihosomatskih, razvojno uvjetovanih i neuroloških bolesti ili poremećaja, kao i kod psihičkih i socijalnih bihevioralnih odstupanja u dojenačkoj dobi, u djece i adolescenata te u mlađih odraslih osoba.** Posebna se pozornost posvećuje obiteljskom i socijalnom okruženju.

Američki autori navode sljedeću **definiciju dječjeg i adolescentnog psihijatra:** liječnik koji je specijaliziran u dijagnostici i liječenju poremećaja mišljenja, osjećanja i/ili ponašanja, a koje se odnose na djecu, adolescente i njihove roditelje. Dječji i adolescentni psihijatar nudi cijelim obiteljima vlastito medicinsko znanje, medicinsku tradiciju profesionalne etike, kao i medicinsku odgovornost za pružanje cjelokupne skrbi. **Dodatno** bi se moglo

reći da se dječji i adolescentni psihijatar, radeći s obiteljima, koristi znanjem (i vlastitim iskustvom) vezanim za biološke, psihološke i socijalne čimbenike. Važni su stoga dijagnostika, kao i terapijski plan koji slijedi nakon postavljene dijagnoze. **Integrirani plan liječenja** može uključivati različite modalitete (individualno, grupno, obiteljski), farmakoterapiju, kao i dodatni savjetodavni rad s drugim stručnjacima (pedijatri, učitelji, socijalni radnici itd.). Od dječjeg se psihijatra očekuje da bude zaštitnik najboljeg interesa djeteta i adolescenta. Ovdje bi se moglo dodati da dječji psihijatar može intervenirati već i prenatalno (u fetalnoj dobi), odnosno veliki je fokus dječjeg psihijatra na monadu, kao i na dijadne, trijadne, triangularne, obiteljske (polidijadne) i socijalne relacije.

3. Pisanje ove knjige trajalo je **nekoliko godina**. Bilo je tu **faza hrabrosti (idealizacije i mesijanstva)** da se uopće netko upusti u ovaj pothvat, kao i **faza depresije, neprospavanih noći, asketizma i odricanja**: „Hoće li to uopće nekome služiti?“ ili „Vrijedi li uopće nešto ovo što je napisano?“; „Je li knjiga preopširna, pa je nitko neće niti čitati“. S ovim je pitanjima povezano i pitanje je li riječ o sveobuhvatnom udžbeniku te jesu li neki dijelovi teksta u **međuvremenu zastarjeli**. Dodatni je pritisak bila činjenica da se tekst temeljio na klasifikaciji MKB-10 iz godine 1993., a moglo se u međuvremenu očekivati i pojavljivanje klasifikacije MKB-11. Stoga je namjera glavnog urednika bila da se paralelno promatraju i klasifikacija MKB-10 i klasifikacija DSM-5 (izišla je godine 2013.), jer će budući MKB-11 biti u suglasju s DSM-5. Pri kraju pisanja knjige pojavila se „**faza nemogućnosti otpuštanja nečega na čemu se radilo godinama**“, „**pitanja narcizma o nesavršenosti i nedorečenosti**“, odnosno „**faza nemogućnosti završavanja priče**“. Unaprijed se može reći da pojedina poglavlja mogu imati i **neke nedostatke, kao i neka ponavljanja**, ali smo ih pokušali svesti na minimum, i zato će svaka kritika od bilo kojeg čitatelja biti dobrodošla. Svjesni smo da je bilo u više poglavlja i ponavljanja istoga ili sličnoga teksta, međutim u tom slučaju je bila svjesna namjera da ipak svako **pojedino poglavlje ima jednu zasebnu cjelinu**, ali i da se **poveže s drugim poglavljima**. Poseban je problem bio kako se koristiti nekim **internacionalnim izrazima** koji se upotrebljavaju u engleskom i njemačkom jeziku, te kako ih primijeniti u hrvatskom jeziku. Pritom se njegovao smjer uporabe **hrvatskih termina**, međutim, pokatkad se davao prioritet internacionalnim terminima, što može imati svoje nedostatke, ali i prednosti. U nekim su poglavljima povremeno u tekstu stoga u zagradama radi veće jasnoće navođeni izrazi koji se upotrebljavaju u engleskom i/ili njemačkom jeziku (npr. v. posebno poglavlje 15 o psihopatološkim terminima).

4. Odabir pojedinih poglavlja, kao i izvori (reference) slijedili su niz udžbenika ili poglavlja iz dječje psihijatrije iz Hrvatske (**profesor Staniša Nikolić, profesorica Vesna Vidović, profesorica Vlasta Rudan**), kao i iz svijeta (koji su u međuvremenu imali **niz novih, prerađenih izdanja**, npr. **čak šesto, prerađeno izdanje** glavnog urednika **profesora Helmuta Remschmidta, iz Njemačke**, a u međuvremenu je izišlo i **sedmo izdanje**). Zapravo, iskorišteni su izvori više od **desetak standardnih međunarodnih udžbenika dječje psihijatrije**, a posebno smo se služili radovima i udžbenicima niza njemačkih (višestruko prerađena izdanja), britanskih (šesto, prerađeno izdanje) te američkih autora (peto i četvrto izdanje), kao i internacionalnih autora. Također su se dodatno upotrebljavale reference iz vodećih svjetskih časopisa. Naglasak u ovom udžbeniku jest na različitim **kliničkim slikama**, odnosno na njihovoj **dijagnostici**. Ono što vjerojatno čini **dječju i adolescentnu psihijatriju**, nije ni psihoanaliza, ni neurobiologija (neuroznanost), nego **ispravno dijagnosticiranje i liječenje psihičkih poremećaja** (v. definiciju psihičkog poremećaja u istom poglavlju). Manje je pažnje posvećeno etiopatogenezi. Posebno je u knjizi dakle naglašena **dijagnostika, kao i diferencijalna dijagnoza i komorbiditeti**. Razlika između **diferencijalne dijagnoze i komorbiditeta** jest u tome da se kod prvoga moraju razlikovati pojedini poremećaji, npr. opsesija jedenja kod anoreksije nervoze vs. OKP, dok se kod **komorbiditeta** može pojavljivati više poremećaja istodobno npr. anoreksija nervoza i OKP (opsesija jedenjem, ali i drugi opsesivni sindromi koji nisu povezani s hranjenjem). Dakle, posebno su važna poglavlja o dijagnostici psihičkih poremećaja, što je jedinstveno, jer su uzeta u obzir prenatalno (fetalno) razdoblje, kao i novorođenačko i dojenačko razdoblje, te razdoblje djeteta do sedam godina. Osobito su važna poglavlja o pojedinim psihopatološkim entitetima, koja uzimaju u obzir današnje **važće klasifikacije**. Što se terapije tiče, posebno je naglasak bio na empirijski znanstveno dokazanim

metodama liječenja, a to su **usporedne kognitivno-bihevioralne i psihodinamske terapije, kao i medikamentno liječenje, te drugi mogući pristupi**, što nije bilo lako integrirati u isto poglavlje. Kod pristupa i terapija dodatna je pozornost posvećena ulozi **multidisciplinarnog tima te ulozi škole i ulozi roditelja**. Posebnost je knjige u tome što nakon svakoga pojedinog poglavlja postoje **upute za smjernice za rad s roditeljima i nastavnicima, te često postavljena pitanja** u kojima se navode zahtjevi za praktičnu i višu razinu znanja, kao i **formulirana pitanja** za provjeru znanja poslijediplomanata i studenata. Osobita je pozornost posvećena izradi **originalnih slika i tablica**, naime, ima **ukupno 280 tablica i 43 slike, a uporabljeno je više od 2000 referenci**. Pojedine se reference nalaze u tekstu pojedinog poglavlja, odnosno nakon svakoga pojedinačnog poglavlja, što je najviša razina zahtjeva za neki udžbenik. Potrebno je obratiti pozornost da na početku knjige postoji sadržaj poglavlja s **naslovima poglavlja**, dok su kod početka pojedinog poglavlja u tekstu knjige, radi preglednosti, navedene **pojedine točke potpoglavlja jednog poglavlja**.

Knjiga je virtualno podijeljena u nekoliko cjelina: **prva cjelina** odnosi se na razvoj, razvojnu psihopatologiju, epidemiologiju i žalovanje u djece. **Druga cjelina** obuhvaća dijagnostiku, pri čemu je posebna pažnja posvećena dijagnostici djeteta do sedam godina, kao i dijagnostici obitelji. **Treća cjelina** obrađuje hitna i posebna stanja. U **četvrtoj cjelini** riječ je o psihopatološkim entitetima, počevši od perinatalnoga mentalnog zdravlja, odnosno od perinatalne psihijatrije, pa sve do seksualnih disfunkcija. Posebna pozornost s obzirom na kliničke slike dana je djeci do sedam godina. U **petoj cjelini** obrađuju se terapije i različiti pristupi. Posebnost ove knjige jest u **integriranosti različitih pristupa**, u čemu je posebno važna uloga medicinske sestre / tehničara, kao i učitelja, pa sve do psihofarmakoloških i psihoterapijskih pristupa. Kraj knjige (**šesta cjelina**) donosi kratak rječnik pojmova, kao i kazalo pojmova.

5. **Knjiga je namijenjena nastavi** na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, prije svega kao udžbenik **poslijediplomske nastave** za Sveučilišni poslijediplomski specijalistički studij „Dječja i adolescentna psihijatrija“. Ovaj udžbenik također može poslužiti za **nastavu integriranog preddiplomskog i diplomskog studija medicine iz dječje i adolescentne psihijatrije**. Za **studente medicine** su **posebno važna poglavlja 9, 10, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 64, 65, 67, 73, 74, 75, 76 (dakle ukupno njih 38)**, dok nisu obvezna poglavlja za nastavu druga ostala poglavlja, međutim ona mogu biti korisna kao dodatna literatura. Također, udžbenik može dodatno biti koristan i suradnim studentima i stručnjacima (pedijatrima, liječnicima školske medicine, studentima psihologije, pedagogije, edukatorima rehabilitatorima, logopedima, medicinskim sestrama itd.), kao i stručnim službama u školama i roditeljima. Riječ je o opširnoj knjizi koja više od 90 % pokriva predmete Sveučilišnog poslijediplomskog specijalističkog studija „Dječja i adolescentna psihijatrija“, a u pojedinim temama i nadilazi program. Također u potpunosti pokriva integrirani preddiplomski i diplomski studij pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu, zapravo nadilazi program. Mnoga poglavlja koja su ovdje objavljena već su prije toga bila i usmeno predavana, tako da su plod već prezentirane nastave ili tečajeva, odnosno rezultat su interakcije sa studentima i stručnjacima.

6. Knjiga ima ukupno **38 (ko)autora. (Ko)autori knjige** suradnici su iz svih **pet KBC-ova u Hrvatskoj** (KBC Zagreb, KBC Rijeka, KBC Osijek, KBC „Sestre Milosrdnice“, KBC Split), odnosno s triju medicinskih fakulteta u Hrvatskoj (Zagreb, Rijeka, Osijek), kao i sa Hrvatskog instituta za istraživanje mozga, Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, te sa Sveučilišta u Dubrovniku, kao i iz drugih institucija. U pisanju knjige sudjelovali su dječji i adolescentni psihijatri, specijalizanti dječje i adolescentne psihijatrije, psihijatri, pedijatri, profesori psihologije, profesori neuroznanstvenici, učitelji-profesori, diplomirana medicinska sestra, te logoped profesor. Svi su koautori dugogodišnji praktičari u području dječje i adolescentne psihijatrije, kao i suradnih struka, međutim, u manjoj su mjeri bili uključeni i specijalizanti dječje i adolescentne psihijatrije, ali i oni su također znatno sudjelovali u oblikovanju pojedinih poglavlja. Većina poglavlja ipak je izraz višegodišnjeg iskustva s **KBC-a Zagreba i Medicinskog fakulteta u Zagrebu**.

7. Ova knjiga zapravo je **rezultat onoga što su autori naučili od svojih pacijenata i njihovih roditelja**. Može se reći da su autori samo preveli u svoje termine ono što su pacijenti i njihovi roditelji prezentirali. Stoga, svakako najveća zahvala ide našim pacijentima i njihovim roditeljima, koji su nas zapravo učili, a mi smo povrh toga dobivali i plaću. **Kliničke vinjete** koje su prikazane plod su višegodišnjeg rada s našim pacijentima, kao i njihovim roditeljima. U svakoj su kliničkoj vinjeti identificirajući podatci izostavljeni, a **roditelji i djeca su dala privolu za objavljivanje kliničkih vinjeta**.

8. Posebna zahvala (ko)autorima, što su se hrabro prihvatili pisanja pojedinih poglavlja, kao i recenzentima ove knjige, koji su uložili dodatni trud i vrijeme.

9. Posebna zahvala mojim **učiteljima, supervizorima, mentorima, mojim prethodnicima, internim recenzentima ove knjige, mojim kolegicama/kolegama, mojim kolegicama/kolegama u Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju pri KBC-u Zagreb; medicinskim sestrama / tehničarima, administratorima, udrugama roditelja s pojedinim psihičkim bolestima i oštećenjima, te specijalizantima dječje i adolescentne psihijatrije**, a napose sljedećim osobama i udrugama (abecednim redom): dr. Anđelini Bokić-Sabolić; dr. Valentini Bosilj-Roki; dr. Zdenki Brumen-Budanko; dr. Mariji Čiček, profesoru Borisu Grčić-Filipoviću, profesorici Marini Ivanišević, profesorici Dubravki Kocijan-Hercigonja; gđi Jeleni Mavrović; pokojnom profesoru Staniši Nikoliću, koji me je uveo u svijet dječje psihijatrije; gđi Lidiji Penko; profesoru Friedamannu Pfaefflinu, psihoanalitičkom udruženju u Ulmu (profesoru Horstu Kaecheleu, dr. Christini Schwilk i drugim psihoanalitičarima iz Ulma), profesorici Vlasti Rudan, od koje sam mnogo naučio; Sveučilišnoj klinici za psihoterapiju i psihosomatiku u Ulmu u Njemačkoj (profesor Harald Guendel), dr. Jarmili Škrinjarić, profesorici Vesni Vidović te profesoru Joernu von Wietersheimu iz Ulma (Njemačka), mojem prijatelju.

10. Posebnu zahvalnost dugujemo Zakladi „Ana Rukavina“ i direktorici Zaklade, gospođi Mariji Rukavina, koja je kao humanitarna zaklada financijski potpomogla izdanje ove knjige. Također zahvala i Hrvatskom liječničkom zboru, predsjedniku prof. dr. sc. Željku Krznarić koji je tehnički pratio izdanje ovog udžbenika. Zahvala i lektoru Tomislavu Salopek, prof., kao i drugim osobama koje su sudjelovale u grafičkom oblikovanju ovog udžbenika, dr. Petri Lederer kod izrade naslovnice i fotografija, Ines Begovac za izradu prigodnih igračaka, kao i Medicinskom fakultetu u Zagrebu u praćenju izdavanja ove knjige.

11. Osobitu zahvalu iskazujem svojoj obitelji: mojim pokojnim roditeljima Elizabeti i Marku koji su me uvijek podupirali u pisanju; mojoj djeci Marti, Juri, Grgi, Pavlu, Bibi, i mojoj unučici Leni, koji su uvijek bili uz mene.

12. Glavni urednik i svi autori bit će posebno zahvalni svima prije navedenim osobama, kao i čitateljima da daju konstruktivne komentare nakon što iziđe ova knjiga, odnosno da se eventualno može preraditi njezino buduće izdanje. Uskoro se planira i sažetija verzija ove knjige u smislu **radne bilježnice**, tako da je svaka konstruktivna kritika dobrodošla.

Ivan Begovac, u studenom 2020.



Sadržaj

Popis autora i suradnika	IV
Predgovor, uvod, zahvale	VI
Sadržaj	XI
I. Razvoj, razvojna psihopatologija, epidemiologija, žalovanje	1
1. Opći principi ustroja središnjega živčanoga sustava i razvojni procesi	2
<i>Zdravko Petanjek, Ivana Hromatko, Dora Sedmak, Ana Hladnik</i>	
2. Razvojna razdoblja kore velikog mozga i razvoj mentalnih procesa	15
<i>Zdravko Petanjek, Ivana Hromatko, Dora Sedmak, Ana Hladnik</i>	
3. Trudnoća i prenatalni (fetalni) razvoj	41
<i>Ivan Begovac</i>	
4. Pregled razvoja ličnosti - teorijski modeli 1.	56
<i>Ivan Begovac, Gordan Majić</i>	
5. Pregled razvoja ličnosti - teorijski modeli 2.	76
<i>Ivan Begovac, Gordan Majić, Trpimir Jakovina</i>	
6. Latencija, pubertet, adolescencija – psihološki i psihoanalitički aspekti	92
<i>Ivan Begovac</i>	
7. Razvoj pojedinih funkcija djeteta	108
<i>Ivan Begovac, Trpimir Jakovina</i>	
8. Razvoj seksualnosti i rodnog identiteta, razvoj homoseksualne orijentacije	118
<i>Ivan Begovac</i>	
9. Pregled razvoja djeteta – podjela prema dobi	135
<i>Ivan Begovac</i>	
10. Definicija psihičkog poremećaja, razvojna psihopatologija i etiopatogenetski modeli	148
<i>Ivan Begovac</i>	
11. Epidemiologija, koncept komorbiditeta	161
<i>Katarina Dodig-Ćurković, Marina Bježančević</i>	
12. Djeca i žalovanje	172
<i>Mirjana Graovac</i>	

II. Dijagnostika	181
13. Dijagnostički proces, plan liječenja <i>Ivan Begovac</i>	182
14. Psihijatrijski intervju	190
<i>Ivan Begovac</i>	
15. Pojmovnik psihopatoloških termina u dječjoj i adolescentnoj dobi	204
<i>Ivan Begovac</i>	
16. Anamneza i opservacija u novorođenčeta, dojenčeta, u dobi „trčkarala“ i u predškolskoj dobi	231
<i>Ivan Begovac</i>	
17. Dijagnostički proces u novorođenčeta, dojenčeta, u dobi „trčkarala“ i u predškolskoj dobi	239
<i>Ivan Begovac</i>	
18. Anamneza i opservacija školskoga djeteta i adolescenta	262
<i>Ivan Begovac</i>	
19. Psihički status za školsku djecu i adolescente	272
<i>Ivan Begovac</i>	
20. Psihodinamska dijagnoza u djece i adolescenata	290
<i>Ivan Begovac</i>	
21. Psihološka procjena, psihološki testovi, skale	311
<i>Trpimir Jakovina</i>	
22. Somatska anamneza, opći tjelesni pregled, laboratorijski nalazi i druge pretrage instrumentima	325
<i>Ivan Begovac</i>	
23. Neuropedijatrijska (neurološka) anamneza i pregled	333
<i>Ivan Begovac, Nina Barišić</i>	
24. Dijagnostika obitelji	340
<i>Ivan Begovac, Gordan Majić, Maja Rogulj</i>	
25. Klasifikacija psihičkih poremećaja	358
<i>Ivan Begovac</i>	
III. Hitna i posebna stanja	365
26. Hitna stanja u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji	366
<i>Ivan Begovac</i>	
27. Poremećaji povezani sa supstancijama	382
<i>Ivan Begovac</i>	
28. Suicidalnost u djece i adolescenata	396
<i>Ivan Begovac</i>	

29. Samoozljeđivanje	408
<i>Ivan Begovac, Mara Tripković</i>	
30. Tjelesno zlostavljanje i zanemarivanje	419
<i>Ivan Begovac, Marija Bačan</i>	
31. Seksualno zlostavljanje, incest	429
<i>Ivan Begovac, Marija Bačan</i>	
IV. Psihopatološki entiteti	441
32. Perinatalno mentalno zdravlje i perinatalna psihijatrija, te psihički poremećaji roditelja i njihovi učinci na fetus i dijete	442
<i>Ivan Begovac</i>	
33. Poremećaji u dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“, te u predškolskoj dobi	456
<i>Ivan Begovac</i>	
34. Specifični poremećaj interakcije ranoga djetinjstva	471
<i>Ivan Begovac</i>	
35. Poremećaji privrženosti	475
<i>Ivan Begovac</i>	
36. Motoričke stereotipije i automutilacije i drugi dobno tipični poremećaji ponašanja male djece: vrtnje glavom i tijelom, sisanje prsta, pretjerane genitalne manipulacije	485
<i>Ivan Begovac</i>	
37. Hiperkinetski poremećaj	493
<i>Ivan Begovac</i>	
38. Tikovi	507
<i>Ivan Begovac</i>	
39. Intelektualne teškoće	516
<i>Ivan Begovac, Marija Bolfan</i>	
40. Autistični spektar poremećaja	533
<i>Ivan Begovac, Lena Santrić</i>	
41. Autistični sindromi i Rettov sindrom	551
<i>Ivan Begovac</i>	
42. Poremećaji govora, jezika i komunikacije	563
<i>Ivan Begovac, Lena Santrić, Jasenka Broz Frajtag</i>	
43. Specifični razvojni poremećaj školskih vještina i specifični razvojni poremećaj motoričke koordinacije	584
<i>Ivan Begovac</i>	

44. Koncept neuroze, disocijativni i somatizacijski poremećaji sa psihoanalitičkog stajališta	595
<i>Ivan Begovac</i>	
45. Disocijativni poremećaji s tjelesnim simptomima i disocijativni poremećaji svjesnosti	604
<i>Ivan Begovac</i>	
46. Somatizacijski poremećaj, somatoformna autonomna disfunkcija, hipohondrija	621
<i>Ivan Begovac</i>	
47. Somatoformni bolni poremećaji	632
<i>Ivan Begovac</i>	
48. Psihosomatski poremećaji	639
<i>Ivan Begovac</i>	
49. Artificijelni poremećaj, Münchhausenov sindrom, Münchhausenov sindrom preko posrednika	656
<i>Ivan Begovac</i>	
50. Uvodni psihološki aspekti kroničnih tjelesnih bolesti u djece	668
<i>Ivan Begovac</i>	
51. Psihosocijalno značenje pojedinih tjelesnih bolesti	678
<i>Ivan Begovac, Ernest Bilić</i>	
52. Epilepsije u djece i adolescenata	699
<i>Ivan Begovac, Ivana Jedvaj Šumski</i>	
53. Neurokognitivni poremećaji	708
<i>Ivan Begovac</i>	
54. Shizofreni spektar poremećaja u djece i adolescenata	718
<i>Ivan Begovac</i>	
55. Afektivni poremećaji	735
<i>Ivan Begovac, Gordan Majić</i>	
56. Anksiozni (emocionalni) poremećaji	755
<i>Ivan Begovac, Gordan Majić</i>	
57. Opsesivno-kompulzivni poremećaj i drugi srodni poremećaji	775
<i>Ivan Begovac, Gordan Majić</i>	
58. Poremećaji kontrole impulsa	792
<i>Ivan Begovac</i>	
59. Poremećaji hranjenja	807
<i>Ivan Begovac, Silvana Pleština, Orjena Žaja, Lena Santrić</i>	
60. Pretilost u djece i adolescenata	836
<i>Ivana Jedvaj Šumski, Ivan Begovac, Orjena Žaja</i>	

61. Enureza	846
<i>Ivan Begovac</i>	
62. Enkopreza	859
<i>Ivan Begovac</i>	
63. Poremećaji spavanja	870
<i>Ivan Begovac, Lena Santrić</i>	
64. Poremećaj ponašanja, delinkvencija	879
<i>Ivan Begovac</i>	
65. Poremećaji ličnosti	894
<i>Ivan Begovac</i>	
66. <i>Borderline</i> poremećaj ličnosti	908
<i>Ivan Begovac</i>	
67. Sa stresom povezani poremećaji i poremećaj prilagodbe	921
<i>Ivan Begovac</i>	
68. Rodna disforija, rodna nesukladnost	936
<i>Ivan Begovac, Goran Arbanas</i>	
69. Parafilni poremećaji	949
<i>Ivan Begovac</i>	
70. Seksualne disfunkcije	957
<i>Goran Arbanas</i>	
V. Terapije, pristupi	967
71. Medicinska sestra / tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije	968
<i>Irena Bambulović</i>	
72. Škola i dječja i adolescentna psihijatrija i psihoterapija	974
<i>Iva Jila Mahalec, Ljiljana Marjanović-Cipek, Veronika Peradinović, Ivana Vukušić, Ivan Begovac</i>	
73. Uvodni aspekti psihofarmakoterapije u dječjoj i adolescentnoj dobi	984
<i>Ivan Begovac, Stjepan Greguraš</i>	
74. Specifični aspekti psihofarmakoterapije u dječjoj i adolescentnoj dobi	994
<i>Alma Mihaljević-Peješ, Marina Šagud, Zorana Kušević</i>	
75. Kognitivno-bihevioralna terapija u dječjoj i adolescentnoj dobi	1009
<i>Nataša Jokić-Begić</i>	
76. Psihodinamske terapije u djece i adolescenata	1022
<i>Ivan Begovac, Mia Antić, Anđela Kovačević, Iva Radoš, Hana Karlica, Snježana Lovrić, Veronika Nives Zorić</i>	

77. Terapija igrom (<i>play therapy</i>)	1033
<i>Ivan Begovac</i>	
78. Snovi u djece i adolescenata - psihoanalitički i psihoterapijski aspekti	1040
<i>Ivan Begovac</i>	
79. Likovnost u psihoterapiji djece i adolescenata	1047
<i>Zorana Kušević</i>	
VI. Ostala poglavlja	1059
80. Kratki rječnik pojmova	1060
<i>Ivan Begovac</i>	
81. Kazalo pojmova	1099
<i>Ivan Begovac</i>	

I.
Razvoj,
razvojna psihopatologija,
epidemiologija,
žalovanje

Opći principi ustroja središnjega živčanoga sustava i razvojni procesi

Zdravko Petanjek, Ivana Hromatko, Dora Sedmak, Ana Hladnik

SADRŽAJ

1.1.	Opći principi ustroja središnjega živčanoga sustava	3
1.1.1.	Opći pregled	3
1.1.2.	Telencefalon je evolucijski najrazvijeniji dio mozga u čovjeka	4
1.1.2.1.	Neuroni kore velikoga mozga	4
1.1.2.2.	Kemijska anatomija neurotransmitorskih sustava telencefalona	6
1.2.	Razvojni procesi u prenatalnom i u razdoblju djetinjstva i adolescencije	7
1.2.1.	Opći pregled	7
1.2.2.	Rani procesi: morfogeneza i histogeneza, migracija neurona	7
1.2.3.	Stvaranje neuronskih veza	9
1.2.3.1.	Rana sinaptogeneza	9
1.2.3.2.	Prekomjerna produkcija sinapsi tijekom razvoja	10
1.2.4.	Diferencijacija kortikalnih neurona i produljena prisutnost prolazne organizacije telencefalona	11
1.2.4.1.	Ekstenzivan i produljen razvoj prolaznih neuralnih elemenata obilježje je razvoja fetalnog mozga u čovjeka	11
1.2.4.2.	Regionalne i arealne razlike	12
1.3.	Upute za roditelje/nastavnike	12
1.4.	Često postavljena pitanja	12
1.5.	Pitanja	13
1.6.	Literatura	13

1.1. Opći principi ustroja središnjega živčanoga sustava

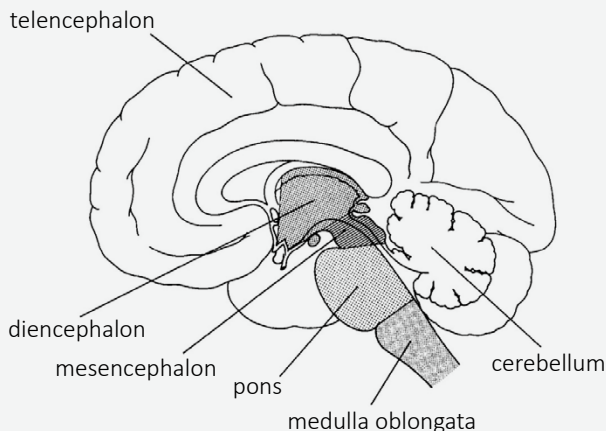
1.1.1. Opći pregled

Središnji živčani sustav sastoji se od mozga (encephalon) i kralježnične moždine (medulla spinalis) (v. sliku 1.1.).

Slika 1.1.

Temeljni dijelovi ljudskog odraslog mozga

Slika preuzeta uz dopuštenje iz udžbenika Judaš M, Kostović I, ur. Temelji neuroznanosti. Zagreb: MD; 1997, str. 3



Legenda: Mozak (*encephalon*) sastoji se od velikog mozga (*cerebrum*), što obuhvaća krajnji mozak (*telencephalon*) i međumozak (*diencephalon*), malog mozga (*cerebellum*) te moždanog debla (*truncus encephalicus*), što obuhvaća srednji mozak (*mesencephalon*), most (*pons*) i produljenu moždinu (*medulla oblongata*). Produljena se moždina razvija od mijelencefalona, most i mali mozak od metencefalona, a strukture velikog mozga od prosencefalona.

Dakle, na slici su prikazani temeljni dijelovi ljudskoga odrasloga mozga, koji uz kralježničnu moždinu čine središnji živčani sustav. Mozak obuhvaća dijelove koji se nalaze unutar lubanjske šupljine, a to su moždano deblo (*truncus encephalicus*), mali mozak (*cerebellum*) i veliki mozak (*cerebrum*). Veliki mozak sastoji se od dvaju glavnih dijelova: golemoga krajnjeg mozga (*telencephalon*), koji oblikuje moždane polutke, i manjeg međumozga (*diencephalon*) smještenog u središnjem dijelu.

Veliki mozak (*cerebrum*) ima nabrani vanjski dio, koru, i supkortikalne nakupine sive tvari, od kojih su najveće striatum (tzv. bazalni gangliji) i amigdala, no postoji i velik broj manjih skupina neurona (npr. septalne i dijagonalne jezgre, bazalna Meynertova jezgra). Kora velikoga mozga dijeli se na četiri režnja: frontalni, parijetalni, okcipitalni i temporalni, a u klasičnoj ter-

minologiji izdvaja se još i limbički režanj koji uključuje bazalno-septalno područje kore, cingularnu vijugu, parahipokampalnu vijugu s hipokampusom, te inzulu. Bazalni gangliji sudjeluju u izvođenju motoričkih zadataka (automatizirane motoričke radnje), hipokampus u učenju i pamćenju, a jezgre amigdala u autonomnim i endokrinim odgovorima na emotivne podražaje.

Svaki režanj ima specijalizirani sklop funkcija: frontalni je uključen u radno pamćenje te u planiranje i kontrolu pokreta, parijetalni je povezan s tjelesnim osjetom i formiranjem slike tijela i bliske okoline, okcipitalni s vidom, temporalni sa sluhom, a njegovi duboki dijelovi, hipokampus i amigdala, s učenjem i pamćenjem te emocijama. Dvije važne odrednice organizacije moždane kore jesu: (a) svaka je polutka (hemisfera) zadužena za obradu kontralateralnih osjetno-motornih podražaja; (b) unatoč tomu, obje su međusobno povezane na više mjesta asocijativnim komisuralnim vlaknima.

Kaudalni kraj središnjega živčanog sustava čini kralježnična moždina koja prima i obrađuje osjetne podražaje s kože, zglobova, mišića trupa, udova i dijela vrata. Dijeli se na vratni (cervikalni), prsni (torakalni), slabinski (lumbalni) i križni (sakralni) dio. Rostralno se moždina nastavlja na moždano deblo (*truncus cerebri*) koje čine produljena moždina (*medulla oblongata*), most (*pons*) i srednji mozak (*mesencephalon*). Moždano deblo prima osjetne informacije s kože i mišića glave i vrata te kontrolira odgovore na relaciji moždina – mozak, a regulira i stanje budnosti i uzbuđenja kroz retikularnu formaciju. Unutar moždanog debla smještene su jezgre kranijalnih živaca odgovornih za osjet i motoriku mišića i kože glave i vrata, kao i specijalizirane osjete poput sluha, ravnoteže i okusa. U produljenoj se moždini nalaze ključni centri za autonomne funkcije, kao što su probava, disanje te kontrola srčanog ritma. Rostralnije smješten most prenosi informacije o pokretima od velikoga prema malom mozgu. Mali se mozak nalazi dorzalno od mosta, a s moždanim je deblom povezan velikim krakovima koji sadržavaju motoričke puteve. On modulira jačinu i opseg pokreta te je uključen u učenje motoričkih vještina. Srednji mozak, smješten rostralno od mosta, kontrolira osjetne i motorne funkcije kao što su pokreti očiju te koordinacija vidnih i slušnih pokreta, kao i refleksa. Međumozak spaja srednji s krajnjim mozgom, a čine ga talamus, koji procesira većinu informacija koje odlaze prema kori velikoga mozga iz

drugih dijelova središnjega živčanog sustava, i hipotalamus, koji regulira autonomne, endokrine i visceralne funkcije.

1.1.2. Telencefalon je evolucijski najrazvijeniji dio mozga u čovjeka

Telencefalon, koji obuhvaća moždanu koru, hipokampus, olfaktorni bulbus, bazalne ganglije i amigdala, najsloženiji je i evolucijski najrazvijeniji dio ljudskog mozga. On je sjedište viših spoznajnih funkcija, što uključuje i pohranu informacija, integraciju između osjetne i motorne komponente te **kompleksnu modulaciju afektivnog odgovora**. Moždana kora također upravlja našim kreativnim procesima, omogućuje donošenje racionalnih odluka i planiranje budućnosti (Aboitiz i Montiel 2007; Groenewegen i Uylings 2000, Kostović i sur. 2008; Rakic 2009).

Telencefalon izgrađuju dvije velike polutke i mali skriveni septalni dio. Najveći dio površine telencefalona, a ujedno i velikog mozga, prekriva moždana kora (cortex cerebri). Ispod moždane kore nalazi se bijela tvar (*substantia alba cerebri*) u čijoj su dubini smještene moždane komore i uz njih velike nakupine sive tvari. Na temelju razvojnih kriterija, unutrašnje slojevite građe i topografije, svaka polutka telencefalona može se podijeliti u tri temeljna područja: lateralno, limbičko i mediobazalno područje.

Konveksna (**lateralna**) **strana velikog mozga**, lateralni dio baze i dio medijalne strane velikog mozga dorzalno od limbičkog područja čini lateralni, najveći dio telencefalona. Izgrađuju ga frontalni, temporalni, parijetalni i okcipitalni režanj s vijugama i brazdama. Moždanu koru lateralnog područja telencefalona čini šesteroslojni, filogenetski noviji neokorteks, a pripadajuću bijelu tvar asocijativni putevi, projekcijski putevi (*corona radiata*) i komisuralni putevi (*corpus callosum*). Osim kore mozga, neuroni su smješteni i supkortikalno, gdje je najveća struktura *corpus striatum*, koji čine *nucleus caudatus*, *putamen* i *nucleus accumbens*. Uz strijatum, brojne manje supkortikalne jezgre smještene su na bazalnim i septalnim dijelovima telencefalona.

Na medijalnoj strani hemisfera, oko korpusa kalozuma i diencefalona, vidljivo je **limbičko područje** telencefalona. Moždana kora limbičkog područja jest limbički korteks, koji se prema građi dijeli na troslojni arhikorteks i prijelazni mezokorteks. Budući da, makroskopski, limbički korteks djeluje kao režanj, opi-

suje se kao rubni režanj, *lobus limbicus*. Pripadajuću bijelu tvar čine projekcijski putevi (*fornix*), asocijativno-projekcijski putevi (*cingulum*) i komisure (*commissura hippocampi* i *commissura anterior*). Amigdaloidna skupina jezgara definira se kao supkortikalna jezgra limbičkog područja, iako je jedan dio te jezgre smješten na površini.

Najmanje područje jest **mediobazalno područje** koje se na bazi mozga vidi lateralno i rostralno od hijazme i traktusa optikusa te je prekriveno vrhom temporalnog režnja. Rostralno-medijalno prelazi u septalno i limbičko područje. Moždana je kora mediobazalnog telencefalona jednostavne dvoslojne građe, filogenetski najstariji paleokorteks, a pripadajuća bijela tvar vrlo je oskudna. Supkortikalna siva masa čini dio amigdaloidnog kompleksa i uklopljena je u *substantia innominata* koja se nalazi u dubini *substantia perforata anterior*. Na rostralnom kraju mediobazalnog telencefalona, neposredno rostralno od linije koja povezuje interventrikularni otvor i prednji rub hijazme smješteno je malo područje, *septum telencephali*. Dorzalni tanki dio jest *septum pellucidum*, a ventralni zadebljani je *septum verum*. Jezgre septalnog područja nalaze se u području dna septuma (*nucleus septi lateralis*), u dubokom sloju paraterminalnog girusa (*nucleus septi medialis*), u dijagonalnom girusu (*nuclei diagonalis*) i u donjem produžetku nukleusa kaudatusa (*nucleus accumbens septi*).

Unutar telencefalona zasebno se opisuje i dio mozga, *rhinencephalon*, koji preko *tractus olfactorius* prima izravne niti iz *bulbus olfactorius* i povezan je s funkcijom njuha. U čovjeka taj dio zauzima vrlo malo područje na centralnom dijelu bazalne površine mozga.

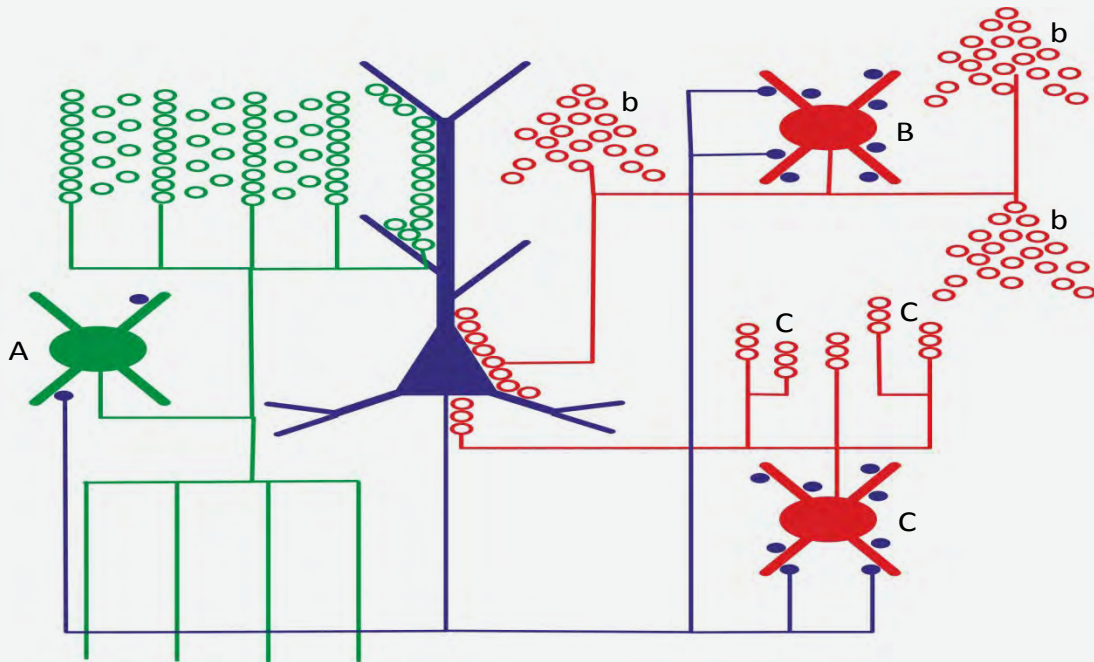
1.1.2.1. Neuroni kore velikoga mozga

Neki od najviše istraživanih telencefaličkih neuralnih krugova (način na koji su neuroni sinaptički povezani) jesu **neuralni krugovi** moždane kore (v. sliku 1.2.).

Dakle, slika donosi shematski prikaz osnovne interakcije neurona unutar krugova kore velikoga mozga. Oko 70 do 80 % neurona kore velikoga mozga čine ekscitacijski (sintetiziraju glutamat kao neurotransmitor) neuroni s projekcijama u druge dijelove kore ili supkortikalne strukture. Većina tih neurona (plavo na slici 1.2.) ima tijelo konastog oblika, debeli apikalni dendrit usmjeren prema pijačnoj površini, gdje se

Slika 1.2.

Neuralni krugovi moždane kore



Legenda: Kao primjer dendritičke kontrole prikazani su tzv. *double bouquet neuroni* (A) koji imaju akson i dendrite razgranane kroz sve slojeve u kolumnarnom rasporedu. Tijelo, kao i početne dijelove dendrita, a na kojima nema ekscitacijskih sinapsi, kontroliraju tzv. košarasti neuroni (B); terminalna (presinaptički čvorić) razgranjenja aksona košarastih neurona oblikuju oko tijela i početnih dendrita piramidnih neurona spletove nalik na košarice (b), a jedan košarasti neuron sudjeluje u stvaranju nekoliko stotina takvih spletova. Postoje i akso-aksonski GABA-ergički neuroni (C) koji stvaraju sinapse oko početnog dijela aksona piramidnog neurona; zbog specifične orijentacije (c) akson tih neurona ima razgranjenje u obliku svijećnjaka ili luster, pa se stoga i nazivaju „chandelier“ neuroni.

razgranjuje, tanje kose dendrite koji izlaze na proksimalnom dijelu apikalnog dendrita, te relativno pravilno razgranane dendrite koji polaze s baze tijela. Aktivnost projekcijskih neurona kontroliraju inhibicijski GABA-ergički neuroni koji se lokalno razgranuju unutar kore velikoga mozga. Oni su molekularno, morfološki i funkcionalno izrazito raznolika populacija neurona koji vrlo precizno i selektivno pristupaju na određene dijelove dendritičkoga stabla projekcijskih neurona. S obzirom na neurotransmitor koji sintetiziraju, dvije su osnovne skupine neurona kore velikoga mozga: **ekscitacijski glutamatergički i inhibicijski GABA-ergički neuroni** (DeFelipe 2011; DeFelipe i sur. 2002; DeFelipe i Jones 1988; Nieuwenhuys 1994).

Glutamatergički ekscitacijski neuroni čine barem 70 do 80 % svih kortikalnih neurona, a smješteni su poglavito u II., III., V. i VI. sloju moždane kore. Za glutamatergičke neurone najčešće se upotrebljuje sinonim piramidni neuroni (DeFelipe i Farinas 1992; Zaitsev i

sur. 2012) jer većina ima čunjasto tijelo od čijeg se vrha prema pjalnoj površini penje apikalni dendrit, a od baze odlazi nekoliko bazalnih dendrita. Bazalni su dendriti kod pravilnih piramidnih neurona većinom ravnomjerne debljine i razgranjenja. Apikalni je dendrit mnogo deblji od bazalnih dendrita i u najvećem se broju slučajeva grana u sloju I. Neke populacije piramidnih neurona imaju kraći apikalni dendrit koji ne doseže do pjalne površine. Na početnom dijelu apikalnog dendrita izlaze, pod relativno oštrima kutom, tanji kosi dendriti. Dendriti piramidnih neurona prekriveni su dendritičkim trnovima, a akson im je usmjeren prema bijeloj tvari i projicira se u druga područja kore velikoga mozga (kortiko-kortikalne projekcije) ili druge strukture središnjega živčanog sustava (kortiko-supkortikalne projekcije). Još u moždanoj kori aksoni daju brojne pobočne ogranke (kolaterale). Mnogi piramidni neuroni pokazuju razlike u morfoloiji ovisno o laminarnom rasporedu i o veličini tijela pa se prema nekim klasifikacijama oni mogu podijeliti u skupinu

tipičnih i modificiranih piramidnih neurona (Banovac i sur. 2019; Braak i Braak 1985). Skupini modificiranih piramidnih neurona pripadaju piramide koje znatno odstupaju od pravilnog ustroja dendrita te se ovamo ubrajaju posebne vrste piramida sloja V. koje su specifične za neka područja (Betzovi gigantski neuroni u primarnom motornom korteksu, Meynertovi piramidni neuroni u primarnom vidnom korteksu) te bipolarni i multipolarni neuroni sloja VI. No sve te neurone karakterizira akson koji napušta odgovarajuće područje kore. Dio piramidnih neurona tijekom razvoja potpuno transformira dendrite. Nakon što poprime oblik tipične piramide, dolazi do povlačenja apikalnog dendrita, a usto se povlači i glavna grana aksona koji napušta korteks. Ovo se događa kod glutamatergičkih neurona koji izgrađuju sloj IV. (Nieuwenhuys 1994; Vercelli i sur. 1992). Tako ti neuroni imaju zvjezdasto razgranane dendrite prekrivene trnovima (eng. *spiny stellate cells*) te, za razliku od tipičnih i svih ostalih modificiranih piramidnih neurona, oni nisu projekcijski jer akson uspostavlja sinapse samo lokalno unutar dijela kore gdje su smješteni i ne odlazi u bijelu tvar.

Ovakvo obilježje imaju **GABA-ergički inhibicijski neuroni**, koji, ovisno o kortikalnom polju, području i vrsti, čine 15 – 25 % svih kortikalnih neurona. Smješteni su u svim slojevima moždane kore, a uz glavni neurotransmitor gama-amino-maslačnu kiselinu, sintetiziraju i jedan ili više neuropeptida te za kalcij vežućih proteina. Imaju kratke aksone koji se granaju i uspostavljaju sinapse u izravnoj okolini tijela neurona te se stoga definiraju kao neuroni lokalnih neuronskih krugova. No ipak, manji broj kortikalnih GABA-ergičkih neurona posjeduje aksone koji ulaze u bijelu tvar (Džaja i sur. 2014; Hladnik i sur. 2014) i projiciraju se na udaljene kortikalne ciljeve. Oni najvećim dijelom potječu iz ranih fetalnih funkcionalnih neokortikalnih krugova, ali postoje i masivne GABA-ergičke projekcije koje u obama smjerovima povezuju septum i hipokampus. Kortikalni GABA-ergički neuroni u strukturalnom i funkcionalnom smislu nisu neuroni „umetnuti“ u glavni neuralni krug (kao što je to slučaj u kralježničnoj moždini, gdje je većina inhibicijskih, GABA-ergičkih i glicinskih neurona, u svojstvu interneurona), no ipak se kao sinonim za takve neurone uvriježio i naziv interneuroni. S obzirom na morfologiju, molekularni sastav, specifičnosti veza i funkcionalna svojstva, interneuroni su vrlo heterogena populacija (DeFelipe i sur. 2002). Iako malobrojni, različite morfološko-funkcio-

nalne vrste interneurona pristupaju različitim područjima tijela i dendrita projekcijskih neurona i drugih interneurona te imaju glavnu ulogu u regulaciji aktivnosti neuralne mreže (Khazipov i sur. 2001). Osim toga, GABA-ergički neuroni jesu neuroni koji uspostavljaju prve funkcionalne krugove telencefalona, a u primata tijekom ranog i srednjeg fetalnog razdoblja dolazi do uslozňavanja GABA-ergičke neuralne mreže: osim promjena u zastupljenosti pojedinih subpopulacija i pojave novih populacija, tijekom evolucije nastaju i promjene u njihovu podrijetlu, migraciji, ali i laminarnoj zastupljenosti.

Ovdje treba spomenuti da od kortikalnih neurona prije svega GABA-ergički, ali i drugi neglutamatergički neuroni središnjega živčanog sustava, često uz klasične neurotransmitore (male signalne molekule) sintetiziraju i sinaptički otpuštaju peptide i proteine, kao što su neuropeptid Y (NPY), vazoaktivni intestinalni peptid (VIP), kolekistokinin, somatostatin, endorfin, encefalin. Pravilo je da neuroni sintetiziraju jednu malu signalnu molekulu, aminokiselinu ili derivat aminokiseline (**amini i kolini**) te se stoga definiraju kao **kolinergički, katekolaminergički (adrenergički, noradrenergički i dopaminergički) i serotoninergički, glutamatergički i GABA-ergički neuroni**. Također, neke populacije neurona koje sintetiziraju glutamat, mogu sintetizirati i/ili aspartat, a GABA-ergički neuroni glicin.

1.1.2.2. **Kemijska anatomija neurotransmitorskih sustava telencefalona**

Acetilkinolin je neurotransmitor preganglijskih aksona simpatičkog i parasimpatičkog sustava te postganglijskih aksona parasimpatičkog sustava, neurotransmitor motoneurona i neuromišićne sinapse, krupnih interneurona strijatuma, mnogih amakrinih stanica mrežnice, subpopulacije Golgijevih stanica kore malog mozga te jednog dijela pontocerebelarnih vlakana. No acetilkinolin je neurotransmitor i osam specifičnih skupina neurona u mediobazalnom telencefalonu. Ti acetilkolinski neuroni imaju važnu ulogu u moduliranju aktivnosti moždane kore i talamusa te u procesima budnosti i spavanja, pažnje, učenja i pamćenja.

Noradrenalinski i dopaminski (katekolaminski) te serotoniniski neuroni čine monoaminsku skupinu neurona smještenu u moždanome deblu. Svi serotoniniski neuroni smješteni su jedino u moždanom deblu

u sklopu jezgara, nuclei raphes. I svi noradrenalinški neuroni smješteni su u moždanom deblu, a dijele se u dvije skupine: skupinu lateralnog tegmentuma koja aksone šalje poglavito u kralježničnu moždinu te sklop locusa coeruleus koji aksone šalje poglavito u moždanu koru. No, dopaminski su neuroni smješteni u mezencefalonu, u diencefalonu, u preoptičkom području i u njušnoj lukovici.

Peptidergički neuroni nalaze se u filogenetski starijim područjima mozga (u središnjoj sivoj tvari mezencefalona, u retikularnoj formaciji, hipotalamusu, olfaktornom bulbusu, habenularnim jezgrama, interpedunkularnoj jezgri, solitarnoj jezgri). Brojni peptidergički neuroni nalaze se i u kori mozga, talamusu, strijatumu i u malom mozgu. Peptidi djeluju kao kotransmitori i imaju modulirajuću ulogu. Mnogi peptidi (kao vazoaktivni intestinalni polipeptid, somatostatin, kolekistokinin) nalaze se i u drugim organima.

Neurotransmitori brze ekscitacije i inhibicije jesu glutamat i gama-amino-maslačna kiselina.

Glutamat je, kao što je već spomenuto, neurotransmitor piramidnih neurona moždane kore pa time i svih asocijacijsko-komisurnih i projekcijskih vlakana moždane kore. Glutamat je neurotransmitor i talamokortikalnih aksona, primarnih aferentnih vlakana, fotoreceptora, bipolarnih i ganglijskih stanica mrežnice te aksona dugih uzlaznih osjetnih putova. Također je neurotransmitor projekcijskih neurona suptalamičke jezgre, zrnatih interneurona kore malog mozga, kao i ekscitacijskih interneurona moždane kore (spinozne zvjezdaste stanice).

Gama-amino-maslačna kiselina (GABA) glavni je inhibicijski neurotransmitor u cijelome živčanom sustavu, a u kralježničnoj moždini i donjem dijelu moždanog debla tu ulogu, uz GABA-u, ima i glicin. GABA je neurotransmitor većine interneurona središnjega živčanog sustava (svih inhibicijskih interneurona moždane kore, strijatuma, diencefalona te moždanog debla i malog mozga). Većina tih neurona, uz GABA-u, sintetizira i barem još jedan neuropeptid (somatostatin, kolekistokinin, neuropeptid Y, tvar P, enkefalin, galanin, vazoaktivni intestinalni polipeptid) ili za kalcij vežući protein (kalbindin, kalretinin, parvalbumin). Također, GABA je i neurotransmitor većine projekcijskih neurona bazalnih ganglija i malog mozga: projekcijskih neurona kore malog mozga (Purkinjeove stanice), projekcijskih neurona retikularnog dijela supstancije nigre (*fibrae nigrotectales*, *fibrae nigrothalamicae*), projekcijskih neurona globusa palidusa (*fibrae*

pallidothalamicae, *fibrae pallidosubthalamicae*) i projekcijskih neurona strijatuma te projekcijskih neurona retikularne jezgre talamusa, jedine jezgre talamusa koja se ne projicira u moždanu koru, nego u sve ostale jezgre talamusa.

1.2. Razvojni procesi u prenatalnom i u razdoblju djetinjstva i adolescencije

1.2.1. Opći pregled

Razvoj mozga u čovjeka je dinamičan, složen i dugotrajan proces koji započinje prenatalno i ne prestaje rođenjem, nego se nastavlja i tijekom prva tri desetljeća života. Dok u ranijim razdobljima prenatalnog razvoja velikog mozga prevladavaju procesi proliferacije i migracije neurona, u kasnijim razdobljima prevladavaju procesi diferencijacije i sinaptogeneze. No jedno od karakterističnih obilježja razvoja velikog mozga u čovjeka jest dugo razdoblje kada se istodobno velik broj neurona stvara, migrira ili započinje s diferencijacijom i sinaptogenezom (Kostović i Judaš 2015; Rakic, 2009; Rakic i sur. 2009). Razlike u intenzitetu, trajanju i posebnim obilježjima spomenutih histogenetskih procesa u svakome pojedinom području moždane osnove omogućuju podjelu razvojnoga procesa u niz stadija, faza i razdoblja, koji služe kao vremenski pokazatelji za praćenje histogenetskih procesa, ali i pri utvrđivanju kritičnih razdoblja, vulnerabilnosti i stupnja razvojnog poremećaja nakon djelovanja različitih patogenetskih čimbenika.

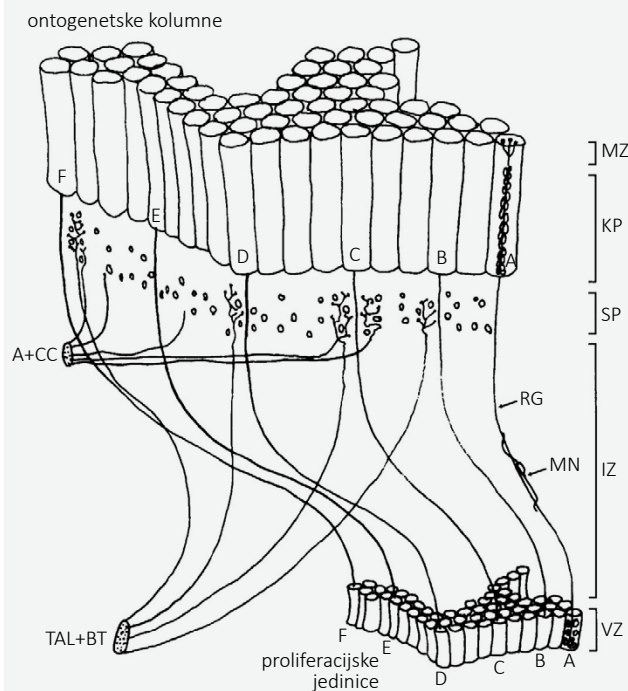
Budući da brojni neurološki i psihijatrijski poremećaji imaju razvojno podrijetlo, poznavanje specifičnih obilježja i mehanizama koji omogućuju oblikovanje složene **neuralne mreže kore velikoga mozga** u čovjeka ključno je za razumijevanje patofizioloških mehanizama spomenutih poremećaja.

1.2.2. Rani procesi: morfogeneza i histogeneza, migracija neurona

Osnova živčanog sustava nastaje prije osnove drugih organa (O'Rahilly i Muller 2006). Oko 23. dana nakon začeća može se uočiti prva vidljiva naznaka razvoja živčanog sustava, neuralna ploča. Lateralni rubovi neuralne ploče uzdignu se u neuralne nabore koji se spoje te tako nastane neuralna cijev. Njezina je stijenka izgrađena od nediferenciranih stupićastih neuroepitelnih stanica čijim se umnažanjem (prolife-

Slika 1.3.**Model radijalne migracije i koncept ontogenetskih kolumni.**

Slika preuzeta uz dopuštenje iz udžbenika Judaš M, Kostović I, ur. Temelji neuroznanosti. Zagreb: MD; 1997, str. 19



Legenda: Prikazan je model radijalne migracije i koncept ontogenetskih kolumni. Ventrikularna zona (VZ) mozaik je proliferacijskih jedinica. Postmitotički migrirajući neuroni (MN) nastali u jednoj proliferacijskoj jedinici putuju duž istoga snopa radijalne glike (RG) kroz intermedijarnu (IZ) i „subplate“ zonu (SP), a nakon toga se u kortikalnoj ploči (KP) poređaju u ontogenetske kolumnne. U razdoblju od 16. do 24. postkonceptijskog tjedna SP služi za čekanje urastajućih vlakana iz talamusa i bazalnog telencefalona (TAL + BT), a poslije za asocijacijska i komisurna kortiko-kortikalna vlakna (A + CC). Stoga se rana sinaptogeneza odvija jedino u SP i marginalnoj zoni (MZ), a tek nakon urastanja aferenata u kortikalnu ploču i u njoj započinje intenzivna sinaptogeneza.

racijom) razvijaju svi neuroni i makroglija (astrociti i oligodendrociti) središnjega živčanog sustava. Ubrzo nakon zatvaranja kranijalnog i kaudalnog kraja neuralne cijevi, nejednako odigravanje složenih histogenetskih procesa uzrokuje rast neuralne cijevi, promjene njezina oblika i promjene građe njezine stijenke.

Razvoj ljudskog telencefalona temelji se na slijedu složenih progresivnih i reorganizacijskih histogenetskih procesa (v. sliku 1.3.).

Progresivni histogenetski procesi dovode do postupnog, ali trajno napredujućeg uvećavanja središnjega živčanog sustava i usložnjavanja njegove građe, ustrojstva i funkcija. Takvi su procesi: **proliferacija**

(umnožavanje stanica nizom uzastopnih mitotičkih), **migracija** (putovanje stanica od mjesta posljednje mitoze do ciljnog područja u kojemu se konačno smjeste), **diferencijacija morfološkog fenotipa** neurona (izrastanje dendrita – dendrogeneza, aksona – aksonogeneza te dostizanje odraslog oblika i veličine tijela), **diferencijacija kemijskog fenotipa** (dozrijevanje biokemijsko-metaboličkih sustava karakterističnih za dotični neuron i početak sinteze karakterističnog neurotransmitora i drugih signalnih molekula), **razvoj aksonskih projekcija i stvaranje sinapsi** (sinaptogeneza, odnosno uspostava specijaliziranih strukturno-funkcionalnih kontakata između neurona, čime se uspostavljaju neuronski sustavi i krugovi koji specifičnošću ustroja čine osnovu psihičkih funkcija pojedine osobe).

No tijekom razvoja strukturno-funkcionalno ustrojstvo mozga nekoliko se puta temeljito promijeni, a te promjene nazivamo procesima **razvojne reorganizacije**. Tipični reorganizacijski procesi jesu: **prirodna smrt prekobrojnih neurona** (koja je mnogo manje izražena u središnjem nego u perifernom živčanom sustavu, a kroz evoluciju sisavaca smrt neurona u središnjem živčanom sustavu postaje minimalna), **povlačenje (retrakcija) i premještanje aksona ili aksonskih ogranaka** (nestanak privremenih projekcijskih veza između neurona), **smanjivanje broja prekobrojnih dendritičkih trnova** (što je povezano s nestankom privremenih i smanjivanjem broja prekobrojnih sinapsi) te **promjene kemijskog fenotipa neurona**.

Histogenetska zbivanja nastavljaju se i tijekom ranoga djetinjstva, a već od kraja embrionalnog razdoblja mozak prolazi kroz niz privremenih oblika organizacije, strukturno i funkcionalno bitno različitih od organizacije odrasloga mozga. Te su pojave privremene organizacije i reorganizacije bitne za tumačenje privremenih funkcionalnih pojava u fetusa, prijevremeno rođena djeteta (prematurosa), novorođenčeta, dojenčeta i maloga djeteta.

Kortikalni (postmitotički) neuroni rađaju se u ventrikularnoj i subventrikularnoj zoni te putuju do svojega konačnog odredišta. Projekcijski, glutamatergički piramidni neuroni radijalno migriraju, dok GABA-ergički neuroni lokalnih neuronskih krugova (interneuroni) tangencijalno migriraju. U ranijim stadijima razvoja prelaze relativno kratke udaljenosti, no u kasnijim, fetalnim stadijima te udaljenosti dostižu duljinu od nekoliko centimetara (Kolasinski i sur. 2013). Stoga je migracija neurona veoma složen proces

reguliran pravilnim slijedom aktivacije velikoga broja gena, na što mogu utjecati brojni i različiti vanjski čimbenici. Proces migracije vrlo je intenzivan gotovo tijekom cijele trudnoće (Judaš i Kostović 1997), a sindromi koji nastaju kao posljedica poremećene migracije mogu uzrokovati preuranjenu smrt fetusa, epileptičke napadaje te suptilne promjene u funkcioniranju mozga (Gleeson i Walsh 2000; Kostović i sur. 2007; Ross i Walsh 2001).

1.2.3. Stvaranje neuronskih veza

1.2.3.1. Rana sinaptogeneza

Pojava i razvoj neuronskih veza ključan je histogenetski proces u središnjemu živčanom sustavu (Kostović 1990 a,b; Kostović i Judaš 1994, 1995, 2002, 2007, 2009, 2015). Taj proces uključuje nekoliko povezanih događaja – rast presinaptičkih aksona, zatim razvoj postsinaptičkog elementa i na kraju razvoj samih sinapsi, tj. sinaptogenezu (v. sliku 1.4.).

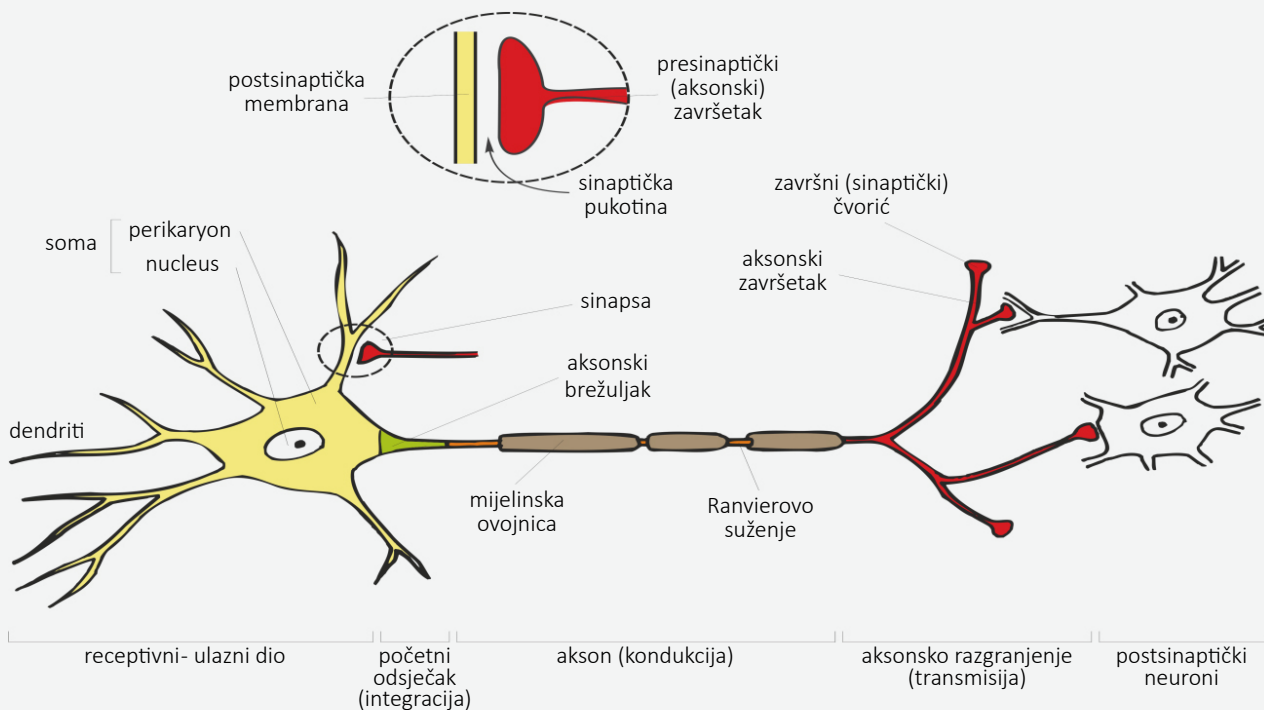
Dakle, na slici su shematski prikazani temeljni dijelovi neurona i princip organizacije sinapsi. Općenito, monoaminske skupine neurona moždanog debla (koje sintetiziraju noradrenalin, dopamin ili serotonin) sazrijevaju vrlo rano i svoje projekcijske aksona šalju u druga područja mozga, pa tako i u fetalni telencefal. Slično tomu, aksoni acetilkolinških neurona bazalnog telencefalona i talamokortikalni aksoni rano urastaju u osnovu moždane kore. Ti aksoni mogu sadržavati neurotransmitore i prije no što uspostave prve sinapse. Glavna postsinaptička mjesta u ranome fetalnom mozgu jesu dendriti te su stoga rane sinapse obično aksodendritičke.

U fetalnom telencefalonu čovjeka prve sinapse pojave se vrlo rano, već potkraj 8. postkonceptijskog tjedna (Molliver i sur. 1973). U to vrijeme većina budućih neurona moždane kore još nije ni rođena (Bystron i sur. 2006), a kamoli migrirala u kortikalnu ploču pa se rane sinapse prvo pojave u dvjema odvojenim zonama: iznad kortikalne ploče (u marginalnoj zoni, MZ) i ispod

Slika 1.4.

Temeljni dijelovi neurona i princip organizacije sinapsi.

Slika preuzeta uz dopuštenje iz udžbenika Judaš M, Kostović I, ur. Temelji neuroznanosti. Zagreb: MD; 1997, str. 54



Legenda: Shema idealiziranog neurona. Svaki neuron ima četiri temeljna strukturno-funkcionalna dijela: receptivni (soma i dendriti), integracijski (aksonski brežuljak i početni odsječak), kondukcijski (akson) i transmisijski (presinaptički aksonski završetak). Sinapsa je specijalizirano mjesto dodira i kemijskog prijenosa signala između dva neurona; taj prijenos signala je jednosmjernan, pa kažemo da je sinapsa funkcionalno asimetrična ili polarizirana. Neurotransmitori su signalne molekule što omogućuje sinaptičku transmisiju.

nje (u sloju pod pločom, *subplate* zona, SP), a tek u kasnijim stadijima i u samoj kortikalnoj ploči (CP).

Sinaptogeneza se u kortikalnoj ploči intenzivno odigrava tijekom dvaju razdoblja: između 12. i 16. te između 22. i 26. postkonceptijskog tjedna. Gotovo sigurno postoji i treće, kasno razdoblje moćne sinaptogeneze, u doba početnog oblikovanja konačne slojevite građe moždane kore. To, treće razdoblje kortikalne sinaptogeneze započinje u posljednjih nekoliko tjedana trudnoće i u čovjeka je najvjerojatnije mnogo masivnije negoli u prethodnim dvama razdobljima jer je vezano za razvoj kortiko-kortikalnih veza koje u odraslome ljudskom mozgu čine više od 90 % aferentnih aksona.

Pozornost treba obratiti na činjenicu da, za vrijeme dok neki neuroni uspostavljaju sinapse, drugi tek migriraju kroz intermedijalnu zonu (IZ) ili se još nisu niti rodili u ventrikularnoj (VZ) ili subventrikularnoj zoni (SVZ). To značajno preklapanje proliferacije, migracije i sinaptogeneze karakteristično je obilježje razvoja velikoga mozga majmuna i čovjeka – u ljudskom mozgu to preklapanje traje čak 5 do 6 mjeseci.

Privremeni oblici organizacije kortikalnih neuronskih krugova tijekom kasnoga fetalnog razdoblja neurobiološka su podloga privremenih oblika funkcionalne aktivnosti i obrazaca ponašanja u nedonoščadi pa je njihovo detaljno poznavanje iznimno važno za razumijevanje razvoja moždane kore u čovjeka (Banojac i sur. 2020; Bobić-Rasonja i sur. 2019). Treba naglasiti da većina kortikalnih aferenata (kortiko-kortikalna vlakna) urasta nakon 28. postkonceptijskog tjedna, dakle tijekom razdoblja prematurusa, te se intenzivno nastavlja i tijekom prvih nekoliko mjeseci nakon rođenja, posebice u asocijativnim područjima kore velikoga mozga. Opseg urastanja kortiko-kortikalnih vlakana znatno se razlikuje čak i između čovjeka i rezus-majmuna, a još veće razlike mogu se opaziti i u razvoju veza tijekom prvih nekoliko godina života. U razdoblju između 2. i 6. godine života vrlo je intenzivan rast kratkih kortiko-kortikalnih aksona (Petanjek i sur. 2008; Sedmak i sur. 2018), kao i razvoj intrakortikalnih veza ekscitacijskih projekcijskih neurona (Bystron i sur. Boulder Committe revisited 2008).

1.2.3.2. **Prekomjerna produkcija sinapsi tijekom razvoja**

Prekomjerno stvaranje sinaptičkih elemenata (presinaptičkih aksona i postsinaptičkih dendritičkih trnova) i samih sinapsi te njihovo kasnije odstranjiva-

nje, dio su normalnog razvoja mozga (Rakic i sur. 1986, 1994). Već u novorođenčeta gustoća sinapsi blizu je odraslim vrijednostima, a između 8. mjeseca i 3. godine života ukupan broj sinapsi veći je nego što će biti u odrasloj dobi. Nakon tog se razdoblja broj sinapsi smanjuje, a odrasle vrijednosti u većini područja dostižu se tek nakon puberteta. Prekomjerno stvaranje i posljedično nestajanje prekobrojnih sinapsi, posebice u asocijacijskim područjima moždane kore, vezano je za procese „finog podešavanja“ asocijacijskih i komisurnih veza između neurona moždane kore, a najintenzivnije se zbiva tijekom djetinjstva. Posebno je zanimljivo da najviša asocijativna područja prolaze kroz završnu reorganizaciju sinaptičke mreže koja je obilježena masivnim gubitkom sinapsi na dendritičkim trnovima tek u trećem desetljeću života.

Razvojna eksperimentalna psihološka istraživanja pokazala su da je za normalno oblikovanje **neuralne mreže**, tj. za stvaranje strukturne podloge ključne za funkcionalnu specijalizaciju određenih kortikalnih polja, potrebno da tijekom određenog razvojnog razdoblja (vremenski prozor) postoji odgovarajuća **stimulacija iz okoline**. **Vremenski prozor** je termin koji se smatra prikladnijim od prije rabljenih termina „kritičnog ili senzitivnog razdoblja“.

Vremenski prozor specifičan je za svaku psihološku funkciju, a nakon završetka tog razdoblja okolinska stimulacija nema važniju ulogu u strukturnom oblikovanju uz tu funkciju vezanih kortikalnih krugova (Petanjek i Kostović 2012). Smatra se da je mehanizam ovoga procesa selektivna stabilizacija sinaptičkih kontakata koja se događa tijekom razdoblja prekomjerne produkcije. U korteksu ta stabilizacija obuhvaća glutamatergičke sinapse smještene na dendritičkim trnovima, a molekularni mehanizam sinaptičke stabilizacije najvjerojatnije je vrlo sličan molekularnim promjenama koje se događaju na sinapsi tijekom procesa učenja i pamćenja (Petanjek i sur. 2011). Brojnost sinaptičkih kontakata regulira ciljni neuron pa promjene u produkciji odgovarajućih proteina u njemu dovode do potrebe za smanjivanjem broja sinapsi na dendritičkim trnovima. Zbog toga nestaju one sinapse koje nisu molekularno stabilizirane. Na ekspresije gena koji reguliraju proces kemijske maturacije najvjerojatnije utječu promjene u inervaciji ciljnog neurona. Tako se smatra da promjene dopaminergičke inervacije piramidnih neurona asocijativnih kortikalnih područja tijekom kasne adolescencije i rane odrasle dobi imaju ključnu ulogu u masivnoj sinaptičkoj eliminaciji koja je završni proces strukturne

maturacije ljudskoga mozga (Petanjek i sur. 2019). Opisana događanja čine mehanizam kojim dolazi do „**finog podešavanja**“ **kortikalne neuralne mreže**.

Vremenski je **prozor** dakle razdoblje u kojemu su određeni dijelovi neuralne mreže posebno plastični i bez utjecaja okoline neće doći do oblikovanja arhitekture neuralne mreže koja će omogućiti normalno procesiranje informacija, a u skladu s tim i punu funkcionalnost određenog područja ili neuralnog sustava. Važno je razumjeti da okolinski utjecaj tijekom tog razdoblja može determinirati strukturnu podlogu kognitivnih, emotivnih i drugih mentalnih kapaciteta te time imati važnost u nastanku psihijatrijskih i neuroloških odstupanja i bolesti.

1.2.4. Diferencijacija kortikalnih neurona i produljena prisutnost prolazne organizacije telencefalona

1.2.4.1. *Ekstenzivan i produljen razvoj prolaznih neuralnih elemenata obilježje je razvoja fetalnog mozga u čovjeka*

Neuroni **marginalne zone (MZ)** i **sloja pod pločom (SP)** imaju isti princip diferencijacije kao i neuroni **kortikalne ploče (CP)**, ali, kako se oni ranije rađaju i ranije završe s migracijom te se nalaze u slojevima koji već tijekom ranog fetalnog razdoblja uspostavljaju brojne sinaptičke kontakte, proces njihove intenzivne diferencijacije odigrava se usporedo s navedenim događanjima. Stoga su neki od tih neurona potpuno diferencirani i funkcionalni tijekom ranoga fetalnog razdoblja, a većina maturira najkasnije do sredine trudnoće. Zbog toga su neuroni marginalne zone i sloja pod pločom najbolje razvijeni tijekom kasnoga fetalnog razdoblja i druge polovice trudnoće, kada stvaraju brojne aferentne i eferentne kontakte, koji su dio neuralne mreže odgovorne za različite prolazne oblike fetalnog ponašanja. Postupan nestanak fetalnih obrazaca ponašanja, koji se zbiva tijekom ranoga postnatalnog razdoblja i potpuno nestaje tijekom prviju dviju godina života, odraz je morfološke i funkcionalne regresije ove neuralne mreže. Stoga govorimo o **prolaznim neuronima i prolaznim neuralnim krugovima**. Dugo se predmnijevalo da ti neuroni velikim dijelom umiru, no danas prevladava stajalište da smrt tih neurona u čovjeka nije dominantna sudbina, pogotovo ne tijekom ranih stadija postnatalnog života. Brojni neuroni sloja pod pločom ostaju i u odrasloj dobi kao dio funkcionalne neuralne mreže bijele tvari

(intersticijski neuroni) i supkortikalnog sloja VI. (sloj VI. b). Slično je i s neuronima marginalne zone (Cajal-Retziusove stanice), za koje je zanimljivo da se, iako sa značajnim obilježjima regresije, mogu uočiti tijekom adolescencije, ali ne i kasnije.

Moguće je stoga da mnogi prolazni neuroni i njihovi neuralni krugovi u čovjeka perzistiraju mnogo dulje nego što je u drugih vrsta (čak i do rane odrasle dobi), što je povezano s produljenim razvojem kortiko-kortikalnih veza. U tom je kontekstu zanimljivo spomenuti da tijekom druge polovice trudnoće malokad možemo pronaći znakove morfološke i funkcionalne regresije ovih neuralnih populacija, a neki od njih nastavljaju i s rastom dendrita sve do novorođenačke dobi. Mozak čovjeka obilježavaju neuralna heterogenost i povećana debljina marginalne zone i sloja pod pločom koja se najjasnije može uočiti tijekom kasnoga fetalnog razdoblja. Dodatno je obilježje i njihova produljena maturacija i morfo-funkcionalno postojanje tijekom druge polovice trudnoće i ranoga postnatalnog razdoblja, posebice u asocijativnim područjima kore velikoga mozga. Ova su razvojna obilježja specifičnost fetalnog razvoja čovjeka i povezana su s ekstenzivnim razvojem kortiko-kortikalnih veza u stadiju prematurusa i u perinatalnom razdoblju koje je u čovjeka produljeno intenzivnim rastom kortiko-kortikalnih veza tijekom prve godine života i produljenim finim preustrojanjem sve do rane odrasle dobi.

Osim toga, dramatične se razlike u čovjeka mogu uočiti i u proliferativnim zonama te putevima migracije kortikalnih neurona. Stoga su za ljudski fetus specifična i druga razvojna događanja: masivna produkcija neurona u **subventrikularnoj zoni (SVZ)**, masivna produkcija interneurona u dorzalnim proliferativnim zonama, telo-diencefalička migracija, masivna migracija interneurona unutar marginalne zone (Al-Jaberi i sur. 2013; Hladnik i sur. 2014; Judaš 2011; Malik i sur. 2013; Petanjek i sur. 2009a,b; Zečević i sur. 2005). Sva ta događanja daju i posebna histološka obilježja fetalnom telencefalonu, pa u fetusa čovjeka nalazimo iznimno dobro razvijenu vanjsku subventrikularnu zonu, postoji ganglio-talamičko tijelo sastavljeno od neurona ganglijskog brežuljka (GE) koji migriraju u talamus, ali i brojni aksonski podslojevi pa je sredinom trudnoće vidljiv i subpijalni granularni sloj koji oblikuju migratorni neuroni. Ovdje treba napomenuti da se, iako ova obilježja postaju jasno izražena tek tijekom kasnoga fetalnog razdoblja i nastavljaju se u postnatalnom razdoblju, već u najranijim embrionalnim stadijima može u telencefalonu čovjeka uočiti specifična

neuralna organizacija (npr. prisutnost „predecessor“ stanica) (Bystron i sur. 2006).

1.2.4.2. *Regionalne i arealne razlike*

Prve regionalne i arealne razlike unutar moždane kore pojavljuju se početkom druge polovice trudnoće. Posljednji stadij prenatalnog života jest razdoblje nezrele moždane kore novorođenčeta, u kojoj se odigravaju intenzivni procesi histogenetske reorganizacije (Kostović i sur. 2002). U tom razdoblju započinje postupno nestajanje i/ili transformacija fetalnih slojeva i vrsta neurona (npr. u nekim područjima počinje nestajati „subplate“ zona, u budućim agranularnim područjima moždane kore nestaje fetalni IV. sloj) te se događa opsežna histokemijska reorganizacija talamo-kortikalnog, a poslije i kortiko-kortikalnog sustava. No ti se procesi nastavljaju još dugo nakon rođenja. Primjerice, u asocijacijskim područjima moždane kore tijekom prvih 6 mjeseci nakon rođenja jasno je razvijena „subplate“ zona, što je vjerojatno povezano s produljenim rastom i trajnom preraspodjelom kortiko-kortikalnih (asocijacijskih i komisurnih) aksona te s postnatalnim oblikovanjem tercijarnih vijuga. Nakon 28. postkonceptijskog tjedna glavni sastojak „subplate“ zone jesu „čekajući“ asocijacijski i komisurni aksoni. Važno obilježje kasnoga fetalnog i perinatalnog razdoblja jest i pojava Brodmannova temeljnog šestoslojnog tipa moždane kore (fetalni kortikalni slojevi I. – VI.), no i ti slojevi podliježu znatnoj postnatalnoj reorganizaciji te se tek nekoliko godina nakon rođenja razvije „odrasli“ oblik Brodmannove kortikalne mape.

1.3. *Upute za roditelje/nastavnike*

- ✓ Središnji živčani sustav sastoji se od mozga (*encephalon*) i kralježnične moždine (*medulla spinalis*).
- ✓ Telencefal, koji obuhvaća moždanu koru, hipokampus, olfaktorni bulbus, bazalne ganglije i amigdala najsloženiji je i evolucijski najrazvijeniji dio ljudskog mozga. On je sjedište viših spoznajnih funkcija, uključujući i pohranu informacija, integraciju i obradu senzornih i motornih funkcija, kompleksnu modulaciju afektivnog odgovora.
- ✓ Razvoj mozga u čovjeka dinamičan je, složen i dugotrajan proces koji počinje prenatalno i ne

prestaje rođenjem, nego se nastavlja i tijekom prva tri desetljeća života.

- ✓ Budući da brojni neurološki i psihijatrijski poremećaji imaju razvojno podrijetlo, poznavanje specifičnih obilježja i mehanizama koji omogućuju oblikovanje složene neuralne mreže kore velikoga mozga u čovjeka ključno je za razumijevanje patofizioloških mehanizama spomenutih poremećaja.
- ✓ Pojava i razvoj neuronskih veza ključan je histogenetski proces u središnjem živčanom sustavu.

1.4. *Često postavljena pitanja*

■ **PITANJE:** Zašto je telencefal, koji obuhvaća moždanu koru, hipokampus, olfaktorni bulbus, bazalne ganglije i amigdala, najsloženiji i evolucijski najrazvijeniji dio ljudskog mozga?

ODGOVOR: Zato što se smatra da je sjedište viših spoznajnih funkcija, uključujući i pohranu informacija, integraciju i obradu senzornih i motornih funkcija, kompleksnu modulaciju afektivnog odgovora. Moždana kora također upravlja našim kreativnim procesima, omogućuje donošenje racionalnih odluka i planiranje budućnosti.

■ **PITANJE:** Koji je princip organizacije kortikalnih krugova?

ODGOVOR: Kortikalne krugove oblikuju dvije vrste neurona: brojniji ekscitacijski glutamatergički neuroni koji akson većinom šalju u druge dijelove mozga, te inhibicijski GABA-ergički neuroni koji moduliraju aktivnost piramidnih neurona. Modulaciju aktivnosti projekcijskih neurona također rade i aksonski sustavi koji potječu od neurona moždanog debla i mediobazalnog telencefalona. To je uzlazni aktivirajući sustav u kojemu nalazimo dopaminergičke, noradrenergičke, serotoninergičke i kolinergičke aksone.

■ **PITANJE:** Zašto je važna prisutnost prolazne organizacije telencefalona, npr. primjer „subplate“ zone?

ODGOVOR: „Subplate“ zona ima zrele neurone koji sintetiziraju različite neurotransmitore i neuropeptide, glavno je mjesto rane sinaptogeneze i služi kao čekao-nica za različite sustave aferentnih aksona koji trebaju urasti u moždanu koru. Privremeni oblici organizacije

kortikalnih neuronskih krugova u toj zoni čine neurobiološku podlogu privremenih oblika funkcionalne aktivnosti i obrazaca ponašanja u nedonoščadi pa je njihovo poznavanje iznimno važno za razumijevanje razvoja moždane kore u čovjeka.

1.5. Pitanja

- 1 Navedite osnovne dijelove središnjeg živčanog sustava.
- 2 Kako su organizirani kortikalni krugovi?
- 3 Navedite pojedinu kemijsku anatomiju neurotransmitorskih sustava telencefalona.
- 4 Navedite osnove razvojnih procesa u prenatalnom razdoblju i u razdoblju djetinjstva i adolescencije.
- 5 Navedite osnove razvoja samih sinapsi, tj. sinaptogenezu.

1.6. LITERATURA

1. *Aboitiz F, Montiel J.* Origin and evolution of the vertebrate telencephalon, with special reference to the mammalian neocortex. *Adv Anat Embryol Cell Biol* 2007;193:1-112.
2. *Al-Jaberi N, Lindsay S, Sarma S i sur.* The Early Fetal Development of Human Neocortical GABAergic Interneurons. *Cereb. Cortex* 2013;25:631-645.
3. *Banovac I, Sedmak D, Džaja i sur.* Somato-dendritic morphology and axon origin site specify von Economo neurons as a subclass of modified pyramidal neurons in the human anterior cingulate cortex. *J Anat* 2019;235:651-669.
4. *Banovac I., Sedmak D., Rojnić Kuzman M. i sur.* Axon morphology of rapid Golgi-stained pyramidal neurons in the prefrontal cortex in schizophrenia. *Croat Med J* 2020; 61:354-365.
5. *Bobić Rasonja M, Orešković D, Knezović V i sur.* Histological and MRI Study of the Development of the Human Indusium Griseum. *Cereb Cortex* 2019;29:4709-4724.
6. *Braak H, Braak E.* Golgi preparations as a tool in neuropathology with particular reference to investigations of the human telencephalic cortex. *Prog Neurobiol* 1985;25, 93-139.
7. *Bystron I, Blakemore C, Rakic P.* Development of the human cerebral cortex: Boulder Committee revisited. *Nat Rev Neurosci* 2008;9:110-122.
8. *Bystron I, Rakic P, Molnar Z i sur.* The first neurons of the human cerebral cortex. *Nat Neurosci* 2006;9:880-886.
9. *DeFelipe J.* The evolution of the brain, the human nature of cortical circuits, and intellectual creativity. *Front Neuroanat* 2011;5:29.
10. *DeFelipe J, Elston GN, Fujita I, i sur.* Neocortical circuits: evolutionary aspects and specificity versus non-specificity of synaptic connections. Remarks, main conclusions and general comments and discussion. *J Neurocytol* 2002;31: 387-416.
11. *DeFelipe J, Farinas I.* The pyramidal neuron of the cerebral cortex: morphological and chemical characteristics of the synaptic inputs. *Prog Neurobiol* 1992;39:563-607.
12. *DeFelipe J, Jones EG.* Cajal on the Cerebral Cortex, An Annotated Translation of the Complete Writings. New York, Oxford: Oxford University Press;1988.
13. *Dzaja D, Hladnik A., Bicanic I i sur.* Neocortical calretinin neurons in primates: increase in proportion and microcircuitry structure. *Front Neuroanat* 2014;8:103.
14. *Gleeson JG, Walsh CA.* Neuronal migration disorders: from genetic diseases to developmental mechanisms. *Trends Neurosci* 2000;23:352-359.
15. *Groenewegen HJ, Uylings HB.* The prefrontal cortex and the integration of sensory, limbic and autonomic information. *Prog Brain Res* 2000;126:3-28.
16. *Hladnik A, Dzaja D, Darmopil S, Jovanov-Milosevic N, Petanjek Z.* Spatio-temporal extension in site of origin for cortical calretinin neurons in primates. *Front Neuroanat* 2014;8:50.
17. *Judaš M.* Prenatal Development of the Human Fetal Telencephalon. U: Prayer, D, ur. *Fetal MRI.* Berlin Heidelberg: Springer; 2011, str. 81-146.
18. *Judaš M, Kostović I, ur.* Temelji neuroznanosti. Zagreb: MD; 1997.
19. *Khazipov R, Esclapez M, Caillard O, i sur.* Early development of neuronal activity in the primate hippocampus in utero. *J Neurosci* 2001;21:9770-9781.
20. *Kolasinski J, Takahashi E, Stevens AA i sur.* Radial and tangential neuronal migration pathways in the human fetal brain: anatomically distinct patterns of diffusion MRI coherence. *Neuroimage* 2013;79:412-422.
21. *Kostović I.* Structural and histochemical reorganization of the human prefrontal cortex during perinatal and postnatal life. *Prog Brain Res* 1990;85:223-239; discussion 239-240.
22. *Kostović I, Jovanov-Milošević N, Krsnik Z i sur.* Laminar organization of the marginal zone in the human fetal cortex. *Neuroembryol Aging* 2004;3:19-26.
23. *Kostović I, Jovanov Milošević N, Petanjek Z.* Neuronal migration and cortical migratory disorders. *Paediatr Croat* 2007;51:179-190.
24. *Kostović I, Judaš M.* Prenatal and perinatal development of the human cerebral cortex. U: Kurjak, A. and Chervenak, FA., ur. *Fetus as a Patient.* Casterton: Parthenon Publishing Group; 1994, str 35-55.
25. *Kostović I, Judaš M.* Prenatal development of the cerebral cortex. U: Chervenak FA. i sur., ur. *Ultrasound and the fetal brain (Progress in obstetric and gynecological sonography series).* New York/London: The Parthenon Publishing Group; 1995, str 1-26
26. *Kostović I, Judaš M.* Correlation between the sequential ingrowth of afferents and transient patterns of cortical lamination in preterm infants. *Anat Rec* 2002;67:1-6.

27. *Kostović I, Judaš M.* Early development of neuronal circuitry of the human prefrontal cortex. U: Gazzaniga MS, ur. *The cognitive neurosciences*. Cambridge/London: A Bradford Book, The MIT Press; 2009, str 29-47
28. *Kostović I, Judaš M, Radoš M i sur.* Laminar organization of the human fetal cerebrum revealed by histochemical markers and magnetic resonance imaging. *Cereb Cortex* 2002; 12:536-544.
29. *Kostović I Zentralnervensystem.* U: Hinrichsen, KV i sur., ur. *Humanembryologie: Lehrbuch und Atlas der vorgeburtlichen Entwicklung des Menschen*. Berlin Heidelberg: Springer; 1990. Str. 381-448.
30. *Kostović I, Judaš M.* Transient patterns of cortical lamination during prenatal life: Do they have implications for treatment? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 1990; 31:1157-1168.
31. *Kostović I, Judaš M.* Embryonic and Fetal Development of the Human Cerebral Cortex. U: Toga AW, ur. *Brain Mapping*. Waltham: Academic Press; 2015, str. 167-175.
32. *Kostović I, Judaš M, Petanjek Z.* Structural development of the human prefrontal cortex. U: Nelson, CA, Luciana, M, ur. *Handbook of developmental cognitive neuroscience*. Cambridge: MIT Press; 2008, str 213-235.
33. *Malik S, Vinukonda G, Vose LR, i sur.* Neurogenesis continues in the third trimester of pregnancy and is suppressed by premature birth. *J Neurosci* 2013;33:411-423.
34. *Molliver ME, Kostović I, van der Loos H.* The development of synapses in cerebral cortex of the human fetus. *Brain Res* 1973;50:403-407.
35. *Nieuwenhuys, R.* The neocortex. An overview of its evolutionary development, structural organization and synaptology. *Anat Embryol (Berl)* 1994;190:307-337.
36. *O'Rahilly R, Müller F.* The embryonic human brain. An atlas of developmental stages. New York: Wiley-Liss; 2006.
37. *Petanjek Z, Judaš M, Šimić G, i sur.* Extraordinary neoteny of synaptic spines in the human prefrontal cortex. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011;108:13281-13286.
38. *Petanjek Z, Kostović I.* Epigenetic regulation of fetal brain development and neurocognitive outcome. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012;109:11062-3.
39. *Petanjek Z, Judas M, Kostovic I i sur.* Lifespan alterations of basal dendritic trees of pyramidal neurons in the human prefrontal cortex: a layer-specific pattern. *Cereb Cortex* 2008;18, 915-929.
40. *Petanjek Z, Berger B, Esclapez M.* Origins of cortical GABAergic neurons in the cynomolgus monkey. *Cereb Cortex* 2009a;19:249-62.
41. *Petanjek Z, Kostović I, Esclapez M.* Primate-specific origins and migration of cortical GABAergic neurons. *Front Neuroanat.* 2009b;3:26.
42. *Petanjek Z., Sedmak D, Džaja D i sur.* The Protracted Maturation of Associative Layer IIIC Pyramidal Neurons in the Human Prefrontal Cortex During Childhood: A Major Role in Cognitive Development and Selective Alteration in Autism. *Front Psychiatry* 2019;10:122.
43. *Rakic P, Bourgeois JP, Goldman-Rakic PS.* Synaptic development of the cerebral cortex: implications for learning, memory, and mental illness. *Prog Brain Res* 1994;102, 227-243.
44. *Rakic P, Bourgeois JP, Eckenhoff MF i sur.* Concurrent overproduction of synapses in diverse regions of the primate cerebral cortex. *Science* 1986;232(4747):232-5.
45. *Rakic P.* Evolution of the neocortex: a perspective from developmental biology. *Nat Rev Neurosci* 2009;10: 724-735.
46. *Rakic P, Ayoub AE, Breunig, JJ i sur.* Decision by division: making cortical maps. *Trends Neurosci* 2009;32: 291-301.
47. *Ross, ME, Walsh, CA.* Human brain malformations and their lessons for neuronal migration. *Annu Rev Neurosci* 2001;24:1041-1070.
48. *Sedmak D, Hrvoj-Mihic B, Dzaja D i sur.* Biphasic dendritic growth of dorsolateral prefrontal cortex associative neurons and early cognitive development. *Croat Med J* 2018;59: 189-202.
49. *Vercelli A, Assal F, Innocenti GM.* Emergence of callosally projecting neurons with stellate morphology in the visual cortex of the kitten. *Exp Brain Res* 1992;90:346-358.
50. *Zaitsev AV, Povysheva NV, Gonzalez-Burgos G i sur.* Electrophysiological classes of layer 2/3 pyramidal cells in monkey prefrontal cortex. *J Neurophysiol* 2012;108: 595-609.
51. *Zecevic N, Chen Y, Filipovic R.* Contributions of cortical subventricular zone to the development of the human cerebral cortex. *J Comp Neurol* 2005;491:109-122.

Razvojna razdoblja kore velikog mozga i razvoj mentalnih procesa

Zdravko Petanjek, Ivana Hromatko, Dora Sedmak, Ana Hladnik

SADRŽAJ

2.1. Opće napomene	16
2.2. Razdoblje temeljnih histogenetskih procesa (1. – 24./28. tjedan – prvi i drugi trimestar trudnoće)	16
2.2.1. Strukturne promjene	16
2.2.2. Funkcionalne promjene	17
2.3. Treći trimestar trudnoće, rođenje, rano dojenačko razdoblje (24./28. tjedan trudnoće – 3./6. mjesec postnatalno)	18
2.3.1. Strukturne promjene	18
2.3.2. Funkcionalne promjene	19
2.4. Prve dvije godine djetetova života (4. – 18./24. mjeseca djetetova života)	20
2.4.1. Strukturne promjene	20
2.4.2. Socioemocionalni razvoj	21
2.4.3. Kognitivni i komunikacijski razvoj	23
2.5. Dob trčkarala i predškolska dob (2. – 5. godina)	25
2.6. Školska dob (6. – 12. godina)	26
2.7. Pubertet i rana adolescencija (12. – 16. godina)	27
2.8. Adolescencija u užemu smislu i postadolescencija (16. – 25. godina)	27
2.9. Interakcija nasljeđa i okolinskih čimbenika tijekom razvoja arhitekture neuralne mreže	29
2.10. Spolna diferencijacija ljudskog mozga i muško-ženske razlike?	31
2.11. Upute za roditelje/nastavnike	33
2.12. Često postavljena pitanja	34
2.13. Pitanja	35
2.14. Literatura	35

2.1. Opće napomene

Definirati jedinstvenu, preciznu, a istodobno i jednostavnu razdiobu razvojnih razdoblja u središnjemu živčanom sustavu s obzirom na promjene koje su vidljive u inteligenciji, kogniciji i socio-emotivnim funkcijama, nije zapravo moguće. No pokušat ćemo pružiti razumijevanje u korelaciji promjena u strukturi neuralne mreže kore velikoga mozga i promjena koje se zbivaju u ponašanju fetusa i djeteta.

2.2. Razdoblje temeljnih histogenetskih procesa (1. – 24./28. tjedan – prvi i drugi trimestar trudnoće)

2.2.1. Strukturne promjene

Predreorganizacijsko razdoblje obuhvaća razdoblje prve i druge trećine trudnoće (okvirno 24. postkonceptijski tjedan), a karakterizirano je isključivo progresivnim događanjima vezanima za temeljne histogenetske procese. Tijekom tog razdoblja stvaraju se gotovo svi neuroni, a većina i doputuje do svojega konačnog odredišta.

Kortikalna ploča (osnova budućeg neokorteksa) počinje se stvarati oko 8. postkonceptijskog tjedna. Početna kortikalna ploča, tzv. pretploča, zapravo sadržava neurone koji će se redistribuirati iznad kortikalne (marginalna zona – sloj I.) i neurone koji će se naći ispod kortikalne ploče. Kortikalna ploča brzo zadebljava, ali u 15. tjednu dolazi do kondenzacije donjeg dijela ploče. Ti će neuroni oblikovati iznimno masivan sloj ispod ploče (engl. *subplate*), a poslije će se većinom smjestiti u bijelu tvar i u duboke dijelove sloja VI.

Zanimljivo je da razvoj hipokampusu, tj. stvaranje kortikalne ploče u hipokampusu, kasni 2 – 4 tjedna u odnosu prema neokortikalnom dijelu. S druge pak strane, supkortikalne strukture intenzivno se razvijaju tijekom embrionalnog razdoblja, dakle i prije 8. postkonceptijskog tjedna. Na samom početku fetalnog života (oko 10. postkonceptijskog tjedna) gotovo sve supkortikalne strukture mogu se jasno raspoznati, a sredinom trudnoće većina pokazuje odrasli obrazac ustroja. Posebno treba istaknuti iznimno zadebljalu proliferativnu zonu na bazi mozga, tzv. ganglijski brežuljak, od kojega potječu gotovo svi neuroni supkortikalnih struktura, ali i većina GABA-ergičkih neurona kore velikoga mozga. **Amigdala** se također razvijaju već vrlo rano, tako da se sve amigdaloidne jezgre mogu identificirati već u 10. postkonceptijskom tjednu.

Oko 10. postkonceptijskog tjedna vidljiva su prva monoaminergička vlakna koja su urasla u kortikalnu ploču i u susjedne slojeve (marginalnu zonu i u sloj ispod ploče). Nakon monoaminergičkih u korteks ubrzo urastaju i kolinergička vlakna iz bazalnog telencefalona. Oko sredine trudnoće vidljivo je nakupljanje talamokortikalnih aksona u sloju ispod ploče te početak urastanja u primarna područja kore velikoga mozga. Na kraju tog razdoblja, kao i početkom sljedećeg, cjelokupan neokorteks prolazi kroz stadij tipične šestoslojne laminacije, nakon čega uslijedi citoarhitektonska diferencijacija.

Spomenuto razdoblje nije dob kada se može specifično utjecati na kognitivni i emotivni razvoj, iako postoji **spontana motorika** koja je u samom početku (8. postkonceptijski tjedan) vezana za razvoj neuromišićnih sinapsi, a ubrzo nakon toga za **razvoj prvih refleksnih lukova**. Na taj je način omogućeno da kožni podražaj dovede do refleksnih motoričkih radnji i stimulira daljnji razvoj motoričkog sustava. Iako ne postoje izravni podatci, smatra se da amigdaloidne projekcije koje su posebno guste u višim asocijativnim područjima (prefrontalni korteks) urastaju u korteks neposredno nakon kolinergičkih te time uspostavljaju **prve neuralne krugove** koji sudjeluju u procesiranju emocija i u njihovoj kognitivnoj kontroli.

Iako su i druge osjetne projekcije razvijene već vrlo rano, zato što talamo-kortikalna vlakna još nisu urasla, nema mogućnosti percepcije ovih podražaja. Treba, međutim, spomenuti da sinapse postoje na neuronima u sloju ispod ploče, a oni također šalju supkortikalne projekcije. Stoga **osjetni podražaji** već u tom razdoblju mogu dovesti do **složenih motoričkih odgovora**.

Dakle, neuroni koji oblikuju aktivacijske sustave mozga s projekcijama iz retikularne formacije moždanog debla i mediobazalnog telencefalona već vrlo rano uspostavljaju sinapse čak i s neuronima dorzalnog telencefalona, a to je omogućeno time što se većina njih rađa tijekom embrionalnog i ranoga fetalnog razdoblja (prije 12. postkonceptijskog tjedna). Ti su sustavi modulacijski, ali funkcionalno su blisko vezani za limbički sustav. Također, mogu prenositi i određene osjetne podražaje, dok je dio retikularne formacije i motorička struktura. Kako ovi sustavi i u odrasloj dobi velik dio funkcije obavljaju ekstrasinaptički (parakrina signalizacija), vjerojatno u ranome fetalnom razdoblju imaju primarno trofičku ulogu. Budući da imaju ulogu i u sustavu prijenosa informacija, moguće je da već vrlo rano vanjski čimbenici mogu utjecati na formira-

nje neuralne mreže. Kako se nociceptivni podražaji procesiraju i kroz projekcije u limbičke strukture i hipotalamus, vanjski podražaji mogu utjecati na regulaciju homeostaze. Za većinu motoričkih i autonomnih odgovora u fetusa tijekom ranog razdoblja odgovorne su supkortikalne strukture, ali i neuroni prolaznih fetalnih kortikalnih slojeva, od koji su neki prisutni u kori mozga već od embrionalnog razdoblja. Njihov se broj povećava tijekom cijelog razdoblja srednje trećine trudnoće te su upravo najbolje diferencirani i imaju najbogatije uspostavljene veze početkom posljednje trećine trudnoće.

2.2.2. Funkcionalne promjene

Opisane neuralne promjene praćene su i razvojnim promjenama na **motoričkoj te osjetno-perceptivo-spoznajnoj razini**. Iako senzorni razvoj počinje u ranome prenatalnom razdoblju, iznimno je teško promatrati obrasce ponašanja fetusa. Rana (uglavnom kemijsko-senzorna) iskustva ispitivana su samo u životinja, dok je većina studija s ljudskim fetusima ispitala slušne reakcije u drugoj polovici trudnoće. Većina onoga što znamo o senzornom razvoju ljudskih fetusa proizašlo je iz istraživanja u prerano rođene djece i primjenom neinvazivnih tehnika oslikavanja rada mozga. Na primjer, magnetska polja generirana aktivnim neuronima u mozgu fetusa mogu se iskoristiti za ispitivanje odgovora fetusa na **slušno podraživanje** (Huotilainen i sur. 2005; Zappasodi i sur. 2001). Općenito govoreći, **osjetila postaju funkcionalna između 8. i 26. postkonceptijskog tjedna**.

Dodir. Osjetljivost na dodir ili pritisak započinje rano u trudnoći i razvija se u rostro-kaudalnom smjeru (Field 1990). Oko 8. postkonceptijskog tjedna u fetusa su razvijeni dodirni receptori na licu (uglavnom u području usta i nosa). U sljedećih nekoliko mjeseci razvijaju se dodirni receptori na ostalim dijelovima tijela – do 12. tjedna na genitalijama, dlanovima, tabanima, a do 17. tjedna na području cijelog abdomena. Do 32. tjedna svi dijelovi tijela stječu istančanu dodirnu osjetljivost. U ranoj trudnoći fetus obično reagira odmakom od izvora stimulacije. U kasnijoj trudnoći fetus se nastoji kretati prema stimulaciji. Primjerice, dodirna stimulacija po obrazu fetusa može izazvati refleks traženja usnama, koji će poslije pomoći djetetu pronaći dojku za sisanje (Field 1990).

Funkcionalna percepcija bola ipak se najvjerojatnije pojavljuje nešto kasnije. Naime, da bi fetus mogao

percipirati bolne podražaje, nužne su talamo-kortikalne veze koje se formiraju između 20. i 28. postkonceptijskog tjedna, a i EEG istraživanja na prematurusima upućuju na zaključak da funkcionalne percepcije bola vjerojatno nema prije 29. ili 30. tjedna (Lee i sur. 2007).

Okus i miris. Istraživanja pokazuju da fetusi imaju razvijenu okusnu i njušnu percepciju. Međutim, izuzevši preferenciju za slatko, nema nikakvih izravnih dokaza o kemosenzornim preferencijama fetusa. Arome i mirisi iz majčine prehrane ulaze u amnijsku tekućinu i krvotok. Dakle, adekvatan kemijski podražaj postoji. Kada fetus počne proizvoditi pokrete disanja (od otprilike 10. postkonceptijskog tjedna), amnijska se tekućina ne samo guta nego i prolazi kroz nos (James i sur. 1995; Schaal i sur. 1995; Schaal 2005). Nakon rođenja vidljiva je novorođenčetova sposobnost da prepozna velik broj razolikih mirisa i okusa, a vrlo se brzo pojavljuju i preferencije, poput one za majčin miris.

Sluh. Slušni se sustav razvija postupno s početkom otprilike od 8. postkonceptijskog tjedna, a do 28. tjedna dovoljno je dobro razvijen da omogući fetusu pouzdano reagiranje na zvukove, obično refleksnim trzajem i povećanim brojem srčanih otkucaja (Lecanuet i sur. 1995). U okolici maternice fetus je konstantno izložen majčinu glasu, otkucajima srca i gastrointestinalnim zvukovima. Tijekom posljednje trećine trudnoće fetus počinje reagirati i na vanjske zvukove koji prolaze kroz stijenke maternice (Fernald 2004). Iako je moguće da ovi procesi nisu povezani sa značajnijim kortikalnim procesiranjem te da je riječ o automatizirano-refleksnim odgovorima, pokazano je kako će novorođenče pokazati različit odgovor na izloženost materinskom od stranog jezika.

Vid. Oko otprilike 8. postkonceptijskog tjedna počinju se razvijati leće, vjeđe i mišići koji kontroliraju pokrete očiju. Oko 16. tjedna interdigitacija obaju vidnih živaca je završena. Oko 28. tjedna vidni je korteks već nalik na onaj u odraslom mozgu. Međutim, iako fetus može otvoriti oči i treptati, prije rođenja prima relativno malo vidnih podražaja, zbog relativno mračnog okruženja u kojemu se nalazi. Ako se fetus u tom trenutku rodi prerano, moći će uočiti promjene u svjetlini (Slater 2004). No zbog nezrelosti neuralnih struktura i puteva, vid se razvija još dugo nakon rođenja.

Većina znanja o neurorazvojnim aspektima ovog ranog razdoblja temelji se na ispitivanjima preko ultra-

zvuka takozvanim fetalnim „doppler“ monitorima (DiPietro 2005; DiPietro i sur. 2006). Prvi se pokreti pojavljuju između 7. i 16. postkonceptijskog tjedna, a zatim dolazi do veće pokretljivosti i raznolikosti samih pokreta. Prvobitna se kretanja čine nasumična i raspršena, no postupno se pokreti sve više koordiniraju i grupiraju zajedno u nizove te naposljetku u dulja razdoblja aktivnosti (Robinson i Kleven, 2005). Kretanje u drugoj polovici trudnoće obično su rjeđe, ali snažnije nego u prvoj (DiPietro i sur. 1996). Budući da su dulja razdoblja mirovanja tipična za kasnije razdoblje trudnoće, smatra se da je ova **spособnost motoričke inhibicije** također važan marker neurološkog razvoja.

2.3. Treći trimestar trudnoće, rođenje, rano dojenačko razdoblje (24./28. tjedan trudnoće – 3./6. mjesec postnatalno)

Porođaj se uobičajeno doživljava kao ključna razvojna prekretnica, to je točno vezano uz sve ostale organske sustave jer se potpuno mijenja okruženje u kojemu se dijete nalazi. Međutim, glede razvojnih događanja i samoga psihomotornog razvoja, posljednje tromjesječne trudnoće te prva 2 do 3 mjeseca postnatalnog razvoja razdoblje su jednoga razvojnog kontinuumu.

2.3.1. Strukturne promjene

Posljednja trećina trudnoće razdoblje je najbolje razvijenosti prolaznih fetalnih oblika organizacije mozga; najizraženija je pojava fetalnih kortikalnih slojeva i neurona (sloj pod pločom, Cajal-Retziusovi neuroni sloja V.) te prolaznih oblika organizacije kortikalnih krugova, vidljive su prolazne supkortikalne strukture (periretikularna jezgra, gangliotalamičko tijelo), kao i prolazna ekspresija neurotransmitora. Zanimljivo je da dio ovih, prolaznih neurona pokazuje znakove dendritičke diferencijacije sve do rođenja te da jasnih znakova regresije nema u prvih mjesec dana nakon rođenja. Ovakva, prolazna organizacija neuralnih krugova mozga manifestira se i na ponašanje djeteta, koje pokazuje prolazne fetalne obrasce motoričkog ponašanja.

Za koru velikoga mozga na početku posljednje trećine trudnoće karakteristično je da su uspostavljene osnovne i aferentne i eferentne veze sa supkortikalnim strukturama koje prema kraju trudnoće postaju i funk-

cionalne. U posljednjoj trećini trudnoće **prolazne fetalne neuralne strukture** na najvišem su stupnju razvijivosti, a u asocijativnim područjima njihov se razvoj nastavlja i neposredno nakon rođenja. Produžen razvoj prolaznih fetalnih neuralnih elemenata vezan je za urastanje kortiko-kortikalnih aksona i uspostavu kortiko-kortikalnih veza. Upravo zbog završetka urastanja talamokortikalnih veza pred kraj trudnoće te zbog početka intenzivnog urastanja kortiko-kortikalnih projekcija, upravo su posljednje razdoblje trudnoće i prvih nekoliko mjeseci nakon rođenja vrijeme vrlo intenzivne sinaptogeneze. U novorođenačkoj dobi gustoća sinapsi doseže odraslu razinu, no većina kortikalnih neurona ima vrlo slabo razvijene dendrite. To razdoblje karakterizira intenzivan rast dendrita, za koji također vrijedi pravilo iznutra prema van. Tako već tijekom trećega postnatalnog mjeseca većina neurona slojeva V. i VI., a koji se projiciraju u supkortikalne strukture, ima vrlo razvijeno dendritičko stablo. Više od 2/3 dendritičkog stabla izrasta tijekom zadnjega tromjesječja trudnoće i prvih triju postnatalnih mjeseci, a samo manji dio kasnije tijekom prve godine života. S obzirom i na veliku gustoću sinapsi na ovim neuronima, jasno je kako visok stupanj razvijivosti kortiko-supkortikalnih veza omogućuje djetetu u dobi od 3 do 6 mjeseci **složenu obradu osjetnih informacija i konkretan motorički odgovor**. Za razliku od dubljih kortikalnih slojeva, u površnijim slojevima koji su izvor i cilj kortiko-kortikalnih veza (slojevi II. i III.), većina je neurona u dobi od 3 mjeseca još relativno slabo razvijena. Kako ovi neuroni dominiraju u funkcionalno složenijim kortikalnim područjima, tako se stvara dojam vremenske hijerarhije u maturaciji, pri čemu prvo sazrijevaju neuroni u primarnim, zatim parasenzornim, a na kraju u općim asocijativnim područjima. Treba spomenuti da se tijekom prvih nekoliko mjeseci nakon rođenja primjećuju i razlike u razvijivosti prolaznih neuralnih elemenata (npr. sloj ispod kortikalne ploče, Cajal-Retziusove stanice). Tako oni u asocijativnim područjima ne pokazuju znakove regresije u prvim mjesecima života, dok je u primarnim područjima u dobi od 3 mjeseca razina razgranatosti dendritičkoga stabla manja nego u novorođenačkoj dobi. Ove su razlike najvjerojatnije odraz složenijih kortiko-kortikalnih veza pa tako i njihova produženog uspostavljanja u višim asocijativnim područjima.

Strukture **limbičkog sustava**, primjerice **hipokampus i amigdal**a, već su početkom posljednje trećine

trudnoće dobro razvijeni, a velik broj neurona ima dobro razgranane dendrite, vidljive dendritičke trnove (pokazatelj funkcionalnih sinapsi) i bogato razvijeno aksonsko stablo. Istodobno dolazi do urastanja talamokortikalnih aksona u sva kortikalna područja te do intenzivne sinaptogeneze i u korteksu. Na taj su način potpuno uspostavljene veze između korteksa i supkortikalnih struktura, kao i limbičkog sustava. Tako nastaje interakcija u kojoj aktivnost potiče razvoj pojedinih struktura. Primjerice, spontana aktivnost iz receptivnih stanica dovodi do odgovarajuće kortikalne organizacije pa dolazi do citoarhitektonske delineacije kortikalnih polja. Treba navesti kako je spontana aktivnost stanica dominantna u ovim procesima pa tako spontana aktivnost mrežničnih stanica dovodi do razvoja okulo-dominantnih kolumni već prenatalno.

2.3.2. Funkcionalne promjene

Što se vidljivih bihevioralnih obrazaca u ovom razdoblju tiče, počevši od oko **28. postkonceptijskog tjedna**, fetus počinje pokazivati **cikluse aktivnosti i odmora**, odnosno izmjene razdoblja karakteriziranih koordiniranim obrascima oka, motoričkih radnji i aktivnosti svojega srčanog ritma. Do 36. tjedna mogu se pouzdano identificirati četiri ovakva stabilna ponašajna stanja: **miran san, aktivan san, mirna budnost i aktivna budnost** (de Vries i Hopkins 2005). U usporedbi s onima u novorođenčeta, ovi ciklusi u fetusa traju dulje, promjena je stanja rjeđa, a pokazuju i manje prijelaza između mirnih i aktivnih stanja spavanja. Budući da ovakva ponašajna stanja odražavaju neuralno funkcioniranje, odstupanja od tipičnih obrazaca mogu upućivati na abnormalnosti u razvoju. Fetusi također reagiraju i na podražaje koji potječu izvan maternice. Na **vibro-akustičke podražaje** fetusi reagiraju ubrzanim otkucajima srca i intenzivnijim pokretima tijela. Ponavlja li se isti podražaj, pojavljuje se **habituacija**, tj. smanjen intenzitet odgovora, što odražava sposobnost zdravih fetusa za **obradu informacija i samoregulaciju**.

Budući da je tijekom tog razdoblja dijete izloženo posebno velikom broju čimbenika koji mogu uzrokovati strukturalna i kemijska oštećenja, potrebno je više pozornosti obratiti na moguće poremećaje u razvoju koji su posljedica djelovanja na razvojne procese koji se tada zbivaju. Treba biti svjestan kako se oštećenja koja nastaju u tom razdoblju mogu manifestirati tek kasnije u dječjoj dobi, ili čak tek tijekom adolescencije.

Tijekom kasnoga fetalnog razdoblja i prvih nekoliko mjeseci života, zbivaju se prve strukturalno-kemijske promjene koje se mogu specifično dovesti u vezu s **razvojem kognitivnih i socioemocionalnih funkcija**. O **perceptivnim** iskustvima novorođenčadi mnogo se naučilo primjenom samo neverbalnih mjera, poput **habituacije** na podražaje, preferencija, ili pak složenijim paradigama koje se zasnivaju na klasičnom i operantnom kondicioniranju, poput okretanja glave ili kontrole intenziteta sisanja u očekivanju kondicioniranog podražaja. Novorođenčad ima urođenu sklonost prema novim podražajima pa je primjena metode dehabituacije ili oporavka pažnje također dokaz novorođenčeve sposobnosti da diskriminira podražaje. Nadalje, pristupi koji se temelje na različitim preferencijama istražuju kako djeca reagiraju (u kojem će smjeru dulje zadržati pogled) na podražaje koji im se istodobno nameću. Rezultati upućuju na zaključak da dojenčad ne samo da je kadra razlikovati nego ima i jasne preferencije nekih iskustava pred drugima. Osim ovih, bihevioralnih mjera, u istraživanjima su primjenjivani i evocirani potencijali koji mogu detektirati razlike u procesiranju podražaja čak i kad one nisu mjerljive na bihevioralnoj razini.

Vidna percepcija neposredno nakon rođenja nije nalik na onu kod odraslih, a tijekom prvih mjeseci života događaju se značajne promjene. Vidne su mogućnosti novorođenčeta ograničene, kako zbog strukturalnih nezrelosti neuralnih struktura, tako i zbog nezrelosti samog oka. Oštrina vida u tim je, prvim danima iznimno slaba, ali se za šest do osam mjeseci približava razinama izmjerenima u odraslih (Kellman i Arterberry 2006; Slater 2004). Iako novorođenčad ima poteškoća s razlikovanjem nekih boja, razlikovanje boja postoji te već oko drugog i trećeg mjeseca života dojenčad razlikuje širok spektar boja (Kellman i Arterberry 2006; Schiffman 2000). Novorođenčad može pogledom pratiti objekte koji se sporo kreću, ali nema procjenu dubine kao odrasli (Nanez i Yonas 1994). Osjetljivost na binokularne znakove dubine pojavljuje se između trećeg i petog mjeseca (Birch 1993), nakon čega slijedi i korištenje monokularnim znakovima dubine (Yonas i sur. 2002).

Zanimljiva je dojenčeva sklonost **gledanju ljudskih lica**. U početku njegova je pažnja usmjerena prije svega na vanjske obrise (moguće zbog jasnih kontrasta), ali već oko drugog mjeseca pažnju usmjeruje na unutarnje detalje te je već u toj dobi sposobno razlikovati i preferira stvarna lica pred mozaičnim, „razbaca-

nim“ podražajima nalik na lica. Ubrzo nakon te faze počinje pokazivati i preferenciju prema majčinu licu, dakle sposobnost razlikovanja lica, a ovo sazrijevanje i sposobnost razlikovanja finih detalja dalje se nastavlja i nakon ovog razdoblja (Pascalis i sur. 1995; Pascalis i sur. 2002). Uz poboljšanu oštrinu i sposobnost usmjerenja pažnje, ubrzo zatim dojenčad može prepoznati složene obrasce i percipirati suptilne razlike između lica, poput **različitih emocija** (Kellman i Arterberry 2006; Slater 2004; Slater i Johnson 1999).

Slušne su sposobnosti već prilično razvijene pri samom rođenju (Fernald 2004). Iako novorođenčad ne reagira na neke zvukove jednakom spremnošću kao odrasli, druge su im sposobnosti impresivne. Mogu lokalizirati zvuk i lako razlikovati obilježja kao što su frekvencija (visina) i glasnoća. Dojenčad je iznimno osjetljiva na glazbu, posebno na njezina disonantna obilježja, melodiju, ritam, tempo (Kagan, 1998; Trehub i Schellenberg 1995; Zentner i Kagan 1996; Zentner i Kagan 1998). Ona su također vrlo usmjerena na **ljudski glas** te neposredno nakon rođenja pokazuju preferencije za poznate glasove (posebice majčin), materinski jezik pa čak i za poznate ulomke knjiga (DeCasper i Fifer 1980; DeCasper i Spence 1986; Moon i sur. 1993). Dojenčad pokazuje i izvanredne sposobnosti za diskriminaciju niza kvaliteta ljudskog govora (Aslin i sur. 1998). Njihova je sposobnost razlikovanja zvuka na bilo kojem jeziku u početku bolja od one u odraslih. Takve vještine percepcije govora omogućuju lako usvajanje bilo kojeg jezika. Međutim, oko osmog mjeseca života dojenčad se počinje specijalizirati u otkrivanju zvukova jezika svoje kulture, a s godinu dana imaju sposobnosti slične onima odraslih oko sebe (Aslin i sur. 1998; Werker i Desjardins 1995; Werker i Tees 2005).

2.4. Prve dvije godine djetetova života (4. – 18./24. mjeseca djetetova života)

Treći mjesec djetetova života znači prekretnicu u stupnju zrelosti koju je dosegnuo mozak u ovom stadiju, što je praćeno promjenama u motoričkom, intelektualnom, socijalnom i emotivnom statusu djeteta. Započinje razdoblje koje karakteriziraju drukčiji razvojni procesi i u kojemu struktura mozga poprima oblike odraslog mozga. Takvi razvojni procesi posebno su intenzivni tijekom prve godine života, no u drugoj godini života postupeno usporuju. Druga polovica druge godine života označuje prijelaz prema sljedećem

stadiju razvoja, a u tom razdoblju (18 – 24 mjeseca) mozak se po mikroskopskoj i makroskopskoj strukturi, ali i po veličini, više gotovo i ne može razlikovati od mozga u odrasloj dobi.

2.4.1. Strukturne promjene

Tijekom ovog razdoblja dolazi do velike strukturne i funkcionalne regresije svih fetalnih oblika kortikalne organizacije, a istodobno se povećavaju kapaciteti i usložnjava organizacija među neuralnim elementima potrebna da bi se dosegnuili strukturni kapaciteti potrebni za normalne opće intelektualne i više kognitivne funkcije, ali i intenzivan socijalno-emocionalni razvoj. Vrlo je intenzivna diferencijacija neurona, koja se potkraj tog razdoblja završava te dolazi od konačne strukturne maturacije gotovo svih kortikalnih neurona.

U trećem mjesecu života već je vidljiva regresija na neuronima prolaznih fetalnih slojeva, marginalne zone i sloja pod pločom. Osim toga, u korteksu su ne samo neuroni dubljih, supkortikalno projicirajućih slojeva već dobro diferencirani i gusto pokriveni sinapsama, nego i dio neurona koji daju kortikalne projekcije pokazuje visok stupanj diferencijacije dendrita koji su također pokriveni brojnim sinapsama. To upućuje na to da su kortiko-supkortikalni neuralni sustavi, ali dijelom i kortiko-kortikalni sustavi, dosegnuili određeni stupanj funkcionalnosti.

Tijekom druge polovice prve godine života još manjim dijelom rastu dendriti dubljih kortikalnih slojeva te u dobi od godinu dana gotovo dosežu odrasle vrijednosti. Upravo visok stupanj strukturne maturacije omogućuje visoku funkcionalnost kortiko-supkortikalnih veza i intenzivan razvoj percepcije i motorike, kao i socioemocionalnog razvoja koji je vidljiv tijekom ovog razdoblja.

Druga polovica prve godine života najintenzivnije je razdoblje rasta dendrita neurona sloja II. i površinskog dijela sloja III. u većini kortikalnih područja. Ovaj razvoj može objasniti povećanje kognitivnih kapaciteta te razvoj prvih oblika složenijih spoznajnih funkcija, kao što je radna memorija, kao i intenzivnih socioemocionalnih procesa.

U ovom razdoblju nastaju daljnje promjene u limbičkim strukturama, iako one nisu toliko izražene i primjetne kao u neokorteksu, jer hipokampus i amigdala imaju visoku razinu diferencijacije već pri rođenju. Međutim, izostanak majčine emotivne potpore

tijekom prve dvije godine života dovodi do nerazvijanja veza amigdala i susjednih područja te izrazite hipofunkcionalnosti između ovih struktura.

2.4.2. Socioemocionalni razvoj

Djeca već od rođenja razvijaju svoje sposobnosti doživljavanja i izražavanja različitih emocija, kao i sposobnost da se nose s različitim osjećajima (Sroufe 1997; Thompson i Lagattuta, 2006). Razvoj tih sposobnosti teče istodobno sa širokim spektrom drugih vještina vezanih za motoričku kontrolu, razmišljanje i komunikaciju. Tako se neuralni sustavi povezani s osjećajem ugone, kao **socijalni smiješak**, pojavljuju između 6. i 8. tjedna života. To je svakako jedan od dokaza da je dojenčetu interakcija s majkom ugodna, no sam osjećaj privrženosti pojavljuje se kasnije, polovicom prve godine života.

Tijekom razvoja u većine se djece emocionalni procesi neprimjetno odigravaju u njihovu socijalnom okruženju. Međutim, temelj tih složenih ponašanja jesu mnogobrojne vještine – poput dekodiranja i izmjenjivanja emocionalnih signala sa skrbnicima – što odražava brzo i složeno učenje. Ovi afektivni procesi postaju sve kompleksniji kako sazrijevaju relevantni neuroanatomski i neurofiziološki sustavi, a emocionalna iskustva s kojima se dijete susreće dodatno organiziraju **afektivne neuralne krugove**. Stoga priroda rane roditeljske skrbi koju dijete prima može imati dugoročne posljedice za djetetov daljnji razvoj.

Djeca od najranije dobi imaju mnoge prilike znakovima u svojem okruženju pridati **emocionalno značenje**. Središnji živčani sustav usmjeruje pažnju prema važnim obilježjima u okolišu i omogućuje regulaciju odgovora na promjene (Rothbart 2004). Jedan od načina na koji se eksperimentalno proučava emocionalna regulacija jest preko gašenja uvjetovana odgovora. Nakon što je kondicioniranje postignuto, uz ponavljanje uvjetovanog podražaja, ali bez pratnje bezuvjetnog, s vremenom se reakcija gasi: ovo je praćeno i smanjenom reaktivnošću autonomnoga živčanog sustava. Emocionalno asocijativno učenje povezano je s amigdalama, a gašenje odgovora posredovano je inhibitornim utjecajem medijalnoga prefrontalnog korteksa na amigdale (Phelps i LeDoux 2005). Ovi neuralni krugovi vezani su za to zašto neka iskustva mogu povećati istaknutost emocionalnih znakova i obrnuto, a to je da nedostatak nekih razvojno odgo-

rajućih iskustava može ometati emocionalni razvoj zbog nedovoljnih mogućnosti učenja. Iako je sva dojenčad biološki predisponirana za stvaranje **privrženosti** (zbog njezine adaptivne važnosti za stjecanje zaštite i preživljavanje), nisu svi oblici privrženosti jednako kvalitetni (Ainsworth 1972; Ainsworth 1973; Ainsworth 1979; Bowlby 1969; Bowlby 1973). Razvojno je ovaj aspekt važan, jer kvaliteta privrženosti dojenčadi ima dugoročne posljedice za njihove socijalne interakcije (Bretherton 1996). Na primjer, u usporedbi s vršnjacima s nesigurnom privrženošću, oni sa sigurnom privrženošću pokazuju manje straha i ljutnje u predškolskoj dobi (Kochanska 2001) i imaju bolje socijalne vještine i odnose s vršnjacima tijekom djetinjstva (Rubin i sur. 2006; Schneider i sur. 2001). Dugoročno, sigurna privrženost u djetinjstvu povezana je sa zdravim romantičnim vezama u adolescenciji (Collins i sur. 1997), a odrasli stilovi privrženosti odražavaju povijest privrženosti pojedinaca (Fraley 2002). Čak je i skrb za vlastitu djecu povezana s ranim oblicima privrženosti. Roditelji s poviješću sigurne privrženosti osjetljiviji su i promiču sigurnu privrženost u vezi sa svojom djecom (van Ijzendoorn 1995).

Budući da je riječ o složenom ponašanju, koje obuhvaća i kognitivnu i afektivnu domenu, potraga za **neurobiološkim supstratom privrženosti** prilično je zahtjevna (Feldman 2016). Ipak, nedavna su istraživanja počela otkrivati neke važne neurobiološke mehanizme u podlozi privrženosti: neuropeptidi oksitocin i vazopresin imaju važnu ulogu i pružaju model koji povezuje molekularne, stanične i sistemske pristupe (Insel i Young 2001). Čini se da su dopaminergički putevi telencephalona, posebno u području nucleus accumbensa i ventralnog palliduma, važni i kasnije za određene aspekte formiranja preferencija pri izboru partnera. Kako bi se privrženost razvila, ovi neuropeptidi moraju povezati socijalni podražaj s aktivacijom dopaminergičkih krugova povezanih s potkrepljenjem. Ontogeneza ovih mehanizama uglavnom je ispitivana na životinjskim modelima, pa se postavlja pitanje koliko i koje od tih nalaza možemo generalizirati na ljude? Primjerice, varijacije u kvantiteti i kvaliteti roditeljske skrbi nemaju istu važnost među različitim vrstama, kritični vremenski prozori nisu isti, a znamo i da ranjivost povezana s negativnim iskustvima je ovisna o genskim čimbenicima (Jaffee i sur. 2004; Kaufman i sur. 2004).

Socijalne interakcije između dojenčadi i njihovih skrbnika posredovane su sustavima kao što su HPAos

(hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda), orbito-ventralna područja prefrontalnog korteksa (Schrijver i sur. 2004) te neuropeptidnim sustavima koji reguliraju društveno ponašanje (Carter i sur. 2005). Još u **prenatalnom razdoblju**, hipotalamus fetusa pod utjecajem je majčine HPA osi (Giesbrecht i sur. 2017). U velikim je dozama kortizol neurotoksičan i inhibira stvaranje neuralnih veza te je stoga modulacija kortizola u ovom, kritičnom razdoblju ključna za buduće funkcioniranje. Oksitocin i socijalne interakcije smanjuju razinu kortizola, što je jedan od mehanizama preko kojih kontakt majke i dojenčeta utječe na razvoj mozga (Heinrichs i sur. 2003). Istraživanja pokazuju da odrasli s nesigurnim stilovima privrženosti imaju hiperaktivnu HPA os (Quirin i sur. 2008). Jedna od struktura koja se ponajviše istraživala u kontekstu neurotoksičnosti kortizola jest hipokampus. Hipokampus je dio limbičkog sustava i ključan je u procesima prostornog i emocionalnog pamćenja jer posreduje u procesima konsolidacije deklarativnog pamćenja (pamćenja događaja i činjenica) te omogućuje izvlačenje tih informacija iz pamćenja (Campbell i sur. 2004). Hipokampus ima velik broj glukokortikoidnih receptora, što ga čini iznimno osjetljivim na stres i glukokortikoide. Hipokampus dojenčeta koje doživljava visoke razine stresa razvija se dakle u neurotoksičnim uvjetima. Ovo je vidljivo i na životinjskim modelima, jer štakori odvojeni od majke u ranom razdoblju imaju smanjen hipokampus (Huot i sur. 2002), a i u ljudi rana iskustva sa zlostavljanjem utječu na broj receptora za glukokortikoide u hipokampusu (McGowan i sur. 2009).

Sustav nagrade složeni je neuralni sustav, a nedavno (Tops i sur. 2014) je predložen model kojim se on dijeli na dva podsustava: ventralni sustav strijatuma (funkcionalno sustav traženja novosti) i dorzalni sustav strijatuma (funkcionalno sustav traženja familijarnosti). Čini se da je u najranijem razvoju aktivniji ventralni sustav strijatuma (pa stoga majčino lice, koje je još novost, pruža osjećaj ugone). Takvu **ugodu** dijete izražava odgovarajućim **vokalizacijama, kontaktom očima** i ostalim dostupnim oblicima **neverbalne komunikacije**. S vremenom, ako su majčini odgovori usklađeni s djetetovim, dolazi do prijelaza na dorzalnu aktivnost, pri čemu majčina familijarnost i poznatost postaje nagrada. Spomenuti autori smatraju da dugoročno ugodu koju stvara sustav poznatosti može imati zaštitne funkcije jer smanjuje potrebu za ugodama stvorenima stranim supstancijama ili pak impulzivnim ponašanjima (ugoda posredovana sustavom traženja

novosti). U prilog ovoj hipotezi ide i nalaz da u pojedincu s poviješću zlostavljanja u djetinjstvu ventralni strijatum ima smanjeni odgovor na nagradu (Teicher i sur. 2016). Dakle, ako u kritičnom razdoblju ne sazre ugodu izazvana poznatim, što je neuralna osnova sigurne privrženosti, to posreduje kasnijim neprilagođenim ponašanjima (Chambers 2017).

Među ključnim strukturama vezanima za razne aspekte **emocionalne regulacije** svakako su **amigdaloide jezgre**. Poput hipotalamusa, i amigdala fetusa također su pod utjecajem majčina kortizola (Qiu i sur. 2015). Postnatalno, spomenute jezgre potpuno sazrijevaju do otprilike šestog i sedmog mjeseca života (Vela 2014), što koincidira s nastankom nekih strahova u dojenčeta, primjerice **straha od stranaca**, intenzivnim protestiranjem pri odvajanju od majke i sl. Snimke aktivnosti amigdala u djece koja su najranije razdoblje provela institucionalizirana, a poslije su posvojena, pokazuju istovjetnu reaktivnost pri gledanju lica majke (posvojiteljice) ili nepoznate osobe (Olsavsky i sur. 2013), što nije slučaj s djecom koja gledaju lica svoje majke ako su uz nju od samog početka života. Ovaj nedostatak distinkcije u odgovoru na lice nepoznate osobe s obzirom na lice majke bio je to veći što je bilo dulje razdoblje institucionaliziranosti.

Zbog razumljivih razloga mnogo je više istraživanja neurooslikavanja majki u interakciji s djecom pa tako danas znamo da procesima stvaranja privrženosti i koordiniranja majčinih radnji s potrebama djeteta posreduju razni neuralni sustavi, uključujući supkortikalna područja važna za **motivaciju (strijatum, amigdaloide jezgre, hipotalamus i hipokampus)** i kortikalna područja važna za **socijalnu kogniciju (anteriorni girus cinguli, inzula, medijalni frontalni i orbitofrontalni korteks)**. Ovi su krugovi također povezani s raznim endokrinim sustavima koji upravljaju stresnim reakcijama i motiviraju prikladna roditeljska ponašanja (Swain i sur. 2011; Swain i sur. 2007). Takvi se krugovi vjerojatno još u vrijeme trudnoće hormonalno moduliraju kako bi bili spremni za interakciju s dojenčecom. Tako primjerice razine oksitocina izmjerene tijekom trudnoće predviđaju majčinska ponašanja nakon porođaja (Levine i sur. 2007), a razine oksitocina u plazmi nakon porođaja koreliraju s količinom afektivnih interakcija s dojenčecom (Gordon i sur. 2010). U osoba sa sigurnom privrženošću razine su oksitocina općenito više te dodatno rastu u stresnim uvjetima, a pri interakciji s djetetom sinkroniziraju se s njegovim razinama (Pierrehumbert i sur. 2012; Pierre-

humbert i sur. 2009; Naber i sur. 2010; Weisman i sur. 2012). S druge strane, majke zlostavljačice imaju niže razine oksitocina (Heim i sur. 2009). Viši izmjereni oksitocin korelira s manjim doživljenim stresom (Pierrehumbert i sur. 2012) pa se tako čini da oksitocin i sigurna privrženost reguliraju stresne reakcije.

Kako je već u prethodnim potpoglavljima opisivano, **prefrontalni se korteks** kontinuirano razvija sve do kasnih dvadesetih godina života (Kolb i sur. 2012). U odraslih ljudi, zreli prefrontalni korteks posreduje procesima privrženosti i općenito sudjeluje u regulaciji anksioznosti i depresivnosti. Budući da u male djece prefrontalni korteks nije zreo, nejasno je koja je njegova uloga u stvaranju rane privrženosti, ali je moguće da neurobiološki procesi koji se odigravaju u tom razdoblju uspostavljaju temelje za kasnije procese stvaranja privrženosti u odrasloj dobi (Chambers 2017).

Zaključno, rana emocionalna iskustva novorođenčadi vezana su gotovo isključivo za interakciju s primarnim skrbnikom. Način na koji skrbnici odgovaraju na te signale ugradit će se u neuralnu arhitekturu i ponašanje djeteta. Stoga, iako je djetetov obrazac privrženosti prilično promjenjiv tijekom prve i druge godine života, ponavljano potvrđivanje iskustava čini djetetov stil privrženosti i povezani kognitivni model manje promjenjivima nakon druge godine života i sve se gleda kroz prizmu postojećeg stila (Bowlby 1980; Belsky i sur. 1996). Pokazalo se da su elementi socijalne kompetencije koji se razvijaju u prvim godinama života povezani s emocionalnim blagostanjem i utječu na djetetovu kasniju sposobnost da se funkcionalno prilagodi u školi i da oblikuje uspješne odnose tijekom života (Collins i Laursen 1999; Thompson 1998). Temeljna obilježja emocionalnog razvoja uključuju kako sposobnost prepoznavanja i razumijevanja vlastitih osjećaja, preciznog čitanja i razumijevanja emocionalnih stanja drugih ljudi, tako i upravljanje snažnim emocijama i njihovim izražavanjem, reguliranje vlastita ponašanja, razvijanje empatije za druge te uspostavljanje i održavanje odnosa.

2.4.3. Kognitivni i komunikacijski razvoj

Tehnike strukturnoga slikovnog prikazivanja, poglavito one koje se oslanjaju na snimanja difuzije duž vlakana neurona (*diffusion tensor imaging*, DTI), omogućuju dovesti u vezu promjene vezane za sazrijevanje mozga s promjenama u ponašanju. Već prije opisane strukturne promjene praćene su masivnim funk-

cionalnim promjenama u kori velikoga mozga, kao i u supkortikalnim strukturama.

Tijekom prve godine života u kognitivnom ponašanju prevladavaju **senzomotorne sheme** – dojenčad ne razmišlja o objektima mimo izravnog percipiranja i manipuliranja tim objektima. Prelazak na **simboličko rezoniranje**, sposobnost predočivanja predmeta, radnji i iskustava putem mentalnih slika, riječi ili gesti, vidljiv je i u razumijevanju postojanja predmeta (Nelson 1999; Nelson i sur. 2006). Istraživanja koja se koriste mjerama detektiranja vidnog ponašanja (npr. usmjerivanje pažnje na neočekivane događaje) upućuju na to da dojenčad ima razvijenija razumijevanja stalnosti objekta nego što je smatrao Piaget (Baillargeon 1987; Baillargeon i sur. 1995; Baillargeon i DeVos 1991; Meltzoff 1999; Meltzoff i Moore 1994; Piaget 1952; Piaget 1970). Rani razvoj kognitivnih funkcija dobro se može prikazati kroz razvoj vidnog sustava. Istraživanja na postmortalnom materijalu pokazale su da u vidnom korteksu postoji nagli porast sinapsi tijekom prve godine života te da se tijekom druge godine doseže vrhunac u kojemu je broj sinapsi dvostruko veći od onoga u odrasloj dobi (Huttenlocher i sur. 1982). Gustoća sinapsi smanjuje se do desete godine života, kada se uspostavljaju odrasle vrijednosti, a promjene broja sinapsi koreliraju sa promjenama u volumenu i gustoći sive tvari. Strukturne promjene koreliraju s razvojem različitih kognitivnih razina u hijerarhiji vidne obrade, od inicijalnog odgovora na svjetlo do selektivnih odgovora na orijentaciju obrisa i pokreta u primarnome vidnom korteksu te općeg procesiranja oblika i pokreta u asocijativnim vidnim područjima. Promjene u različitim razinama vidne obrade mogu se ispitivati uporabom podražaja kojima se izoliraju specifične neuralne aktivnosti putem vidnih, uz događaj povezanih evociranih potencijala. Kod normalnog vidnog razvoja važno je uočiti razlike u dinamici sazrijevanja između ventralnih (što?) i dorzalnih (gdje?) vidnih puteva. Razvoj je ventralnoga vidnog puta dugotrajniji, dok veze bijele tvari unutar dorzalnog vidnog puta sazrijevaju kasnije. Viši vidni procesi sazrijevaju polako i različitim neurorazvojnim dinamikama (Braddick i sur. 2011). Razvoj brazdi i vijuga (girifikacija) te proces mijelinizacije kroz posljednju trećinu trudnoće korelira s različitim brzinama sazrijevanja dorzalnih i ventralnih vidnih puteva (Toro i Burnod 2005). DTI analize pokazale su kako se svi glavni putevi mogu uočiti već u prvih nekoliko tjedana nakon rođenja, iako je stupanj mijelinizacije

nizak (Dubois i sur. 2006). Usporedo sa stupnjem mijelinizacije raste brzina neuralnog provođenja u ovim putevima pa tako vidni evocirani potencijali u okcipitalnom području u dojenčadi imaju to kraću latenciju što je veća zrelost optičke radijacije (Dubois i sur. 2008).

Naravno, kognitivni se razvoj dovodi u vezu i sa sazrijevanjem ostalih regija pa je tako pokazano da medijalni dio frontalnog korteksa sazrijeva kasnije (Huttenlocher i Dabholkar 1997). Gustoća sinapsi u medijalnom asocijativnom frontalnom korteksu doseže maksimum nakon druge godine života (Huttenlocher i Dabholkar 1997), a neuroni uključeni u asocijativne kortiko-kortikalne projekcije pokazuju prekomjernu produkciju sinapsi tijekom cijele adolescencije (Petanjek i sur. 2011). U posljednje se vrijeme više rabe i mjere funkcionalne povezanosti različitih regija. Tako je usporedba volumena regija povezanih s primarnim vidnim korteksom kroz prve dvije godine života pokazala da je on manji nego u somatosenzornih tijekom prve godine života, ali ne i u dobi od 2 godine. To upućuje na to da primarni somatosenzorički korteks sazrijeva ranije nego vidni (Lin i sur. 2008). Longitudinalna istraživanja pokazuju modalni obrazac promjena u korteksu tijekom djetinjstva (ali i poslije), koji uključuje stanjivanje većega broja kortikalnih područja – prije svega primarnoga senzomotoričkog korteksa, zatim sekundarnog, a onda se tijekom kasnijeg djetinjstva i adolescencije proces stanjivanja širi u **multimodalna asocijativna kortikalna područja**. Upravo se ove promjene dovode u vezu s kognitivnim razvojem. Primjerice, sposobnost dosjećanja informacija u vezi je s procjenama volumena frontalnog korteksa – što su obrasci sličniji onima koje nalazimo u odrasloj dobi, to su dječje sposobnosti dosjećanja veće (Sowell i sur. 2001). Promjene u debljini korteksa u funkciji vremena pokazale su se ključnom varijablom pri dovođenju u vezu inteligencije i neuralnih promjena. Za objašnjavanje kognitivnog razvoja, promjena vezana za dob važnija je od morfologije zatečene u jednoj točki mjerenja. Shaw i suradnici (2006) pratili su kohortu djece i pokazali da ona s visokim rezultatima na testovima inteligencije pokazuju velik porast u kortikalnoj debljini u ranom razdoblju, praćen velikim smanjivanjem debljine u istim tim područjima u kasnijem razdoblju. DTI istraživanja u djece idu u prilog ideji da su mikrostrukturne specifičnosti ovih puteva povezane s individualnim razlikama u izvedbi na kognitivnim zadacima na

kojima su djeca sve uspješnija u određenoj dobi, dakle u raznim neuropsihološkim domenama: vidna obrada, jezik, prostorno radno pamćenje, kognitivna kontrola odgovora i verbalna inteligencija.

Razvoj komunikacije počinje **neverbalnim oblicima**. U prethodnom poglavlju u okviru socioemotivnog razvoja i stvaranja privrženosti opisani su razvoj interakcije između djeteta i primarnog skrbnika te neurobiološki korelati te interakcije. Dodatno treba napomenuti da novorođenčad pokazuje spremnost na održavanje **kontakta očima** i usmjerivanje pažnje na **poseban govor** (prilagođeni govor skrbnika- posebna osjetljivost na podizanje i spuštanje intonacije glasa koji koriste odrasli kad govore s malom djecom), što je kulturalno univerzalna pojava, kada se majke u interakciji s djecom koriste prilagođenim govorom, specifične prozodije, višeg registra, bogatije intonacije i sporijeg tempa (Maričić i sur. 2012). U novorođenčeta je pri slušanju ovakvih pretjeranih govornih obrazaca izmjerena veća sinkronizacija na frontalno-centralno-parijetalnim lokacijama, kao i uvećani N250 evocirani odgovor (Zhang i sur. 2011). Pozitivan učinak takve komunikacije vidljiv je već u dvomjesečne dojenčadi koja pokazuje bolju fonetsku diskriminaciju (Liu i sur. 2009). Nadalje, istraživanja infracrvenom spektroskopijom pokazuju da je aktivacija medijalnoga prefrontalnog korteksa u novorođenčadi veća slušaju li majčin glas dok se koristi govorom usmjerenim na dijete nego kada rabi uobičajeni govor namijenjen odraslima (Saito i sur. 2007). Nadalje, već sam **kontakt očima** ili **smiješak** koji prethodi govoru može izazvati pojačan odgovor u medijalnom prefrontalnom korteksu i dovodi do visokofrekventne električne kortikalne aktivnosti u gama-spektru (Grossmann i sur. 2008), što sve upućuje na neodvojivost ovih socijalnih i afektivnih kognicija vezanih uz doživljaj. Osim toga što se takvim obraćanjem djeci facilitira usvajanje jezika (Senju i Csibra 2008; Singh i sur. 2004; Yoon i sur. 2008), ova usmjerenost djeteta na za sebe važne informacije odražava prvo pojavljivanje ranih oblika **svijesti o sebi** – koji razvojno prethode višim razinama svijesti koje nalazimo u starije djece i odraslih (Rochat 2011).

Verbalna se komunikacija razvija putem jezičnih sustava, gdje dolazi do kombinacije receptivnih i ekspresijskih elemenata. Ispad u bilo kojem od ovih elemenata može imati dalekosežne posljedice u svim ostalim (Watkins 2011). Međutim, u svim aspektima razvoja jezika, **receptivna funkcija** dolazi prije proiz-

vodnje (ekspresije). Tako je primjerice detekcija fonetskih obilježja materinskog jezika robusna i razvija se rano, ali je razdvajanje govora u odvojene riječi zahtjevnije i podložnije oštećenjima i problemima u nedonoščadi (Bosch 2011). Jezik je tipičan primjer, tzv. razvojni vremenski prozor u neurobiologiji (Bruer 2008; Knudsen 2004; Kuhl 2004). Međutim, nemaju svi aspekti jezika vremenski jednako definirane prozore. Kritično razdoblje za učenje fonetskih, leksičkih i sintaktičkih razina se razlikuje. Čini se da je kritično razdoblje za fonetsko usvajanje prije prve godine, a za sintaksu između 18 i 36 mjeseci. Vokabular se naglo širi oko **18. mjeseca** – ali ovo nije toliko vremenski ograničeno te se vokabular može širiti u bilo kojoj dobi. Preciznije određivanje „otvaranja“ i „zatvaranja“ tih prozora na neurobiološkoj razini za sada još nije moguće.

Utjecaj **socijalne interakcije**, a to uključuje i neverbalnu komunikaciju, na razvoj govora odavno je poznat, a neki noviji pristupi pokušavaju obuhvatiti sve razine na kojima socijalna interakcija facilitira usvajanje jezika, primjerice povećavanjem pažnje i pobuđenosti, pružanjem informacija, osjećajem povezanosti i aktivacijom neuralnih mehanizama koji povezuju percepciju i radnju. Osim toga što interakcija s drugim osobama omogućuje stjecanje informacija koje su važne za usvajanje jezika, moguće je i da je socijalni kontekst isprepleten s učenjem jezika kroz neke temeljnije mehanizme (**hipoteza društvenog mozga**). Socijalna je interakcija nužna za razvoj govora u dojenčadi, a socijalno ponašanje pojedinoga djeteta povezano je s njegovom sposobnošću učenja novoga jezičnog materijala. Jezik je evoluirao zbog potrebe za društvenom komunikacijom i čini se vrlo vjerojatnim da jezik i društveni mozak imaju zajedničko evolucijsko podrijetlo (Adolphs 2003; Dunbar 2009; Pulvermüller 2005). Na tom tragu, neuroznanost jezika otprije istražuje zajedničke neuralne sustave percepcije i akcije, a otkriće sustava zrcalnih neurona dalo je dodatne poticaje za povezivanje ovih istraživačkih pravaca s onima koji se bave socijalnom kognicijom (Kuhl i Meltzoff 1996; Pulvermüller 2005; Rizzolatti 2005).

Kada se pojavljuje ta veza između recepcije i akcije? Istraživanja pokazuju da se u novorođenčadi, tromjesečne, šestomjesečne i dvanaestomjesečne dojenčadi pri slušanju različitih govornih uzoraka aktiviraju i neuralni sustavi uključeni u stvaranje govora (Imada i sur. 2006). Nadalje, sinkronizacija u aktivaciji receptivnih i motoričkih područja pojavljuje se u dojenčadi od

3 mjeseca nadalje – što je razdoblje kada dojenčad počinje proizvoditi zvukove nalik na samoglasnike.

Općenito, sinkronizacija moždane aktivnosti povezana je s kognitivnim sposobnostima. Evocirani potencijali u male djece pokazuju veću difuznost, a sazrijevanjem pojavljuje se veća lateralizacija u temporalnim područjima lijeve hemisfere (Conboy i sur. 2008; Durston i sur. 2002; Mills i sur. 1993, Mills i sur. 1997; Tamm i sur. 2002). Kako djeca svladavaju jezik, moždani se ritmovi mijenjaju. Gama-frekvencija moždanih valova (30 – 100 Hz) u stanju mirovanja dovedena je u vezu s ranim usvajanjem jezika i drugim kognitivnim vještinama do treće godine (Benasich i sur. 2008). Snaga u theta pojasnom području (4 – 7 Hz) dovedena je u vezu s kognitivnim naporom u odraslih, a i kod zadatka radnog pamćenja u osmomjesečne djece (Bell i Wolfe 2007).

2.5. Dob trčkarala i predškolska dob (2. – 5. godina)

Potkraj druge godine života u anatomsom i histokemijskom građom mozak se gotovo i ne može razlikovati od mozga odrasle osobe. U prosjeku, veličina je mozga na 80 – 90 % odraslih vrijednosti, a dendritičko stablo većine neurona potpuno odgovara odrasloj dobi. Većina neurokemijskih sustava također pokazuje stupanj aktivnosti blizu onomu u odrasloj dobi, a i mijelinizacija aksona pokazuje obrazac sličan odraslom. Ono što posebno dolazi do izražaja jest prekomjerman broj sinapsi, koji je u većini kortikalnih područja dvaput, pa čak i tripot veći nego u odrasloj dobi. Stupanj prekomjerne produkcije sinapsi korelira s funkcionalnom razinom kortikalne areje te je najviši u najsloženijim kortikalnim područjima. I u drugim dijelovima mozga postoji prekomjerna produkcija sinapsi, izuzevši kralježničnu moždinu i moždano deblo, ali je ona mnogo manja nego u kori velikoga mozga.

Zanimljivo je kako upravo u trenutku kada po kvantitativnim parametrima središnji živčani sustav poprima konture odrasloga, dolazi do pojave najsloženijih i čovjeku specifičnih kognitivnih i socioemocionalnih funkcija, a koje se posebno intenzivno razvijaju tijekom predškolskog razdoblja. To uključuje **meta-kogniciju**, tj. razvoj koncepta ljudskog uma, što je specifično ljudski korak i omogućuje normalan intelektualni razvoj tijekom školske dobi te završnu psihosocijalnu i kognitivnu maturaciju tijekom adolescen-

tne dobi. **Teorija uma** označuje da dijete ima svijest o sebi i svijest o drugima kao osobama. Na neuralnome planu, već u dobi od tri godine vidljiva je jasna razlika u neuralnoj aktivaciji ovisno o tome gleda li dijete film koji prikazuje tjelesna stanja druge osobe (npr. bol) spram filma koji prikazuje mentalna stanja te osobe (teorija uma), i, što je jasnija distinkcija aktivacije ovih dviju mreža, to ujedno dijete daje i zrelije interpretacije na bihevioralnoj razini (Richardson i sur 2018). Ovo je istraživanje također pokazalo da se funkcionalna specijalizacija spomenutih mreža kontinuirano zbiva sve do 12. godine, a neka druga istraživanja jasno pokazuju da se promjene u raspodjeli i organizaciji sive i bijele tvari u regijama zaduženima za funkcioniranje **tzv. društvenog mozga**, kao i njihova aktivacija pri rješavanju zadataka koji uključuju socijalnu kogniciju, događaju i do kasno u adolescenciju (Blakemore 2012; Petanjek i sur. 2019).

Kroz ovo razdoblje nastavljaju se mijelinizacija i blago povećanje ukupnoga broja sinapsi, a na selektivnim populacijama neurona vidljive su strukturne i molekularne promjene. Pojedine populacije neurona pokazuju značajan daljnji rast dendrita, primjerice asocijativni kortikalni neuroni koji povezuju više kortikalnih areja, imaju bogate intrakortikalne veze i posebno su brojni u najsloženijim kortikalnim područjima (Petanjek i sur. 2008, Petanjek i sur. 2019; Sedmak i sur. 2018). Čini se da upravo tijekom ranoga djetinjstva dolazi do selektivnih promjena na strateški važnim neuronima i pripadajućim projekcijama, a one omogućuju bolju integraciju u procesiranje informacija. To uključuje razvoj intrakortikalnih ekscitacijskih veza, razvoj projekcija kod neurona koji povezuju više kortikalnih područja te maturaciju specifičnih populacija GABA-ergičkih neurona. Upravo se kroz maturaciju selektivnih neuralnih elemenata koji su ključni da se omogući bolja integracija unutar kortikalne mreže može objasniti kontradikcija koja prati ovo razdoblje (2. – 6. godina), a to je diskrepancija između visoke razine funkcionalnih i niske razine strukturnih promjena. U tom razdoblju **masivne funkcionalne promjene** koje odražavaju dramatičnu ekspanziju u razvoju komunikacijskih funkcija, govora i drugih složenih kognitivnih funkcija, nisu praćene strukturnim promjenama, jer su u kvantitativnom smislu (veličinom dendritičkog stabla i brojem sinapsi) kortikalni krugovi gotovo dosegili odrasle vrijednosti već oko druge godine života.

2.6. Školska dob (6. – 12. godina)

Kasno djetinjstvo, tj. razdoblje osnovne škole, razdoblje je razvoja kada su strukturne i molekularne promjene u središnjemu živčanom sustavu najmanje izražene. To razdoblje najviše karakterizira prekomjeran broj sinapsi s obzirom na broj kasnije tijekom života. Unutar neuralnih krugova koji su povezani s najsloženijim psihološkim funkcijama tijekom promatranog razdoblja čak i ne dolazi do zamjetnog smanjenja broja od onoga (maksimalnog) koji je dosegnut tijekom prijašnjeg razdoblja. Iako nema daljnjeg rasta dendrita i povećanja broja sinapsi, ipak tijekom tog razdoblja postoji daljnji blagi rast volumena mozga, što se može povezati s nastavkom mijelinizacije, iako mnogo manjim intenzitetom nego što je to bilo tijekom dojenačke dobi i ranoga djetinjstva. Početkom puberteta, volumen mozga je 5 – 10 % veći nego što će biti u odrasloj dobi. Ove su promjene najvećim dijelom vezane za promjene volumena sive tvari moždane kore, a mogu se dovesti u vezu s finim podešavanjem sinaptičkih spojeva do kojega dolazi pod utjecajem okoline.

Istraživanja slikovnog prikaza mozga u skladu su s rezultatima studija na postmoralnom materijalu, gdje su promjene u debljini i volumenu sive i bijele tvari opisane u određenim područjima moždane kore. Te se promjene mogu dovesti u vezu sa psihomotornim razvojem. Tako su Lu i suradnici (2007) pratili skupinu sedmogodišnjaka tijekom dvije godine i ustanovili da se u tom razdoblju događa stanjivanje dorzalnih područja frontalnog korteksa. Stupanj tog stanjivanja bio je povezan s razvojem fine motorike, dok je stanjivanje u područjima donjih dijelova frontalnog korteksa bilo povezano s poboljšanim fonološkim procesiranjem. I stupanj mijelinizacije bijele tvari povezan je s uspješnošću čitanja u djece školske dobi (Beaulieu i sur. 2005; Deutsch i sur. 2005; Nagy i sur. 2004; Niogi i McCandliss 2006). Nagy i suradnici (2004) gustoću bijele tvari u temporalnim režnjevima povezali su sa sposobnostima čitanja u djece i adolescenata, dok je gustoća vlakana u gornjim fronto-parijetalnim regijama bila povezana s izvedbom u zadacima prostornoga radnog pamćenja. Prostorno radno pamćenje prolazi značajne razvojne promjene tijekom cijelog djetinjstva, a čini se da područja lijevog fronto-parijetalnog korteksa i veze unutar gornjega longitudinalnog fascikulusa imaju veliku ulogu u tim procesima.

Iako je ovo razdoblje obilježeno samo manjim strukturnim promjenama, s obzirom na to da je broj

sinapsi veći od onoga koji će biti nakon završetka razvoja, stimulacija iz okoline kroz fino će podešavanje molekularne strukture sinaptičkih spojeva determinirati koje će sinapse biti eliminirane, a koje zadržane tijekom procesa eliminacije koji obilježava završetak razvoja mozga. Na ovaj način edukacija te obiteljsko i šire socijalno okruženje tijekom djetinjstva imaju ključnu ulogu u oblikovanju konačne arhitekture neuralne mreže.

Treba spomenuti da u spomenutom razdoblju razina psihosocijalne zrelosti nadmašuje intelektualne kapacitete, iako će fronto-limbičke projekcije doživjeti znatne promjene tijekom kasnijega razvojnog razdoblja.

2.7. Pubertet i rana adolescencija (12. – 16. godina)

Pubertet se dugo smatrao razdobljem kada dolazi do konačne strukturne i kemijske maturacije, kada se pod utjecajem hormonskih promjena smanjuje broj sinapsi i formira konačan oblik neuralne mreže. Također se smatralo da je utjecaj spolnih hormona na neuralnu mrežu mozga ključan za rizičan obrazac ponašanja koji karakterizira adolescentnu dob. Nastupanje puberteta povezano je s porastom spolnih hormona, koji imaju važne **organizacijske** (iako se prije smatralo da se organizacijski utjecaji događaju samo u prenatalnom razdoblju) i **aktivacijske** utjecaje na živčani sustav (Sisk i Zehr 2005). Izravna su istraživanja organizacijskih utjecaja spolnih hormona na ljudskom mozgu malobrojna (Lenroot i Giedd 2010; Neufang i sur. 2009; Peper i sur. 2009; Perrin i sur. 2009; Raznahan i sur. 2010), no spolno specifični utjecaji testosterona i estrogena uočeni su u **amigdalama** i **hipokampusu** (Neufang i sur. 2009). Kada se dob uzme u obzir, ukupan volumen sive tvari negativno je povezan s razinama estradiola u djevojčica, a pozitivno s razinama testosterona u dječaka (Peper i sur. 2009). O spolno dimorfnim strukturama i njihovim funkcijama više u tekstu koji slijedi.

S obzirom na dječju dob, u ovom se razdoblju znatno smanjuje broj sinapsi, ali tijekom ostatka adolescencije u područjima ključnima za procesiranje naj složenijih kognitivnih funkcija broj sinapsi još uvijek ostaje prilično iznad razine u odrasloj dobi. Stoga postoje znatne razlike u brzini smanjivanja broja sinapsi između različitih dijelova neuralne mreže. Posebno treba naglasiti da arhitektonika neuralne

mreže u **fronto-limbičkim projekcijama** tijekom ovog razdoblja još uvijek znatno odudara od one koja se nalazi nakon završetka razvoja. No, s druge strane, maturacija neuralnih krugova koji su vezani za intelektualne kapacitete zbiva se intenzivno pa je promatrano razdoblje obilježeno **slabijom emotivnom kontrolom** jer stupanj psihosocijalne maturacije ne prati ekspanziju intelektualnih kapaciteta.

Ove promjene u strukturi neuralne mreže pokazala su i istraživanja koje su se koristila metodama slikovnog prikaza mozga. U njima je pokazano kako postoje spolne razlike u vremenskoj dinamici opisanih promjena. U dugoročnom longitudinalnom istraživanju Gogtay i suradnika (2004) svake dvije godine skenirano je trinaestero zdrave djece u dobi od 4 do 21 godine. Pokazalo se da se volumen sive tvari u frontalnim i parijetalnim regijama razvija sličnom dinamikom: raste od 10. do 12. godine, a zatim se postupno smanjuje i to se može pratiti sve do rane odrasle dobi. Djevojčice su najveći volumen postigle otprilike godinu dana prije (s 11 godina) nego dječaci. Međutim, volumen sive tvari temporalnog režnja nastavio je rasti do 17. godine. U načelu je sazrijevanje sive tvari pratilo razvojnu sekvenciju: primarno somatosenzorno područje te dijelovi frontalnih (*gyrus precentralis*) i okcipitalnih režnjeva sazrijevali su najranije, a ostatak korteksa sazrijevao je u smjeru od parijetalnog prema frontalnom. Posljednje je sazrelo područje oko gornje temporalne vijuge, koja sadržava asocijativna područja nekoliko osjetnih modaliteta. Zanimljivo je da ova sekvencija odgovara sekvenciji pojavljivanja ovih regija u evolucijskom kontekstu.

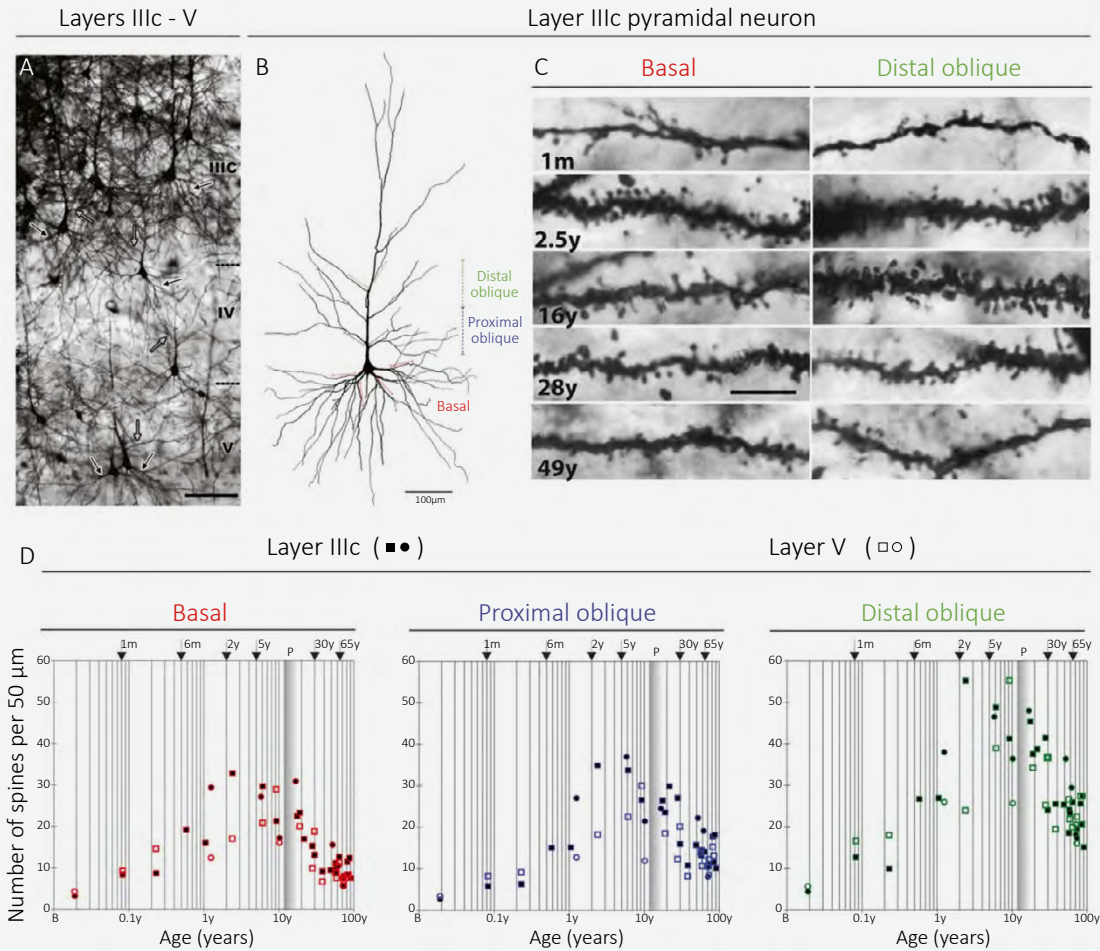
2.8. Adolescencija u užemu smislu i postadolescencija (16. – 25. godina)

Metodama slikovnog prikaza pokazano je kako nakon puberteta, tijekom preostalog razdoblja adolescencije, nastaju daljnje strukturne promjene u mozgu. Broj sinapsi u najvišim se asocijativnim područjima počinje znatno smanjivati tek poslije, u trećem desetljeću života (v. sliku 2.1.).

Dakle, ovakva sinaptička reorganizacija vezana je za **maturaciju fronto-limbičkih veza**, što se manifestira kroz psihosocijalnu maturaciju. To također pokazuje produženu plastičnost kortikalne neuralne mreže koja je specifična i svojstvena samo čovjeku, čak i u usporedbi s čovjekolikim majmunima. Najvažnija struktura u **reguliranju emocija** jest **amigdala** koja

Slika 2.1.
Promjene u gustoći dendritičkih trnova na velikim piramidnim neuronima slojeva III. c i V. u prefrontalnom korteksu čovjeka nakon rođenja.

Slika preuzeta iz rada Petanjek i sur. Extraordinary neoteny of synaptic spines in the human prefrontal cortex. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 2011; 108(32): 13281-6.



Legenda: Prikazane promjene u gustoći dendritičkih trnova na velikim piramidnim neuronima slojeva III. c i V. u prefrontalnom korteksu čovjeka nakon rođenja. Reprezentativne fotografije piramidnih neurona sloja III. c i V. u dorzolateralnom prefrontalnom korteksu osobe u dobi od 16 godina impregnirane su rapid Golgi metodom. Crne strelice pokazuju bazalne, a sive kose dendrite. (B) Rekonstrukcija piramidnog neurona sloja III. c u osobe od 49 godina NeuroLucida programom pokazuje odabrana mjesta na kojima je provedeno mjerenje broja dendritičkih trnova (dužina mjenog segmenta iznosi 50 μm): distalni apikalni kosi dendrit (zeleno), proksimalni apikalni kosi dendrit (plavo) i bazalni dendrit (crveno). (A-B; mjerka: 100 μm) (C) Reprezentativne fotografije piramidnih neurona sloja III. c u dorzolateralnom prefrontalnom korteksu na velikom povećanju pokazuju bazalne dendrite (*lijevo*) i distalne apikalne kose dendrite (*desno*) u različitim stadijima: dijete od 1 mjeseca, dijete od 2,5 godina, 16 godina, 28 godina i 49 godina. (mjerka: 10 μm) (D) Grafovi pokazuju broj trnova piramidnih neurona dorzolateralnoga prefrontalnog korteksa u prvih 50 μm segmenta bazalnih dendrita nakon prve bifurkacije (crveno); kosih dendrita koji izlaze u proksimalnom dijelu, tj. početnih 100 μm apikalnog dendrita (plavo); i apikalne kose dendrite koji izlaze distalnije, u sljedećih 100 μm apikalnog dendrita (zeleno) u sloju III. c (puni kružići) i sloju V. (prazni kružići). Kvadratići predočuju muškarce, a kružići žene. Postnatalno je razdoblje prikazano logaritamskom skalom. Pubertet je označen osjenčanim stupcem. B, rođenje (4. postnatalni dan); P, pubertet.

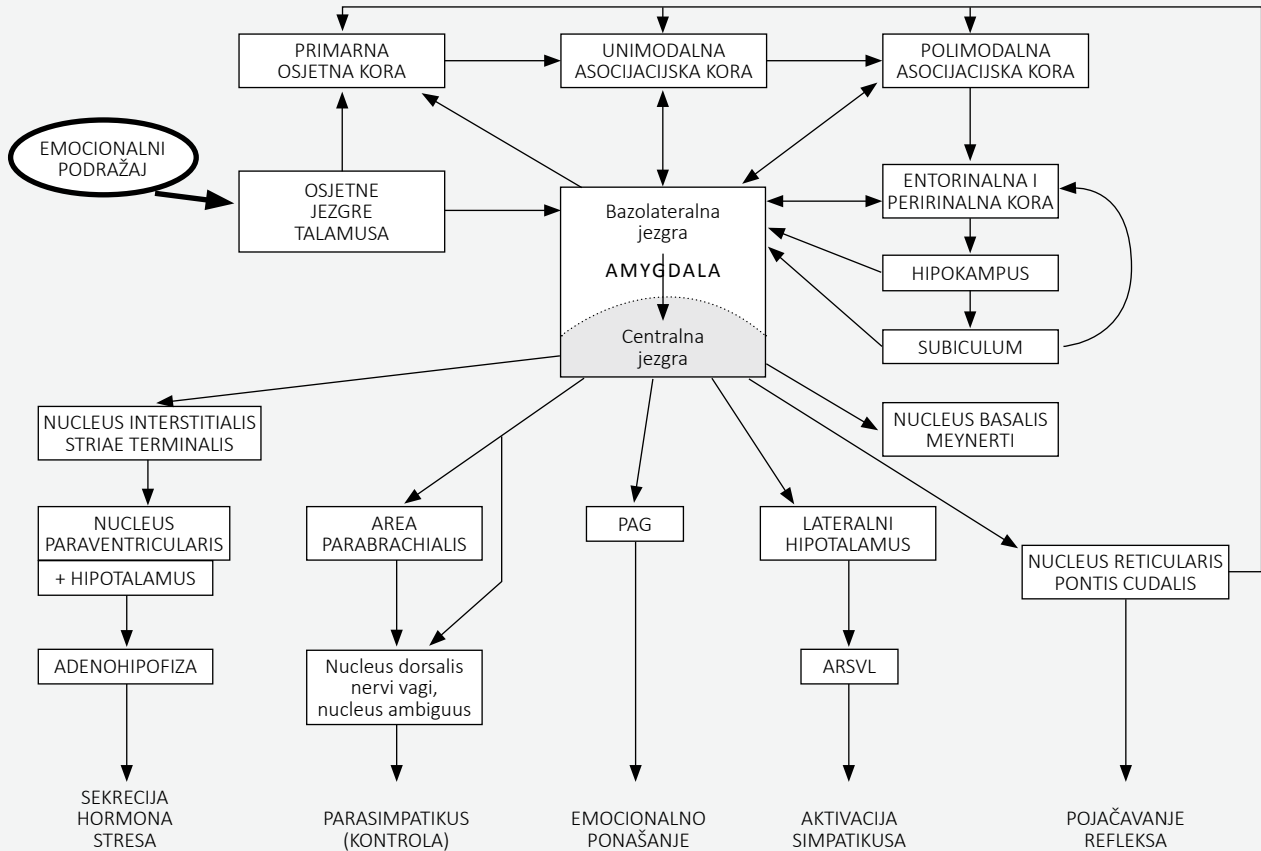
se nalazi u dubini moždanih hemisfera i dio je limbickog sustava, ali pokazuje složenu interakciju sa svim asocijativnim područjima kore velikoga mozga (v. sliku 2.2.).

Dakle, slika donosi shematski prikaz ulaznih i izlaznih projekcija amigdala, strukture ključne u **procesiranju straha i emocionalnih izraza lica**. Stoga je jasno kako prije potpune maturacije asocijativnih područja

Slika 2.2.

Shematski prikaz ulaznih i izlaznih projekcija amigdala.

Slika preuzeta uz dopuštenje iz udžbenika Judaš M, Kostović I, ur. Temelji neuroznanosti. Zagreb: MD; 1997, str. 403



Legenda: Raznovrsne supkortikalne i kortikalne strukture dostavljaju aferentne informacije u bazolateralni dio amigdala. Intraamigdaloidne veze prenose informaciju na centralnu jezgru amigdala, a ona posredstvom svojih eferentnih projekcija upravlja aktivnošću niza autonomnih, endokrinih i somatskih struktura.

neće doći do dobre regulacije emocija i prikladnog usmjerivanja nagonskog ponašanja.

Zanimljivo je kako su u razdoblju od puberteta pa do tridesete godine života strukturne i funkcionalne promjene koje se mogu zabilježiti metodama slikovnog prikaza izraženije nego promjene koje se mogu zabilježiti tijekom školskog razdoblja. Proučavajući paralelnu i perpendikularnu difuziju u putevima bijele tvari, Ashtari i suradnici (2011) pokazali su da se u adolescenata povećavaju gustoća i paralelna difuznost vlakana, ali nema promjena u perpendikularnoj difuznosti (što se uočava u ranijoj dobi). Obje vrste difuznosti u području fascikulusa arkuatusa korelirale su s testom inteligencije (test informiranosti) i mjerama semantičkog pamćenja. Lee i suradnici (2007) pokazali

su da je povećana gustoća sive tvari bilateralno u supra-marginalnim vijugama povezana s većim vokabularom u adolescenata. Nejasno je, doduše, je li riječ o neuroplastičnim promjenama vezanima uz aktivnost ili prethodno postojeću prednost neuralne arhitekture.

2.9. Interakcija nasljeđa i okolinskih čimbenika tijekom razvoja arhitekture neuralne mreže

Glavno pitanje koje prati strukturni razvoj mozga jest u kojoj mjeri vanjski čimbenici utječu na dinamiku i smjer razvojnih promjena u arhitektonici neuralne mreže. Nekoliko se nedavnih istraživanja usmjerilo na ispitivanje kakva je korelacija plastičnih promjena u

specifičnim zonama bijele i sive tvari nakon intenzivnih intervencija i bihevioralnih treninga. Skupina mladih ljudi učila je žonglirati, nakon čega je izmjeren porast u volumenu sive tvari u medijalnim temporalnim režnjevima objiju hemisfere te u lijevom posteriornom intraparijetalnom sulcusu, području uključenom u okulomotoričku koordinaciju (Draganski i sur. 2004; Scholz i sur. 2009). Nadalje, treninzi radnog pamćenja dovode do mikrostrukturnih promjena bijele tvari ispod intraparijetalnog sulcusa i anteriornog korpusa kalozuma, pri čemu duljina treninga korelira sa stupnjem promjena (Takeuchi i sur. 2010). Među rijetkim istraživanjima koja su provjeravala utjecaj treninga na strukturne promjene u djece jest jedno u kojemu su djeca u dobi od 8 do 10 godina, loši čitači, prošla kroz 100 sati intenzivnog treninga čitanja te je uz bihevioralne mjere poboljšane izvedbe izmjeren i znatan porast u masi bijele tvari u prednjem centru semiovale lijeve hemisfere (Keller i Just 2009).

Interakcije između **genskog programiranja i utjecaja postnatalne okoline** dobro su poznate kao važan biomedicinski i socijalni koncept (Petanjek i sur. 2011). Iako razvoj svake individue pokreće „nasljeđe“, tj. njegova genska struktura, moderna su istraživanja jasno pokazala kolika je važnost utjecaja skrbnika i socijalnog okruženja te edukacije, ali i ostalih okolinskih čimbenika u oblikovanju neuralne mreže mozga i, posljedično, strukture uma svake osobe (Amso 2006). Nevjerojatna ekspanzija genetskih studija, studija na postmortalnom materijalu i studija slikovnog prikaza mozga u čovjeka i drugih primata, ali i brojna eksperimentalna istraživanja na laboratorijskim životinjama koja su provedena u posljednja tri desetljeća, utjecali su na promjenu gledišta o „nature-nurture“, tj. „gene-environment“ postavci. Pokazalo se da je prijašnji koncept koji definira u kojoj je mjeri razvoj pojedinih funkcija ovisan o genskim, a u kojoj mjeri o okolinskim čimbenicima, pogrešno postavljen. Rezultati su jasno pokazali da se razvoj arhitekture neuralne mreže, koji čini biološku osnovu naše osobnosti, oblikuje kroz nerazdvojivu interakciju genskih i okolinskih čimbenika. Prije se također smatralo kako su biološke odrednice prenatalnog razvoja neuralnih krugova moždane kore predominantno naslijeđene i stoga relativno neovisne o utjecaju okolinskih čimbenika. Danas je poznato da je utjecaj okolinskih čimbenika, i to u uvjetima gdje ne postoji neki patološki supstrat, uglavnom neovisan o okolinskim čimbenicima samo tijekom najranijih razdoblja fetalnog razvoja. Već tijekom **dru-**

goga tromjesjeća trudnoće započinje interakcija **genskih i okolinskih čimbenika**, koja determinira razvoj arhitekture neuralne mreže. Zanimljivo je da se već tada utjecaj iz okoline može odraziti na razvoj i onih dijelova neuralne mreže koji obrađuju **najsloženije psihološke funkcije** koje sazrijevaju kasno tijekom postnatalnog razdoblja. Tako je pokazano da se u genski identičnih jedinki i suboptimalno fetalno okruženje može odraziti na strukturu moždane kore i, zanimljivo, najviše na one evolucijski novije dijelove koji procesiraju najsloženije funkcije i koji imaju najdulji razvoj (Raznahan i sur. 2012). I ne samo to, eksperimentalna i epidemiološka istraživanja pokazala su kako se prenatalna događanja mogu odraziti na procese starenja (Petanjek i sur. 2011).

Utjecaj okoline postaje posebno važan nakon rođenja. Istraživanja su pokazala da u osoba s višim stupnjem inteligencije (IQ viši od 110) edukacija i vježba jako utječu na strukturnu reorganizaciju dijelova neuralne mreže koji kasno sazrijevaju i procesiraju najsloženije kognitivne funkcije. Također, podatci pokazuju kako je u visoko inteligentnih osoba ukupno gensko nasljeđe povezano s povećanom kortikalnom plastičnošću. U njih je na neurokognitivni ishod napose utjecala postnatalna stimulacija iz okoline (Schnack i sur. 2015). Suboptimalni uvjeti mogu utjecati na finu strukturu neuralne mreže (npr. rast dendrita) u fetusa i tijekom prvih dviju godina života te na taj način smanjivati osjetljivost asocijativnih krugova na stimulaciju i ograničiti krajnje kognitivne mogućnosti do granice ispod predodređenoga genskog potencijala (Whittle i sur. 2013). U slučajevima koji su praćeni genskim smetnjama, suboptimalni uvjeti za fetus mogu biti ključan čimbenik koji promiče izravno stvaranje abnormalnih krugova i mogu biti odgovorni za neuropsihijatrijske poremećaje koji se pojavljuju kasnije ili biti uzrokom ograničenih kognitivnih sposobnosti. Izrazito produženi razvoj s konačnom maturacijom kortikalnih neuralnih krugova u trećem životnom desetljeću također uvelike produžuje razdoblje neuralne vulnerabilnosti zato što povećanje složenosti i jačine molekularnih i staničnih interakcija povećava broj potencijalno osjetljivih događanja koja mogu biti poremećena.

Biološku osnovu **razvojne plastičnosti kore velikoga mozga** čovjeka i ostalih primata čini razvojno događanje u kojemu se sinapse prvo pretjerano stvaraju, nakon čega se u vrijeme puberteta i poslije adolescencije njihov broj smanjuje na konačne vrijednosti. Ovaj fenomen, kao i eksperimentalni podatci u labora-

torijskih životinja, doveli su do uspostave hipoteze **selektivne eliminacije sinapsi**. Ona podrazumijeva da tijekom razdoblja pretjerane produkcije sinapsi neuralna aktivnost modulira molekularnu strukturu individualnih sinapsi te na taj način determinira koje će od njih ostati, a koje će biti uklonjene iz neuralne mreže (Changeux i Danchin 1976). Obrazac selektivne eliminacije prekobrojnih sinapsi i identifikacija završetka razdoblja u kojemu se ona odigrava vrlo je važan zbog toga što utječe na uspostavu kognitivnih sposobnosti i na duljinu trajanja razdoblja u kojemu je omogućeno optimalno učenje novog jezika i matematičkih vještina, kao i promjena osobnosti iz razvojne faze prema odrasloj (Wixted i sur. 2018). Ovdje posebno treba napomenuti kako vrhunac ekspresije gena, koja regulira razvoj neurona i povezuje se s poremećajima kao što je shizofrenija, u čovjeka nastupa upravo u dobi između 15. i 25. godine života. Podatci o pretjeranom stvaranju i kasnijem uklanjanju sinapsi na dendritičkim trnovima u skladu su i s komparativnim istraživanjima ekspresije mRNA u prefrontalnom korteksu. Ona je pokazala dramatične razlike u transkriptomskim profilima čovjeka i čovjekolikih majmuna koje se odnose na to da je u čovjeka ekspresija odgođena sve do u treće desetljeće života (Liu i sur. 2012). Produljena razvojna plastičnost u asocijativnim područjima kore velikoga mozga omogućuje u ljudi oblikovanje krugova koji će omogućiti najsloženije psihološke funkcije, ali je isto tako pogodna za stvaranje abnormalnih neuronskih krugova koji se mogu manifestirati pojavom neuropsihijatrijskih poremećaja.

2.10. Spolna diferencijacija ljudskog mozga i muško-ženske razlike?

Većina spolnih razlika (koje su trajne i nepromjenjive) u čovjekovu mozgu uspostavlja se tijekom ograničenoga razvojnog prozora djelovanjem gonadalnih steroida. Općenito, spolne razlike u mozgu jesu one **vezane za reprodukciju**. Spolne razlike koje se ne odnose na reprodukciju, bihevioralne ili anatomske, minimalne su i vrlo varijabilne, s iznimkom agresije (koje je ipak vezana za reprodukciju – primjerice natjecanje za partnere i resurse, majčinska agresija i slično). Spolne razlike mogu se zamijetiti u spoznaji, stresu i anksioznosti, preferencijama u hrani, kretanju, pa čak i u oštini vida. Međutim, spolne razlike imaju tendenciju da budu alomorfne, što znači da postoji velik broj preklapanja među spolovima, za razliku od onih spol-

nih razlika koje su uistinu dimorfne i obično izravno relevantne za reprodukciju. No vrlo malo znamo o neuralnoj osnovi spolnih razlika.

Proces **spolne diferencijacije mozga** složena je interakcija neurona u razvoju i okoliša koji čine hormoni djeteta, ali i majke te nutrijenti i ostale kemijske tvari koje prolaze placentalnu barijeru. U 6. tjednu trudnoće testisi i ovariji su razvijeni, a paradigma koju je postavio Phoenix i sur. (1959) nalaže da su promjene nastale u ovom razdoblju ključne i nepromjenjive u smislu spolne diferencijacije mozga koja slijedi sredinom trudnoće.

Tijekom fetalnog razvoja mozak je pod utjecajem spolnih hormona – testosterona, estrogena i progesterona (McCarthy i sur. 2012; Swaab 2004) i od sredine trudnoće živčani sustav ima razvijene receptore za svaki od tih hormona (Chung 2003). U dječaka postoje dva stadija u kojima testosteron doseže visoke koncentracije u serumu fetusa, prvi između 12. i 18. te drugi između 34. i 41. tjedna trudnoće (Finegan i sur. 1989). Nakon rođenja, u prva tri mjeseca života, razine spolnih hormona (i estrogena i progesterona) rastu zbog prestanka inhibicije uzrokovane alfa-fetoproteinom (AFP), i u ljudi *sex hormone-binding globulina* (SHBG), čije su koncentracije visoke u trudnoći.

Istraživanja u glodavaca pokazala su da, osim utjecaja **testosterona** na androgene receptore u mozgu, do maskulinizacije i defeminizacije mozga dolazi i zbog utjecaja **estradiola** na estrogenske receptore alfa (Arnold i Gorski 1984). U ovom su razdoblju ženke zaštićene od utjecaja spomenutog hormona (i majčinih estrogena) visokim koncentracijama alfa-fetoproteina (AFP) koji veže cirkulirajuće estrogene u najranijim stadijima razvoja (Bakker i sur. 2006; Turano 2019). I u ljudi je pokazano da maskulinizacija mozga nastaje pod utjecajem ne samo testosterona nego i estrogena konvertiranih iz testosterona aromatazom (Bakker i sur. 2006; Chung 2003). Iako unatrag nekoliko godina postoje studije koje preispituju ovu tvrdnju, istraživanja upućuju na dvije činjenice – da prisutnost estrogena u vrijeme diferencijacije mozga utječe na pojačanu maskulinizaciju ženskog mozga i da SHBG ima visok afinitet za endogene estrogene, a nizak ili gotovo nikakav za ksenoestrogene, čime bi se ostvarila mogućnost i jatrogene maskulinizacije ženskog mozga. Razina alfa-fetoproteina u prvim postnatalnim danima naglo pada, a ovarijski hormoni počinju sudjelovati u složenim procesima daljnjeg sazrijevanja mozga (Fitch i Denenberg 1998).

Kako su razvoj gonada i spolna diferencijacija mozga vremenski razdvojeni procesi (pri čemu se gonade razvijaju u prva tri mjeseca trudnoće) vanjski čimbenici utječu neovisno na svaki od ovih procesa. Prenatalne razine spolnih hormona izravno utječu na diferencijaciju gonada i mozga. Otpuštanjem gonadalnih steroida mozak se diferencira u određenom smjeru (bilo kakve promjene u njihovim razinama potencijalno utječu na smjer u kojemu će se mozak diferencirati!) (Reiner 1999; Swaab 2004, Swaab 2007). Prva očita razlika u mozgu prisutna je već pri rođenju i odnosi se na težinu samog organa. U odraslih ljudi strukturne razlike između ženskog i muškog mozga postoje i na makroskopskoj i na mikroskopskoj razini (Alonso-Nanclares i sur. 2008; Goldstein i sur. 2001; Swaab i Hofman 1984). Pri tome su raspored i gustoća ciljnih receptora različiti u ženskom, odnosno u muškom mozgu.

Vežanjem neurosteroida na estrogenske receptore nastaju raznovrsne promjene u funkcioniranju stanice, od morfoloških promjena na samoj površini stanice, pa sve do promjena u izražavanju genetskog koda, što ima širok spektar posljedica na funkcioniranje stanice (McEwen i sur. 1998). Estrogenski receptori pronađeni su u različitim dijelovima mozga: hipotalamusu (pogotovo preoptičkom području), septumu, hipokampusu, amigdalama i orbito-frontalnom korteksu. Estradiol pozitivno utječe na veličinu, volumen, broj i oblik neurona, ali i na gustoću njihovih dendrita i broj sinaptičkih veza s ostalim stanicama. U odraslih je primijećen i učinak estradiola na ekscitabilnost membrane, gustoću receptora i razine neurotransmitora. Primjeri takvih učinaka postoje i u novorođenčeta, a uključuju promjene u proteinima koji vežu kalcij, razinama GABA i glutamata, enzimske aktivnosti. Razvojne promjene u fiziologiji posredovane estradiolom vjerojatna su mehanička osnova za uspostavljanje mnogih trajnih morfoloških spolnih razlika, ali se takve uzročne veze rijetko istražuju.

Utjecaji **androgena i estrogena** očituju se dakle u različitim dijelovima mozga i u različitim razdobljima u razvoju živčanog sustava, pri čemu je kritično razdoblje utjecaja androgena u **prenatalnom razvoju**, dok je kritično razdoblje za očitovanje utjecaja ovarijskih hormona **rano postnatalno razdoblje**.

Strukturno, spolne razlike u mozgu mogu se kategorizirati kao volumetrijske, što upućuje na to da je regija veća u jednom spolu s obzirom na drugi, ili sinaptičke, što znači da se tip ili količina sinapsi ili broj projekcija razlikuje između muškaraca i žena. Fizio-

loški, spolne razlike u mozgu jesu one koje se odnose na količinu neurotransmitora, ili intrinzičnu ekscitabilnost pojedinih klasa neurona.

Mnogo je istraživanja posvećeno spolno dimorfnim jezgrama, nucleus interstitialis striae terminalis (BNST, *bed nucleus of stria terminalis*), i jednoj od četiri preoptičkih jezgara prednjeg dijela hipotalamusa (INAH-3, *interstitial nuclei of the anterior hypothalamus*). Među najistraživanijim spolno dimorfnim neuralnim strukturama jest preoptička jezgra hipotalamusa koja je u mužjaka raznih glodavaca i primata i do osam puta veća nego u ženki (Fitch i Denenberg 1998) (v. sliku 2.3.).

Dakle, na slici je dan **prikaz smještaja spolno dimorfne jezgre u odnosu prema drugim strukturama preoptičkog područja hipotalamusa**. Spolne razlike u veličini jezgre s analognom funkcijom u ljudi (INAH-3) su manje, ali također postoje, te je ona oko dva i pol puta veća u muškaraca nego u žena (LeVay 1993). Veličina obiju, BNST i INAH-3, i broj neurona u osoba s rodnom disforijom odgovaraju rodnom identitetu, a ne spolu (Garcia-Falgueras i Swaab 2008; Zhou i sur. 1995).

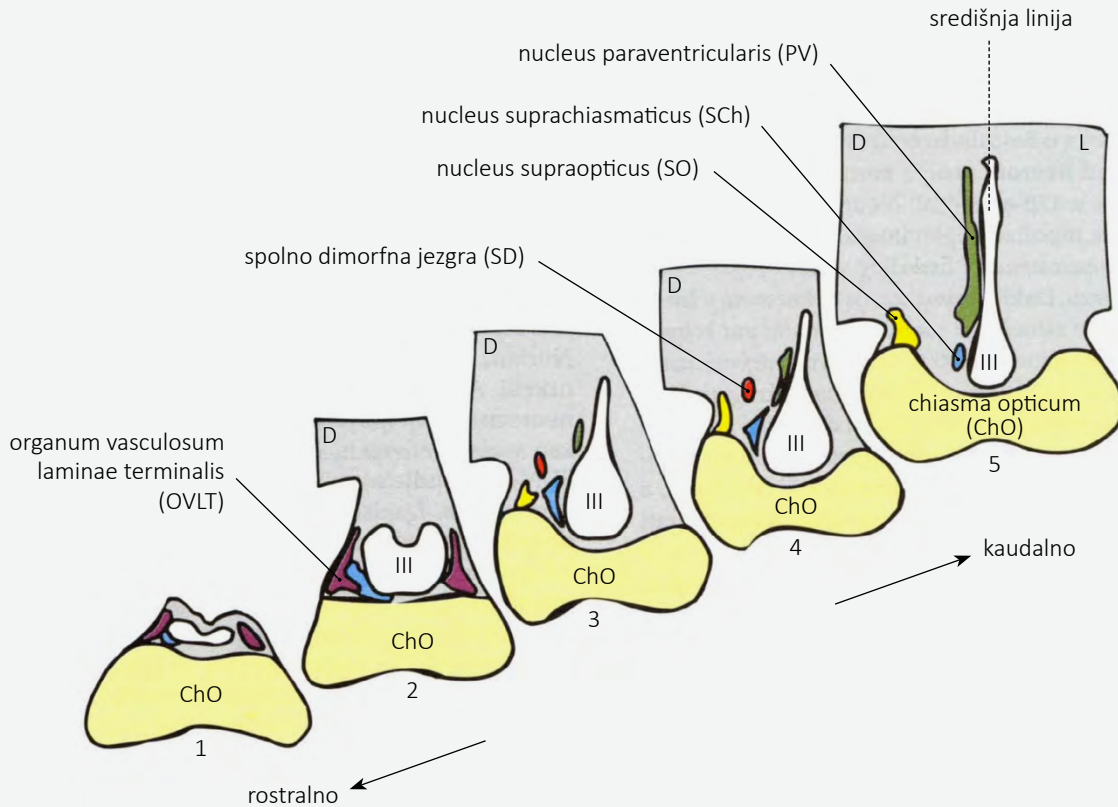
Ljudska SDN-POA (engl. *sexually dimorphic nucleus of the preoptic area*) uočava se kao zasebna jezgra već u fetusa sredinom trudnoće (kad u mozgu nema ni estrogenskih, ni androgenskih, ni progestinskih receptora!). No ta jezgra sadržava maksimalan broj neurona tek između 2. i 4. godine života. Štoviše, spolni se dimorfizam počne razvijati tek nakon tog razdoblja jer se i broj neurona i volumen SDN-POA u žena počnu smanjivati, a u muškaraca ostaju postojani sve do otprilike 50. godine života. Ako su žene izložene većim razinama estrogena, njihova SDN-POA postaje veća. Ukratko, spolni dimorfizam ljudske SDN-POA uspostavlja se kasno postnatalno, tek nakon 4. godine života, a u štakora tijekom prvih 10 dana života, a uzrokovan je mnogo izraženijom pojavom programirane smrti stanica u tom području ženskog hipotalamusa.

Prema klasičnoj Dörnerovoj androgenoj hipotezi, strukturna spolna diferencijacija ljudskog hipotalamusa odigrava se između 4. i 7. mjeseca trudnoće. Glavni Dörnerovi argumenti za takvu hipotezu jesu: a) u tom fetalnom razdoblju već se jasno raspoznaje citarhitektonska podjela hipotalamusa na jezgre i b) proces proliferacije hipotalamičnih neurona potpuno se dovrši do kraja 7. mjeseca trudnoće. Međutim, tek su relativno nedavno pojedini autori (Swaab 2007) dokazali da glavni mehanizam spolne diferencijacije mož-

Slika 2.3.

Prikaz smještaja spolno dimorfne jezgre u odnosu prema drugim strukturama preoptičkog područja hipotalamusa.

Slika preuzeta uz dopuštenje iz udžbenika Judaš M, Kostović I, ur. Temelji neuroznanosti. Zagreb: MD; 1997, str. 407



Legenda: Spolno dimorfna jezgra (SD), *nucleus supraopticus*, *nucleus paraventricularis*, *nucleus suprachiasmaticus* (endogeni cirkadijurni sat), *organum vasculosum laminae terminalis* (OVL).

danih struktura vjerojatno nije proliferacija, nego je to odabirna i programirana smrt stanica – a to je u ljudskoj SDN-POA kasni postnatalni proces!

Osim u već navedenim razlikama u BNST INAH-3, postoje i razlike u drugim strukturama, kao što su *corpus callosum*, *commisura anterior*, *adhesio interthalamica* i *corpora mamillaria* (Allen i Gorski 1991; Swaab 2003).

Razvojem neinvazivnih tehnika funkcionalnog oslikavanja mozga broj istraživanja spolnih razlika u aktivaciji mozga toliko je porastao da bi njihov sustavan prikaz uvelike premašivao doseg ovog poglavlja: od rješavanja kognitivnih zadataka, procesiranja lica (istog ili suprotnog spola) do reakcija na dječji plač i donošenja ekonomskih odluka – gotovo da nema područja u kojem nisu pronađene neke spolne razlike u neuralnoj aktivaciji. Nažalost, metodološki nedostaci ovakvih istraživanja, poput malih uzoraka i rijet-

kih pokušaja replikacije nalaza, poprilično ograničavaju mogućnost njihove generalizacije. Bitno je još jednom napomenuti kako su te razlike alomorfne uz visok stupanj preklapanja vrijednosti između spolova, a vrlo često samo uz prisutnu tendenciju razlikama, no bez statističke značajnosti.

2.11. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Predreorganizijsko razdoblje obuhvaća razdoblje prvog i drugog tromjesečja trudnoće (do 24./28. tjedna), a karakterizirano je progresivnim događanjima vezanima za temeljne histogenetske procese mozga: proliferacija, tj. stvaranje neurona; migracija, tj. putovanje od mjesta stvaranja do konačnog odredišta; diferencijacija, tj. rast dendrita i aksona.

- ✓ Posljednja je trećina trudnoće razdoblje najbolje razvijenosti prolaznih fetalnih oblika organizacije mozga; najizraženija je pojava fetalnih kortikalnih slojeva i neurona, prolaznih oblika organizacije kortikalnih krugova, vidljive su prolazne supkortikalne strukture, kao i prolazna ekspresija neurotransmitora.
- ✓ Rođenje nije točka razgraničenja između dvaju razvojnih stadija, nego zadnje tromjesečje trudnoće i prvih nekoliko mjeseci života nakon rođenja čine jedinstveno razdoblje strukturnog razvoja kore velikoga mozga, a vidljiv je i kontinuitet funkcionalnog razvoja kroz to razdoblje.
- ✓ U prvim dvjema godinama života događa se intenzivan rast dendrita i sinaptogeneza (uspostava veza između neurona), a pred kraj druge godine života makroskopska i mikroskopska obilježja mozga ne odudaraju znatnije od onoga u odrasloj dobi.
- ✓ Interakcija sa skrbnikom tijekom prvih dviju godina života posebno je važna za razvoj neuralnih krugova povezanih uz socio-emocionalne funkcije: neuroznanstvene spoznaje pokazuju kako deprivacija od prikladnog emotivnog okruženja u ovoj dobi može dovesti do trajne dezorganizacije ovih neuralnih krugova i nemogućnosti prikladnoga emotivnog i socijalnog odgovora.
- ✓ Posebno intenzivan razvoj najsloženijih (čovjeku specifičnih) kognitivnih funkcija, a koje uključuju razvoj jezika, razvoj „teorije uma“ i komunikacijskih sposobnosti, zbiva se u razdoblju od 2. do 6. godine života: u tom razdoblju nema znatnijeg povećanja u složenosti same strukture mozga, ali se događa maturacija neuralnih elemenata koji omogućuju bolju integraciju u procesiranje.
- ✓ Danas mnogi podatci govore u prilog spolnog dimorfizma mozga.

2.12. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Mogu li se prenatalno pretpostaviti „više“ moždane funkcije kao što su emocionalnost i kognicija, i koji bi neuroznanstveni korelati bili odgovorni za to?

ODGOVOR: Razvoj sensorike i motorike u fetusa osnova je za razvoj kognitivnih funkcija pa je tako dijete već prenatalno sposobno razlikovati majčin glas od glasova ostalih osoba. Posebno je za razvoj viših moždanih funkcija bitan razvoj sustava koji su vezani uz procesiranje emocija, pri čemu najvažniju ulogu imaju amigdala, kao i pamćenja, gdje najveću ulogu ima hipokampus. Obje strukture dosegnule su visok stupanj maturacije i diferencijacije neurona i prije rođenja.

■ **PITANJE:** Zašto su pri razvoju mozga toliko važni posljednje tromjesečje trudnoće, porođaj i dojenačko razdoblje do otprilike šestog mjeseca života?

ODGOVOR: To je razdoblje stadij najbržeg rasta mozga. Obilježava ga visok stupanj razvijenosti prolaznih fetalnih struktura povezanih s prolaznim oblicima ponašanja fetusa. Istodobno, glavni neuralni krugovi (koji uključuju piramidne neurone koji se projiciraju supkortikalno, ali i one koji uspostavljaju kortiko-kortikalne veze) intenzivno se razvijaju i dosežu visoku funkcionalnu razinu oko trećeg mjeseca života. U tom razdoblju polako nestaju fetalni obrasci motoričkog ponašanja.

■ **PITANJE:** Zašto su mentalni procesi posljedica interakcije unutar neuralne mreže kore velikoga mozga?

ODGOVOR: Različite regije mozga nisu odgovorne za određene mentalne procese, nego su elementarne jedinice u kojima se oni obrađuju. Percepcija, pokreti, jezik, misao, pamćenje i emocija mogući su međusobnim vezama serijski ili paralelno spojenih neuralnih mreža.

■ **PITANJE:** Možemo li danas reći da postoji „muški“ i „ženski“ mozak?

ODGOVOR: Većina spolnih razlika (koje su trajne i nepromjenjive) u čovjekovu mozgu uspostavlja se tijekom ograničenoga razvojnog prozora djelovanjem gonadalnih steroida. Općenito, spolne razlike u mozgu jesu one **vezane za reprodukciju**. Spolne razlike koje se ne odnose na reprodukciju, bihevioralne ili anatomске, minimalne su i vrlo varijabilne, s iznimkom agresije. Spolne razlike mogu se zamijetiti u spoznaji, stresu

i anksioznosti, preferencijama u hrani, kretanju, pa čak i u oštini vida. Međutim, spolne razlike imaju tendenciju da budu alomorfne, što znači da postoji velik broj preklapanja među spolovima, za razliku od onih spolnih razlika koje su uistinu dimorfne i obično izravno relevantne za reprodukciju. No vrlo malo znamo o neuralnoj osnovi spolnih razlika. Zanimljivo je da psiholozi ili paleoantropolozi tvrde da spolni dimorfizam u građi mozga postoji, dok neuroanatomski i razvojni neurobiolozi spolni dimorfizam ne uspijevaju potpuno jednoznačno dokazati.

2.13. Pitanja

- 1 Navedite neuroznanstvene korelate s obzirom na pojedine funkcije fetusa.
- 2 Navedite neuroznanstvene korelate emocionalnog razvoja u prvim dvjema godinama djetetova života.
- 3 Navedite neuroznanstvene korelate kognitivnog razvoja u prvim dvjema godinama djetetova života.
- 4 Navedite definiciju neuralne mreže velikog mozga i objasnite njihovu povezanost s mentalnim procesima.
- 5 Navedite moguće neuroznanstvene korelate seksualnog dimorfizma mozga.

2.14. LITERATURA

1. *Adolphs R.* Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003;4(3):165-78.
2. *Ainsworth MDS.* Attachment and dependency: A comparison. U: *Gewirtz JL*, ur. *Attachment and dependency*. Washington, DC: V. H. Winston and Sons; 1972.
3. *Ainsworth MDS.* The development of infant-mother attachment. U: *Caldwell BM, Ricciuti HN*, ur. *Review of child development research (Vol. 3)*. Chicago: University of Chicago Press; 1973.
4. *Ainsworth MDS.* Attachment as related to mother infant interaction. U: *Rosenblatt J, Hinde R, Beer C, Busnel M*, ur. *Advances in the study of behavior (Vol. 9)*. New York: Academic Press; 1979.
5. *Allen LS, Gorski RA.* Sexual dimorphism of the anterior commissure and massa intermedia of the human brain. *J Comp Neurol* 1991;312:97-104.
6. *Alonso-Nanclares L, Gonzalez-Soriano J, Rodriguez JR i sur.* Gender differences in human cortical synaptic density. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2008;105:14615-4619.
7. *Amso D, Casey BJ.* Beyond what develops when neuroimaging may inform how cognition changes with development. *Current Directions in Psychological Science* 2006;15: 24-29.
8. *Arnold AP, Gorski RA.* Gonadal steroid induction of structural sex differences in the central nervous system. *Annu Rev Neurosci* 1984;7:413-442.
9. *Ashtari M, Avants B, Cyckowski L i sur.* Medial temporal structures and memory functions in adolescents with heavy cannabis use. *Journal of psychiatric research* 2011; 45(8): 1055-1066. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.01.004
10. *Aslin R, Jusczyk P, Pisoni D.* Speech and auditory processing during infancy: Constraints on and precursors to language. U: *Damon W (Series ur), Kuhn D, Siegler R (Vol. ur)*, *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language (5th ed.)*. New York: Wiley; 1998.
11. *Baillargeon R.* Object permanence in 3 1/2- and 4 1/2-month old infants. *Developmental Psychology* 1987;23: 655-664.
12. *Baillargeon R, DeVos J.* Object permanence in young infants: Further evidence. *Child Development* 1991;62: 1227-1246.
13. *Baillargeon R, Kotovsky L, Needham A.* The acquisition of physical knowledge in infancy. U: *Lewis G, Premack D, Sperber D*, ur. *Causal understandings in cognition and culture*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1995.
14. *Bakker J, DeMees C, Douhard Q i sur.* Alpha-fetoprotein protects the developing female mouse brain from masculinization and defeminization by estrogens. *Nat Neurosci* 2006;9(2):20-26.
15. *Beaulieu C, Plewes C, Paulson A i sur.* Imaging brain connectivity in children with diverse reading ability. *NeuroImage* 2005;25:1266-71. 10.1016/j.neuroimage.2004.12.053.
16. *Bell MA, Wolfe CD.* Changes in brain functioning from infancy to early childhood: evidence from EEG power and coherence working memory task. *Dev. Neuropsychol* 2007;31:21-38. doi: 10.1207/s15326942dn3101_2
17. *Belsky J, Spritz B, Crnic K.* Infant attachment security and affective-cognitive information processing at age 3. *Psychological Science* 1996;7:111-114.
18. *Benasich AA, Gou Z, Choudhury N i sur.* Early cognitive and language skills are linked to resting frontal gamma power across the first 3 years. *Behav Brain Res* 2008;195(2):215-22. doi: 10.1016/j.bbr.2008.08.049. Epub 2008 Sep 11.
19. *Birch E.* Stereopsis in infants and its developmental relation to visual acuity. U: *Simons K*, ur. *Early visual development: Normal and abnormal*. New York: Oxford University Press; 1993, str. 224-236.
20. *Blakemore S.* Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2012; 105:111-116.
21. *Bosch L.* Precursors to language in preterm infants: speech perception abilities in the first year of life. *Prog Brain Res* 2011;189:239-57. doi: 10.1016/B978-0-444-53884-0.00028-2.
22. *Bowlby J.* Attachment and loss: Vol. I. Attachment. New York: Basic Books; 1969.
23. *Bowlby J.* Attachment and loss: Vol. 2. Separation. New York: Basic Books; 1973.
24. *Bowlby J.* Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression. New York: Basic Books; 1980.

25. *Braddick O, Atkinson J, Wattam-Bell J.* VERP and brain imaging for identifying levels of visual dorsal and ventral stream function in typical and preterm infants. *Progress in Brain Research* 2011;189: 95-112.
26. *Bretherton I.* Internal working models of attachment relationships as related to resilient coping. U: Noam GG, Fischer KW, ur. *Development and vulnerability in close relationships.* Mahwah, NJ: Erlbaum; 1996.
27. *Bruer J.* Building bridges in neuroeducation. *The Educated Brain. Essays in Neuroeducation* 2008;43-58. 10.1017/CBO9780511489907.005.
28. *Campbell S, Marriott M, Nahmias C i sur.* Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2004;161(4):598-607.
29. *Carter AS, Davis NO, Klin A i sur.* Social Development in Autism. U: Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D ur, *Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2005, str 312-334.
30. *Chambers J.* The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodynamic Psychiatry* 2017;45(4):542–563.
31. *Changeux JP, Danchin A.* Selective stabilisation of developing synapses as a mechanism for the specification of neuronal networks. *Nature* 1976;264(5588):705-12.
32. *Chung WCJ.* Doctoral Thesis: Sexual differentiation of the human and rodent forebrain: gonadal steroid receptors and apoptosis in the bed nucleus of the stria terminalis and medial preoptic nucleus. The Netherlands Institute for Neuroscience: University of Amsterdam; 2003.
33. *Collins WA, Hennighausen K, Schmit D, i sur.* Developmental precursors of romantic relationships: A longitudinal analysis. U: Shulman, Collins WA, ur. *Romantic relationships in adolescence: Developmental perspectives.* San Francisco: Jossey-Bass; 1997, str. 69-84.
34. *Collins WA, Laursen B.* Relationships as developmental contexts. *The Minnesota Symposia on Child Psychology; Vol. 30.* Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999.
35. *Conboy BT, Sommerville JA, Kuhl PK.* Cognitive control factors in speech perception at 11 months. *Developmental psychology* 2008;44(5): 1505–1512. doi:10.1037/a0012975
36. *de Vries JJP, Hopkins B.* Fetal movements and postures: What do they mean for postnatal development? U: Hopkins B, Johnson SP, ur. *Prenatal development of postnatal functions.* Westport, CT: Praeger; 2005, str. 177-219.
37. *DeCasper A, Fifer W.* Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science* 1980;208: 1174–1176.
38. *DeCasper A, Spence M.* Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. *Infant Behavior and Development* 1986;9:133–150.
39. *Deutsch GK, Dougherty RF, Bammer R i sur.* Children's reading performance is correlated with white matter structure measured by diffusion tensor imaging. *Cortex* 2005; 41:354–363.
40. *DiPietro JA.* Neurobehavioral assessment before birth. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 2005;11:4–13.
41. *DiPietro JA, Caulfield LE, Irizarry RA i sur.* Prenatal development of intrafetal and maternal-fetal synchrony. *Behavioral Neuroscience* 2006;20: 687–701.
42. *DiPietro JA, Hodgson DM, Costigan KA.* Fetal neurobehavioral development. *Child Development* 1996;67: 2553–2567.
43. *Draganski B, Gaser C, Busch V i sur.* Neuroplasticity: Changes in grey matter induced by training. *Nature* 2004;427:311–312.
44. *Dubois J, Hertz-Pannier L, Dehaene-Lambertz G, i sur.* Assessment of the early organization and maturation of infants' cerebral white matter fiber bundles: a feasibility study using quantitative diffusion tensor imaging and tractography. *Neuroimage* 2006;30:1121-1132.
45. *Dubois J, Dehaene-Lambertz G, Soares C i sur.* Microstructural correlates of infant functional development: Example of the visual pathways. *The Journal of Neuroscience* 2008;28:1943–1948.
46. *Dunbar RIM.* The social brain hypothesis and its implications for social evolution. *Annals of Human Biology* 2009;36(5):562-572. DOI: 10.1080/03014460902960289
47. *Durston SM, Thomas K, Yang Y i sur.* A neural basis for development of inhibitory control. *Developmental Science* 2002;5:F9-F16. 10.1111/1467-7687.00235.
48. *Feldman R.* The Neurobiology of Human Attachments. *Trends in Cognitive Sciences* 2016;21(2): 80-99.
49. *Fernald A.* Auditory development in infancy. U: Bremner G, Fogel A, ur. *Blackwell handbook of infant development.* Malden, MA: Blackwell; 2004, str. 35-70.
50. *Field TM.* *Infancy.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1990.
51. *Finegan JA, Bartleman B, Wong PY.* A window for the study of prenatal sex hormone influences on postnatal development. *J Genet Psychol* 1989;150:101-112.
52. *Fitch RH, Denenberg RH.* A role of ovarian hormones in sexual differentiation of the brain. *Behavioral and Brain Sciences* 1998;21:311-352.
53. *Fraley R.* Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review* 2002;6:123–151.
54. *Garcia-Falgueras A, Swaab DF.* A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain* 2008;131:3132-3146.
55. *Giesbrecht GF, Ejaredar M, Liu J i sur.* APrON Study Team. Prenatal bisphenol a exposure and dysregulation of infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis function: findings from the APrON cohort study. *Environmental health : a global access science source* 2017;16(1): 47. doi:10.1186/s12940-017-0259-8
56. *Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, i sur.* Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004;101(21): 8174-9.
57. *Goldstein JM, Seidman LJ, Horton NJ i sur.* Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging. *Cereb Cortex* 2001;11: 490-497.

58. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF *i sur.* Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biol Psychiatry* 2010;68(4):377-82. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.02.005.
59. Grossmann T, Johnson MH, Lloyd-Fox S, *i sur.* Early cortical specialization for face-to-face communication in human infants. *Proc Biol Sci* 2008;275: 2803-2811. doi: 10.1098/rspb.2008.0986
60. Heim C, Young LJ, Newport DJ *i sur.* Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Mol Psychiatry* 2009;14(10):954-8.
61. Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C *i sur.* Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry* 2003;54(12):1389-98.
62. Huot RL, Plotsky PM, Lenox RH *i sur.* Neonatal maternal separation reduces hippocampal mossy fiber density in adult Long Evans rats. *Brain Res* 2002;20;950(1-2):52-63.
63. Huotilainen M, Kujala A, Hotakainen M. Shortterm memory functions of the human fetus recorded with magnetoencephalography. *Neuroreport* 2005;16:81-84.
64. Huttenlocher PR, Dabholkar AS. Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *J Comp Neurol* 1997;387(2):167-78.
65. Huttenlocher PR, de Courten C, Garey LJ *i sur.* Synaptogenesis in human visual cortex — evidence for synapse elimination during normal development. *Neuroscience Letters* 1982, 33(3): 247-252.
66. Imada T, Zhang Y, Cheour M *i sur.* Infant speech perception activates Broca's area: a developmental magnetoencephalography study. *Neuroreport* 2006;17(10):957-62.
67. Insel TR, Young LJ. The neurobiology of attachment. *Nat Rev Neurosci* 2001;2(2): 129-36.
68. Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE *i sur.* The limits of child effects: evidence for genetically mediated child effects on corporal punishment but not on physical maltreatment. *Dev Psychol* 2004;40(6):1047-58.
69. James D, Pillai M, Smoleniec J. Neurobehavioral development in the human fetus. U: Lecanuet J, Fifer WP, Krasnegor MA, Smotherman WP, ur. *Fetal development: A psychobiological perspective.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1995, str. 101-128.
70. Johnson MH. Functional brain development in infants: Elements of an integrative specialization framework. *Child Development* 2000;71:75-81.
71. Johnson SP. The nature of cognitive development. *Trends in Cognitive Sciences* 2003;7:102-114.
72. Judaš M, Kostović I. *Temelji neuroznanosti.* Zagreb: MD; 1997.
73. Kagan J. *Biology and the child.* U: Damon W.(Series Ed.) & Eisenberg N. (Vol. Ed.), ur. *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development (5th ed.).* New York: Wiley; 1998.
74. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, *i sur.* Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004;101(49):17316-21. Epub 2004 Nov 24.
75. Keller TA, Just MA. Altering cortical connectivity: remediation-induced changes in the white matter of poor readers. *Neuron* 2009;64(5):624-631. doi:10.1016/j.neuron.2009.10.018
76. Kellman P, Arterberry M. Infant visual perception. U: Damon W, Lerner R (Series ur), Kuhn D, Siegler R (Vol. ur), ur. *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language (6th ed.).* New York: Wiley; 2006.
77. Knudsen EI. Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *J Cogn Neurosci* 2004;16(8):1412-25.
78. Kochanska G. Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child Development* 2001;72: 474-490.
79. Kolb B, Mychasiuk R, Muhammad A *i sur.* Experience and the developing prefrontal cortex. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2012;109 Suppl 2:17186-93. doi: 10.1073/pnas.1121251109
80. Kuhl PK, Meltzoff AN. Infant vocalizations in response to speech: vocal imitation and developmental change. *J Acoust Soc Am* 1996;100(4 Pt 1):2425-38.
81. Kuhl PK. Early language acquisition: cracking the speech code. *Nat Rev Neurosci* 2004;5(11):831-43.
82. Lecanuet JP, Granier-Deferre C, Busnel MC. Human fetal auditory perception. U: Lecanuet J, Fifer WP, Krasnegor MA, Smotherman WP, ur. *Fetal development: A psychobiological perspective.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1995, str 239-262.
83. Lee H, Devlin JT, Shakeshaft C, *i sur.* Anatomical traces of vocabulary acquisition in the adolescent brain. *The Journal of Neuroscience* 2007;27:1184-1189.
84. Lenroot RK, Giedd JN. Sex differences in the adolescent brain. *Brain Cogn* 2010;72(1):46-55.
85. LeVay S. *The Sexual Brain.* Cambridge: MIT Press; 1993.
86. Levine A, Zagoory-Sharon O, Feldman R *i sur.* Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. *Peptides* 2007;28 (6):1162-9.
87. Lin W, Zhu Q, Gao W, *i sur.* Functional connectivity MR imaging reveals cortical functional connectivity in the developing brain. *AJNR Am J Neuroradiol* 2008;29(10): 1883-9. doi: 10.3174/ajnr.A1256.
88. Liu HM, Tsao FM, Kuhl PK. Age-related changes in acoustic modifications of Mandarin maternal speech to preverbal infants and five-year-old children: a longitudinal study. *Journal of child language* 2009;36(4):909-922. doi:10.1017/S030500090800929X
89. Liu X, Somel M, Tang L *i sur.* Extension of cortical synaptic development distinguishes humans from chimpanzees and macaques. *Genome Research* 2012;22(4): 611-622.
90. Lu L, Leonard C, Thompson P *i sur.* Normal developmental changes in inferior frontal gray matter are associated with improvement in phonological processing: A longitudinal MRI analysis. *Cerebral Cortex* 2007;17:1092-1099.
91. Maričić A, Kelić M, Cepanec M. Učestalost i funkcije majčinih verbalnih iskaza i gesta u ranom jezičnom razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2012; 48(1): 44-54
92. McCarthy MM, Arnold AP, Ball GF *i sur.* Sex differences in the brain: the not so inconvenient truth. *J Neurosci* 2012; 32:2241-2247.
93. McEwen BS, Alves SE, Bullock K *i sur.* Clinically relevant basic science studies of gender differences and sex hormone effects. *Psychopharmacol Bull* 1998;34:251-259.

94. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC *i sur.* Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009;12(3): 342-8. doi: 10.1038/nn.2270.
95. Meltzoff A. Origins of theory of mind, cognition and communication. *Journal of Communication Disorders* 1999; 32:251-269.
96. Meltzoff A, Moore M. Imitation, memory, and the representations of persons. *Infant Behavior and Development* 1994;17:83-89.
97. Mills DL, Coffey-Corina SA, Neville HJ. Language acquisition and cerebral specialization in 20-month-old infants. *Journal of Cognitive Neuroscience* 1993;5:317-334.
98. Mills DL, Coffey-Corina S, Neville HJ. Language comprehension and cerebral specialization from 13 to 20 months. *Developmental Neuropsychology* 1997;13:397-445.
99. Moon C, Cooper RP, Fifer W. Two-day-old infants prefer their native language. *Infant Behavior and Development* 1993;16:495-500.
100. Naber F, van Ijzendoorn MH, Deschamps P *i sur.* Intranasal oxytocin increases fathers' observed responsiveness during play with their children: a double-blind within-subject experiment. *Psychoneuroendocrinology* 2010;35 (10):1583-6. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.04.007.
101. Nagy Z, Westerberg H, Klingberg T. Maturation of white matter is associated with the development of cognitive functions during childhood. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2004;16: 1227-1233.
102. Nanez J, Yonas A. Effects of luminance and texture motion on infant defensive reactions to optical collision. *Infant Behavior and Development* 1994;17:165-174.
103. Nelson CA. Neural plasticity and human development. *Current Directions in Psychological Science* 1999;8: 42-45.
104. Nelson CA., de Haan M, Thomas KM. Neuroscience of cognitive development: The role of experience and the developing brain. Hoboken, NJ: John Wiley; 2006.
105. Neufang S, Specht K, Hausmann M, *i sur.* Sex differences and the impact of steroid hormones on the developing human brain. *Cereb Cortex* 2009;19(2):464-73.
106. Niogi SN, McCandliss BD. Left lateralized white matter microstructure accounts for individual differences in reading ability and disability. *Neuropsychologia* 2006;44 (11):2178-88.
107. Olsavsky AK, Telzer EH, Shapiro M *i sur.* Indiscriminate amygdala response to mothers and strangers after early maternal deprivation. *Biological psychiatry* 2013;74 (11):853-860. doi:10.1016/j.biopsych.2013.05.025
108. Pascalis O, de Haan M, Nelson CA. Is face processing species-specific during the first year of life? *Science* 2002;296:1321-1323.
109. Pascalis O, DeSchonen S, Morton J *i sur.* Mother's face recognition by neonate: A replication and extension. *Infant Behavior and Development* 1995;18:79-85.
110. Peper JS, Brouwer RM, van Baal GC, *i sur.* Does having a twin brother make for a bigger brain? *Eur J Endocrinol* 2009;160:739-746.
111. Perrin JS, Leonard G, Perron M, *i sur.* Sex differences in the growth of white matter during adolescence. *Neuroimage* 2009;45(4):1055-66.
112. Petanjek Z, Judaš M, Kostović I *i sur.* Lifespan Alterations of Basal Dendritic Trees of Pyramidal Neurons in the Human Prefrontal Cortex: A Layer-Specific Pattern. *Cereb Cortex* 2008;18(4):915-29.
113. Petanjek Z, Judaš M, Šimić G *i sur.* Extraordinary neoteny of synaptic spines in the human prefrontal cortex. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011;108(32):13281-13286.
114. Petanjek Z, Sedmak D, Džaja D *i sur.* The Protracted Maturation of Associative Layer IIIC Pyramidal Neurons in the Human Prefrontal Cortex During Childhood: A Major Role in Cognitive Development and Selective Alteration in Autism. *Frontiers in psychiatry* 2019;10:122.
115. Phelps EA, LeDoux JE. Contributions of the Amygdala to Emotion Processing: From Animal Models to Human Behavior. *Neuron* 2005;48(2):175-187.
116. Phoenix CH, Goy RW, Gerall AA *i sur.* Organizing action of prenatally administered testosterone propionate on the tissues mediating mating behaviour in the female guinea pig. *Endocrinology* 1959;65:369-382.
117. Piaget J. The origins of intelligence in children. New York: International Universities Press; 1952.
118. Piaget J. Piaget's theory. U: Mussen PH, ur. Carmichael's manual of child psychology (Vol. 1). New York: Wiley; 1970, str. 703-732.
119. Pierrehumbert B, Torrisi R, Ansermet F *i sur.* Adult attachment representations predict cortisol and oxytocin responses to stress. *Attach Hum Dev* 2012;14(5):453-76. doi: 10.1080/14616734.2012.706394.
120. Pierrehumbert B, Santelices MP, Ibáñez M *i sur.* Gender and Attachment Representations in the Preschool Years: Comparisons Between Five Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2009;40(4):543-566.
121. Pulvermüller F. Brain Mechanisms Linking Language and Action. *Nature reviews Neuroscience* 2005; 6(7):576-82.
122. Qiu A, Anh TT, Li Y, *i sur.* Prenatal maternal depression alters amygdala functional connectivity in 6-month-old infants. *Transl Psychiatry* 2015;5:e508.
123. Quirin M, Pruessner JC, Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33(5):581-90.
124. Raznahan A, Lee Y, Vaituzis C *i sur.* Allelic variation within the putative autism spectrum disorder risk gene homeobox A1 and cerebellar maturation in typically developing children and adolescents. *Autism Res* 2012;5 (2):93-100.
125. Raznahan A, Toro R, Daly E *i sur.* Cortical anatomy in autism spectrum disorder: an in vivo MRI study on the effect of age. *Cereb Cortex* 2010;20(6):1332-40.
126. Reiner WG. Assignment of sex in neonates with ambiguous genitalia. *Curr Opin Pediatr* 1999;11:363-365.
127. Richardson H, Lisandrelli G, Riobueno-Naylor A *i sur.* Development of the social brain from age three to twelve years. *Nat Commun* 2018;9(1):1027.
128. Rizzolatti G. The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol (Berl)* 2005;210:419-421.
129. Robinson SR, Kleven GA. Learning to move before birth. U: Hopkins B, Johnson SP, ur. Prenatal development of postnatal functions. Westport, CT: Praeger; 2005, str 131-176.

130. *Rochat P.* Possession and morality in early development. *New directions for child and adolescent development* 2011;132:23-38.
131. *Rothbart MK.* Temperament and the pursuit of an integrated developmental psychology. *Merrill-Palmer Quarterly* 2004;50:492–505.
132. *Rubin K, Bukowski W, Parker J.* Peer interactions, relationships, and groups. U: Damon W, Lerner R (Series ur), Eisenberg N (Vol. Ur), ur. *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed.). New York: Wiley; 2006.
133. *Saito Y, Aoyama S, Kondo T i sur.* Frontal cerebral blood flow change associated with infant-directed speech. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007;92(2):F113-6.
134. *Schaal B.* From amnion to colostrums to milk: Odor bridging in early developmental transitions. U: Hopkins B, Johnson SP, ur. *Prenatal development of postnatal functions*. Westport, CT: Praeger; 2005, str. 51-102.
135. *Schaal B, Orgeur P, Rognon C.* Odor sensing in the human fetus: Anatomical functional, and chemoecological bases. U: Lecanuet J, Fifter, WP, Krasnegor MA i sur, ur. *Fetal development: A psychobiological perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1995, str. 205-237.
136. *Schiffman HR.* *Sensation and perception* (5th ed.). New York: Wiley; 2000.
137. *Schnack HG, van Haren NE, Brouwer RM i sur.* Changes in thickness and surface area of the human cortex and their relationship with intelligence. *Cereb Cortex* 2015;25(6): 1608-17. doi: 10.1093/cercor/bht357.
138. *Schneider B, Atkinson L, Tardiff C.* Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology* 2001;37:86–100.
139. *Scholz J, Klein MC, Behrens TE i sur.* Training induces changes in white-matter architecture. *Nature Neuroscience* 2009;12:1370–1371.
140. *Schrijver NC, Pallier PN, Brown VJ i sur.* Double dissociation of social and environmental stimulation on spatial learning and reversal learning in rats. *Behav Brain Res* 2004;152(2):307-14.
141. *Sedmak D, Hrvoj-Mihic B, Dzaja D i sur.* Biphasic dendritic growth of dorsolateral prefrontal cortex associative neurons and early cognitive development. *Croat Med J* 2018;59:189–202. doi: 10.3325/cmj.2018.59.189
142. *Senju A, Csibra G.* Gaze following in human infants depends on communicative signals. *Curr Biol* 2008;18(9):668-71. doi: 10.1016/j.cub.2008.03.059.
143. *Shaw P, Greenstein D, Lerch J i sur.* Intellectual ability and cortical development in children and adolescents. *Nature* 2006;440:676–679.
144. *Singh L, Morgan, J, White K.* Preference and processing: The role of speech affect in early spoken word recognition. *Journal of Memory and Language* 2004;51(2):173–189.
145. *Sisk CL, Zehr JL.* Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Front Neuroendocrinol* 2005; 26(3-4):163-74. Epub 2005 Nov 23.
146. *Slater A.* Visual perception. U: Bremner G, Fogel A, ur. *Blackwell handbook of infant development*. Malden, MA: Blackwell; 2004, str. 5-34.
147. *Slater A, Johnson S.* Visual sensory and perceptual abilities of the newborn: Beyond the blooming, bussing confusion. U: Slater A, Johnson S, ur. *The development of sensory, motor and cognitive capacities in early infancy*. Hove, UK: Sussex Press; 1999, str. 121-141.
148. *Sowell ER, Delis D, Stiles J i sur.* Improved memory functioning and frontal lobe maturation between childhood and adolescence: A structural MRI study. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2001;7: 312–322.
149. *Stroufe LA.* *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1997.
150. *Swaab DF, Hofman MA.* Sexual differentiation of the human brain. A historical perspective. *Prog Brain Res* 1984;61:361-374.
151. *Swaab DF.* The human hypothalamus. Basic and clinical aspects. Part I: Nuclei of the hypothalamus. U: Aminoff MJ, Boller F, Swaab DF, ur. *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier; 2003, str. 127-140.
152. *Swaab DF.* Sexual differentiation of the human brain: relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. *Gynecol Endocrinol* 2004;19:301-312.
153. *Swaab DF.* Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2007;21:431-444.
154. *Swain JE, Kim P, Ho SS.* Neuroendocrinology of Parental Response to Baby-Cry. *Journal of Neuroendocrinology* 2011;23:1036–1041.
155. *Swain JE, Lorberbaum JP2, Kose S i sur.* Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48(3/4):262–287.
156. *Takeuchi H, Sekiguchi A, Taki Y i sur.* Training of working memory impacts structural connectivity. *J Neurosci* 2010; 30(9):3297-303.
157. *Tamm L, Menon V, Reiss AL.* Maturation of brain function associated with response inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(10):1231-8.
158. *Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, i sur.* The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci* 2016;Sep 19;17(10): 652-66.
159. *Thompson RA.* Early sociopersonality development. U: Damon W, Eisenberg N, ur. *Handbook of Child Psychology Vol. 3, Social, emotional, and personality development*. New York: Wiley; 1998, str. 25-104.
160. *Thompson RA, Lagattuta K.* Feeling and understanding: Early emotional development. McCartney UK i Phillips D, ur. *The Blackwell Handbook of Early Childhood Development*. Oxford, UK: Blackwell; 2006, str. 317-337.
161. *Tops M, Koole SL, IJzerman H i sur.* Why social attachment and oxytocin protect against addiction and stress: Insights from the dynamics between ventral and dorsal corticostriatal systems *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 2014;119:39-48.
162. *Toro R, Burnod Y.* A morphogenetic model for the development of cortical convolutions. *Cereb Cortex* 2005;15(12):1900-13.
163. *Trehub S, Schellenberg, E.* Music: Its relevance to infants. *Annals of Child Development* 1995;11:1–24.

164. *Turano A, Osborne BF, Schwarz JM.* Sexual Differentiation and Sex Differences in Neural Development. *Curr Top Behav Neurosci* 2019;43:69-110.
165. *van IJzendoorn, M.* Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* 1995;117:387-403.
166. *Vela R.* The Effect of Severe Stress on Early Brain Development, Attachment, and Emotions. *Psychiatric Clinics of North America* 2014;37(4):519-34.
167. *Watkins K.* Developmental disorders of speech and language: From genes to brain structure and function. *Progress in Brain Research* 2011;189:225-238.
168. *Weisman O, Zagoory-Sharon O, Feldman R.* Oxytocin administration to parent enhances infant physiological and behavioral readiness for social engagement. *Biol Psychiatry* 2012;72(12):982-9.
169. *Werker JF, Tees RC.* Speech perception as a window for understanding plasticity and commitment in language systems of the brain. *Developmental Psychobiology* 2005;46:233-251.
170. *Werker J, Desjardins R.* Listening to speech in the first year of life: Experiential influences on phoneme perception. *Current Directions in Psychological Science* 1995;4:76-81.
171. *Whittle S, Dennison M, Vijayakumar N i sur.* Childhood maltreatment and psychopathology affect brain development during adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(9):940-952.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2013.06.007.
172. *Wixted JT, Phelps EA, Davachi L.* Stevens' Handbook of Experimental Psychology and Cognitive Neuroscience, Learning and Memory. New York: Wiley; 2018.
173. *Yonas A, Elieff C, Arterberry M.* Emergence of sensitivity to pictorial depth cues: Charting development in individual infants. *Infant Behavior and Development* 2002;25:495-514.
174. *Yoon JM, Johnson MH, Csibra G.* Communication-induced memory biases in preverbal infants. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008;105(36):13690-5.
175. *Zappasod F, Tecchio F, Pizzella V.* Detection of fetal auditory evoked responses by means of magnetoencephalography. *Brain Research* 2001;917:167-173.
176. *Zentner M, Kagan J.* Perception of music by infants. *Nature* 1996;383:29.
177. *Zentner M, Kagan J.* Infants' perception of consonance and dissonance in music. *Infant Behavior and Development* 1998;21:483-492.
178. *Zhang Y, Koerner T, Miller S i sur.* Neural coding of formant-exaggerated speech in the infant brain. *Dev Sci* 2011;14(3):566-81.
179. *Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ i sur.* A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995;378:68-7.

Trudnoća i prenatalni (fetalni) razvoj

Ivan Begovac

SADRŽAJ

3.1. Uvod, opći aspekti	42
3.2. Promjene u majke, fetusa, interakcije majka – fetus/dojenče	43
3.3. Privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija	43
3.4. Kontinuitet prenatalnog i postnatalnog razdoblja, fetalni neurobihevioralni razvoj	43
3.5. Motorički razvoj, druge funkcije	45
3.6. Fetalna facijalna ekspresija, fetalni smiješak, ponašanje koje nalikuje na emocionalna stanja	46
3.7. Istraživanja blizanaca <i>in utero</i>	47
3.8. Odgovori na podražaje, senzorički razvoj fetusa, začetci učenja (kognicije) i emocionalnosti	47
3.9. Važnost placente	48
3.10. Maternalni stres, stres fetusa, koncept otpornosti	48
3.11. Spolni dimorfizam mozga	49
3.12. Zaključak	52
3.13. Upute za roditelje/nastavnike	52
3.14. Često postavljena pitanja	52
3.15. Pitanja	53
3.16. Literatura	54

3.1. Uvod, opći aspekti

Korisno je također pročitati prethodna poglavlja o ustroju središnjeg živčanog sustava, kao i poglavlje o razvojnim razdobljima mozga, gdje se također govorilo o prenatalnom razdoblju, kao i o trudnoći, kao važnim fazama razvoja (v. posebna poglavlja 1, 2). Trudnoća je „kritična faza“ u životu žene, kada dolazi do velikih promjena, reorganizacije, kao i integracije „procesa kreiranja osjećaja majčinstva“ (engl. *mother-to-be*), a u kojem procesu sudjeluju biološki čimbenici, životno iskustvo, kao i psihološko stanje (Slade i Sadler 2019). Trudnoća počinje uobičajeno koncepcijom, odnosno seksualnim odnosom partnera, međutim, u posljednje vrijeme postoje i nove metode fertilizacije (*in vitro* fertilizacija), doniranje jajašaca (npr. *gay* parovi), kao i umjetne (artificijelne) fertilizacije, koje mogu imati svoje posebne biološke i psihološke osobitosti (Slade i Sadler 2019).

Pojedini autori govore o konceptu **roditeljskog mozga** (engl. *parental brain*), odnosno o **roditeljskom skrbničkom sistemu** (engl. *parental caregiving system*), kada se u žena aktiviraju mentaliziranje, empatija, kao i mreže zrcalnih neurona, koji svi zajednički djeluju na **socioemocionalne mreže u dojenčetu** (Feldman 2015), ili, na drukčiji način rečeno, u **razvijajućem mozgu i umu dojenčeta**. Ovdje se najčešće spominju sustav oksitocina, koji je odgovoran za privrženost i vezivanje (*bonding*) (hormon povjerenja), hipotalamo-pituitarno-adrenalna os koja regulira stres i pojavljuje se kao odgovor na opasnost, kao i dopaminergički sustav nagrade, koji je odgovoran za osjećaje ugođe (Slade i Sadler 2019).

Nadalje, trudnoća i rođenje djeteta za svaku su jedinku ili par posebno razdoblje u životu, mijenjaju dinamiku para, bude sjećanja na vlastito djetinjstvo i pobuđuju projektivne identifikacije i različite druge fantazije. U psihodinamskoj je literaturi dakle naglasak na reprezentacijama majke koje stoje iza manifestnoga interaktivnog ponašanja (Larrieu i sur. 2019). Česte su fantazije (reprezentacije) o „idealiziranom djetetu“ (naš mali anđeo), međutim, takva fantazija može pri rođenju doći u sukob s „realnim djetetom“, koje ima svoje specifične biološke i psihološke potrebe. Može se reći da su trudnoća i rođenje djeteta „ponovno rođenje“ djetinjstva u roditelja (Windaus 2009). Svako dijete budi ambivalentne osjećaje, od njegova idealiziranja (njegovo veličanstvo dijete), pa do njegova obsceniziranja, naime, katkada se to ekstremno vidi u slučajevima zanemarivanja i zlostavljanja djeteta (Windaus 2009).

Dakle, može se reći da dijete postoji već u psihi roditelja i prije njegove koncepcije, te se ove različite roditeljske fantazije nalaze i u trudnoći. Posebnu psihološku reakciju može imati majka koja osjeti pokrete fetusa (Volkmar i Martin 2011), ili u današnje vrijeme ako majka opservira UZV dijagnostiku fetusa, što uzrokuje niz reakcija u majke, kao što su smirivanje i zaštitničko ponašanje. S psihološke strane gledano, majčino stabilno psihičko stanje svakako je dobar prediktor i budućega mentalnog zdravlja djeteta. Upotrebom današnjih UZV uređaja je moguća bolja vizualizacija karakteristika fetusa, što može pridonijeti većoj svjesnosti i prihvaćanju autonomnog razvoja druge osobe u vlastitu tijelu, a to je povezano s nizom majčinih emocionalnih stanja (Volkmar i Martin 2011).

Često u području prenatalne psihologije postoje i razni mitovi i pretjerivanja. Što se tiče odnosa fetusa i majke u trudnoći ili osjećaja fetusa, u psihologiji su pojedini autori to tradicionalno opisivali kao **blaženo stanje, oceanski osjećaj fetusa, bestežinski osjećaj, osjećaje stapanja**, implicirajući odviše idealiziran odnos (Vidović 1999). Vjerojatno je u realnosti prisutnija i situacija konflikta između fetusa i majke, u somatskom i psihološkom smislu, odnosno da su potrebni „**međusobno usklađivanje**“ i međusobna psihofiziološka prilagodba u službi homeostaze (Ahrens i Schneider 2002). Slična razmišljanja prethodno rečenomu jesu u tome je da se, na jednoj strani, trudnoća smatra „sasvim normalnim stanjem“ do drugog ekstrema, kada se na trudnoću gleda kao na „stanje krize“ (Volkmar i Martin 2011).

Trudnoća je posebno razdoblje za ženu, kao i za neposrednu okolinu (partner, obitelj). U literaturi su poznati različiti čimbenici koji mogu utjecati na prenatalni razvoj. To su različiti čimbenici: genski, prehrana, izloženost štetnim supstancijama (alkohol, nikotin, lijekovi, droge; virusi, štetni metali, otrovanja itd.), koji ostavljaju različite posljedice: genske poremećaje, prirođene malformacije, fetalni alkoholni sindrom itd. Također je važna izloženost psihosocijalnim čimbenicima (stres majke, nepripremljenost majke na trudnoću, neželjena trudnoća itd.) (Renschmidt 2011; Volkmar i Martin 2011). Važna je i uloga **perinatalnih čimbenika** (prematurnost, niska porođajna masa, perinatalne traume, senzoričke smetnje) koji mogu uzrokovati razvojne zastoje ili neurološke smetnje (Volkmar i Martin 2011). Niz čimbenika može pozitivno utjecati na duševno zdravlje buduće majke: pripremljenost i spremnost za trudnoću, pozitivan stav prema budućnosti, spremnost za davanje sebe djetetu,

podrška od okoline u kojoj žena živi, širi socijalni matriks i drugi čimbenici. Stručnjaci trebaju svakako uvažavati ne samo tjelesne nego i psihološke potrebe trudnica, a posebno se to odnosi na potrebu davanja psihološke podrške, umanjujući stanja tjeskobe.

3.2. Promjene u majke, fetusa, interakcije majka – fetus/dojenče

Posebno pitanje može biti promatranje promjena na **trima razinama**: majka, fetus (**neurobiheviornalni poremećaji koji se odnose na fetus**), interakcija majka – fetus/dojenče. Prije u tekstu navedene su promjene u majke, a dio toga bit će prikazano i u ostatku teksta. O promjenama u fetusa i interakcije majka – fetus/dojenče bit će riječi u ostatku poglavlja, a pojedini su koncepti navedeni i u drugim poglavljima ove knjige (v. poglavlje 32 o perinatalnoj psihijatriji). U preglednom istraživanju, Gentile (2017) navodi rijetke studije koje su, osim čimbenika u majke koja ima depresiju, također promatrali i promijenjene čimbenike u fetusa, a značajni su i drugi radovi iz ovog područja (Allister i sur. 2001; Dieter i sur. 2001; Emory i Dieter 2006; Lundy i sur. 1999; Field i sur. 2004; Non i sur. 2014). Posebno je zanimljivo istraživanje grupe autora, koji su istodobno longitudinalno mjerili povezanost majčine izloženosti nasilju kod kuće tijekom djetinjstva s prenatalnom privrženosti majka – fetus, parametrima otkucaja srca majke i fetusa te kasnijom biheviornalnom i emocionalnom regulacijom dojenčeta (Sancho-Rossignol i sur. 2018). O tome detaljnije vidjeti u posebnom poglavlju 32 o perinatalnoj psihijatriji.

3.3. Privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija

U putovanju od žene kao samostalne jedinice do majke koja sve više prihvaća svoje dijete nalazimo važne psihološke procese, a oni su djelomično već prije bili navedeni u tekstu. Istraživanja o **prenatalnoj privrženosti** govore o potrebi sigurnosti za osjećaj vlastitog selfa i za dojenče; prihvaćenost dojenčeta od šire okoline; razvoj osjećaja zajedništva (engl. *we-ness*), te mogućnost davanja sebe kao majke vlastitom dojenčetu (Rubin 1967). Dakle, glede jedinstvene interakcije majke i fetusa/dojenčeta, pojedini autori rabe termin **privrženost između majke i fetusa** (Pisoni i sur. 2014) ili pak termin **dijada majka – fetus** (Klaman i sur. 2017). U skladu s konceptom privrženosti u dojenač-

koj dobi (v. posebno poglavlje 5), ovdje se postulira slična emocionalna veza između majke i fetusa. U literaturi postoje instrumenti za mjerenja privrženosti majke u odnosu prema fetusu (npr. Cranley's maternal-fetal attachment scale; Condon's Maternal antenatal attachment scale) (Condon 1993; Cranley 1981), te ako takve povezanosti nema u dostatnoj mjeri, to može biti razlog za intervenciju u smjeru poboljšanja **osjetljivosti** ili veće **empatije** majke (Pisoni i sur. 2014). Zanimljivost je ovih istraživanja da prenatalna privrženost daje moćnu predikciju privrženosti djeteta od jedne godine (Fonagy i sur. 1991).

Koncept **roditeljskih reprezentacija** ili fantazija koje govore o povezanosti trudnice i majke s dojenčecom, koja je često nesvjesna, dugo je prisutan u literaturi u području mentalnog zdravlja dojenčadi. Operativno gledano, u literaturi postoje mogućnosti mjerenja spomenutog koncepta (Ammaniti i sur. 2013; Zeanah i sur. 1996). Razlikuju se načelno **četiri vrste reprezentacija**, a one su sukladne stilu privrženosti u odraslih osoba (v. **tablicu 5.1.**): 1. balansirane; 2. isključujuće (engl. *disengaged*); 3. zapletene, isprepletene (engl. *distorted*), te 4. poremećene, ometajuće, kaotične (engl. *disrupted*). Većinom su ovi instrumenti bili razvijani u postnatalnom razdoblju, međutim postoje važne modifikacije kada se mogu primijeniti i u prenatalnom razdoblju, odnosno tijekom majčine trudnoće. Općenito govoreći, navedena istraživanja pokazuju da su fleksibilne, balansirane i pozitivne reprezentacije povezane sa sigurnom majčinom privrženosti, kao i bolje reguliranom interakcijom između majke i djeteta.

Prenatalno **reflektivno funkcioniranje** govori o mogućnosti buduće majke da reflektira vlastita emocionalna iskustva trudnoće, govori o prirodi odnosa s nerođenim djetetom, o osjećaju vlastitog selfa, kao i o odnosu trudnoće prema ocu svojeg djeteta i široj obitelji (Slade 2003). Reflektivna se funkcija obično definira kao kapacitet predočivanja mentalnog, subjektivnog, psihološkog stanja selfa i drugih (Slade 2005). Operacionalizirano je tako da se dijeli u dvije grupe: niži bodovi kao manja reflektivnost te viši bodovi kao veća reflektivnost (Slade i sur. 2004).

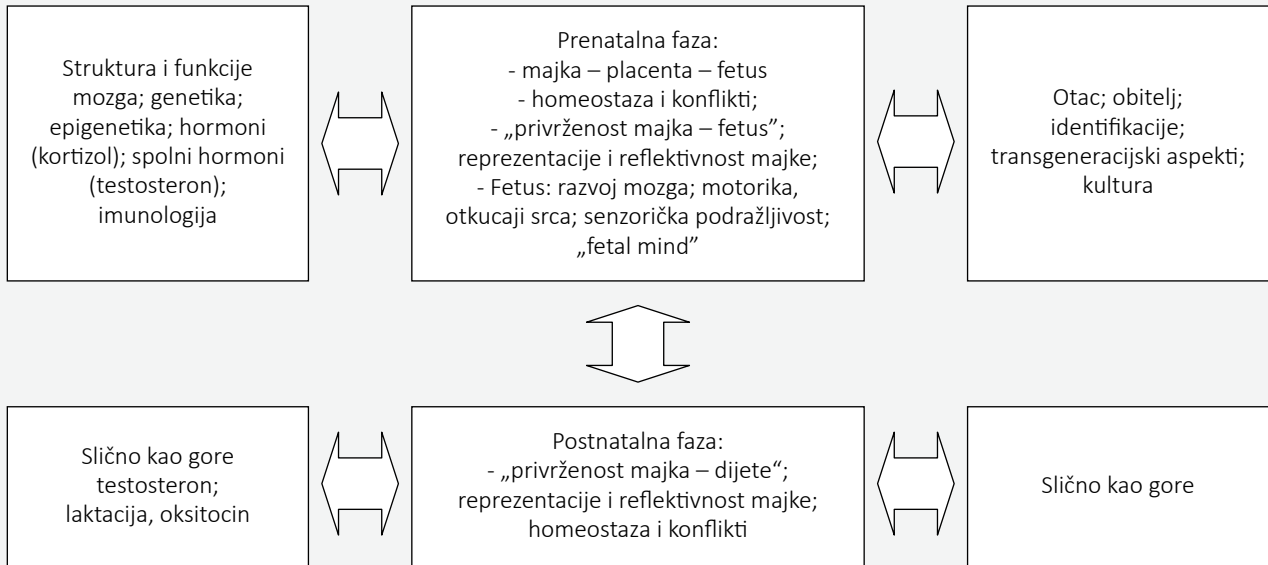
3.4. Kontinuitet prenatalnog i postnatalnog razdoblja, fetalni neurobiheviornalni razvoj

Mnogi autori govore o **kontinuitetu prenatalnog i postnatalnog razdoblja** (Auyeung i sur. 2013; Degani i

Slika 3.1.

Različiti čimbenici koji djeluju na prenatalno i postnatalno razdoblje

Modificirano prema Auyeung i sur., 2013; Babenko i sur., 2015; Bolton i Bilbo, 2014; Christov-Moore i sur., 2014; El Marroun i sur. 2014; Feigelman, 2016; Goldstein i sur., 2014; Hines, 2011; Hruby i sur., 2013; Slade i Sadler, 2019; Swaab i Garcia-Falgueras, 2009; Williams i Smith, 2015



sur. 2009; Hata 2016; Monk i Hane 2016). Primjerice, zanimljivi su ovdje pokreti mimike u fetusa, treptanja, pokreti ustima, te pokreti ruke prema ustima, kao i pokreti ruke prema očima (Hata 2016). Slično ovomu, dijete već nekoliko minuta nakon rođenja počinje „tražiti dojk“u. Danas postoje nove metode istraživanja prenatalnog razvoja u koje ubrajamo 3D i 4D UZV, kao i slikovne prikaze fetalnog mozga (fMRI skeniranje), a postoje i druge metode mjerenja fetalnih funkcija: fetalne hemodinamike, stupanj saturacije kisikom (BOLD), mjerenje auditorne i vizualne kortikalne aktivnosti, snimanje EEG aktivnosti, kao i normalna cirkulacija indeksa pulsa srednje cerebralne arterije (Dodampahala i Meegahawatta 2015; Hata 2016). Nadalje, s obzirom na to da su u novorođenčeta dokazani tzv. **primarni osjećaji**, kao evolutivne psihobiološke danosti, u smislu kontinuiteta, isto se može pretpostaviti i kod fetusa (npr. stanja ugođe i mirovanja, stanja neugode i aktivnosti itd.), o čemu će kasnije biti riječi u tekstu (v. također dodatno poglavlja 4 i 5 o razvoju).

Danas se u literaturi navode različiti termini koji opisuju važne aspekte prenatalne dobi. Tako pojedini autori govore o **prenatalnoj i perinatalnoj psihologiji** (Hruby i sur. 2013). Spominje se važnost **homeostaze**

između fetusa i majke (Hruby i sur. 2013). Pojedini autori vide takvu homeostazu na **konflikt**ni način, uz međusobno usklađivanje majke ili fetusa (Ahrens i Schneider 2002). Što se tiče samog fetusa, u uvom se periodu govori o **fetalnom neurobihevioralnom razvoju** (DiPietro i sur. 2002; Monk i Hane 2016); o **fetalnoj neurologiji** (Hata 2016); o **neurobiologiji fetalnog i dojenačkog razdoblja** (Berens i Nelson 2019); o **prenatalnom funkcioniranju mozga** (Dodampahala i Meegahawatta 2015), koji uključuje motoričke funkcije, ali i senzoričke funkcije, odnosno „odgovore na stimuluse“ (Monk i Hane 2016), kao i naznake drugih **viših funkcija**, kao što su osjećaji i kognicija. Dakle, tijekom fetalnog razdoblja događaju se stanja regulacije i spavanja, fizičkog rasta i razvoja motorike, ali i procesa „viših funkcija“ (Monk i Hane 2016). Temeljno se nalaze četiri stanja (regulacije) fetusa (tiho spavanje, aktivno spavanje, tiho budno stanje, aktivno budno stanje). To se jasnije može zapaziti od 36. tjedna, dok je najčešće stanje „aktivnog spavanja“ (Monk i Hane 2016).

Koncept neuroplastičnosti definira se kao sposobnost neuralnoga tkiva da se mijenja kao odgovor na vanjske podražaje (Berens i Nelson 2019). Počinje u fetalnom razdoblju (zadnji trimestar trudnoće - vidi

poglavlja 1 i 2 o razvojnim razdobljima kore velikog mozga i razvoj mentalnih procesa), i možemo ga nazvati i **razvojnem neuroplastičnošću**. Tijekom izloženosti okolišnim čimbenicima povezanim sa senzitivnim razdobljima (v. poglavlja 1 i 2 o razvoju mozga), ovdje možemo pretpostaviti utjecaj na temeljne senzoričke (perceptivne) domene, kao i na mnogo složenije procese, kao što su emocionalna regulacija, socijalna kognicija, sistem nagrade, kao i egzekutivne funkcije. Pretežno su temeljna istraživanja, radi etičnosti, bila provođena na animalnim modelima (štakori, majmuni), koji su uključivali i neuroendokrinu stresnu disregulaciju, a provodila su se i na djeci koja su bila dugotrajno institucionalizirana. Opći zaključak tih istraživanja govori da strukturni i funkcionalni razvoj mozga ovisi o genskim i okolišnim čimbenicima tijekom fetalnog, kao i postnatalnog razdoblja, a može se poslije povezati s negativnim ishodima mentalnoga zdravlja (Berens i Nelson 2019). U tablici su sumarno prikazani različiti čimbenici koji djeluju na prenatalno i postnatalno razdoblje (v. sliku 3.1.), a pojedini će termini biti navedeni u tekstu.

3.5. Motorički razvoj, druge funkcije

U tablici 3.1. prikazani su približne motoričke funkcije, neurorazvoj, odgovori na podražaje, kao i začetci drugih funkcija, podijeljeni prema tjednima u fetusa.

Osnovna hipoteza navedenih radova u ovom području jest da su fetalni motorički pokreti i ponašanje zrcalo funkcioniranja mozga i SŽS-a (Hata 2016). Razvoj ljudske jedinice počinje začecem (Volkmar i Martin 2011). Između 4. i 6. tjedna nakon koncepcije razvija se embrio, koji je dugačak oko 8 mm, u kojem su prisutne pretpostavke za najvažnije organske sustave (Remschmidt 2011). Oko trećega mjeseca završava se stvaranje organa, a oko četvrtog mjeseca je vidljivo stvaranje vanjskih genitalija.

Što se tiče **motoričkog razvoja**, do 16. tjedna postoje spontane motoričke aktivnosti; pokreti ekstremitetima, pokreti glavom, rotacija tijelom; zijevanje, gutanje, pokreti disanja. Hata (2016) navodi da fetus u dobi od 19 do 35 tjedana otvori usta, prije nego što mu se približi ruka, što govori o koordinaciji, odnosno o **početnom učenju**. UZV se mogu u toj dobi promatrati različite organske strukture. U ovom se razdoblju mogu zapaziti već različita ponašajna stanja (DiPietro i sur. 2002; Hruby i sur. 2013).

Pojedini autori govore o **facijalnoj mimici fetusa** označujući **lice fetusa kao zrcalo mozga**, odnosno govore o **fetalnom smiješku** (Hata 2016; Kawakami i Yanaihara 2012; Reissland i sur. 2011). Ovdje ipak treba nadodati da kod fetalnog smiješka vjerojatno nije riječ o socijalnom smiješku (Kawakami i Yanaihara 2012), međutim, može se pretpostaviti emocionalna komponenta (Hata 2016). Pojedini autori, dijagnosticirajući motoriku fetusa, ipak se usuđuju pretpostavljati „više funkcije“ koje stoje iza motoričkih ponašanja, pa tako navode izraze **majčin i fetalni stres**, **fetalna svjesnost**, **fetalna psihologija** (Hata 2016). U međuvremenu su opstetričari i ginekolozi razvili različite standardizirane instrumente koji na standardizirani način mjere prije opisane koncepte. Najpoznatiji u svijetu jesu „KANET“ (Kurjak i sur. 2017), kao i FOMS (Reissland i sur. 2011) koji mjere različite čimbenike: „pokrete mišića“, „fetalne facijalne pokrete“, kao i „suptilne ponašajne promjene“. Pojedina istraživanja u ovom području išla su u smjeru razlikovanja grube motorike, fine motorike, mimike lica, kao i u razlikovanju fetusa u majki koje puše od majki nepušačica (Reissland i sur. 2011). Zanimljivost je opservacije pojedinih autora da zapravo motorička, odnosno „haptička iskustva“ mogu biti preteče senzoričkog razvoja, odnosno kasnijih viših kognitivnih funkcija (Ittyerah 2017). Kao posljedice stresa i nenapredovanja, ginekolozi obično uzimaju u obzir somatske čimbenike, kao što su usporenje rasta (*growth restricted*) uzrokovano specifičnom prenatalnom patologijom ili smanjenje rasta s obzirom na trajanje trudnoće (*small for gestational age*) (Meher i sur. 2015). Oko 5. mjeseca majka može osjećati **pokrete djeteta**, kao i **srčane otkucaje djeteta**, kasnije nego što je to već otprije bilo prisutno (Volkmar i Martin 2011).

Općenito govoreći, ljudska je vrsta najranjivija na samom početku izvanmaterničnog života pa je i najveća smrtnost ljudi upravo u prvim danima i tjednima nakon rođenja. Jedan od glavnih uzroka smrti novorođenčadi, odnosno dojenčadi u razvijenom svijetu jest prijevremeno rođenje praćeno nizom patoloških stanja svojstvenih nedonoščetu. Uz suvremeno intenzivno liječenje i nezrela nedonoščad dobi trudnoće 22 – 25 tjedana i rodne mase manje od 700 grama mogu preživjeti. No jedan će dio te najnezrelije nedonoščadi imati neurološke, neurorazvojne, senzoričke i kognitivne posljedice.

Tablica 3.1.

Motoričke funkcije, neurorazvoj, odgovori na podražaje, kao i začetci drugih funkcija, podijeljeni prema tjednima u fetusa

Modificirano prema: AboEllail i Hata 2017; Auyeung i sur. 2013; Hata 2016; Hines 2011; Monk i Hane 2016; Remshmidt 2011; Swaab i Garcia-Falgueras 2009; Volkmar i Martin 2011.

Tjedan/ni	Motorički i somatski razvoj	Neurorazvoj; senzorički razvoj; odgovor na podražaje, kognitivni i emocionalni razvoj	Napomene i druge promjene
0			koncepcija, početak prvog trimestra
3	otkucaji srca		
6	stvaranje gonada (testisi, ovariji)		razvoj testisa je važan jer dolazi do produkcije testosterona
8	završene su osnove mozga i SŽS-a	- proliferacija i migracija asocijativnih neurona	završetak embrionalnog razdoblja
12	stvaranje vanjskih i unutarnjih genitalija (penis, prostata, skrotum; labia, vagina)	- osnove za percepciju; - projekcije amigdala – emocionalni putevi	početak drugog trimestra
14 – 16	spontane motoričke aktivnosti; pokreti ekstremitetima, glavom, disanje; rotacija tijelom; facijalna mimika (uklj. fetalni smiješak); pokreti očima	- početak diferencijacije promotorskih neurona - funkcionalna priprema korteksa za urastanje specifičnih aksona; - pojavljivanje EEG aktivnosti u prefrontalnom korteksu; začetci emocionalnih stanja	trudnice osjećaju pokrete djeteta kao i srčane otkucaje oko 16 – 18 tjedana; od 16 tjedana „vršak androgena“ u muškog fetusa (raspon 8 – 24 tjedna);
20 – 22	fetus otvori usta prije nego što mu se približi ruka; „fetalna bol“	fetus razlikuje usta od očiju - postojanje „somato-senzorne osjetljivosti“; habituacija (kognicija)	sredina trudnoće; završetak ranoga fetalnog razdoblja (20. tjedan); početak kasnoga fetalnog razdoblja
24 – 28	sve veća diferencijacija facijalne mimike	fetus čuje; daljnja diferencijacija emocionalnih stanja i kognicije; odgovor na „vibro-akustične“ i vizualne stimuluse kao i habituacija (kognicija);	početak trećeg trimestra; prisutnost cirkadijurnog ritma (različita stanja budnosti i spavanja fetusa)
35		razlikovanje muškog od ženskog glasa	
40 i postnatalni razvoj	različite motoričke sposobnosti; sisanje	Različite senzoričke sposobnosti, kognicija, emocije, socijalne sposobnosti	rođenje; „minipubertet“; izlučivanje androgena u dječaka (raspon 2 – 26 tjedana postnatalno)

3.6. Fetalna facijalna ekspresija, fetalni smiješak, ponašanje koje nalikuje na emocionalna stanja

U posljednje vrijeme „tajna fetalnog života“ sve se više otkriva kliničarima i znanstvenicima. Osnovna hipoteza grupe istraživača jest, kako je već prije bilo

rečeno, da fetalnim 4-D ultrazvučnom dijagnostikom utvrđeno ponašanje fetusa zrcali fetalno funkcioniranje mozga i razvoja (AboEllail i Hata 2017). Danas razlikujemo različite fetalne facijalne ekspresije, kao što su treptanje (engl. *blinking*), zijevanje (engl. *yawning*), sisanje (engl. *sucking*), pokreti usnicama (engl. *mouthing*), plaženje jezika (engl. *tongue expul-*

sion), mrgođenje (engl. *scowling*), kao i smješkanje (engl. *smiling*), a koje se mogu detektirati već **početkom drugoga trimestra trudnoće**. Nadalje, pojedini fetusi pokazuju ponašanje koje nalikuje emocionalnim stanjima, koja se također detektiraju mimikom lica, kao i ukupnim ponašanjem fetusa (AboEllail i Hata 2017). Danas se smatra da je **treptanje** refleksni odgovor, a povezan je i s dopaminergičkim sustavom. **Zijevanje** se danas povezuje s uspostavljanjem regulacije moždanog debla i periferne neuromuskularne funkcije, cirkadijurnog ritma fetusa, odnosno stupnja pobuđenosti mozga. **Sisanje** je odlučujuća funkcija za postnatalno preživljavanje dojenčeta. **Pokreti usnica** najčešći su oblik facijalne mimike fetusa. Zanimljiva je povezanost **pokreta usnicama** i NON-REM spavanja fetusa, što odražava maturaciju fetusa. **Plaženje jezika** zahtijeva koordinaciju inervacije muskulature jezika i viših centara u mozgu. **Mrgođenje** može upućivati na fetalnu bol ili stres (AboEllail i Hata 2017).

Fetalni smiješak iznimno je poticajan stimulus za trudnicu, ako se on registrira, tijekom pregleda ultrazvukom. Najvjerojatnije takav fetalni smiješak nije indikator **socijalne interakcije** (kao što je smiješak trećeg mjeseca u dojenačkoj dobi – vidjeti posebno poglavlje 4), međutim, prema autoru ovog poglavlja, kao i drugih autora (AboEllail i Hata 2017), može biti pokazatelj unutarnjega emocionalnog stanja. Pojedina grupa autora navodi **širi termin ponašanja koja sličje emocionalnim stanjima** (engl. *emotion-like behavior*), a koji dominantno uključuje facijalnu mimiku, ali uključuje i opću aktivnost fetusa (AboEllail i Hata 2017). Naime, ako fetusi doživljavaju bol i distres, mogu to manifestirati **formom mrštenja** (engl. *frown*), ili **tužnim pogledom** (engl. *sad look*); opozit ovakvih stanja mogao bi biti **fetalni smiješak** ili **radosno lice** (engl. *funny face*). Drugi autori opisuju takve opozite kao **slika lica koje plače** (engl. *cry-face gestalt*) vs. **smješkajući oblik** (engl. *laughter gestalt*) (Reissland i sur. 2011). Ponašanja fetusa koja sličje emocionalnim stanjima pojedini autori povezuju s **fetalnom svjesnosti** (Hata 2016). Konačno, s obzirom na različite podražaje, npr. majčino dodirivanje vlastita trbuha može također utjecati na različitu ekspresiju facijalne mimike u fetusa (AboEllail i Hata 2017).

3.7. Istraživanja blizanaca *in utero*

Istraživanja blizanaca danas su vrlo intrigantna glede zaključivanja o odnosu fetalnog ponašanja koje

upućuje na funkcioniranje mozga i kasnijih postnatalnih osobina ličnosti (npr. temperamenta), o mogućim različitim uvjetima *in utero* u kojima se nalaze blizanci, a intrigantna je i hipoteza o prenatalnom transferu testosterona u blizanaca (muško-ženski par). Prvo, 4-D ultrazvučnom dijagnostikom ovdje se došlo do vrlo intrigantnih rezultata. Načelno se razlikuju blizanci koji su monozigotni (monokorionski ili dikorionski) ili dizigotni (dikorionski); odnosno monokorionsko-diamnotički (MD), kao i dikorionsko-diamnotički (DD). Ovdje se mogu mjeriti *in utero* kontakt između blizanaca, međusobna stimulacija blizanaca, kao i reakcije na dodir (Hata 2016). U prvom trimestru postoji zabilježena jasna reakcija između blizanaca dodiranjem, odnosno moglo bi se zaključiti da jedan bliznac shvaća da je drugi bliznac ljudsko biće. Nadalje, grupa autora navodi kako je kod jednog blizanca koji je pokazivao veću motoričku aktivnost (dominantnost) u fetalnom razdoblju da se to također pokazalo i u postnatalnom životu, u smislu „aktivnijeg temperamenta“ (Degani i sur. 2009). Ovo je istraživanje jedno od rijetkih u blizanaca koje je motoričke pokrete *in utero* povezivalo s kasnijim postnatalnim osobinama temperamenta (psihološki konstrukt). Slijede i mnoga istraživanja o različitom rastu *in utero* blizanaca zbog različite krvne opskrbe preko placente, što upućuje i na različit razvoj mozga i različitih kasnijih postnatalnih psiholoških karakteristika (v. poslije u tekstu). Konačno, slijedi i hipoteza o prenatalnom transferu testosterona u blizanaca (prijenos s muškog na ženski fetus), koja je i dalje vrlo intrigantna (Tapp i sur. 2011) (v. poslije u tekstu).

3.8. Odgovori na podražaje, senzorički razvoj fetusa, začetci učenja (kognicije) i emocionalnosti

U **tablici 3.1.** prikazane su približne motoričke funkcije, odgovori na stimulus, kao i druge funkcije, podijeljene prema dobi. Zbog napretka praćenja trudnica u suvremenoj medicini, danas možemo pretpostaviti mnoga psihološka stanja koja doživljava fetus, a poneka saznanja možemo i dokazati. Što se tiče **odgovora na podražaje**, odnosno **senzoričkih funkcija**, fetus već oko 20. tjedna razlikuje usta od očiju, dakle može se reći da postoji **somato-senzorna osjetljivost**, odnosno začetci učenja. Nadalje, fetus od 24. – 28. tjedna ima sposobnost slušanja (Gervain 2015). Zanimljivo je ovdje navesti da su bile istraživane i bilin-

gvalne trudnice, a dokazano je da su kasnije djeca usvojila oba jezika majke (Gervain 2016). Slično ovomu pojedini autori govore o **muzičkom umu** kod fetusa. Naime, ti autori navode da su majčini otkucaji srca koje fetus čuje zapravo **fetalni unutarnji metronom**, koji se očituje zvukovima **lab-dab**. Spomenuti autori iznose hipotezu da ovakva prenatalna iskustva daju osnove za kasnije „muzičke preferencije“. Praktično ti autori daju prijedlog da se na jedinicima intenzivne njege pušta glazba koja više sličiti zvukovima koje fetus čuje tijekom boravka u uterusu (slično otkucajima srca). Nastavljajući se na senzorički razvoj, postoje i začetci „habituacije, učenja i memorije u fetusa“ (Feigelman 2016; Gervain 2015; Hruby i sur, 2013). Početkom trećega trimestra i dalje čini se da fetus senzorički reagira jasnije na vizualne podražaje. Slično se može reći da mogu postojati i različita osjećajna stanja, na relaciji ugoda – neugoda (paradigme su fetalni stres, fetalna bol vs. fetalni smiješak), o čemu je prije bilo riječi u tekstu. Pojedini autori stoga govore o diferentnijim izrazima kao što je **fetalni um** (Hruby i sur. 2013), a isti se autori također u sličnom smislu koriste nazivom **prenatalno dijete**.

3.9. Važnost placente

Posebnost prenatalnog razdoblja jest i postojanje **placente**, kao novog organa (Hruby i sur. 2013), koja ima funkciju opskrbe i hranjenja fetusa, kao i određene membrane (otpornosti i filtra prema toksinima), ali je i endokrini organ (Barrett i Swan 2015; Bolton i Bilbo 2014; Hruby i sur. 2013; Hruby; Marceau i sur. 2016). Razvija se iz trofoblasta. Nadalje, često se u literaturi navode različiti hormoni i druge supstancije koji mogu biti uključeni u to, posebno u stanjima psihološkog stresa majke i fetusa, a čini se da ovi placentarni kemijski spojevi mogu hormonalno biti i priprema za porođaj (Hruby i sur. 2013).

Posebno zanimljivi radovi mogu biti na temu različite krvne opskrbljenosti preko placente u blizanaca, npr. jedan blizanac prima više dotoka krvi i nutrijenata nego drugi, što se može očitovati različitim rastom, odnosno kasnijim različitim i drugim funkcijama, npr. motoričkim, senzoričkim, kognitivnim, emocionalnim itd. (Marceau i sur. 2016). Može se dakle reći da je koncept o istom prenatalnom okruženju u blizanaca kontroverzan jer može biti različit u pojedinog blizanca, a ovisi o tipu placente, vaskularnih anastomoza, kao i teških medicinskih komplikacija (Degani i sur. 2009).

3.10. Maternalni stres, stres fetusa, koncept otpornosti

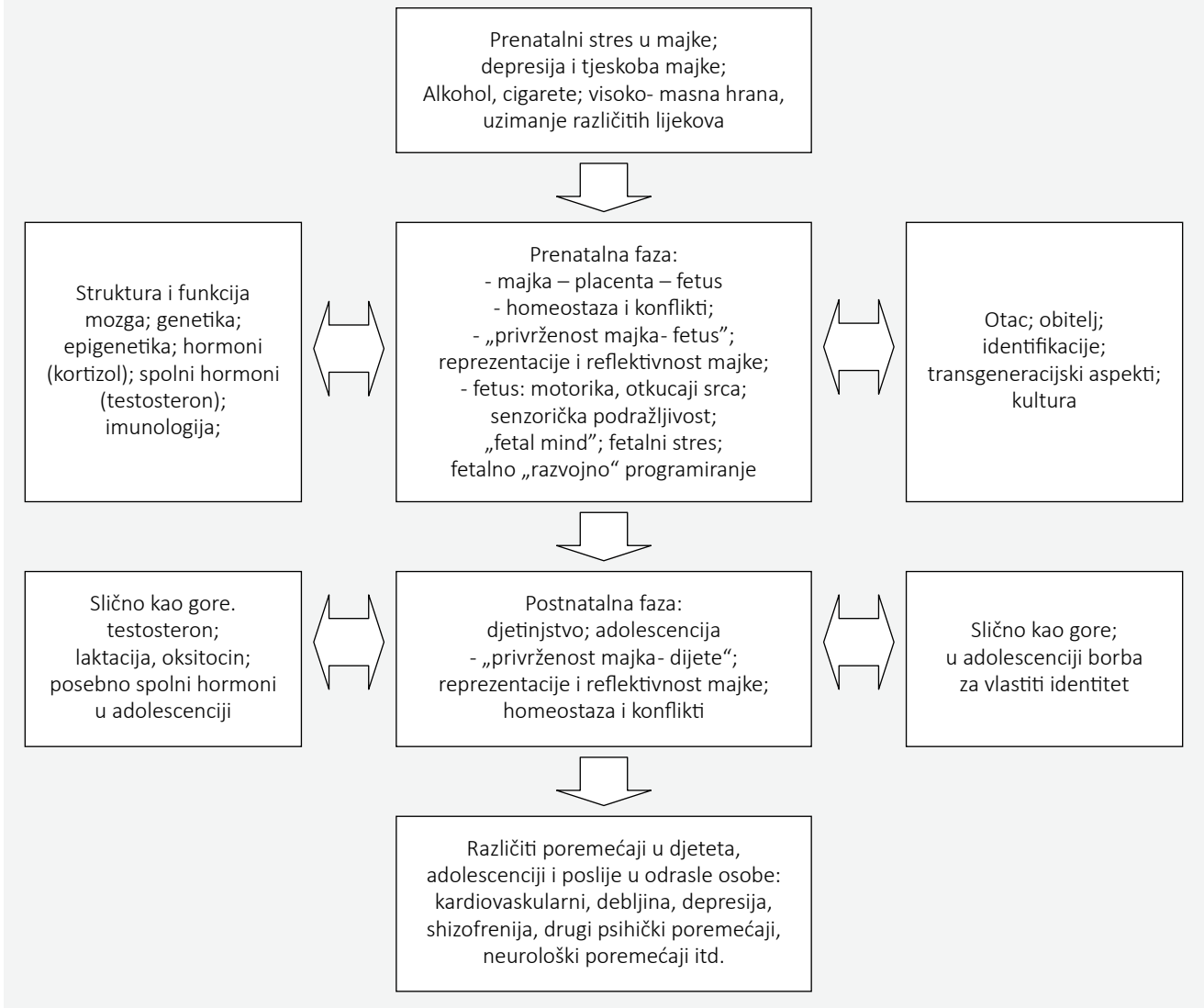
Na **slici 3.2.** prikazana je moguća interakcija različitih čimbenika pri maternalnom stresu.

S obzirom na maternalni stres (i stres u fetusa), o prenatalnoj se dobi se govori kao o „kritičnom razdoblju“ ili „kritičnom prozoru razvoja“, koji ovisi o **vremenu i dozi**, odnosno navodi se „važnost razvojne uvremenjenosti (tajminga)“ (Auyeung i sur. 2013; Goldstein i sur. 2014). Nadalje, govori se o važnosti genskih čimbenika; također se govori o važnim **epigenetskim mehanizmima** (DNA-metilacija, MiRNA-ekspresija; modifikacija histona) (Dismukes i sur. 2019), o važnosti **imuno-endokrino-neurotransmitske integracije** (važnost imunskih mehanizama) (Bolton i Bilbo 2014), o **stresno-imunosnom programiranju; fetalnom programiranju ili razvojnoj plastičnosti** (Babenko i sur. 2015; Feigelman 2016; Hruby i sur. 2013). „Fetalno programiranje“ zapravo bi značilo da već u fetalno vrijeme postoje korijeni poremećaja u kasnijoj (odraslijoj) dobi (Barker i sur. 1993). Međutim, ovo „fetalno programiranje“ u sklopu epigenetskog gledanja može biti „reverzibilno“, tako da terapija može dati obećavajuće mogućnosti u tom smislu. Ovdje dolaze u obzir somatske bolesti u majke npr. debljina, kardiovaskularne bolesti, ali i klasične psihičke bolesti npr. depresija (Goldstein i sur. 2016), koje se mogu dalje generacijski prenositi na svoju djecu. U ovakve stresove mogu se slično ubrajati i drugi štetni utjecaji: utjecaj uzimanja lijekova (valproata, SIPPS-a); utjecaj uzimanja alkohola, droga, drugih vrsta lijekova, uzimanje visokomasne hrane (pri debljini) itd. (El Marroun i sur. 2014; Williams i Smith 2015).

Kao mjerilo **stresa u fetusa** mogu se primjenjivati različiti parametri: **otkucaji srca, varijabilnost otkucaja srca, fetalni pokreti, stanje aktivnosti** (DiPietro i sur. 2002), kao i **sisanje** u novorođenčeta. Od hormona se pri stresu često spominju HPA os, glukokortikoidi, čimbenik rasta, GABA (Goldstein i sur. 2016), ali i važnost seksualnih hormona; oksitocin itd. Smatra se da djelovanje seksualnih hormona ima **moderirajuće značenje** preko epigenetskih mehanizama (Auyeung i sur. 2013; Brunton 2013; Goldstein i sur. 2014). Kao posljedice stresa i nenapredovanja fetusa obično se uzimaju u obzir „somatski čimbenici“, kao što su smanjenje rasta (*growth restricted*), ili smanjenje rasta s obzirom na centilne vrijednosti (*small for gestational age*) (Meher i sur. 2015).

Slika 3.2.**Interakcija različitih čimbenika pri maternalnom stresu**

Modificirano prema Auyeung i sur. 2013; Babenko i sur. 2015; Feigelman 2016; Goldstein i sur. 2014; Hruby i sur. 2013.



Osim **rizičnih čimbenika**, kao i inače u istraživanju psihopatologije, treba uzeti u obzir i zaštitne čimbenike, odnosno koncept otpornosti (engl. *resilience*) (Slade i Sadler 2019). Ovdje se misli prije svega na pozitivne biološke danosti, do suportivne okolišne njege u trudnice, kao i pozitivna iskustva trudnice iz djetinjstva, tzv. **anđeli iz prošlosti ili iz dječje sobe** (engl. *angels in the nursery*) (Lieberman i sur. 2005), koji su opozit poznatom terminu iz literature **duhovi iz prošlosti ili duhovi iz dječje sobe** (*ghosts in the nursery*), koji je postulirala Selma Fraiberg (1980).

3.11. Spolni dimorfizam mozga

Na **slici 3.3.** sumarno je prikazana spolna diferencijacija mozga, koja je izraz pojednostavnjenja.

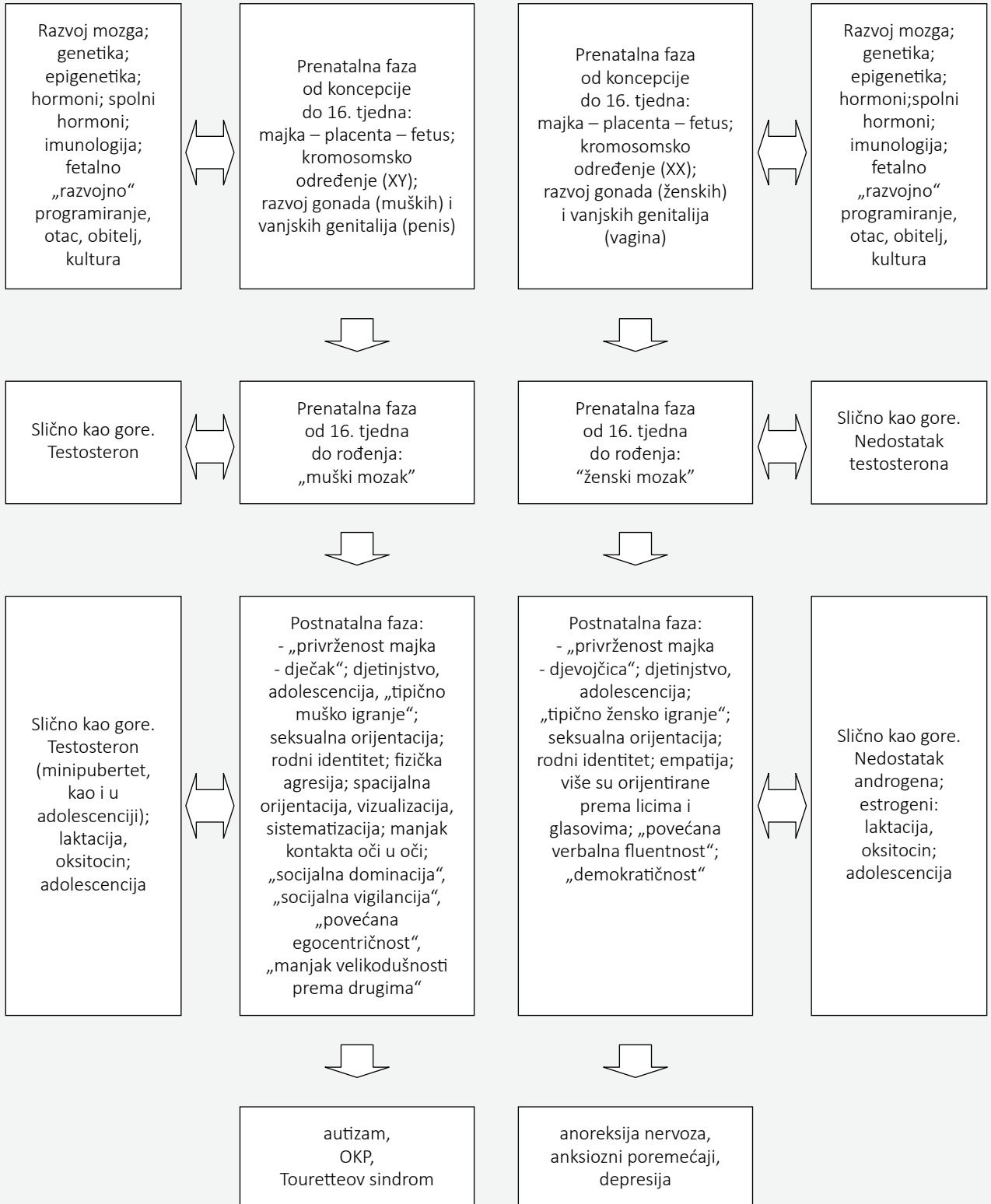
Većinom je ovdje u tekstu naveden utjecaj različitih hormonskih sustava, međutim moguće je da na razvoj seksualnosti i roda (uključujući i seksualnu diferencijaciju mozga) djeluju od genskih, bioloških, do psihosocijalnih čimbenika. Ovdje će se u tekstu više govoriti o hormonalnim hipotezama.

Osobine (kognitivne i emocionalne) koje se vežu za **maskulnost** jesu spacijalna orijentacija, vizualizacija, personalne i kognitivne osobine; igra s muškim

Slika 3.3.

Spolna diferencijacija mozga

Modificirano prema Auyeung i sur. 2013; Bolton i Bilbo 2014; Christov-Moore i sur. 2014; Goldstein i sur. 2016; Hines 2011; Swaab i Garcia-Falgueras 2009



vršnjacima; preferencija prema aktivnostima, agresivnost; manjak empatije, bolja sposobnost sistematizacije, te manjak kontakata oči u oči; „socijalna dominacija“, „socijalna vigilancija“, „povećana egocentričnost“ i „manjak velikodušnosti prema drugima“ (Auyeung i sur. 2013; Christov-Moore i sur. 2014). S druge strane, osobine **femininosti** jesu iskazivanje veće empatije, više su orijentirane prema licima i glasovima; „povećana verbalna fluentnost“ te „demokratskost“. Ovo se može istraživati različitim instrumentima, poznatima iz literature, koji ispituju rodnu ulogu, empatiju, sistematizaciju, sklonost autističnim crtama itd. (Auyeung i sur. 2013; Golombok i Rust 1993).

Zanimljivost je također da se gonade, kao i vanjske genitalije pojavljuju u prvom trimestru trudnoće, dok se **spolna diferencija mozga** događa nakon 16. tjedna do kraja trudnoće, što može imati i važne implikacije u pristupu poremećajima seksualnog razvoja (interseks stanja), odnosno rodnoj disforiji (Swaab i Garcia-Falgueras 2009). Što se tiče izloženosti **androgenima kod fetusa**, kod muških je fetusa važna izloženost androgena oko 16. tjedna i dalje (Auyeung i sur. 2013; Christov-Moore i sur. 2014); što potencijalno dovodi do „maskulinizacije mozga“, dok izostanak androgena dovodi do „feminiziranja mozga“. Dakle, pojavljuje se opća „spolna diferencijacija mozga“ ili „spolni dimorfizam mozga“ (Auyeung i sur. 2013; Bolton i Bilbo 2014; Goldstein i sur. 2016; Swaab i Garcia-Falgueras 2009). Hines to naziva „kritičnim razdobljem“ (2002). Međutim, i estrogeni se pokazuju kao važni pri feminizaciji mozga, međutim, oni nastupaju vjerojatno više postnatalno (Hines 2011).

Hines (2002) navodi da je „seksualni dimorfizam“ važan kod „preferencije ruke“. Ona, nadalje, upućuje na to da je vjerojatno androgena prenatalna izloženost mozga primarno odgovorna za seksualno tipične igračke (plavi /policijski/ auto koji ima kutove vs. ružičasta lutkica koja ima zaobljene oblike slično istraživanjima na majmunima), kao i za seksualnu orijentaciju ili za rodni identitet, prije nego za druge personalne ili kognitivne osobine spola (npr. empatija, fizička agresija itd.) (Hines 2011). Međutim, ona, dalje, upozorava na to da je važna i postnatalna izloženost seksualnim hormonima s obzirom na mozak.

Testosteron se posebno veže za „socijalnu dominaciju“, „socijalnu vigilanciju“, „povećanu egocentričnost“ te „umanjenu velikodušnosti prema drugima“, što može biti povezano s evolutivnim karakteristikama muškaraca (ubijanje neprijatelja, orijentacija u geo-

grafskom prostoru i priskrbivanje hrane u okolišu svojoj obitelji pračovjeka itd.). Nadalje, zanimljiva su istraživanja o **oksitocinu**, koji se pojačano luči tijekom ranoga novorođenačkog razdoblja i koji se naziva **hormonom za povjerenje** (engl. *trust hormone*), a koji pojačava majčinsko ponašanje prema novorođenčetu. S druge strane, za sada nije ustvrđena razlika motoričkog izražavanja UZV metodama s obzirom na muški ili ženski fetus (Hata 2016), što bi se vjerojatno moglo očekivati.

Zanimljiva su istraživanja koja su ispitivala blizanački par sestra/brat imajući na umu hipotezu o većoj prenatalnoj izloženosti androgenima u djevojčice (muško-ženski blizanci); s obzirom na blizanaštvo kada je bilo istospolno (sestra-sestra). Ovdje su se u istraživanjima povezanim s testosteronom očekivale više „muške“ karakteristike u djevojčica, međutim, rezultat je bio samo djelomično u tom smjeru, odnosno teško se mogao odvojiti od potencijalnih socijalnih čimbenika (Cohen-Bendahan i sur. 2005). Hipoteza o prenatalnom transferu testosterona u blizanaca i dalje je vrlo intrigantna (Tapp i sur. 2011).

Konačno, pitanje je međusobne interakcije prenatalnog stresa (maternalnog stresa) te odnosa različitih hormonskih sustava (spolni hormoni i drugi hormoni, npr. glukokortikoidi). Čini se da androgeni čine muške osobe vulnerabilnijima na stresore (Barret i Swan 2015).

Pojedina istraživanja pokušavaju pobliže odrediti koji psihički poremećaji mogu biti povezani s ulogama seksualnih hormona u fetalno doba, od kojih se spominje povezanost androgena s autizmom, OKP-om, kao i Touretteovim sindromom (Chao i sur. 2014; Hines 2011), dok bi u djevojaka više bili prisutni anoreksija nervoza, anksiozni i depresivni poremećaji.

Kritika „teorije seksualizacije mozga“ jest u tome da se promatra samo biološki jedan čimbenik, „izloženost androgenima“ ili drugim hormonima, te da se zanemaruje i psihosocijalni aspekt razvoja. Druga bi kritika mogla biti u tome da se gleda vrlo kategorijalno (ili muško ili žensko), zanemarujući pritom dimenzionalnu komponentu seksualnosti i roda (Steensma i sur. 2013). Primjerice ne može se jednostavna prenatalna androgena izloženost dovesti izravno u vezu npr. s rodniim identitetom (Steensma i sur. 2013) ili s pojediniim psihičkim poremećajem.

3.12. Zaključak

Istraživanja fetalne dobi i kliničke humane psihologije i psihijatrije primjer je **translacijskog istraživanja** od životinjskih vrsta, kao i temeljnih molekularnih istraživanja (Monk i Hane 2016; O'Connor i sur. 2014). Ovdje je riječ o vrlo intrigantnom području, u kojemu sudjeluju različite struke i discipline. Zahvaljujući složenome prenatalnom razvoju, danas govorimo o **sposobnostima novorođenčeta** pri dolasku na svijet, kao i o određenoj upućenosti novorođenčeta na okolinu koja se brine za njega, o čemu će biti riječi u posebnim poglavljima 4, 5, 7, 8, 9. Dosadašnja istraživanja i klinička iskustva izravnije nas upućuju na moguće intervencije u prenatalnom, odnosno perinatalnom razdoblju (npr. fokus na povećanju senzitivnosti, empatije, privrženosti, reflektivne funkcije, poboljšanju interakcije majka – fetus/ dojenče itd.), o čemu će se govoriti i u drugim poglavljima (Slade i Sadler 2019).

3.13. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Danas se smatra da je prenatalni razvoj važan za kasniji razvoj djeteta, adolescenta i odrasle osobe.
- ✓ Važno je osigurati sigurnu okolinu trudnici jer je trudnoća posebno stanje za ženu.
- ✓ Potrebna je suradnja različitih stručnjaka u području zaštite mentalnog zdravlja trudnice, kao i fetusa, odnosno poboljšanje interakcije majka – fetus/dojenče.
- ✓ Danas znamo da fetus ima svoje različite funkcije: motoričke funkcije i odgovore na podražaje (senzoričke funkcije), a pretpostavlja se da postoje i „više” kognitivne (elementi učenja, sjećanja) i emocionalne funkcije. Tako se s pravom govori o „fetalnom umu”.
- ✓ Poseban emocionalni odnos trudnice prema svojem fetusu nazivamo „privrženošću između majke i fetusa”, a postoje dijagnostičke metode za mjerenje ovog koncepta. Ova se emocionalna veza može poboljšati ako se utvrdi da ona nedostaje. Također su važni i koncepti reprezentacija u majke, kao i majčina reflektivna funkcija.
- ✓ Fetalni je smiješak iznimno poticajan stimulus za trudnicu, ako se on registrira, tijekom pregleda. Najvjerojatnije taj fetalni smiješak

nije indikator socijalne interakcije, no može biti pokazatelj unutarnjega emocionalnog stanja.

- ✓ Danas su posebno intrigantna prenatalna istraživanja pri stanju stresa u majke, kao i stanja kod tzv. spolne diferencijacije mozga fetusa, i kasnijega djeteta.

3.14. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Navedite što to znači „kontinuitet prenatalnog i postnatalnog života“?

ODGOVOR: Što se tiče kontinuiteta između prenatalnog i postnatalnog života, tu nema nikakve dvojbe. Mnoge funkcije koje su naznačene prenatalno, npr. motoričke, senzoričke, začetci emocionalnog i kognitivnog razvoja, jasno se nastavljaju u novorođenačku dob. Imamo velike osnove prihvatiti da već prenatalno postoje i „više funkcije”, kao što su memorija, sjećanje, a vjerojatno i socijalno-emocionalne funkcije. U novorođenčeta bilježimo impresivne socijalno-emocionalne sposobnosti, dakle u prvim danima života, tako da je teško ne smatrati da one postoje i prenatalno.

■ PITANJE: Može li govoriti o privrženosti između majke i fetusa, o reprezentacijama majke, kao i o njezinoj reflektivnosti?

ODGOVOR: Prije navedeni termini primarno su razvijani u postnatalnoj dobi, odnosno u dojenačkom razdoblju. Međutim, danas ove koncepte možemo primijeniti i u trudnoći žene, odnosno u fetalnoj dobi.

■ PITANJE: Možemo li zaključiti da osjećaji postoje u fetalnoj dobi i kakav je današnji status „fetalnog smiješka“?

ODGOVOR: Ovo je kontroverzno pitanje. S jedne strane, neuroznanost jasno govori da se osnove SŽS-a razvijaju već oko 8. tjedna. Dokazi upućuju na to da već oko 12. tjedna postoje projekcije prema amigdala, a za njih je poznato da sudjeluju u začetcima emocionalne regulacije. Nadalje, već od početka drugoga trimestra (oko 12. tjedna) postoji diferencijacija facijalna mimika, uključujući i fetalni smiješak, a ona bi upućivala na emocionalna stanja u fetusa. Tijekom drugog i trećeg trimestra trudnoće facijalna se mimika sve više diferencira, odnosno možemo pretpostaviti sve veće diferenciranje emocionalnih stanja. Nadalje, istraživanja u novorođenčeta govore o postojanju emo-

cionalnih stanja, što je vjerojatno i doprinos evolucije, tako da je teško ignorirati da oni ne postoje i u fetalnoj dobi. Fetalni smiješak vjerojatno nema još socijalnu dimenziju, međutim, govori o emocionalnom stanju fetusa. Za razliku od fetalnoga smiješka, „smiješak trećeg mjeseca“ ima jasnu socijalnu (relacijsku, interaktivnu) dimenziju. Slično kao za emocionalna stanja može se reći i za začetke kognitivnog razvoja u fetalnoj dobi.

■ **PITANJE:** Navedite po čemu možemo zaključiti da postoji „fetalni um“.

ODGOVOR: Sva istraživanja ginekologa-opstetričara idu u tom smjeru. Sami ginekolozi-opstetričari koriste se terminima kao što su „fetalni neurobihevioralni razvoj“ i slični. Navode termine „fetalni smiješak“, uz ostale termine. Teško je kao psiholog ili dječji psihijatar ne prihvatiti objeručke te termine i prihvatiti hipotezu o „fetalnom umu“.

■ **PITANJE:** Navedite osnove prenatalne spolne diferencijacije mozga.

ODGOVOR: Hipoteza o prenatalnoj seksualnoj diferencijaciji mozga važna je teorija unutar psihologije i psihijatrije. Ona se temelji više na biološkom promatranju jedinke, odnosno na „prenatalno programiranom“ razvoju seksualnosti u svim domenama: razvoj rodnog identiteta, seksualne orijentacije itd. Prednosti su ovoga pristupa da se u obzir uzimaju biološki parametri kao što je npr. „prenatalna spolna diferencijacija mozga“. Ovakav pristup uzima u obzir dakle biološke danosti i pretpostavlja da su za razvoj rodnog identiteta, seksualne orijentacije, kao i poremećaja rodnog identiteta, odgovorni biološki čimbenici, odnosno suptilna međugra između utjecaja genetike, epigenetike te hormona, različito na razvoj gonada, vanjskih genitalija te na seksualnu diferencijaciju mozga. Zanimljivost je ove hipoteze da slijedi činjenicu da se u razvoju fetusa prvo razvijaju gonade (6. tjedan prenatalnog razvoja), zatim vanjske genitalije (prva polovica trudnoće), a tek poslije dolazi do spolne diferencijacije mozga (druga polovica trudnoće). Autori koji je zastupaju smatraju da su i poremećaji rodnog identiteta (transseksualnosti), kao i različitosti seksualne orijentacije zapravo biološke varijacije suptilnog međunosa genetike, epigenetike, kao i hormona. Oni jasno navode da nemaju znanstvenih nalaza o utjecaju psihosocijalnih čimbenika kod razvoja rodnog identiteta, kao i seksualne orijentacije. Oni stoga nikako ne smatraju da se rodna disforija, kao ni seksualna orijen-

tacija trebaju promatrati kao „psihički poremećaji“. S druge strane, čini se da ovakav pristup isključivo biološkom tumačenju različitih seksualnih i rodnih fenomena zanemaruje kompleksnu međuigru i dodatnih psiholoških i socijalnih čimbenika. Nadalje, takav se pristup čini kao da odviše svoja istraživanja temelji na kategorijalnom pristupu (muško ili žensko), ne uzimajući u obzir dimenzionalnost fenomena seksualnosti (dakle različitost nijansi međustanja). Naime, danas se na „rodni identitet“ ne gleda toliko statično, premda to i samo ime implicira da mora biti nešto stalno. Danas se više prihvaćaju mogućnosti da može biti „fluidno“, ono koje se mijenja tijekom vremena. I ovdje je važan pristup da osobe s ovim varijacijama ne treba optuživati, niti ih jednoznačno proglašavati „psihički bolesnima“.

3.15. **Pitanja**

- 1 Navedite što to znači „kontinuitet prenatalnog i postnatalnog života“.
- 2 Navedite osnove razvoja motorike (somatskog razvoja), kao i odgovore na podražaje (senzorički razvoj).
- 3 Navedite osnove koncepta „fetalnog smiješka“.
- 4 Navedite koji sve čimbenici sudjeluju u prenatalnom i postnatalnom razvoju.
- 5 Navedite koji sve čimbenici sudjeluju kod stresa u prenatalnom i postnatalnom razvoju.
- 6 Navedite koji sve prenatalni i postnatalni čimbenici sudjeluju pri seksualnoj diferencijaciji mozga.
- 7 Navedite što je to „fetalno programiranje“.
- 8 Navedite po čemu možemo zaključiti da postoji „fetalni um“.

3.16. LITERATURA

1. *AboEllail MAM, Hata T.* Fetal face as important indicator of fetal brain function. *J Perinat Med* 2017;45(6):729-736.
2. *Ahrens S, Schneider W.* Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. 2. izdanje. Stuttgart: Schattauer; 2002.
3. *Allister L, Lester BM, Carr S i sur.* The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Develop Neuropsychol* 2001;20:639-651.
4. *Ammaniti M, Tambelli R, Odorisio F.* Exploration of maternal representation during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal* 2013;34:1-10.
5. *Auyeung B, Lombardo MV, Baron-Cohen S.* Prenatal and postnatal hormone effects on the human brain and cognition. *Pflugers Arch* 2013;465(5):557-71.
6. *Babenko O, Kovalchuk I, Metz GA.* Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;48:70-91.
7. *Barker DJP, Gluckman PD, Godfrey KM i sur.* Fetal nutrition and cardiovascular-disease in adult life. *Lancet* 1993; 341:938-941.
8. *Barrett ES, Swan SS.* Stress and Androgen Activity During Fetal Development. *Endocrinology* 2015;156(10): 3435-3441.
9. *Berens AE, Nelson CA.* Neurobiology of fetal and infant development: implications for infant mental health. U Zeannah Jr. CH, ur. *Handbook of infant mental health*. 4 izdanje. New York: The Guilford Press; 2019, str. 41-62.
10. *Bolton JL, Bilbo SD.* Developmental programming of brain and behavior by perinatal diet: focus on inflammatory mechanisms. *Dialogues Clin Neurosci* 2014;16:307-320.
11. *Brunton PJ.* Effects of maternal exposure to social stress during pregnancy: consequences for mother and offspring. *Reproduction* 2013;146(5):R175-89.
12. *Chao TK, Hu J, Pringsheim T.* Prenatal risk factors for Tourette Syndrome: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:53.
13. *Christov-Moore L, Simpson EA, Coudé G i sur.* Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;46 Pt 4:604-27.
14. *Cohen-Bendahan CCC, Buitelaar JK, van Goozen SHM i sur.* Is there an effect of prenatal testosterone on aggression and other behavioral traits? A study comparing same-sex and opposite-sex twin girls. *Horm Behav* 2005;47:230-237.
15. *Condon JT.* The assessment of antenatal emotional attachment: Development a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1993;66:167-183.
16. *Cranley M.* Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research* 1981;30:281-284.
17. *Degani S, Leibovitz Z, Shapiro I i sur.* Twins' temperament: early prenatal sonographic assessment and postnatal correlation. *J Perinatol* 2009;29(5):337-42.
18. *Dieter JN, Field T, Hernandez-Reif M i sur.* Maternal depression and increased fetal activity. *J Obstet Gynaecol* 2001;21:468-473.
19. *DiPietro JA, Hilton SC, Hawkins M i sur.* Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Dev Psychol* 2002;38(5):659-68.
20. *Dismukes AR, Shirtcliff EA, Drury SS.* Genetic and epigenetic processes in infant mental health. U: Zeannah Jr. CH, ur. *Handbook of infant mental health*. 4 izdanje. New York: The Guilford Press; 2019, str. 63-80.
21. *Dodampahala SH, Meegahawatta AR.* Prediction of Future Neurological Abnormalities Based on Fetal Neurobehavior and the Role of Obstetrician in Identifying & Preventing Such Occurrences. *Austin J Obstet Gynecol* 2015;2(3):1042.
22. *El Marroun H, White TJ, van der Knaap NJ i sur.* Prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and social responsiveness symptoms of autism: population-based study of young children. *Br J Psychiatry* 2014; 205(2):95-102.
23. *Emory EK, Dieter JN.* Maternal depression and psychotropic medication effects on the human fetus. *Ann NY Acad Sci* 2006;1094:287-291.
24. *Feigelman S.* Assessment of fetal growth and development. U: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, ur. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016, str. 60-62.
25. *Feldman R.* The adaptive human parental brain: Implications for children's social developments. *Trends in Neuroscience* 2015;38:387-399.
26. *Field T, Diego M, Dieter J i sur.* Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Inf Behav Develop* 2004;27: 216-229.
27. *Fonagy P, Steele H, Steele M.* Maternal representations of attachment during pregnancy predict organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development* 1991;62: 891-905.
28. *Fraiberg S.* Clinical studies in infant mental health. New York: Harcourt Brace; 1980.
29. *Gentile S.* Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience* 2017;342:154-166.
30. *Gervain J.* Plasticity in early language acquisition: the effects of prenatal and early childhood experience. *Curr Opin Neurobiol* 2015;35:13-20.
31. *Goldstein JM, Handa RJ, Tobet SA.* Disruption of fetal hormonal programming (prenatal stress) implicates shared risk for sex differences in depression and cardiovascular disease. *Front Neuroendocrinol* 2014;35(1):140-58.
32. *Goldstein JM, Holsen L, Huang G i sur.* Prenatal stress - immune programming of sex differences in comorbidity of depression and obesity/metabolic syndrome. *Dialogues Clin Neurosci* 2016;18(4):425-436.
33. *Golombok S, Rust J.* The Pre-School Activities Inventory: A Standardized Assessment of Gender Role in Children. *Psychological Assessment* 1993;5(2):131-136.
34. *Hata T.* Current status of fetal neurodevelopmental assessment: Four-dimensional ultrasound study. *J Obstet Gynaecol Res* 2016;42(10):1211-1221.
35. *Hines M.* Sexual differentiation of human brain and behavior. U: Pfaff DW, Arnold AP, Etgen AM i sur, ur. *Hormones, brain and behavior*. Volume four. San Diego: Elsevier Science; 2002, str. 425-462.

36. *Hines M.* Gender development and the human brain. *Annu Rev Neurosci* 2011;34:69-88.
37. *Hrubý R, Maas LM, Fedor-Freybergh PG.* Early brain development toward shaping of human mind: an integrative psychoneurodevelopmental model in prenatal and perinatal medicine *Neuroendocrinol Lett* 2013;34(6):447-463.
38. *Ittyerah M.* Emerging Trends in the Multimodal Nature of Cognition: Touch and Handedness. *Front. Psychol* 2017;8:844.
39. *Kawakami F, Yanaihara T.* Smiles in the fetal period. *Infant Behav Dev* 2012;35: 466-471.
40. *Kurjak A, Antsaklis B, Stanojevic M i sur.* Multicentric studies of the fetal neurobehavior by KANET test. *J Perinat Med* 2017;45(6):717-727.
41. *Klaman SL, Isaacs K, Leopold A i sur.* Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. *J Addict Med* 2017;11:178-190.
42. *Larrieu JA, Middleton MA, Kelley AC i sur.* Assessing the relational context of infants and young children. U: Zeanah Jr. CH, ur. *Handbook of infant mental health*. 4 izdanje. New York: The Guilford Press; 2019, str. 279-300.
43. *Lieberman AF, Padron E, Van Horn i sur.* Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant mental health journal* 2005;26:504-520.
44. *Lundy L, Jones NA, Field T i sur.* Prenatal depression effects on neonates. *Inf Behav Develop* 1999;22:119-129.
45. *Marceau K, McMaster MT, Smith TF i sur.* The Prenatal Environment in Twin Studies: A Review on Chorionicity. *Behav Genet* 2016;46(3):286-303.
46. *Meher S, Hernandez-Andrade E, Basheer SN, i sur.* Impact of cerebral redistribution on neurodevelopmental outcome in small-for-gestational-age or growth-restricted babies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015;46(4): 398-404.
47. *Monk C, Hane AA.* Fetal and Infant Neurobehavioral Development: Basic Processes and Environmental Influences. U: Wenzel A, ur. *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*. 2016. Dostupno na: <https://static1.squarespace.com/static/5d642b9e7bbe5f00015507ef/t/5d6fb48e466c890001ec0925/1567601807665/Fetal+and+Infant+Neurobehavioral+Development+Basic+Processes+and+Environmental+Influences+.pdf>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
48. *Non AL, Binder AM, Kubzansky LD i sur.* Genome-wide DNA methylation in neonates exposed to maternal depression, anxiety, or SSRI medication during pregnancy. *Epi-genetics* 2014;9:1-9.
49. *O'Connor TG, Monk C, Fitelson EM.* Practitioner review: maternal mood in pregnancy and child development-implications for child psychology and psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(2):99-111.
50. *Pisoni C, Garofoli F, Tziolla C i sur.* Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Hum Dev* 2014;90 Suppl 2:S45-6.
51. *Reissland N, Francis B, Mason J, Lincoln K.* Do facial expressions develop before birth? *PLoS One* 2011;6(8):e24081.
52. *Remschmidt H.* Koerperliche Entwicklung des Kindes. U: Remschmidt H, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung*. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag; 2011, str. 3-8.
53. *Rubin R.* Attainment of maternal role. Part I. Processes. *Nursing Research* 1967;16:237-145.
54. *Sancho-Rossignol A, Schilliger Z, Cordero MI, i sur.* The Association of Maternal Exposure to Domestic Violence During Childhood With Prenatal Attachment, Maternal-Fetal Heart Rate, and Infant Behavioral Regulation. *Front Psychiatry* 2018;9:358.
55. *Slade A.* Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and human development*. 2005;7:269-281.
56. *Slade A.* The pregnancy interview. Unpublished manuscript. New Haven, CT: Yale Child study center; 2003.
57. *Slade A, Patterson M, Miller M.* Pregnancy interview RF scoring manual. Unpublished manuscript. New Haven, CT: Yale Child study center; 2004.
58. *Slade A, Sadler LS.* Pregnancy and infant mental health. U Zeanah Jr. CH, ur. *Handbook of infant mental health*. 4 izdanje. New York: The Guilford Press; 2019, str. 25-40.
59. *Swaab DF, Garcia-Falgueras A.* Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Funct Neurol* 2009;24(1):17-28.
60. *Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, i sur.* Gender identity development in adolescence. *Horm Behav* 2013;64(2): 288-97.
61. *Tapp AL, Maybery MT, Whitehouse AJ.* Evaluating the twin testosterone transfer hypothesis: a review of the empirical evidence. *Horm Behav* 2011;60(5):713-22.
62. *Vidović V.* Intrauterini razvoj. U: Klain E, ur. *Psihološka medicina*. Zagreb: Golden Marketing; 1999, str. 177-181.
63. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
64. *Williams JE, Smith VC.* Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2015;136(5):e1395-406.
65. *Windaus E.* Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie im Saeuglings- und kleinkindalter. U: Hopf H, Windaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie*. Muenchen: CIP Medien; 2009, str. 213-230.
66. *Zeanah CH, Benoit D, Barton ML i sur.* Working models of the child interview coding manual. Unpublished manuscript. New Orleans, LA: Tulane University; 1996.

Pregled razvoja ličnosti - teorijski modeli 1.

Ivan Begovac, Gordan Majić

SADRŽAJ

4.1. Uvod	57
4.2. Istraživanja novorođenčadi – rane interakcije, self, interaktivnost, intersubjektivizam – psihoanalitički aspekti	57
4.2.1. Uvodni aspekti	57
4.2.2. Rane interakcije novorođenčeta, emocionalna regulacija	58
4.3. Istraživanja ranog razvoja (dojenačka dob) – psihoanalitički aspekti	59
4.4. Nagonski razvoj ličnosti	63
4.4.1. Uvodni aspekti	63
4.4.2. Oralna i analna faza	63
4.4.3. Preedipska i edipska faza	64
4.4.3.1. Preedipska faza	64
4.4.3.2. Edipska faza	64
4.4.3.2.1. Uvodni aspekti edipske faze	64
4.4.3.2.2. Falički monizam prema Freudu	65
4.4.3.2.3. Druge teorije Edipova kompleksa i seksualnosti	65
4.4.3.2.4. Zaključak o edipskom kompleksu i triangularizacija	66
4.4.3.2.5. Dva modusa psihičkog funkcioniranja tijekom edipske faze, teorija uma	67
4.5. Teorije objektnih odnosa, razvoj interakcije	68
4.6. Razvoj ega, ego-psihologija	69
4.7. Self-psihologija	69
4.8. Integrativni psihoanalitički autori	71
4.9. Upute za roditelje/nastavnike	72
4.10. Često postavljena pitanja	72
4.11. Pitanja	73
4.12. Literatura	74

4.1. Uvod

U posebnom je poglavlju bilo riječi o prenatalnom razdoblju, kao i o poglavlju o razvoju mozga, te o postojanju kontinuiteta prenatalnog i postnatalnog razdoblja (v. posebna poglavlja 1, 2, 3). Istaknute su sposobnosti fetusa, motoričke i senzoričke, kao i začeci „viših funkcija“ te se s pravom govorilo o „fetalnom umu“, odnosno o privrženosti između majke i fetusa, tj. o svojevrsnoj dijadi trudnica – fetus. Osim ovog poglavlja, korisno je pročitati i druga poglavlja o razvoju u ovoj knjizi, jer se poglavlja međusobno dopunjuju.

Razvoj ljudske jedinice je skokovit, s nizom kvalitativnih pomaka, pa su stoga i različiti prikazi faza razvoja, linija razvoja, razvojnih zadaća. Zajedničko je stajalište stručnjaka mentalnog zdravlja da razvoj sagledavaju kroz više razvojnih linija, zadaća ili funkcija. Bez obzira na to što su funkcije arbitrarno razdvojene zbog konceptualnih razloga, one su u funkcioniranju djeteta međusobno povezane. Razvoj djeteta ne može se shvatiti jednostavno kao linearni razvoj. Utjecaj elemenata razvoja u djetinjstvu na kasniji razvoj nije samo pitanje psihoanalize i psihologije nego cjelokupne znanosti. U ovom trenutku nema bolje teorije objašnjenja razvoja ličnosti u odrasloj dobi. Sva dosadašnja istraživanja upućuju na važnost djetinjstva u oblikovanju kasnije ličnosti i njegovih interpersonalnih relacija.

Nekada je razvoj djeteta promatran kao „psihologija jedne osobe“, dijete je praćeno u nošenju s razvojnim zadaćama, diferencijaciji, razvoju, razradi konflikata (značajni su predstavnici Freud, Piaget – v. poslije u tekstu i drugim poglavljima), međutim danas razvoj gledamo više interaktivno. Pri tome se misli na postojanje složene interakcije između pojedinačnog razvoja djeteta, osobe koja se brine za dijete i šire okoline (skrbnik) (psihologija dviju i više osoba).

4.2. Istraživanja novorođenčadi – rane interakcije, self, interaktivnost, intersubjektivizam – psihoanalitički aspekti

4.2.1. Uvodni aspekti

Danas govorimo o **sposobnostima novorođenčeta** pri dolasku na svijet, a ovdje su opisane neke od njih. Tako npr. dijete već prenatalno počinje čuti; novoro-

đenče preferira majčin glas, kao i tekst koji mu je čitan prenatalno. Novija istraživanja govore o postojanju senzoričkih iskustava fetusa, pohranjenima u sjećanje tijela. Vizualno je novorođenče kadro pratiti objekt u pokretu, raspoznavati boje, a s dva mjeseca zapaža cjelovitost lica. Miris i okus također su prisutni već od rođenja, zapravo postoji već i prenatalno. Zanimljivo je da perceptivne mogućnosti od najranije dobi služe **afektivnoj komunikaciji** novorođenčeta s bliskim osobama (Hartkamp 2002). Važna je i **transmodalna sposobnost percepcije**, odnosno kombiniranje različitih kanala percepcije, prisutno već s 20 dana dojenčeva života (Dornes 1993). Time dolazi do integracije različitih kanala percepcije u prepoznatljiv signal. Evolucijski smo osposobljeni za različite emocije prisutne od prvog dana života, pojedine emocije se već nalaze i prenatalno. Od rođenja postoje i jednostavni procesi učenja (Papoušek i Papoušek 1986), a pretpostavlja se da i početci učenja postoje i prenatalno. Kod dojenčeta razlikujemo različita ponašanja: REM spavanje, NON-REM spavanje, mirna budnost, aktivna budnost i plakanje (Emde i Robinson 1979), dok pojedini autori još dodaju i stanje „*drowsiness*“. Dosad navedeno govori o **kompetentnom dojenčetu** (Dornes 1993) ili o **aktivnom dojenčetu** (Hartkamp 2002).

S druge strane, nezrelost i ovisnost dojenčeta o svojoj okolini očituje se nerazvijenošću tjelesnih i moždanih funkcija, kao i potrebne roditeljske skrbi npr. za ritam spavanja – budnost ili ritam hranjenja. U ovom slučaju govorimo o **ovisnom i pasivnom** dojenčetu. Psihoanalitička teorija različito označuje takva stanja: „nediferencirani matriks“ (Hartmann 1939), „faza normalnog autizma“ (Mahler 1975), „bezobjektni stadij“ (Spitz 1954/1973). Ovi autori potrebnim smatraju postojanje „autistične“ faze kako bi se omogućila homeostaza organizma putem fizioloških mehanizama, kada se zbog (samo)regulacije tjelesnih potreba roditelji skrbe o bazalnim regulacijama dobrog osjećanja, osjećajima neugode, smirenja, sitosti, osiguravanja topline i zaštite od nepotrebnih podražaja. Istodobno se tjelesnom njegom i „igrajućim odnosom“ regulira razina pobuđenosti dojenčeta i njegovih afekata. Roditelji odgovaraju na signale djeteta; s vremenom je diferencijacija sve veća (progresivno razlikovanje pojedinih stanja), a dijete razvija sposobnost samoregulacije kroz ponavljane, uigrane modele interakcije. Ovo pretpostavlja uživljavanje roditelja u djetetove potrebe, želje i reakcije. Teorija privrženosti (v. posebno poglavlje 5) govori o osjećaju senzitivnosti roditelja koji se

brine za svoje dijete (**senzitivnost**), dok psihodinamska teorija ističe **roditeljsku empatiju**. Slijedeći prije navedene razloge o kompetentnom dojenčetu, sve manje autora rabi termin i koncept „ovisnog“ dojenčeta, što se posebno odnosi na tzv. autističnu fazu.

4.2.2. Rane interakcije novorođenčeta, emocionalna regulacija

Okolina u koju dijete rođenjem dolazi sastavljena je od mnogo čimbenika. U samom je središtu dijada majka – dijete unutar koje je većina prijeko potrebnih interakcija u prvim godinama života. Sve ono što nepovoljno utječe na raspoloživost majke, bilo da je riječ o psihičkoj bolesti majke, raznim transgeneracijskim konfliktima ili o nepovoljnim aktualnim okolnostima, može ozbiljno narušiti djetetov razvoj. Podrška djetetova oca te okolnosti i socijalni matriks u kojima obitelj živi, formiraju više ili manje povoljnu okolinu za razvoj ovoga najranijeg odnosa između majke i djeteta. Kao što je već rečeno, dijete se na svijet rađa s određenim kompetencijama, spremno za ulazak u interakciju s majkom.

Već od prenatalne dobi, dijete i majka u psihološkoj su i fiziološkoj interakciji. Roditelji djeteta prolaze faze učenja i prilagodbe na nove interaktivne obrasce kojima ih dijete poziva vlastitim napretkom, rastom, „potrebom za socijalnom interakcijom“ (Brazelton 1980). Svako ponašanje postaje signal i osnova za komunikaciju i može se reći da je u interakciji svaka aktivnost „potencijal za komunikaciju“ (Nikolić 1988). Ovdje prije svega razumijevamo **neverbalne procese**, koji su vrlo emocionalno popraćeni, a vremenom će se pretvoriti u verbalne.

Pojam **rane interakcije** obuhvaća sva zbivanja između djeteta i majke (okoline). S jedne strane, potaknuta su djetetovom primarnom socijalnom orijentacijom, a, s druge, majčinom primarnom maternalnom preokupacijom (Winnicott 1960). Primarna maternalna preokupacija posebno je psihičko stanje majke koje se pojavljuje potkraj trudnoće i traje prvih dana života novorođenčeta, kada je majka potpuno psihološki posvećena svojem djetetu. Teorija „inicialne ovisnosti djeteta“ o majci (Winnicott 1965), „transakcijske spirale“ (Lebovici 1990) u kojoj majka i dijete uzajamno utječu jedno na drugo, ili „interaktivne spirale“ koja opisuje primitivne komunikacije u različitim modalitetima npr. majčin govor potiče gibanje djeteta (povezanost verbalnog i neverbalnog),

formiraju „interaktivne ritmove“ (Brazelton 1980) i konačno sposobnost dojenčeta da se organizira u skladu s nekim pravilima koje nudi majka, oblikujući tako „simbolizirajuću spiralu“ kojom se dijete uvodi u svijet simbola i kulture.

Ova komunikacija vokalizacijom, intonacijom, mimikom i pokretom (neverbalna komunikacija) ima svoj osebujan ritam i reciprocitet, a čije narušavanje dijete od najranije dobi jasno osjeća i pokazuje to promjenom ponašanja. Slično tomu, postoje ritmovi spavanja i hranjenja. I samo se dojenje obavlja na mahove odvojene pauzama, što majka brzo primjećuje, strukturirajući taj ritam na svoj način. Nadalje, treba spomenuti pojmove **afektivnog usklađivanja** (engl. *affect attunement*) (Stern 1985) i **afektivne raspoloživosti** (engl. *emotional availability*) (Emde i Robinson 1979), koji govore o posebnosti odnosa između djeteta i majke (v. poslije u tekstu).

Rane interakcije mogu biti vidljive (realne) i nevidljive (fantazijske), čineći tako dva sloja komunikacije. Važno je usporedo istraživati „realne“ ili „manifestne“ interakcije (Brazelton 1980) u skladu s vidljivim, objektivnim parametrima, kao i one koje nazivamo „fantazijskim interakcijama“ (Lebovici 1990) očitovanim onim što majka priča o svom djetetu i u nekim ponašanjima samog djeteta.

Drugi autori govore o ponašanju u **dijadi majka – dijete**, o **reprezentacijama** te o **reflektivnoj funkciji majke** (v. dodatno o tome u poglavlju o dojenčetu). Pri **procjeni reprezentacija** pojedini autori, procjenjujući interakciju roditelj – dojenče, navode poznati model koji već desetljećima vrijedi u ovom području (Stern-Bruschweiler i Stern 1989). Naime, u tom se modelu nalaze četiri komponente. Vidjeti o tome ilustraciju u Larrieu i sur. (2019). Naime, u središnjem se dijelu nalazi **interaktivno ponašanje roditelja** (1) i **interaktivno ponašanje malog djeteta** (2). Ova dva središnja dijela međusobno imaju recipročni utjecaj. Nastavljajući se na ovaj osnovni model, dalje se postulira da iza interaktivnog ponašanja roditelja stoje **reprezentacije roditelja** (3) (postoji recipročni utjecaj s roditeljskim ponašanjem); te da iza ponašanja malog djeteta stoje **reprezentacije djeteta** (4) (postoji recipročan utjecaj s ponašanjem djeteta). Inače, tradicionalno su **reprezentacije** u psihoanalizi bile definirane kao kompleksni unutarnji „materijali“ koji sadržavaju predodžbe o vlastitoj osobi i o drugim osobama, a koje utječu na posljedično ponašanje (Ermann 2007).

Reflektivno funkcioniranje govori o mogućnosti majke da reflektira vlastita emocionalna iskustva trudnoće i majčinstva, govori o prirodi odnosa s djetetom, o osjećaju vlastita selfa, kao i o odnosu trudnoće i majčinstva prema ocu svojeg djeteta i široj obitelji (Slade 2003). Reflektivna se funkcija obično definira kao kapacitet predočivanja mentalnog, subjektivnog, psihološkog stanja selfa i drugih (Slade 2005).

4.3. Istraživanja ranog razvoja (dojenačka dob) – psihoanalitički aspekti

U **tablici 4.1.** sumarno su prikazani različiti psihoanalitički autori koji su koncipirali faze razvoja.

Kako se vidi iz tablice, svi autori ističu važnost pojedinih kvalitativnih pomaka u najranijem razvoju djeteta, koji će poslije u tekstu biti pobliže objašnjeni. O

teoriji emocionalnog razvoja koji je postulirao Greenspan (2003), kao i o teoriji privrženosti (engl. *attachment*), a koji su usko povezani s ovom tablicom, bit će govora u posebnom, drugom poglavlju u ovoj knjizi.

Daniel Stern (1985) definira različite faze razvoja dojenačkog razvoja. To su sljedeće faze.

1. Pojavljujući self: neposredno nakon rođenja dojenče stupa u kontakt sa skrbnikom pa dolazi do regulacije temeljnih potreba (jedenje, spavanje) i polako počinje razlikovati self od ne-selfa.
2. Temeljni self: dijete pokazuje očekivanja i povjerenje u druge ljude. Traje od trećeg mjeseca i nastavlja se u prvoj godini. U ovoj fazi postoje povezanosti između osjećaja i doživljavanja, događaji dobivaju određeno personalno značenje.
3. Subjektivni self: u drugoj se godini razlikuje self od ne-selfa. Nastaju intenzivno međusobno

Tablica 4.1.

Integrativno-psihoanalitički prikaz faza razvoja

Modificirano prema Ainswort i sur. 1978; Bowlby 1969/1984; Erickson 1950; Ermann 2007; Freud 1923; Greenspan 2003; Mahler 1975; Spitz 1954/1973; Stern 1985; Winnicott 1965.

Dob u mjesecima	Ermann – integrativni pristup	Freud	Mahler	Spitz	Stern	Greenspan
0 – 2	senzorički razvoj	oralna faza (stvaranje temeljnog ili bazičnog povjerenja - Erikson)	autizam	/	pojavljajući self	interes, znatizelja
3.			simbioza (stanje iluzije Winnicott) diferencijacija (4– 6. mj.)	1. organizator psihe – smiješak trećeg mjeseca		angažiranost
4 – 6			individuacija		vježbanje, optimalna udaljenost (9. mj.)	
8	2. organizator psihe – strah od stranca (faza fokusirane privrženosti)					
12 – 18	3. organizator psihe – semantičko ne	subjektivni self (<i>affective attunement</i>)				
18 – 24	autonomija	analna faza	ponovno približavanje		verbalni self	reprezentacijska i simbolička elaboracija i diferencijacija
24-36						
36 – 48	preedipski razvoj	faličko-narcistička faza	konstantnost objekta			
48 – 60	edipski razvoj	edipska faza				kategorizacija i povezivanje „značenja”

usuglašivanje potreba te reakcije na osjećaje, percepciju i pažnju između djeteta i majke.

4. Verbalni self: od 18. mjeseca dalje dijete jasnije verbalizira svoje osjećaje, a tako i sebe definira. Progresivno se razvijaju mišljenje i sjećanje.

Kako se vidi iz prije navedenih faza, naglasak je na socijalnoj interakciji koja postoji između majke i djeteta, na razvoju doživljaja sebe (selfa) te na konceptu afektivnog usklađivanja. U tablici 4.2. navedeni su „miljokazi“ (ključne točke ili milestones) psihološkog razvoja u prvim dvjema godinama života, kao dobar orijentir u svakodnevnoj praksi u vezi s tim teče li djetetov razvoj normalno.

Tablica 4.2.

Najvažnija funkcionalna postignuća u prvoj i drugoj godini

Modificirano prema Spitz 1954/1973; Stern 1998; Windaus 2009.

Dob u mjesecima	Funkcije
0 do 2,5	Regulacija pijenja, spavanja, budnosti, ciklusa aktivnosti
2,5 do 5,5	„Face to face“ (licem u lice) interakcija bez drugih igračaka; „smijeh trećeg mjeseca“
5,5 do 9	Zajednička igra s predmetima
8 do 12	Privrženost i odvajanje od primarnih skrbnika; „strah od stranca“
18 do 24	Razvoj govora i postavljanje granica; „verbalni self“; „semantičko ne“

Ova je shema slična konceptualizaciji Renea Spitzza o organizatorima psihe (v. poslije). Ova tablica iznimno je važna pri dijagnostičkom promatranju i terapiji dojenčadi (v. poglavlja 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi).

Uvodeći pojam **afektivnog usklađivanja** (*affect attunement*), Stern (1985) ovaj fenomen stavlja u grupu općih načina komunikacije između majke i djeteta u razdoblju kada je ta komunikacija neverbalna. Komparirajući taj fenomen s fenomenima imitacije, zrcaljenja, intersubjektiviteta i afektivne zaraze, on navodi da se u ovom slučaju usklađuju aspekti unutarnjega osjećajnog stanja, i to kroz ponašanje koje pokazuje određenu kvalitetu toga stanja, međutim, bez točne reprodukcije vanjskog ponašanja karakterističnog za to stanje. Kao što imitacija izražava formu, tako afektivno

usklađivanje izražava osjećanje, i to kroz aspekte ponašanja koja izražavaju intenzitet, trajanje, ritam i sl. (Stern 1985).

Razvoj djeteta (posebno se to odnosi na self ili doživljaj sebe) naglašava važnost **zrcaljenja** kao djetetove temeljne potrebe. Zrcaljenje je u literaturi višeznačan pojam, ima svoju važnu perceptivnu dimenziju, a uključuje vanjsko ponašanje u smislu imitacije, neverbalno ponašanje, pa sve do intersubjektivnog odnošenja, odnosno dijeljenje nekog unutrašnjeg stanja (afektivno usklađivanje u užem smislu) i posljedičnu verbalizaciju afektivnih stanja. Winnicott (1969/1971) približno definira zrcaljenje na sljedeći način: „Što to dijete vidi kada gleda lice svoje majke? Obično vidi sebe. Drugim riječima, majka gleda dijete i odražava na svom licu ono što vidi na svom djetetu...“ Dakle, može se reći da kroz zrcaljenje djetetovih afektivnih stanja majka omogućuje stvaranje mentalnih reprezentacija afekata u djeteta usporedo razvijajući iskustvo o sebi i drugima. U sličnom smislu, drugi autori navode da zrcaljenje nije odnos identičnosti, nego odnos relativne različitosti (Ogden 1992). U svojoj ulozi zrcala majka kroz svoje prepoznavanje djetetova unutarnjeg stanja omogućuje da ono vidi sebe kao drugog, dakle vidi sebe s udaljenosti od svog opservirajućeg, iskustvenog selfa. Stvara se razlika između selfa kao subjekta i selfa kao objekta, te se tako kroz zrcaljenje kroz majku stvara prvotno iskustvo svijesti o sebi, tj. iskustvo promatranja sebe izvan sebe samog.

U interakciji dijete – majka postoji preverbalni izraz komunikacije, koji gradi osjećaj djetetova vlastitog identiteta. Tijekom prvih dviju godina intenzivno se razvija predodžba o vlastitoj ličnosti. Pritom izmjene zrcaljenja nisu samo površne izmjene dijade nego transformacija unutarnjih iskustava. Majka i dijete se susreću (engl. *match*) vremenski i afektivno, svaki od njih ponovno stvara unutarnje psihofiziološko stanje slično partneru. Majka mora biti psihobiološki usklađena s djetetom (engl. *attuned*), ali ne toliko za djetetovo vanjsko ponašanje, već za refleksiju internalnih mentalnih stanja (Stern 1985). Pojedini autori navode važnost „interaktivnog popravljavanja (*repair*) komunikacije“ (Tronick 1989), kada se nakon problema u komunikaciji ponovno uspostavi pozitivna komunikacija. Na sličan se način to odnosi i na osjećaje. Naime, djetetova je otpornost procijenjena sposobnošću djeteta i roditelja za promjenu, od pozitivnog prema negativnom i ponovno natrag prema pozitivnom afektu. Sternov pojam afektivnog usklađivanja počiva na

simultanoj istosti i različitosti između dvaju umova, djetetova i roditeljskog. Koncept privrženosti također počiva na teoriji „biti shvaćen” u kontekstu sigurnosti; uvodi u kapacitet za self-refleksiju, o čemu će govora biti u posebnom poglavlju 5.

Prema D. Winnicottu (1965), **dovoljno dobra majka** ima sposobnost uživljavanja u osjećaje djeteta, prepoznavanja djetetovih potreba i uklanjanja neugodnog uzbuđenja. Dakle, majka koja pravilno odgovora na djetetove potrebe smanjuje ustrašenost, stvara sliku svijeta u kojemu se dijete dobro osjeća, dok dijete pozitivno sebe procjenjuje i stvara osnovu za sve druge odnose s ljudima. E. Erikson (1950) naveo bi u tom smislu da se u prvoj godini u djetetu kreira „**temeljno povjerenje**“, koje je rezultat zadovoljenih djetetovih potreba u oralnoj fazi (v. poslije). „Temeljno povjerenje“ pozitivan je „psihološki miraz“ za cijeli život, a osobe s dobrim temeljnim povjerenjem stabilnije su u svojim kasnijim odnosima s drugim ljudima.

D. Winnicott (1965) posebno je isticao važnost **simbioze** između majke i djeteta, koja se zbiva u prvim mjesecima djetetova života. Simbioza je termin koji se upotrebljava u biologiji, međutim, u psihologiji se upotrebljava kao oznaka intenzivne interakciji djeteta i majke, djetetova življenja u iluziji psihičkog sjedinjenja s majkom, bez granice između djeteta i majke (u predodžbi djeteta). Ovo stanje simbioze praćeno je često afektima ugone. Ovdje je važna **primarna iluzija** povezanosti djeteta s majkom: u trenutku kad dijete pomisli na dojk, majka stavlja dojk, gdje i kad je dijete spremno kreirati je, što govori o responzivnosti (emocionalni odgovor) majke. S vremenom, putem **optimalne frustracije**, što znači postupnim suočavanjem s vlastitom iluzijom, dijete deidealizira ovaj intenzivni simbiotski odnos. Majka u simbiozi treba dopustiti djetetu živjeti u toj svemoćnoj iluziji, međutim, potrebna je i postupna, ni u kojem slučaju nagla deidealizacija koju provodi majka, da bi dijete shvatilo kako nije sve pod njegovom kontrolom. U ovoj postupnoj deidealizaciji mogući su osjećaji razočaranja, narcističkog disbalansa i neugode. Sljedeća „velika idealizacija“, odnosno „velika iluzija“ u razvoju jest Edipov kompleks, o kojemu će biti riječi poslije.

Preko **optimalne frustracije**, sve tolerantnije dijete, postaje svjesno da postoji objekt, koji je realan i vanjski i koji nije pod magičnom kontrolom djeteta, te se postupno razvija intermedijarni ili prijelazni prostor. U mogućnosti da prihvati vanjsku realnost, Winnicott (1953) uvodi dakle termin **prijelaznog objekta**,

odnosno **prijelaznih fenomena**, kako bi označio prostor između izvana i unutra, koje ne pripada nikome, uz sudjelovanje obaju. Kapacitet za zaljublivanje i prijenos (transfer) pripada području prijelaznih fenomena. Igra je također jedan od prijelaznih fenomena, prostor između onipotencije i aktualne kontrole, između kreiranja i nalaženja.

Dijete uči o majčinoj odvojenosti majčinim (i djetetovim) postupnim deziluzioniranjem (deidealizacijom) djetetove onipotencije. Nadalje, Winnicott (1953) navodi da se objekt može upotrijebiti kao prijelazni objekt ako je internalni objekt živ i realan i dovoljno dobar (ne odviše persekutoran). Međutim, ovaj internalni objekt ovisi o kvaliteti egzistencije, živosti i ponašanju vanjskog objekta. Ako vanjski objekt u tome zakaže, to dovodi do smrti ili do persekutorne kvalitete internalnog objekta. Dakle, sažeto rečeno, unutarnji prostor u granicama između svijeta nesvjesne fantazije i svjesnih iskustava može imati svoje korijene u granicama između djeteta i majke.

Teorijska osnova **intersubjektiviteta** jest da dojenče stječe sposobnost tolerancije negativnih stanja uma kroz intersubjektivne procese, u kojima majka uzima i djetetu natrag reflektira prekomjerna mentalna stanja, na način da reprezentacije ostaju reprezentacije, ali i njihove (umirujuće) modifikacije. Ako se ovaj proces stalno događa, onda djeca postupno uče diferencirati vlastita subjektivna mentalna stanja od vanjske realnosti. Majčina transformacija reprezentacija događa se u prostoru iskustva koje je između djeteta i majke, u „prijelaznom prostoru”. S vremenom, taj se „prijelazni prostor” internalizira i, kako je već bilo prije govora, biva potencijalni prostor između nesvjesnog uma i svjesnih iskustava unutar kojega su mogući self-refleksija, kreativnost i igra. Intersubjektivno gledano, iskustvo biti prepoznat i shvaćen ključno je za proces kojim dijete razvija kapacitet razlikovanja subjektivnog iskustva od objektivnog svijeta (Jemerin 2004). Dakle, **intersubjektivnost** se može shvatiti da ne postoje samo monade, već i dijade, trijade, kao i triangularizacije (v. poslije u tekstu). Može se šire definirati kao **dijeljenje iskustava između osoba**. Intersubjektivnost se može shvatiti danas kao jedna psihološka teorija socijalnog razvoja (teorija privrženosti također je jedna od teorija socijalnog razvoja, ali nije jedina). Pojedini autori navode u širem i užem smislu intersubjektivnost s obzirom na mentalizaciju (Liljenfors and Lundh, 2015); povremeno ih suprotstavljajući kao koncepte.

W. Bion (1962) opisuje proces, s početkom u najranijem djetinjstvu, a kojim dijete razvija kapacitet za mišljenje, te ima reprezentacije iskustava. Ova sposobnost ovisi o dvama čimbenicima: prisutnosti majke, koja može prihvatiti djetetove osjećaje koje ne tolerira i modificirajući ih (koncept sadržavanja ili engl. *containment*) i drugo, sposobnosti djeteta da podnese frustraciju. Prema njemu je razvoj u osnovi intersubjektivni proces u kojem su fantazija i realnost različito isprepleteni od početka. **Teorija sadržavanja** (*container/contained*) koju je W. Bion opisao na način da majka „metabolizira“ negativna emocionalna stanja djeteta te ih „probavljena“ djetetu natrag vrati, konzistentna je današnjim idejama intersubjektivnih istraživanja djece i teorijom privrženosti (v. poslije). Naime, W. Bion je, promatrajući ptice koje hrane svoje mlade, zamijetio da odrasle ptice prvo same progutaju i djelomično probave zrnje koje su našle, te ih tek tako probavljeno daju svoju pticima kao hranu. Inspiriran ovom pojavom, dolazi do koncepta „sadržavanja“.

U okvirima teorije objektnih odnosa, Rene Spitz (1954/1973) navodi važnost majčine njege i njezina lišavanja (uskrate), pokušavajući integrirati direktne opservacije dojenčadi s nagonском teorijom (v. poslije), kao i s teorijom objektnih odnosa (v. poslije). Uvodi pojam „organizatori psihe“, inače upotrebljavan u embriologiji, koji su važni za psihološki razvoj djeteta. Naime, organizatori razvoja u embriologiji govore o važnim kvalitativnim iskoracima razvoja fetusa. Psihološki organizatori psihe prema Spitzu (1954/1973) jesu: 1. organizator psihe: smiješak trećeg mjeseca; kada se događa pomak investicije (energije libida) s unutar-njeg u vanjsko, nastaje nagli razvoj socijalnih reakcija (Emde i Robinson 1979; Spitz 1954/1973), 2. organizator psihe, strah osmog mjeseca, kada dijete prepoznaje majku kao cjeloviti objekt, te 3. organizator psihe: semantički znak negacije, kada dijete ima sposobnost semantičkog komuniciranja (nagli rast verbalizacije) identifikacijom. Spitzova konceptualizacija jedna je od prvih koja je već pedesetih godina prošlog stoljeća jasnije i suptilnije opisivala razvoj dojenčadi, premda se tog autora tradicionalno smatra predstavnikom teoretičara objektnih odnosa (v. poslije).

M. Mahler (1975) i njezine suradnike također ubrajamo u teoretičare objektnih odnosa, međutim, zbog važnosti za dojenačku psihologiju i psihijatriju bit će ovdje opisani. Ovi autori opisuju niz faza kao posljedicu međuodnosa blizine vs. distance (više kao intrapsihički konflikt, ali kao i interpersonalni konstrukt) kao faze individuacije-separacije.

1. „Faza normalnog autizma“; u prvim se tjednima postulira primitivna halucinatorna dezorijentiranost, kinestetska organizacija, slaba investicija vanjskog okruženja radi velike stimulusne barijere, ali i stanja „budnog nečinjenja“. Danas je postojanje te faze sve manje prihvaćeno od različitih autora.
2. Simbiotska faza, koja počinje od drugog mjeseca, a označuje stanje fuzije s majkom, kada nema granice između „ega“ i „ne-ega“, stanje nediferenciranosti, neodvojenosti unutarnje i vanjske percepcije, „stanje dualne unije“; prema Winnicottu „stanje iluzije“ u kojemu dijete magično smatra da su sve potrebe pod njegovim utjecajem. O važnosti simbioze i ove „primarne iluzije“ govorilo se ranije.
3. Faza individuacije-separacije;
 - 1. potfaza, faza diferencijacije: počinje oko 4. – 6. mjeseca, kada se odigravaju diferenciranje (razdvajanje od simbioze) i nadvladanje simbioze te kreiranje vlastite sheme. Vrlo važna faza u razvoju djeteta jest „faza krize individuacije“, odnosno „faza djelomičnih objekata“.
 - 2. potfaza, faza vježbanja: događa se oko 9. mjeseca; vježbanje odvojenosti s kratkim separacijama, započinje kada dijete, puzeći, odlazi od majke, isprobava „optimalnu udaljenost“ i povremeno se „emocionalno napuni“ vraćanjem majci kao referentnoj točki; tada započinje i strah od gubitka objekta;
 - 3. potfaza, „ponovnog približavanja“ (*rapprochement*), počinje od 18. mjeseca i traje do početka 3. godine života, dijete pomalo vježba odvojenost i uživa u tome, međutim, postaje emocionalno osjetljivije, a dominacijom bijesa, bespomoćnosti, srama i zdvojnosti, pomalo se vraća majci. Ovaj trenutak „ponovnog približavanja“ mnogi autori smatraju ključnim kvalitativnim iskorakom u razvoju djeteta te je gotovo nemoguće razumjeti psihodinamsku teoriju bez poznavanja ove točke razvoja. Ovom se fazom dovršava individuacija (razlikovanje selfa od ne-selfa).
 - 4. potfaza, konsolidiranje individualnosti kroz identifikaciju s roditeljima: sve veća integracija selfa i objektnih reprezentacija, koje nisu više „samo dobre“ ili „samo loše“;

dolazi do emocionalne „konstantnosti objekta“. Ovo označuje da se pozitivno sjećanje na majku može zadržati unatoč tomu što majka nije realno prisutna.

4.4. Nagonski razvoj ličnosti

4.4.1. Uvodni aspekti

Freud (1923) je istaknuo važnost nagona u pokretanju i oblikovanju djetetove psihe, a njegova pionirska saznanja potvrdila su opservacije i današnje dojenačke psihologije, psihologije općenito te psihijatrije. Među prvima opisuje faze psihološkog razvoja s obzirom na psihobiološko sazrijevanje djeteta. Postulirao je sljedeće faze: oralnu, analnu, preedipsku fazu (faličko-narcistička kod dječaka) i edipsku fazu (genitalna faza). Povremeno se pojedini psihodinamski autori terminom genitalne faze koriste za fazu puberteta i adolescencije ili odrasle dobi, tako da može doći do konfuzije pojmova. U niže navedenom tekstu navedene su faze nagonskog razvoja, a s njima je usko povezana i seksualnost. Posebno se preporučuje da se proučiti tekst o **rodnom identitetu** (koji je usko povezan s nagonskim fazama), kao i posebice [tablice 8.1.](#); [8.2.](#) i [8.3.](#) (v. posebno poglavlje 8).

4.4.2. Oralna i analna faza

Oralna faza (od rođenja do jedne i pol godine života) karakterizirana je oralnom željom i zadovoljstvom kada se nešto uzme u sebe, nešto prima, a predočuje odnos koji označuje brigu i okupiranost skrbnika. Ima svoju pasivnu komponentu, nešto uzeti u sebe, kao i aktivnu komponentnu, nekoga ugristi. Pojedini autori govore o oralno-kutanoj fazi, naglašavajući ulogu kože u toj fazi (Beier 2012). Što se tiče razvoja **seksualnosti**, gledajući dojenče na majčinih prsima na bradavicama, to se automatski povezuje sa seksualnim uzbuđenjem, a nakon dovršenog akta dojenja sa seksualnom smirenošću. Nakon 12. tjedna dijete proširuje svoju seksualnu znatiželju, koristi se vlastitim prstom kao autoerotskom aktivnošću. Dijete do 4. mjeseca ima ugodu u presvlačenju i čišćenju genitalija uz intenzivnu interakciju sa skrbnikom, npr. gledanjem u oči. Anatomske razlike imaju važnu ulogu. Dječaci posjeduju opipljiv, vidljiv organ – erektilni penis – koji obično dobiva i naziv (nadimak). Ova senzorička iskustva podupiru kasnije „maskuline“ karakteristike u smislu aktivnosti, orijentiranost prema cilju,

pragmatizam, logičko mišljenje. Genitalije djevojčica više su „skrivené“, seksualna su doživljavanja orijentirana prema unutra, prema visceralnim senzacijama, što se poslije povezuje s intuitivnim, ekspresivnim i strpljivim. Smatra se da je rani seksualni interes prema vlastitim genitalijama znak dobrog odnosa djece sa svojim skrbnikom (Yates 1996), premda to nije uvijek obvezno prisutno.

Oralna (ili oralno-kutana) faza reflektira se u djetinjstvu, kao i kasnije u seksualnosti u kožnoj erotici, potrebom za toplinom (gnijezda) u obliku blizine, sa smislom „biti držan“, oralnim seksualnim iskustvima (poljupci), kao i povjerenjem u druge, odnosno u uspjeh odnosa (uspjeh orgazma). Karakteristike ličnosti koje su oralno zadovoljne vode do optimizma, dok u oralno nezadovoljenih dolazi do pesimizma, uz zahtjevnost i nezadovoljstvo. E. Erikson (1950) navodi da majka pravilnim odgovaranjem na djetetove potrebe smanjuje ustrašenost, razvija **temeljno povjerenje** i stvara sliku svijeta u kojemu se dijete dobro osjeća.

Analna faza (druga do četvrta godina) označuje djetetovo zadovoljstvo pri izbacivanju ili zadržavanju fecesa (izmeta), kao i odbijanjem skrbnika. Označuje potrebe za samopotvrđivanjem. U toj se dobi razvija djetetova motorika i ovladavanje motoričkim funkcijama uz intenzivan razvoj govora. Dijete se suočava s nekim zabranama i propisima, registrira sve što ono može (uništiti) i nad čime ima kontrolu (ekskrecija).

Dijete je u toj dobi zainteresirano za defekaciju (ekskretorne aktivnosti), u promatranju drugih kako defeciraju, i usmjereno je na vlastite osjete u području abdomena, poznatije kao „analni eroticizam“. Po karakteru tada su djeca misleća, tvrdoglava, negativistična. Oko 15. mjeseca većina djece zna za razlike između spolova, što je stimulirano gledanjem genitalija drugog spola. Genitalni ponos i egzibicionizam mogu dominirati. Promjena je od genitalne igre do namjerne masturbacije postupna, u djevojčica to može biti više indirektna masturbacija. Pojedine djevojčice mogu imati „zavist za penisom“, navode da imaju penis, uriniraju stojeći. U isto vrijeme dječaci mogu izražavati želju za rastom grudi ili posjedovanjem bebe. U zapadnoj je kulturi seksualna socijalizacija povezana s potrebom za autonomijom, uz analnu preokupaciju, čišćenje genitalija, kao i izbjegavanje fecesa (Yates 1996). Seksualne se aktivnosti mogu povezivati s gađenjem, sramom i prljavošću (zbog prisutne analne faze). Analna se faza reflektira u djetinjstvu, a kasnije agresivnim komponentama seksualnosti u smislu vezanja,

prodiranja, suprotstavljanja, kao i s aspektima čistoće, gađenja i srama (genitalije i seksualnost su nečisti), analnom erotikom, ambivalencijom ugone i bola kod analne masturbacije i odnosa.

Prema E. Eriksonu (1950), temeljni konflikt te faze jest autonomija s obzirom na ovisnost (ili s obzirom na dvojbu i sram). Ovamo je smještena faza „ponovnog približavanja” M. Mahler (1975) (18 mjeseci), kada je potrebno učvršćenje ličnosti individuacijom (razlikovanje selfa od ne- selfa). Što se tiče razvoja rodnog identiteta, ovo je vrlo važna točka razvoja u smislu razvoja „temeljnoga rodnog identiteta”, odnosno primarne femininosti i primarne maskulnosti. U djevojčica prevladava primarna identifikacija s majkom, kao i ambivalentni konflikt s njom: „strah od gušenja” od moćne majke vs. „strahu od odvajanja od majke”. U dječaka u ovoj točki postoji „primarna maskulnost”, ali i „primarna femininost”, odnosno primarna feminina identifikacija. U toj konstelaciji središnji strah u dječaka jest kastracijski strah od moćne majke, a dječak mora učiniti dezidentifikaciju od primarne feminine identifikacije (v. detaljnije u posebnom poglavlju 8 o rodnom identitetu).

4.4.3. Preedipska i edipska faza

4.4.3.1. Preedipska faza

Smještena je u dob oko treće i četvrte godine. Preedipska (pojedini je zovu faličko-narcistička, međutim, ovaj termin treba izbjegavati jer daje primat falusu) faza u obaju se spola reflektira seksualnom inicijativom u obliku znatiželje, zadovoljstva pokazivanjem vlastitih genitalija, ugone u gledanju i pokazivanju, radosti eksperimentiranja, samostalnosti i pripadanju. Potencija se shvaća u smislu prodora, i nastojanja dominacije. U dječaka se dodatno nalazi tzv. falički narcizam, kojim označujemo visoko vrednovanje svojeg penisa. Jedna od razlika između preedipske i edipske faze jest za preedipsku fazu karakteristična **trijada**: dijete ima odnos s majkom, kao i odnos s ocem, a shvaća i odnos majke i oca, međutim, te odnose ne razumije kao povezane. Tek ulaskom u edipsku fazu dijete shvaća te odnose kao povezane, odnosno dolazi do stupnja **triangularizacije** (v. poslije).

U preedipskoj fazi, ali i poslije u edipskoj fazi, djeca se igraju „mame i tate” ili „doktora”, kada istražuju vlastito tijelo i tijelo drugih vršnjaka, braće/sestara. Više od polovice djece u toj dobi ima seksualne igre ili masturbiraju. Očevi koji su prisutni i suportivni

pomažu svojim sinovima u njihovoj maskulnosti, kao i svojim kćerima u njihovoj femininosti (Yates 1996). Čini se da očeva odsutnost ima veći štetni utjecaj za razvoj sinovljeve maskulnosti nego za kćerinu femininost (Yates 1996). Prema Eriksonu (1950), u edipskoj je fazi tipičan konflikt između inicijative vs. osjećaja krivnje.

4.4.3.2. Edipska faza

4.4.3.2.1. Uvodni aspekti edipske faze

Počinje oko četvrte godine života (genitalna faza) i označuje cvjetanje dječjih seksualnih potreba. Nakon što je došlo do prikladnoga senzoričkog razvoja, individuacije i autonomije (uspješna separacija), prorade oralne i analne faze, prikladne „konstantnosti objekta” te prikladnog preedipskog razvoja slijedi **edipska faza** razvoja. U prethodnim fazama u djevojčica je bila posebno važna „primarna femininost”, odnosno primarna identifikacija s majkom, „strah od gušenja” od moćne majke vs. „strah od odvojenosti od majke”, dakle ambivalentan odnos s majkom. U dječaka je važnost u „primarnoj maskulnosti”, međutim, i u „primarnoj identifikaciji s majkom”, odnosno „primarna feminina identifikacija”. Posljedično tomu, u dječaka može postojati „kastriacijski strah od moćne majke ranog djetinjstva”, a potrebna je dezidentifikacija od ove primarne feminine identifikacije.

U edipskoj fazi razvoja dolazi do erotizacije odnosa prema okolini (majci i ocu), nagoniska aktivnost usmjeren je na genitalne potrebe i fantazije, a nakon uspostavljanja **triangularizacije**, postoji usmjerenost na druge osobe u smislu rivaliteta. U središtu je konfliktni mikrokozmos, borba za vlastiti psihoseksualni identitet, u ovom je razdoblju fantazijska aktivnost na vrhuncu u bilo kojem smislu (Ermann 2007). Na kraju edipske faze mora doći do napuštanja edipskih objekata (majčin sinčić; tatina kćerkica), a oslobađanjem ovih veza dolazi do traženja vlastitog partnera među vršnjacima.

Freud je tu fazu razvoja nazivao Edipovim kompleksom, prema mitu o Edipu, koji je ubio vlastita oca i oženio se vlastitom majkom. Edipov kompleks ima više aspekata: 1. on je triangularni konflikt između selfa i dvaju ljubavnih objekata, koji uključuje genitalno-seksualnu ljubav (raspoznavanje majke, oca i sebe kao jednog trokuta); 2. libidinozno-rivalitetni konflikt, između ljubavi i mržnje (prema jednom se objektu ponaša s ljubavlju, a prema drugom s mržnjom). Intrapsihički gle-

dano, govorimo o konfliktu između nagona i superega, koji uzrokuje edipske osjećaje krivnje; 3. konflikt rivaliteta prije svega je u fantaziji, međutim, realizacijom u realitetu (incest) nastaje katastrofa, jer dolazi do aktualne realizacije fantazije (činjenično realiziranje fantazije); 4. cjeloviti Edipov kompleks sastoji se od pozitivnog i negativnog; pozitivni je fantazija ljubavi između djeteta i roditelja drugog spola, uz želju za eliminacijom istospolnog roditelja, a pri negativnom događaju se obrnuto (Ermann 2007).

Djetetovim postupnim prihvaćanjem isključenosti iz ljubavi između roditelja – „fantazam primarne scene” – roditelji vode ljubav u spavaćoj sobi, a dijete je isključeno iz njega, razrješava se i umanjuje Edipov kompleks, identifikacijom s roditeljem istog spola. Fiksacije u ovoj fazi mogu dovesti do rodnog identiteta prožeta osjećajem krivnje ili regresije na ranije stupnjeve, npr. na djiadni (simbiotski) odnos (Ermann 2007).

4.4.3.2.2. Falički monizam prema Freudu

Freud (1924) je postulirao „falički monizam”, važnost primata falusa (muškog spolnog organa kao simbola moći) u obama spolovima (Heinemann i Hopf 2015). Smatra da dječak svoje intenzivne ljubavne osjećaje prema majci i neprijateljstvo prema ocu povezuje s vlastitim doživljajem anatomije genitalnih organa, odnosno da navedene osjećaje vezuje za mogućnost „kastrijskog kompleksa” svojeg penisa. Ovakvim kastrijskim strahom dječak odustaje od Edipova kompleksa te se identificira s vlastitim ocem. Moglo bi se reći da je kastrijski strah nastavak strahova iz oralne ili analne faze: biti pojeđen ili pokraden (Hartkamp 2002). Djevojčica manjak penisa doživljava kao osjećaj manje vrijednosti, kao osobnu krivnju, razvija „zavist za penisom” (njem. *Penisneid*). Zbog zavisti za penisom želi biti kao dječaci, razočarana u majku koja joj je dala manje vrijedan genitalni organ. Poistovjećanjem penisa s djetetom (penis-dijete) djevojčica se okreće ocu, od njega želi dijete. Dakle, klitoris se ne smatra dovoljnim za djevojčicu, već mora od aktivnog klitorisa prihvatiti pasivnu vaginu (potiskivanje seksualne aktivnosti u pasivnost) (Heinemann i Hopf 2015).

Razlika je također u tome što je u djevojčica primarni objekt iz ranog djetinjstva (prve dvije godine) istospolan (kćer-majka), dok je u dječaka drugog spola (sin-majka). Djevojčice, osim prihvaćanja pasivnosti, moraju mijenjati objekt ljubavi (od majke prema ocu), dok to nije slučaj u dječaka. Freud (1933) smatra naj-

manje ambivalentnim odnos majke i sina zbog prisutnog ostatka zavisti za penisom u majke (važnost doživljenih majčinih iskustava iz njezina djetinjstva). U dječaka kastrijskim kompleksom završava Edipov kompleks u smislu odustajanja od njega, dok u djevojčica kastrijskim kompleksom započinje Edipov kompleks. Budući da dječaci moraju silovitije odustati od edipskih želja, superego je bolje razvijen. Djevojčice, s druge strane, nemaju tako jak motiv za odustajanje od edipskih želja te ostaju fiksirane na oca; superego nije toliko depersonaliziran ili neovisan o situaciji u djevojčica. Freuda su, glede „faličkog monizma”, slijedile i neke psihoanalitičarke: Bonaparte (1935), Lampl de Groot (1927) te Deutsch (1925), koje su posebno naglašavale posebnost ženske seksualnosti upravo u obratu iz klitorisne aktivnosti u vaginalnu pasivnost, odnosno prijenos nagona u mazohistički (Heinemann i Hopf 2015).

4.4.3.2.3. Druge teorije Edipova kompleksa i seksualnosti

Još u Freudovo doba, tridesetih godina 20. stoljeća, pojavljuju se kritike psihoanalitičara, neprihvatanja faličkog monizma, odnosno poticali su priznavanje primarne femininosti (Heinemann i Hopf 2015). Posebno su se isticali Hornay (1933), Jones (1933), Klein (1928), premda tada ni njihove teze nisu bile prihvaćane. Svojim kritikama nisu prihvaćale tezu da je žena „kastrijski muškarac”; negirajući odigravanje ženskog razvoja preko muškog, te postuliraju „primarnu femininost”. Hornay (1933) objašnjavala je Edipov kompleks djevojčica koje su od najranije dobi svjesne svoje vagine. „Mala vagina” u odnosu prema „velikom penisu” svojeg oca, fantaziranim ispunjenjem želje za seksualnim aktom s ocem, dovodi do fantazijske ozljede njezinih genitalija i stvaranja **straha od ozljede**, tjelesne i psihičke. Obratno, dječakov osjećaj „malog penisa” prema „velikoj vagini” majke stvara intenzivan strah od nedovoljnog fantazijskog zadovoljenja majke, odnosno osjećaja odbačenosti i ismijanosti. Dakle, dok je u djevojčica prisutan psihološki „strah od ozljede”, za dječake su značajniji strah i opasnost od **samopoštovanja**. Klein (1928) i Jones (1933) također ne prihvaćaju primat falusa u obaju spolova, sagledavajući seksualnost djevojčica na liniji usta – anus – vagina, odnosno na liniji bradavica – feces – penis u dječaka. Ne smatraju nužnim prisutnost kastrijskog kompleksa u obaju spolova (Heinemann i Hopf 2015).

S obzirom na anatomske razlike između dječaka i djevojčica, u literaturi se govori o ženskom doživljavanju unutarnjeg prostora, odnosno o muškom ovladavanju vanjskog prostora (Erikson 1966). Sedamdesetih se godina pitanje anatomske razlike pretvorilo u raspravu o narcističkom razvoju obaju spolova. Konačno, Chodorow (1985) dovodi u pitanje „manjak ženskog spola”, smatrajući kćeri produljenjem majke; dupliranjem vlastitog selfa majke, stvara se veća jedinstvenost i kontinuitet odnosa, dok su sinovi od majke više odvojeni objekti. Umanjuje važnost anatomske odnosa, ističući doživljaje kulturalno prenesenih fantazija i realnih zrcaljenja.

Za pojedine današnje autore zavist za penisom u žena nije normalna pojava u razvoju djevojčica, nego se pojavljuje u smislu psihopatologije ženske seksualnosti. Djevojka razočarana u svoju majku očekuje sve od muškarca, prema formuli: „Ja sam toliko važna kao i muškarci”, ili s obzirom na žene (majku): „Ja nisam važna, ali neka ne budu ni druge” (Hartkamp 2002). Time ističe narcističku važnost svoje ženstvenosti, potrebu da bude bezuvjetno voljena, a uz stalno potvrđivanje vrijednosti prema sebi ili prema svojem djetetu, može biti prisutan i bijes iz razočaranja, fantazije oštećenosti, želje za osvetom u smislu osjećaja nepravde (Heigl-Evers i Wiederhammer 1988). Patološki kastracijski strah u muškaraca može se u odrasloj dobi manifestirati agresivnim i provokativnim ponašanjem, a u seksualnim odnosima uz normalnu erekciju, ali uz poremećaj orgazma (Heigl-Evers i Wiederhammer 1988).

U pojedinim kulturama nema naznaka o prisutnosti kastracijskog kompleksa ni zavisti za penisom, međutim, postoje drugi kompleksi i strahovi (Heinemann i Hopf 2015). Spominju se „zavist za maternicom” ili „zavist za rađanjem” u muškaraca, muškarčev strah da žena neće biti dovoljno zadovoljena u seksualnom činu, poistovjećivanje jedenja i seksualnosti itd. U evolutivno-povijesnom smislu, želja žene (ili muškarca) za rođenjem djeteta vjerojatno je starija od ponosa na penis (falus), što je suprotno Freudovoj konstataciji o povezanosti falusa i djeteta u edipskoj fazi razvoja djevojčice.

4.4.3.2.4. Zaključak o edipskom kompleksu i triangularizacija

O razvoju rodnog identiteta, rodnim ulogama i seksualnoj orijentaciji detaljnije vidjeti u drugim poglavljima (v. posebno poglavlje 8 o rodnom identitetu), a ovdje su dotaknuti osnovni pojmovi. U obama spolo-

vima postoji „temeljni rodni identitet”, čiji razvoj počinje od otprilike 18. mjeseca života (Heinemann i Hopf 2015). U djevojčica je značajna „primarna femininost”, točnije, „primarna feminina identifikacija”, identificiranje s majkom kao prvim objektom, pa je u dobi od 18 mjeseci, kao rezultat ambivalentnog odnosa, moguć intenzivan „strah od gušenja” od „moćne majke” vs. „strah od odvajanja od majke”. U preedipskoj fazi djevojčica je i dalje preokupirana anatomske odnosima, te egzibicionizmom. U edipskoj fazi (pozitivni Edip) djevojčica se okreće ocu (**promjena libidinoznog objekta**), tijekom čega je vjerojatno najveći „strah od ozljede” s obzirom na oca. U tijeku kasnijih faza (latencija, adolescencija) rodni se identitet modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu proradu ranijih zadataka i strahova (intrapsihički „strah od gušenja” od moćne majke vs. „strah od odvojenosti od majke”, okretanje ocu kao novom libidinoznom objektu, „strah od ozljede” od oca u edipskoj fazi, izbor objekta, seksualna orijentacija itd.).

Za dječake je značajan „primarni maskulinitet”, ali i „primarna identifikacija s majkom” (majka je prvi objekt), koja označuje i „femininu identifikaciju”. Oko 18. mjeseca može postojati intenzivan „kastrijski strah” od „moćne majke”, zbog čega je potrebna dezidentifikacija dječaka od majke (svojevrsno intrapsihičko udaljšivanje od majke). U preedipskoj fazi dječak je preokupiran anatomske odnosima, egzibicionizmom i „faličkim narcizmom”. U edipskoj fazi (pozitivni Edip) dječak se okreće majci, međutim, ne više „moćnoj majci ranog djetinjstva”, već toploj i osjećajnoj (**promjena fantazije o majci**), tijekom čega posljedično razvija „kastrijski strah” od oca. U kasnijim fazama (latencija, adolescencija) rodni se identitet modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu proradu ranijih zadataka i strahova (dezidentifikacija od majke, kastracijski strah od moćne majke, falički narcizam, kastracijski strah od edipskog oca, izbor objekta, seksualna orijentacija itd.).

Cameron (1963) navodi normativne zadatke djeteta obaju spolova, koje dijete mora proraditi u edipskoj fazi: 1. doživjeti strastvenu ljubav i agresivnost s iracionalnim očekivanjima; 2. uspjeti u odolijevanju frustracijama i povredi poraženog; 3. transformirati strastvenu ljubav u nježnu ljubav prema svojim roditeljima i razviti kapacitet za bliskost s vršnjacima istog spola; 4. odustati od iracionalnih očekivanja bez gubljenja nade u skorbu budućnost odrastanja; 5. transformirati svoju sirovu agresiju i osjećaj omnipotencije u kanali-

ziranu, socijalno prihvatljivu borbu za ovladavanjem ljudskog okruženja, u fizičkom i socijalnom smislu. Riječ je o „velikoj edipskoj iluziji“, gdje je potreban djetetov doživljaj strastvene ljubavi i agresivnosti. Roditelj treba dopustiti i tolerirati djetetove fantazije, slično „primarnoj iluziji simbioze“ (v. prije u tekstu). S vremenom slijedi postupna deidealizacija (deziluzioniranje) Edipova kompleksa. Kako vidimo, nakon „edipske iluzije“ slijedi postupni proces prorade Edipova kompleksa.

Gledano s pozicije **triangularnog prostora i kapaciteta za reflektiranje**, ono što dopušta majci preživjeti djetetovu (edipsku) destrukciju jest njezin subjektivni objekt u ljubavnoj vezi s njenim (vanjskim) objektom. Otac se u tom smislu može odnositi zapravo na majčin objekt („muž /otac u glavi majke“ s obzirom na vanjskog partnera /oca/).

Ključna komponenta dječjeg deziluzioniranja (deidealiziranja) jest u djetetovu shvaćanju da majka (i otac) nije potpuno njegova kreacija, odnosno da postoje veze iz kojih ono može biti isključeno. „**Treći je bitan u razvoju djetetova kapaciteta za self-refleksiju**“. Osim potiskivanjem, samostalnost reflektivne funkcije u latenciji (v. posebno poglavlje 6) stvara se formacijom superega preko internalizacije realnosti (realnost povezana s ocem). S jedne strane, superego pojačava potiskivanje i, ono važnije, konstituira djetetovu internaliziranost „treće pozicije“, s ovim i „treći prostor“.

Može se reći da je Edipov kompleks univerzalan kompleks (u našoj zapadnoj kulturi) ako ispunjava dvije osnovne zadaće. Jedna je stvaranje odvojenog **rodnog identiteta** u pojedinca, a druga održavanje **granice između generacija putem incestnog tabua** (Heinemann i Hopf 2015). Edipov kompleks omogućuje življenje u socijalnim grupama. Ishod triangularizacije označuje slobodu zasebnog identiteta, psihičku distancu od prvih objekata, bolju raspodjelu ljubavi i mržnje te ulazak u svijet socijalnih odnosa bez straha od napuštanja i gubitka ljubavi (Brumen-Budanko 1999).

4.4.3.2.5. **Dva modusa psihičkog funkcioniranja tijekom edipske faze, teorija uma**

Fonagy i Target (1995), temeljno psihoanalitičari, dodatno su inspirirani teorijom privrženosti, teorijom afekata te kognitivnim teorijama (v. posebno poglavlje 5). Oni su postulirali dva moda psihičkog funkcioniranja tijekom edipske faze, odnoseći se na nastupajuću **teoriju uma**.

1. U predominantom modu **psihičke ekvivalencije** nema diferencijacije između iskustva djeteta i vanjske realnosti, nema razlike između unutrašnjeg i vanjskog. Mala djeca ne doživljavaju svoja psihološka stanja kao intencionalna (temeljeno na onome što vjeruju, misle, žele ili žude). Misli i osjećaji nisu reprezentirani; ono što se pojavljuje jest realnost. Ne postoji prostor za drugi subjektivitet.

2. **Pretend modus (pretvarajući modus)** mentalno je funkcioniranje karakterizirano djetetovim uključivanjem u imaginativnu igru. Tijekom „pretend“ igre (pretvarajuće igre) dijete prelatencije može reprezentirati osobe kao intencionalna bića sa svojim idejama, željama i drugim osjećajima. Kritični oblik igre jest onaj bez percipiranja povezanosti između „pretend“ svijeta i vanjske realnosti. „Pretend“ i realno moraju se jasno razlikovati i odvojiti, čime se djetetu omogućuje jasno izražavanje svoje fantazije i želje; dok preispitivanje prema vanjskoj realnosti uzrokuje neizdrživo bolne konflikte. Popuštanjem granice između „svijeta pretvaranja“ i vanjske realnosti nastupa akutna anksioznost i nestaje igre. Tako ovi autori navode: „Dok se malo dijete igra, ono može misliti o mislima kao mislima, jer su one jasno i promišljeno lišene njihove veze s realnim svijetom ljudi i stvari.“

Tijekom četvrte i pete godine, prema Fonagy i Target (1995), modus „psihičke ekvivalencije“ i „pretvarajući“ modus sve se više **integriraju**, što rezultira **reflektivnim ili mentalizirajućim** modusom. Dijete shvaća vlastito ponašanje i ponašanje objekta u terminima mentalnih stanja, ali i da su ta stanja reprezentacije, moguće pogrešna i podložna promjenama, jer se temelje na jednoj mogućnosti u nizu perspektiva. Na ovaj način djetetov „um“ doživljava i zna da i drugi ljudi posjeduju „um“. Zadano iskustvo nije realnost po sebi jer je obojeno subjektivnim, a time nije nužno jednako iskustvu druge osobe. Dva su modusa u dijalektičkom procesu koji ovisi o prisutnosti skrbnika, njegovu prihvaćanju i reprezentaciji mentalnih stanja. Progresija **integriranog, reflektivnog modusa** smatra se središnjom zadaćom psihološkog razvoja tijekom edipskog razdoblja, a nastavlja se kroz latenciju i adolescenciju.

Konačno, ovdje će se pokušati razjasniti neki termini. **Koncept mentalizacije** prvo je bio neurobiološki pojam, zatim je u literaturi sve više zadobivao razvojni koncept, dok je poslije sve više bio uveden u psihoanalitičke pojmove, odnosno danas ga poistovjećujemo s „teorijom uma“. Dakle, danas prihvaćamo sljedeću definiciju: **koncept mentalizacije ili „teorije uma“**

označuje mogućnost djeteta da razumije sebe i druge u terminima misli, osjećaja, percepcije, doživljavanja, djelovanja, pridavanja značenja, utjecaja itd. Ili, na drukčiji način rečeno, mentalizacija je forma imaginativne mentalne aktivnosti, dakle percepcija i interpretacija ljudskog ponašanja u terminima intencionalnih mentalnih stanja (npr. želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja, ciljevi, svrha i razlozi). Razlikuju se različiti polovi: kognitivna vs. emocionalna mentalizacija; implicitna (automatska) vs. eksplicitnoj (kontroliranoj) mentalizaciji itd. S vremenom u literaturi prevladavaju radovi o poremećajima „teorije uma“ u djece sa neurorazvojnim poremećajima (npr. autistični spektar poremećaja), odnosno poremećaj socijalne kognicije. Početna pozicija dolazi od koncepta privrženosti, što zajedno utječe na **interpersonalne odnose**. Primjerice majčina mentalizacijska aktivnost prije djetetova rođenja daje predikciju sigurnosti privrženosti djeteta. Dakle, majka ima sposobnost odgovora prema djetetovim namjerama (te da to ne uzme osobno). Kada se prema djetetu pristupa na **mentalizirajući** način, to povećava djetetovo razumijevanje namjera drugih (reflektivni self). U znanstvenim se istraživanjima rabi termin reflektivne funkcije kao kvantificirani indeks mentalizacije s obzirom na privrženost.

4.5. Teorije objektnih odnosa, razvoj interakcije

Freud, kao predstavnik teorije nagona, objektima daje pažnju, razmjerno zadovoljavanju nagona putem objekta, shvaćajući objekt u smislu ekonomije energije (Freud 1915). Melanie Klein (1935) konceptualizirala je **teoriju objektnih odnosa**, u kojoj dijete ima urođenu težnju za objektom, bolje razjašnjavajući odnos nagona i objekta. Slično Freudu (1915), ostaje pri „psihologiji jedne osobe“, pri čemu objekt služi individualnom zadovoljenju nagona. Ona je parcijalnim objektima pridavala „samo dobre“ ili „samo loše“ osobine. Naglašavala je ulogu agresije i nagona smrti u razvoju. Također uvodi koncept paranoidno-shizoidne i depresivne pozicije u vrlo male djece. U **paranoidno-shizoidnoj poziciji** dominiraju projekcija, rascjep, strahovi od proganjanja i zaštita unutarnjih objekata. **Depresivna** je **pozicija** naprednija i integrativnija pozicija, dominantne su introjekcije, prihvaćanja objekta kao separiranoga, objekta (i selfa) sa svojim dobrim i lošim osobinama, a tijekom koje dominiraju procesi reparacije. Ovdje su locirani preteče superega.

Pozicije nisu definirane faze razvoja, nego modeli funkcioniranja, koji su različito prisutni npr. tijekom psihoterapijskog liječenja (osciliranje između ovih dviju pozicija tijekom psihoterapije, ili čak mikroprocesno gledano u jednoj psihoterapijskoj seansi).

Klein (1935) je veliku pažnju pridavala fantazijskom životu sasvim malog djeteta, što su pojedini autori osporavali, među njima i Anna Freud (1936/1993), naglašavajući nerazvijenosti ega djeteta pri formiranju fantazija. Danas je više prihvaćena uloga fantazije koju je postulirala M. Klein, čiji su koncepti značajni u shvaćanju psihoanalitičkog razvoja malog djeteta te u psihoterapijskom liječenju.

Bion (1962) razrađuje teoriju objektnih odnosa ističući važnost objekta, ne samo u svrhu zadovoljenja nagona nego on ima i vlastitu autonomiju. W. Bion i M. Klein svojevrsni su preteče današnjeg intersubjektivizma. Bion navodi koncept „sadržavanja“, odnosno „containment“ ili „contained/container“, na način da su „contained“ projicirani dijelovi, a majka je „container“, koji ovaj projicirani sadržaj uzima od djeteta i prorađuje ga (metabolizira) u smislu projektivne identifikacije (Bion 1962). Bion, za razliku od Klein, prihvaća primarnu orijentiranost prema objektu, slično M. Balintu koji uvodi pojam „primarne objektno ljubavi“. Balint (1968) podrazumijeva međusobnu uvjetovanost djeteta i majke od najranijih dana, suprotstavljajući se tako pojmu primarnog narcizma (koji ne prihvaća interaktivnost). Balint pojmom „oknofilije“ označuje potrebu blizine drugih, dok „filobatizam“ označuje potrebu za neovisnosti. „Temeljna greška“, prema Balintu (1968), jest deficitarnost strukture ličnosti osoba koje u djetinjstvu nisu doživjele međusobno usklađivanje s osobama iz okoline.

Ranije spomenutog D. Winnicotta možemo ubrojiti u teoretičare dojenačke psihologije i teoretičare objektnih odnosa, a mnogi ga autori svrstavaju u neovisnu grupu pripadnika britanske škole (neovisan o grupama oko A. Freud i M. Klein). Winnicott je isticao važnost **holdinga**, tj. podupiranja u najranijoj dobi, što je značilo da majka daje značenje strahovima djeteta, odnosno da ona, ono što poznaje, i razumije (Winnicott 1953). Naglašavao je koncept **dovoljno dobre majke** u razvoju djeteta, koja ima sposobnost uživanja u djetetove osjećaje, prepoznavanja njegovih potreba i uklanjanja neugodnog uzbuđenja. Posebno je isticao pružanje djetetu osjećaja onipotencije, moći i ponajviše iluzije, u kojoj „dijete, upravo kada imaginira dojkicu, ona se onda i stvori“, s mogućnošću postupnog

deziluzioniranja ovog mehanizma. Prijelazni fenomeni i objekti, na kojima gradi teoriju simbola, igre i kreativnosti i koji imaju funkciju tijekom odsutnosti majke, služe separaciji od dijadnog odnosa, potiču identifikaciju djeteta s majčinim držanjem i aktivnostima; posreduje između realnosti i fantazije u smislu deziluzioniranja (primarno deziluzioniranje) (Winnicott 1960; Winnicott 1969/1971). **Prijelazni fenomeni**, kao i **prijelazni prostor**, danas se mogu shvatiti kao izraz dijadne, intersubjektivne svjesnosti (Stern 1998; Tronick 1998). Konačno, pojmom **lažnog selfa** tumači kako djeca, živeći u traumatskoj okolini, stvaraju vanjsku fasadu normalnosti, uz osjećaj neistinitosti, da bi zaštitili unutarnji dio ličnosti (v. poglavlje 65 o poremećaju ličnosti). U teoretičare objektnih odnosa ubrajamo M. Mahler i R. Spitz. Otto Kernberg (1980) dao je doprinos procesima introjeckije i identifikacije. Ti procesi vode ego-identitetu s kontinuitetom selfa i konzistentnim konceptom svijeta objekata, svjesnom kontrolom derivata nagona i depersonifikacijom internaliziranih objekata, integracijom ego i superego struktura.

4.6. Razvoj ega, ego-psihologija

Freud je postavio temelje ego-psihologije navodeći nesvjesne dijelove ega (nesvjesni osjećaji krivnje) i razvojem strukturne teorije (Speidel i Fenner 2002). Ego predočuje životno važne funkcije, uključuje percepciju, mišljenje, mehanizme obrane, temeljne sposobnosti regulacije selfa i odnosa prema drugima, kao i druge sposobnosti kao što je „sposobnost da se bude sam“, empatija, zauzetost ili doživljavanje osjećaja krivnje (Ermann 2007). Razvija se konstitucionalno te kroz rast, razvoj i iskustvo s okolinom. Tako se npr. u prvim mjesecima formiraju temeljne sposobnosti iz osnovne potrebe za sigurnošću i privrženošću, koje se u interakciji s drugima potvrđuju i dalje razvijaju. U suprotnom, pojavljuju se deficiti bazalne pripadnosti, kao i socijalnih kompetencija. Odlučujuće su faze zaključene do djetetove druge godine, završetkom senzomotorne faze (Piaget 1951, 1952); postupno slijedi eksplicitno-deklarativno mišljenje (pojmovno mišljenje), odvajanje sebe i drugih, odnosno stvaranje procesa integracije (nije više toliko jak rascjep kao mehanizam obrane) uz sve više napredovanje potiskivanja kao mehanizma obrane. Dio ega koji nazivamo super-egom nastaje tek završetkom Edipova kompleksa (Ermann 2007).

Anna Freud (1936) je opisom **mehanizama obrane** kao funkcijama ega dala važan napredak ego-psihologije, a Hartmann je zaslužan što je psihoanaliza dobila status opće psihologije (Hartmann 1939). Ističe ego slobodan od konflikta, proučava ego-funkcije, prosječnu okolinu djeteta i formulira psihičke reprezentacije (self i objektne reprezentacije). Bavio se regulirajućim i adaptacijskim funkcijama djeteta. Naglašavao je važnost konstantnosti objekta, pozitivne uloge frustracije u razvoju djeteta, uloge imitacije i identifikacije u razvoju. Ego-psihologija ima težište na psihologiji ego-funkcija, dok se razvijajuća self-psihologija temelji na reprezentacijama selfa nastalima identifikacijama (Hartmann 1939). Nije uvijek moguće određenog psihoanalitičkog autora svrstati u neku skupinu ili školu, tako da ćemo ovdje spomenuti dosta prije navođenog u tekstu E. Eriksona (1950), koji je postulirao različite faze razvoja tijekom cijelog života. U oralnoj fazi naglašava kreiranje „temeljnog povjerenja“, u analnoj fazi konflikt autonomija vs. sram, u edipskoj fazi razvoja konflikt između vlastite inicijative vs. osjećaja krivnje. U latenciji se nalazi konflikt između uspjeha vs. osjećaja manje vrijednosti. U pubertetu i adolescenciji nalaze se intenzivna borba za vlastiti identitet, integracija seksualnih impulsa u ličnost i prilagođivanje socijalnim ulogama. Konflikt ove faze Erikson naziva identitet vs. difuzija.

4.7. Self-psihologija

Self-psihologija psihoanalitički je smjer nastao iz nagonске i ego-psihologije, a uključuje terapijsko-tehničke prilagodbe sa strukturno poremećenim osobama (poremećaji ličnosti) (Speidel i Fenner 2002). Najvažniji predstavnici toga smjera jesu Kohut (1977) i njegovi učenici. Temeljni je postulat da je, osim nagona, i self primarna motivacijska struktura u čovjeka. Središnji pojam u self-psihologiji jest self-objekt. Podrazumijeva odnos između selfa i objekta, a važan je za samoregulaciju. U tom je smislu self-objekt onaj koji je podržavajući, podupirući i zrcaleći. Na ovaj se način objekt doživljava kao dio ili instrument selfa, a ne kao neovisna osoba (slično Bionovu konceptu sadržavanja /*containment*/). Kohut podrazumijeva da u povoljnom razvoju nastaju zrele zadaće: ciljevi, ideali te identifikaciji podložan narcizam. Tom narcizmu on pridaje talente, sposobnost rada, prihvaćanje vlastite ograničenosti, mudrost i humor. Sagledava narcizam u pozitivnom smislu jer služi održavanju samopoštovanja i

Tablica 4.3.

Integrativna psihoanalitička podjela različitih faza

Modificirano prema Ahrens i Schneider 2002; Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016; Bion 1962; Ermann 2007; Plaenkers 2003; Resch 1996.

	Senzorički razvoj	Individuacija	Autonomija	Preedipski razvoj	Edipski razvoj
Razdoblje	prva godina	6 – 18 mjeseci	2. – 4. godina	3. – 5. godina	4. – 7. godina
Razvojna pozicija i tema i nagoni	senzorička faza; uspostava odnosa i komunikacije; oralna faza	individuacija; privrženost; realizacija odvojenosti; oralna faza	autonomija; oralna i analna faza	trijada; anatomske preokupacije; razvoj psihoseksualnog identiteta	edipski kompleks; razvoj psihoseksualnog identiteta
Ego-organizacija i tip obrane	fragilni ego, promjenljiva ego-stanja; rascjep	labilni ego, sklon regresiji; rascjep	umjereno stabilni ego; rascjep i potiskivanje	ego-zrelost; potiskivanje	ego-zrelost; potiskivanje
Struktura, reprezentance	niža, nebalansirane		umjerena, umjereno balansirane	viša, balansirane	
Konflikti	konflikt blizine vs. distance	konflikt blizine vs. distance; konflikt privrženosti	autonomija vs. ovisnost; podlaganje vs. kontrola; samozbrinjavanje vs. biti zbrinut od drugih; konflikt samopoštovanja	konflikt krivnje ili lojalnost vs. čežnja za drugim; konflikt identiteta	rivalitet vs. slaganje; konflikt identiteta
Središnji nesvjesni strahovi	strahovi dezintegracije; bezimena anksioznost (beta-strah)	separacijski strahovi; biti ostavljen	strah od gubitka objekta; osjećaji krivnje; osjećaji srama	strah od gubitka ljubavi; strah od kazne; signalni strah (alfa-strah)	strah od savjesti; signalni strah (alfa-strah)
Svjesni strahovi	psihotični strahovi; preplavljujući strahovi; egzistencijalni strahovi	osjećaji emocionalne sigurnosti vs. nesigurnosti, dezorganiziranosti; strah od separacije od skrbnika vs. osjećaji distanciranosti	bijes, ljutnja, strahovi; sram, krivnja, tjeskoba; nezadovoljstvo; osjećaj prikraćenosti; osjećaj gubitka brige; depresivni osjećaji; narcistički bijes i sram	osjećaji krivnje s podjelom na „dobro” i „loše”; osjećaji kontinuiteta i koherencije identiteta vs. osjećaji gubitka identiteta,	osjećaji erotizacije vs. seksualne „neutralnosti”; osjećaji kontinuiteta i koherencije identiteta vs. osjećaji gubitka identiteta
Objektni odnosi	stadij bez objekta?	odnosi djelomičnih objekata	ovisnost o objektu: čežnja za objektom vs. razočaranje	zreli objektni odnosi	
Struktura odnosa	autistično-monadni	simbiotsko-monadni	dijadni	trijadni	triangularni
Stupanj razine	niža neurotska razina		umjerena neurotska razina	viša neurotska razina	
Vrsta patologije	strukturna patologija			konflikta patologija	
Kliničke dijagnoze	psihoza	psihosom. por; parafilni poremećaji; borderline; SAP; GAP; Panični poremećaj	Narcistički i depresivni; por. jedenja; ovisnosti; OKP; somatizacijski; hipohondrija; soc. fobija, agorafobija, klaustrofobija; elektivni mutizam	Fobije; konverzije; poremećaj sa suparništvom s bratom ili sestrom	

poticanju sigurnosti, a razvija se iz ranoga emocionalnog odnosa između majke i djeteta. Narcistički poremećaji, prema Kohutu, nastaju iz ove devijacije stanja dobrog osjećanja (Kohut 1977).

4.8. Integrativni psihoanalitički autori

U tablici 4.3. prikazan je pokušaj integracije različitih razvojnih psihoanalitičkih teorija, a posebno je važna poveznica s mogućom psihopatologijom.

Ova tablica dakle nije samo važna radi promatranja razvoja nego i zbog izravne implikacije na psihopatologiju i moguće psihoterapijsko liječenje. Naime, u različitim poglavljima o pojedinim psihopatološkim entitetima u ovoj knjizi bit će važno poznavati ovu tablicu. Bitno je iz tablice uočiti važnost temeljnih faza: 1. senzorička faza; 2. faza individuacije; 3. faza autonomije; 4. preedipska faza; 6. edipska faza razvoja. Važno je napomenuti da je faza individuacije (u kojoj postoji borba za koherentni osjećaj sebe; simbiotsko-monadni odnos; konflikt fuzija *vs.* odvojenosti) jasno odvojena od faze autonomije (separacije) (postojanja dijadnog odnosa, konflikt autonomije *vs.* ovisnosti). Fazu individuacije mogli bismo okarakterizirati kao intrapsihički proces (ovisan o podržavajućoj okolini i interpersonalnim odnosima), dok bismo fazu autonomije mogli okarakterizirati više interpersonalnim terminima. Iz priložene tablice je važno razlikovanje strukture od konflikata, te nesvjesnih strahova od svjesnih.

Primjerice, govoreći o separacijskim strahovima, zbog eventualne moguće terminološke konfuzije, razlikujemo više tipova značenja: normativne separacijske strahove tijekom razvoja (svjesni i manifestni) ili separacijski anksiozni poremećaj (SAP) (poremećaj s manifestnom separacijskom tjeskobom koji ometa funkcionalnost djeteta), kao i nesvjesnu separacijsku anksioznost koja može biti u podlozi različitih poremećaja (npr. *borderline* poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj itd.), od kojih je jedan i SAP. Potrebno je također u tablici zapaziti da je bolje koristiti se izrazom konflikt krivnje nego konflikt lojalnosti *vs.* čežnje za drugim, jer riječ „lojalnost“ može pogrešno upućivati na vanjsku situaciju (i konflikt) djeteta pri rastavi roditelja. Važno je također iz tablice uočiti da postoji nesvjesni mehanizam (nesvjesni strah) signalne anksioznosti (alfa-strah prema Bionu) tek negdje od preedipske faze razvoja.

Integrirano gledano, kažemo da se razvoj interakcije djeteta i majke promatra kroz prizmu triju eleme-

nata: prvo, osoba stvara predodžbe o sebi (self), drugo, predodžbe o drugim ljudima s kojima ima iskustva kroz utjecaj nagona (objekti) te iskustva privrženosti i doživljava zrcaljenja (Ermann 2007). U unutarnjem su prostoru self i objekti međusobno povezani afektima. Na početku postoje difuzna psihofiziološka stanja osjećanja, a tek **odvajanjem selfa od ne-selfa** (od 18. mjeseca nadalje), kao i pojmovnim mišljenjem, nastaju kompleksnije predodžbe u smislu deklarativnijih procesa kao što su self- reprezentacije, objektivne reprezentacije i interakcijske reprezentacije.

Redosljed razvoja objektnih odnosa i reprezentacija može se shematski prikazati na sljedeći način:

1. monada (jedinka), prvih nekoliko dana, odnosi prema drugima su nesvjesni, pomalo se stvara percepcija okoline;
2. simbioza (iluzija biti dvoje u jednome, simbiotsko-monadni odnos), u prvoj godini života, postoji faza djelomičnih objekata (odnos prema djelomičnim objektima), granica prema sebi i drugima nije sasvim jasna, nema dostatne individuacije, ona je u nastajanju;
3. dijada (interakcija dviju osoba); od 18. mjeseca nadalje napušta se simbioza. Dolazi do integracije djelomičnih objekata, nastaju realističnije, cjelovitije objektivne reprezentacije. One su pojmovno određenije i pohranjene u deklarativno-eksplicitnom sjećanju. Nastaje dostatna individuacija i postupno se razvija autonomija. Postupno se također razvija stabilnost koja vodi objektivnoj konstantnosti (oko treće godine života).
4. trijada: u trećoj se godini zapažaju alternative (interpersonalnih) odnosa u obliku više dijada (self – majka, self – otac). Ova faza odgovora preedipskoj fazi.
5. triangularizacija (trokut interakcija); započinje u četvrtoj godini. Dotadašnje se trijade doživljavaju međusobno isprepletene. Nastaje kompleksniji doživljaj: ja sam u odnosu prema majci i ocu, međutim, oni se također nalaze u međusobnom odnosu. Edipska je faza na vrhuncu. Ovo je praforma kasnijih socijalnih odnosa.
6. mreža socijalnih odnosa (sistem međusobnih odnosa): tijekom školovanja dolazi do osjećaja da je pojedinac dio šire socijalne mreže, uz razvoj socijalnih kompetencija (faza latencije i kasnije adolescencije).

4.9. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Danas se smatra da je rano djetinjstvo važno za razvoj ličnosti u kasnijoj dobi.
- ✓ Postuliramo različite faze djetetova razvoja, koje su razradili različiti autori, naglašavajući na taj način kvalitativno skokovit, a ne linearan razvoj djeteta.
- ✓ Potrebna je međusobna prilagodba roditelj – dijete, koja traje tijekom cijelog odrastanja. S jedne strane, roditelj ne treba imati osjećaje krivnje da je „loš roditelj“ jer ionako nikako ne može biti „savršen“ roditelj. Treba biti „dovoljno dobar“, što označuje jedinstvenu prilagodbu u odnosu prema svojem djetetu, ali prihvaćajući svoje pozitivne i negativne osobine. S druge strane, treba pomoći da dijete razvije svoje potencijale, koji su i mnogo veći nego što isprva mislimo. Važno je uzeti u obzir da su socijalizacijske i afektivne sposobnosti prisutne od rođenja.
- ✓ Među stručnjacima mentalnoga zdravlja prihvaćen je tijekom razvoja djeteta u različitim domenama (linije razvoja) koje možemo promatrati odvojeno, međutim, vrlo su isprepletene, npr. motorički, nagonski, kognitivni, socijalno-emocionalni razvoj itd.
- ✓ Razvoj djeteta nije idealan razvoj, bez poteškoća, konflikata ili negativnih afekata. Mentalno zdravlje mjeri se mogućnošću „reparacije“, odnosno sposobnošću prorade konflikata i prevođenja negativnih stanja u pozitivna.
- ✓ U prvoj godini života vrlo je važna djetetova neverbalna komunikacija, koja se uglavnom temelji na emocionalnom usklađivanju roditelja i djeteta.

4.10. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Jesu li prenatalno i novorođenačko razdoblje važna u razvoju? Mogu li imati utjecaja na daljnji razvoj i odraslu dob?

ODGOVOR: Utjecaj elemenata razvoja u djetinjstvu na kasniji razvoj nije samo pitanje psihoanalize nego i cjelokupne znanosti. U ovome trenutku nema bolje teorije objašnjenja razvoja ličnosti u odrasloj dobi. Naime, sva dosadašnja istraživanja upućuju na to da je djetinjstvo zaista važno u oblikovanju kasnije ličnosti i

njegovih interpersonalnih relacija. S obzirom na to da se danas ne govori samo o „ovisnom“ nego i o „aktivnom i kompetentnom“ novorođenčetu, važno je uzeti u obzir mnogo čimbenika. Nekada je razvoj djeteta promatran kao „psihologija jedne osobe“, dijete je praćeno u nošenju s razvojnim zadaćama, diferencijaciji, razvoju, razradi konflikata (značajni su predstavnici Freud, Piaget), međutim, danas razvoj gledamo više interaktivno. Pritom se misli na postojanje složene interakcije između pojedinačnog razvoja djeteta, osobe koja se brine za dijete i šire okoline (skrbnik).

■ **PITANJE:** Zašto različiti autori koncipiraju različite „razvojne faze“ tijekom djetinjstva?

ODGOVOR: Različiti autori koncipiraju različite faze razvoja jer je dokazano da je razvoj ljudske jedinice skokovit, odnosno da postoje „kritične“ ili „razvojne“ faze u kojima dolazi do kvalitativnih pomaka u razvoju. Razvoj djeteta ne shvaćamo jednostavno kao linearan razvoj.

■ **PITANJE:** Treba li se doslovno držati nekih podjela razvoja djeteta kada imamo konkretno dijete pred sobom?

ODGOVOR: Pitanje je dvoznačno. S jedne strane, psihologija i psihijatrija, kao znanstvene discipline, imaju svoje podjele, dobivene kliničkim promatranjem i potvrdom znanstvenih istraživanja. Kao takve moraju imati svoju teorijsku pozadinu i metode. S druge strane, u konkretnome pristupu djetetu treba biti dovoljno fleksibilan uzimajući u obzir karakteristike djeteta, uz uravnoteženo teorijsko znanje.

■ **PITANJE:** Opišite što je to „afektivno usklađivanje“ prema D. Sternu.

ODGOVOR: Uvodeći pojam afektivnog usklađivanja (*affect attunement*), D. Stern ovaj fenomen stavlja u grupu općih načina komunikacije između majke i djeteta u razdoblju kada je ta komunikacija neverbalna. U ovom slučaju usklađuju se neki aspekti unutarnjega osjećajnog stanja, i to kroz ponašanje koje pokazuje određenu kvalitetu toga stanja, ali bez točne reprodukcije vanjskog ponašanja karakterističnog za to stanje. Kao što imitacija izražava vanjsku formu, tako afektivno usklađivanje izražava osjećanje, i to kroz aspekte ponašanja koja izražavaju intenzitet, trajanje, ritam i sl.

■ **PITANJE:** Što znači pojam „dovoljno dobra majka“ prema D. Winnicottu?

ODGOVOR: „Dovoljno dobra majka“ D. Winnicotta govori o deidealizaciji koncepta majčinstva, odnosno

roditeljstva. U psihološkoj je literaturi u posljednjim desetljećima odviše idealiziran odnos majke i djeteta. S jedne strane, to je imalo pozitivne strane da se upozori na važnost roditeljske njege u prvim danima djetetova života, međutim, moguće su i negativne strane, ako se sva odgovornost (i krivnja) stavi na roditelja koji se brine o djetetu. Dakle, u gledanju na odnos majka – dijete treba imati uravnoteženo stajalište te izbjegavati ekstremne poglede.

■ **PITANJE: U čemu se razlikuje proces individuacije od procesa autonomije?**

ODGOVOR: Proces individuacije prethodi procesu autonomije. Pri individuaciji imamo nedovoljno koherentan doživljaj sebe, simbiotsko-monadnu konstelaciju, kada mogu prevladavati strahovi od dezintegracije, konflikt fuzije vs. odvojenosti. Važan je postupan prijelaz iz simbiotsko-monadnog (stadij individuacije) u dijadni odnos (kada su dvije osobe u interakciji), koji se događa oko 18. mjeseca života (faza ponovnog približavanja, prema M. Mahler). Faza autonomije označuje dijadni odnos, stabilniji ego, uz dominaciju separacijskih strahova, a prevladavaju konflikti između ovisnosti vs. autonomije. Tipičan manjak (deficit) individuacije dovodi do *borderline* poremećaja ličnosti, dok tipični manjak autonomije dovodi do narcističkog poremećaja ličnosti.

■ **PITANJE: U čemu se razlikuje preedipski od edipskog razvoja?**

ODGOVOR: Nije uvijek lako razlikovati spomenute faze. Teoretski se može reći da je kod preedipske faze riječ o trijadnom odnosu, preteći triangularnog odnosa. Trijadni odnos označuje percipiranje određenih dijada (self – majka, self – otac), međutim, bez triangularizacije u punome smislu kada dijete može shvatiti sljedeću relaciju: ja u odnosu prema majci i ocu, međutim, i oni se nalaze u međusobnom odnosu (prava triangularizacija). Također možemo reći da preedipska faza još i pregenitalna faza (dominiraju opće anatomske preokupacije, egzibicionizam u djevojčica, u dječaka „falički narcizam“) za razliku od edipske faze, u kojoj je seksualnost centrirana na genitalnu regiju (ovdje dominantno imaju ulogu npr. osjećaj vagine u djevojčica, penisa u dječaka).

■ **PITANJE: Zašto je važna neverbalna komunikacija u prvoj godini života?**

ODGOVOR: U psihologiji je možda zanemarena važnost neverbalne komunikacije u razvoju djeteta.

Evolutivno gledano, neverbalna komunikacija prethodi verbalnom razdoblju, i vjerojatno je kvalitetna neverbalna komunikacija dobra osnova za daljnji razvoj verbalne komunikacije. Tijekom razvoja odigravaju se intenzivna simbioza, afektivno usklađivanje i drugi afektivni procesi (znatiželja, razvoj kompleksnog doživljaja sebe, doživljaj sebe kao subjektivnog itd.). Dakle, važne su i geste, mimika lica, afektivni izraz lica, gledanje u oči, praćenje predmeta, pokazivanje predmeta itd. Komunikacijski kanali izmjenjuju se malo neverbalno, pa verbalno nekim glasom, pa opet neverbalno itd. Pojedini nas autori savjetuju da ne budemo nestrpljivi jer djeca „ne pričaju o sebi“, naime, dojenče govori o sebi putem mimike, gesta, jednostavnih vokalizacija, cjelokupnim ponašanjem. Neverbalna je komunikacija vjerojatno bliža nagonima i afektima pa je stoga istinitija od verbalne komunikacije, što se također može iskoristiti u svakodnevnoj dijagnostici različitih psihičkih stanja dječje dobi. Neverbalna komunikacija ima svoju važnost u dojenačkoj dobi, ali i tijekom cijelog života.

4.11. Pitanja

- 1 Navedite „miljokaze“ (ključne točke ili *milestones*) psihičkog razvoja u prvoj i drugoj godini života djeteta prema D. Sternu.
- 2 Opišite Bionov koncept sadržavanja (*containment*).
- 3 Navedite nekoliko osnovnih koncepata D. Winnicotta.
- 4 Navedite i ukratko opišite faze razvoja prema Freudu, kao i prema psihoanalitičaru Ermannu (integrativna psihoanalitička podjela).
- 5 Navedite novije i druge teorije razvoja ženske seksualnosti, odnosno razvoj djevojčice u edipskoj fazi, te njihova osnovna obilježja (Karen Hornay).
- 6 Navedite osnove reflektirajućeg modusa u djetinjstvu.

4.12. LITERATURA

1. Ahrens S, Schneider W, ur. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizin 2. Auflage. Stuttgart, New York; Schattauer; 2002.
2. Ainsworth M, Blehar M, Waters E i sur. Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum;1978.
3. Arbeitskreis OPD-KJ-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
4. Balint M. The basic fault. Therapeutic aspects of regression. London: Tavistock; 1968.
5. Beier KM. Sexualitaet und Geschlechtsidentitaet- Entwicklung und Stoerungen. U Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2 Auflage, Springer: Berlin; 2012, str. 735-784.
6. Bion WR. A theory of thinking. Int J Psychoanal 1962; 43:306-410.
7. Bonaparte M. Passivitaet, Masochismus und Weiblichkeit. Int Z Psychoanalyse 1935;21:23-29.
8. Bowlby J. Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt: Fischer; 1969/1984.
9. Brazelton TB. Neonatal Assessment. U: Greenspan SI, Pollock GH, ur. The Course of Life: Psychoanalytic Contributions Toward Understanding Personality Development. Adelphi: National Institute of Mental Health;1980, Vol I. str. 203-234.
10. Brumen-Budanko Z. Rani razvoj. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 182-199.
11. Cameron N. Personality Development and Psychopathology. Boston: Houghton Mifflin Company; 1963.
12. Chodorow N. Das Erbe der Mutter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. Muenchen: Frauenoffensive; 1985.
13. Deutsch H. Psychologie des Weibes in den Funktionen der Fortpflanzung. Int Z Psychoanalyse 1925;11:40-53.
14. Dornes M. Der kompetente Saegling. Frankfurt: Fischer; 1993.
15. Emde RN, Robinson J. The first two months. Recent research in developmental psychobiology and the changing view of the newborn. U: Noshpitz JD, ur. Basic handbook of child psychiatry. Vol 1. New York: Basic Books; 1979, str. 72-105.
16. Erickson EH. Childhood and society. New York: W.W. Norton & Company, Inc; 1950.
17. Erickson EH. Inner and Outer Space: Reflections on Womanhood. Daedalus 1966;93:582-606.
18. Ermann M. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5.überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2007.
19. Fonagy P, Target M. Playing with reality:1. Theory of mind and the normal development of psychic reality. Int J Psychoanal 1995;76:487-501.
20. Freud A. Das Ich und seine Abwehrmechanismen. Frankfurt: Fischer; 1936/1993.
21. Freud S. Triebe und Triebchinsale. GW 10. Frankfurt: Fischer 1915, str. 210-33.
22. Freud S. Die infantile Genitalorganisation. GW 13.Frankfurt: Fischer; 1923, str. 293-8.
23. Freud S. Der Untergang des Oedipuskomplexes. GW 13. Frankfurt: Fischer; 1924, str. 395-402.
24. Freud S. Neue Folge der Vorlesungen zur Einfuehrung der Psychoanalyse. GW Bd. 15. Frankfurt: Fischer; 1933, str. 6-31.
25. Greenspan SI. The clinical interview of the child. 3 izdanje. Washington: American Psychiatric publishing inc; 2003.
26. Hartkamp N. Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. U: Ahrens S, Schneider W, ur. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychoanalytischen Medizin. Zweite Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2002, str. 115-143.
27. Hartmann H. Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Psyche 1939;14:81-164.
28. Heigl-Evers A, Wiederhammer B. Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität. Bern: Huber; 1988.
29. Heinemann E, Hopf H. Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2015.
30. Horney K. Die Verleugnung der Vagina. Int Z Psychoanalyse 1933;19:372-384.
31. Jemerin JM. Latency and the Capacity to Reflect on Mental States. Psychoanal Study Child 2004;59:211-39.
32. Jones E. Die Phallische Phase. Int Z Psychoanalyse 1933; 19:322-357.
33. Kernberg O. Internal world and external reality. Object relation applied. Colchester: Paterson; 1980.
34. Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. Int J Psychoanal 1935;16:145-174.
35. Klein M. Fruestadien des Oedipuskonfliktes. Int Z Psychoanalyse 1928;14: 65-77.
36. Kohut H. The restauration of the self. New York: International University Press; 1977.
37. Lampl de Groot J. Zur Entwicklungsgeschichte des Oedipuskomplexes der Frau. Int Z Psychoanalyse 1927;13: 269-282.
38. Larrieu JA, Middleton MA, Kelley AC i sur. Assessing the relational context of infants and young children. U: Zeanah Jr. CH, ur. Handbook of infant mental health. 4 izdanje. New York: The Guilford Press; 2019, str. 279-295.
39. Lebovici S. Der Saugling, die Mutter und der Psychoanalytiker. Stuttgart: Klett- Cotta; 1990.
40. Liljenfors R, Lundh LG. Mentalization and intersubjectivity towards a theoretical integration. Psychoanalytic Psychology 2015;32(1):36-60.
41. Mahler MS. Symbiose und Individuation. Die psychische Geburt des Menschenkindes. Psyche 1975;29:609-25.
42. Nikolić S. Mentalni poremećaji u djece i omladine 1. Zagreb: Školska knjiga; 1988.
43. Ogden T. The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis II. The contributions of Klein and Winnicott. Int J Psychoanal 1992;73:517-26.
44. Papoušek H, Papoušek M. Neue Wissenschaftliche Ansätze zum Verständnis der Mutter-Kind-Beziehung. U: Stork J, ur. Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings-Neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. Stuttgart: Frommann-Holzboog; 1986, str. 53-71.

45. *Piaget J.* Play, dreams and imitation in childhood. London: Routledge & Kegan Paul; 1951.
46. *Piaget J.* The origins of intelligence in children. New York: International University Press; 1952.
47. *Plaenkers T.* Trieb, Objekt, Raum. Veraenderung im psychoanalytischer Verstaendnis der Angst. *Psyche* 2003;57: 487-522.
48. *Resch F.* Entwicklungspsychopathologie des Kindes und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1996.
49. *Slade A.* Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and human development* 2005;7:269-281.
50. *Slade A.* The pregnancy interview. Unpublished manuscript. New Haven, CT: Yale Child study center; 2003.
51. *Speidel H, Fenner E.* Psychoanalytische Krankheitskonzepte. U: Ahrens S, Schneider W, ur. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychoanalytischen Medizin. Zweite Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2002, str. 57-71.
52. *Spitz RA.* Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres. Stuttgart: Klett; 1954/1973.
53. *Stern D.* The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; 1985.
54. *Stern DN.* The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Ment Health J* 1998;19:300-8.
55. *Stern-Bruschweiler N, Stern DN.* A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant mental health journal* 1989;10:142-156.
56. *Tronick EZ.* Dyadically expanded states of consciousness and the process of the therapeutic change. *Infant Ment Health J* 1998;19:290-9.
57. *Windaus E.* Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie im Säuglings- und Klein- kindalter. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. CIP- medien: Muenchen; 2009, str. 213- 230.
58. *Winnicott DW.* The theory of the parent-infant relationship. *Int J Psychoanal* 1960;41:585-95.
59. *Winnicott DW: The use of an object and relating through identifications.* U: Playing and reality. Winnicott DW, ur. London: Tavistock; 1969/1971.
60. *Winnicott DW.* Transitional objects and transitional phenomena. *Int J Psychoanal* 1953; 34:89-97.
61. *Winnicott D.* The maturational process and the facilitating environment. London: Hogart Press; 1965.
62. *Yates A.* Childhood sexuality. U Lewis M, ur. Child and adolescent psychiatry- A comprehensive textbook. Drugo izdanje. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 221-234.

Pregled razvoja ličnosti - teorijski modeli 2.

Ivan Begovac, Gordan Majić, Trpimir Jakovina

SADRŽAJ

5.1. Uvod	77
5.2. Teorija privrženosti	77
5.2.1. Uvod	77
5.2.2. Tipovi privrženosti	78
5.2.3. Privrženost, emocionalna regulacija, temperament djeteta	79
5.2.4. Transgeneracijski prijenos privrženosti i metakognicija (mentalizacija, reflektivna funkcija)	80
5.2.5. Psihopatologija i terapijski aspekti	80
5.3. Emocije, koncept regulacije afekta	81
5.3.1. Opća razmatranja	81
5.3.2. Psihoanalitičke teorije afekata (anksioznosti)	83
5.3.3. Razvoj emocija prema Greenspanu i suradnicima	83
5.4. Teorija kognitivnog razvoja	84
5.5. Teorija učenja, biheviorizam	86
5.6. Upute za roditelje/nastavnike	87
5.7. Često postavljena pitanja	87
5.8. Pitanja	89
5.9. Literatura	89

5.1. Uvod

U ovom su poglavlju obrađene druge teorijske teme iz područja razvoja djeteta, dakle koncept privrženosti, koncept emocija, koncept kognitivnog razvoja i teorija učenja (biheviorizam). Preporučuje se prethodno vidjeti poglavlje o pregledu razvoja ličnosti, teorijske modele, razvoj mozga, kao i druga poglavlja o razvoju koja slijede, koja se međusobno dopunjuju (v. druga posebna poglavlja u knjizi).

5.2. Teorija privrženosti

5.2.1. Uvod

Privrženost (vezivanje; *attachment*) podrazumijeva trajnu afektivnu vezu između djeteta i osobe koja se o njemu brine, obično majke, produkt je mnogobrojnih urođenih modela ponašanja koja su integrirana u složeniji sistem „ponašanja privrženosti“ (*attachment behavior*), a kao predvidivi rezultat imaju zadržavanje djeteta u blizini majke (Majić i sur. 2008a; Majić i sur. 2008b; Volkmar i Martin 2011). **Teorija privrženosti** se postulira na biološki utemeljenoj potrebi za „**sigurnom bazom**“, u smislu potrebe za „blizinom“, prije svega nagonskih i osnovnih (motivacijskih) potreba. Prema Johnu Bowlbyju (1969/1984), privrženo ponašanje odvojeno je od seksualnosti i jedenja, međutim, jednake važnosti, gotovo i važnije od navedenih. Razvojno-psihološki model promatranja ponašanja definira ga vremenom ograničenim na jednu osobu (monotropna vezanost) ili na manji broj osoba iz djetetove okoline, a manifestno ponašanje uvjetovano je „unutarnjim radnim modelima“ (engl. *inner working model*). Valja spomenuti da unutarnji radni modeli odgovaraju drugim konstruktima u psihološkoj teoriji: **unutarnjim reprezentacijama, kognitivno-emocionalnim shemama, generaliziranim interakcijama** itd. (Stern 1985). Bowlbyjeva (1969/1984) temeljna postavka jest da dijete stvara čvrste veze s osobama (prije svega majkom, a poslije i s drugima) koje mu pružaju osjećaj sigurnosti i zaštite te time umanjuje strah i druge osjećaje. Postojanje veza, dostupnost osoba i povjerenja u njih, temelj su psihičkoga zdravlja. Antagonist privrženosti jest **eksplorativno (istraživačko) ponašanje**. Evolucijsko-biološki gledano, oba modela ponašanja (**privrženost vs. eksplorativno ponašanje**) u normalnim uvjetima harmonično koegzistiraju i u stalnom su međudjelovanju, unutar kojeg aktivacija jednog, obično inhibira drugo ponašanje.

Ovdje se drukčije može i paradoksalno (ili dijalektički) reći: što je sigurnija privrženost, to je sigurnije i eksplorativno ponašanje.

Privrženost se pojavljuje tijekom realnih iskustava djeteta sa skrbnikom, a ponavljanjem ovih interakcija stvara se „*shema kako biti zajedno*“ (Stern 1994). Bowlby (1969/1984) ističe važnost realnih iskustava: separacije, gubitaka, traume, boravak djece u institucijama, suprotstavljajući se tako psihoanalitičkim autorima koji su naglašavali isključivo djetetovu fantaziju. Istraživanjem privrženosti u djece u institucijama dokazala se psihopatologija mladih osoba u obliku antisocijalnog ponašanja. Pri tome valja naglasiti da je privrženost samo jedan od aspekata interpersonalnog (socijalnog) odnosa majka – dijete (Majić 2011).

Bowlby (1969/1984) je svoja zapažanja crpio iz promatranja životinja, humane etologije (znanosti o vrstama), kao i promatranja dojenčadi i male djece. U svom je članku Harlow (1958) opisao višegodišnje istraživanje u mladim majmunima kojim je pokazao kako je potreba za kontaktom i sigurnošću neovisna o nagonu za hranom. U tom je istraživanju dvjema skupinama mladih majmunu istodobno ponudio dvije žičane surogatne majke od kojih je jedna bila presvučena krznom. Za prvu skupinu mjesto dojenja nalazilo se na krznoj majci, a za drugu na žičanoj majci. U objema skupinama mladi su majmuni većinu vremena provodili na krznoj majci neovisno o mjestu dojenja. Nizom sličnih eksperimenata pokazano je da u situacijama straha mladunče majmunu sigurnost traži isključivo u kontaktu s krznom surogatnom majkom, odnosno u nepoznatoj okolini prisutnost krznene majke omogućuje **sigurnost**, ali i potiče **eksplorativnu aktivnost** u mladunčeta.

Preteče privrženog ponašanja nalaze se u interakciji majke i djeteta putem upućivanja i odvrćanja pogleda, tjelesnim izražajem, ritmom, vokalizacijom i pažnjom, čime se regulira razina pobuđenosti (Beebe 2000; Beebe i Lachmann 1998). U tom su smislu važne „reparacije interakcije“ (Tronick 1998), kada, unatoč prekidima komunikacije, dolazi do ponovnog uspostavljanja komunikacije. Osnovu iz koje se razvija ponašanje vezivanja čine razni primitivni sustavi, u početku oni koji reguliraju djetetov plač djeteta, sisanje, hvatanje i orijentaciju, nekoliko tjedana poslije djetetov smiješak i gukanje te, konačno, tijekom nekoliko mjeseci, hodanje i puzanje. Postupno se ovi primitivni sistemi integriraju u složeniji sustav ponašanja vezivanja.

U razvoju privrženosti razlikujemo nekoliko faza (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016). Prva 2 – 3 mjeseca života nazivaju se fazom **predvezivanja (pre-attachment stage)**, kada se formira početna komunikacija između djeteta i majke kroz vizualni kontakt, dodir, zvuk i miris. U drugoj fazi **vezivanja u nastajanju (attachment-in-the-making)**, koja traje do otprilike 6. mjeseca, dijete se veže za jednu ili eventualno više osoba u svojoj okolini. U trećoj fazi **jasno izraženog ponašanja vezivanja (clear-cut-attachment)**, koja traje dalje do kraja 2. godine, dijete plače i pokazuje znakove distresa odvajanjem od osobe uz koju se vezalo. Vrhunac je vezivanja oko 8. mjeseca, poznato kao **fokusirana ili selektivna privrženost**, što je analog, prema drugim autorima – **strahu od stranca** (Spitz 1945; Spitz 1946). Za dijete koje pokazuje ovakvo ponašanje kažemo da je privrženo. Ono je u nekim slučajevima prisutno već u 3. mjesecu života. Nakon majčina povratka dijete prestaje plakati i traži njezinu blizinu. Početkom treće godine počinje **zadnja faza**, koja je obilježena mnogo kompleksnijim načinima ponašanja. U **adolescenciji ponašanje vezivanja** obilježeno je zbunjujućim suprotnostima, pri čemu vanjska pojavnost odnosa roditelj – dijete poprima oblik aktivnog udaljivanja od roditelja. **Ponašanje privrženosti traje kroz čitav život**, što se očituje i kroz kapacitet za socijalizaciju. Tako se u adolescenciji privrženost može ostvariti prema rođacima, učiteljima, trenerima ili nekim drugim važnim figurama. Sve kasnije emotivne i romantične veze s drugim ljudima uključuju komponente ponašanja vezivanja (Kaplan i sur. 1994).

Bowlby (1969/1984) smatra da traumatski doživljaji separacije aktiviraju izravno privrženo ponašanje i nisu sekundarno uzrokovani bespomoćnošću. Postoje i drugi aktivatori privrženosti, kao što su opasnosti, bolesti, umor i drugi. Nadalje, on smatra da je strah, kao i privrženo ponašanje, dio filogenetskog nasljeđa i prirodene dispozicije ljudi. Pojedini autori smatraju korisnim integrativne nalaze teorije privrženosti i nalaze psihoanalitičara (Fonagy 1999).

5.2.2. Tipovi privrženosti

Standardno mjerenje privrženosti provodi se **testom strane situacije**, koji je razvila Mary Ainsworth (1978) sa suradnicima šezdesetih godina. U tom se testu majka i dijete više puta razdvajaju i prati se djetetova reakcija na separaciju u dobi između 12 i 18 mjeseci, a

test se temelji na opserviranom ponašanju. Većini je djece majčin odlazak iz sobe stresan trenutak, djeca su obično uznemirena i plačljiva. Ključan dio tog testa jest praćenje djetetove reakcije na majčin povratak u sobu. Većina djece u uvjetima strane situacije nije pokazivala veću uznemirenost nakon odvajanja, odnosno ona pozdravljaju majku pri ponovnom susretu i aktivno traže interakciju s njom preko fizičkog kontakta ili interakcijom s udaljenosti (mahanje, smiješak, glas), a majčinim dolaskom ubrzo se smiruju. Ova grupa djece smatra se **sigurno privrženima** i klasificirana su kao grupa B. Djeca iz ostalih dviju skupina A i C smatraju se **nesigurno privrženima (insecurely attached)**. Djeca iz grupe A su **izbjegavajuća (avoidant)**, jer pri ponovnom susretu s majkom pokazuju tendenciju izbjegavanja ili ignoriranja. Djeca iz grupe C pri ponovnom susretu s majkom ponašaju se **ambivalentno**, izražavajući ljutito, odbijajuće ponašanje kombinirano s traženjem blizine i kontakta. Takva su djeca **opiruća (resistant)**. Grupama nesigurno privržene djece poslije je dodana i grupa **dezorganizirane (disorganized)** djece, koja nemaju koherentan odgovor na ponovni susret s majkom. Pri ponovnom susretu pokazuju dezorganiziranost, konfuziju, besciljnost itd. U majčinoj prisutnosti reagiraju strahom, „zamrzavanjem” i sl., izostankom jasne strategije rješavanja stresa. Velik udio zlostavljane djece, prema nekim istraživanjima, pripada ovoj kategoriji (Hesse i Main 2000). Analogno testu strane situacije u djetinjstvu, razvijeno je mjerenje privrženosti u odrasloj dobi (engl. *adult attachment interview*; AAI), uglavnom utemeljeno na verbalizaciji i sjećanju.

U **tablici 5.1.** prikazana su četiri tipa privrženosti u dječjoj dobi, privrženost u odrasloj dobi, reprezentacije te suočavanje (engl. *coping*) odrasle osobe.

Ova se tablica čini vrlo važnom jer pokušava sažeti mogući slijed pojedinog tipa privrženosti iz dječje dobi, a koje bi mogle imati kontinuitet prema odrasloj dobi, te u kasnijem potencijalnom roditelju u interakciji sa svojim djetetom. Usporedi također ovu tablicu sa **slikom 65.2.** (v. posebna poglavlja 65 i 66 o poremećajima ličnosti i *borderline* poremećaju). Istraživanja pokazuju da dezorganizirana privrženost ima najveći potencijal za kasniju moguću psihopatologiju, ambivalentna privrženost (zaokupljeni stil u adolescenata i odraslih osoba) posebno je izražena kod anksioznih poremećaja i *borderline* poremećaja, a izbjegavajuća privrženost (odbacujuće udaljeni stil u adolescenata i odraslih osoba) posebno se nalazi kod shizofrenije i

Tablica 5.1.

Četiri tipa privrženosti u dječjoj dobi, privrženost u odrasloj dobi, reprezentacije, coping odrasle osobe

Modificirano prema Ainsworth 1978; Bowlby 1969/1984; Sharp i Fonagy 2015; Streeck-Fischer i Freyberger 2009; Zeanah i sur. 1994; Zeanah i sur. 1996;

Privrženost u dječjoj dobi	Privrženost u odrasloj dobi	Reprezentacije majke u interakciji majka-fetus/dojenče	Coping odrasle osobe (majke i roditelja)
sigurno privržena djeca	autonomni stil	balansirane	osjećaj kompetentnosti, usklađenost emocionalnog i kognitivnog
nesigurno izbjegavajući (<i>avoidant</i>)	odbacujuće- udaljeni stil (engl. <i>dismissing</i>)	isključujuće (engl. <i>disengaged</i>)	kognitivni <i>coping</i> ; lažni self
Nesigurno anksiozno- ambivalentni (opirući – <i>resistant</i>)	zaokupljeni stil (engl. <i>preoccupied</i>)	zapletene, isprepletene (engl. <i>distorted</i>)	emocionalni <i>coping</i> ; <i>borderline</i> patologija
dezorganizirana privrženost	nerazriješen, neprorađeni stil (engl. <i>unresolved</i>) ili nerazriješena trauma ili žalovanje	poremećene, ometajuće, kaotične, atipične (engl. <i>disrupted</i>)	kaotična, atipična klinička slika

antisocijalnog poremećaja ličnosti (Borelli i sur. 2017; Rosenstein i Horowitz 1996).

Tipovi privrženosti nisu kliničke dijagnoze ni indikatori psihopatologije, nego rizični (djeca s nesigurnom i dezorganiziranom privrženosti) ili pak zaštitni čimbenik (djeca sa sigurnom privrženosti) (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016). Kod nesigurne/dezorganizirane privrženosti podrazumijevamo razvojni koncept dijade majka – dijete i način njihova odnošenja. Ovi razvojni koncepti dalje određuju buduće socijalne relacije djeteta. Međutim, privrženost je samo jedan od razvojnih koncepata koji mogu određivati socijalno ponašanje. Socijalni razvoj djeteta uključuje i intersubjektivne procese. Važno je razlikovanje razvojnog koncepta privrženosti od crta ličnosti, pri čemu razvojni koncept privrženosti označuje dijadni aspekt interakcije, dok crte ličnosti karakteriziraju pojedinca (Rutter i sur. 2009).

5.2.3. Privrženost, emocionalna regulacija, temperament djeteta

Kvaliteta privrženosti i emocionalna regulacija usko su povezani (Jakovina i sur. 2018; Majić 2011). Moglo bi se reći da je privrženost ipak temeljniji pojam, nešto psihobiološko i transgeneracijsko, dok je emocionalna regulacija uži koncept (kao i mentalizacija). Osobe koje posjeduju fleksibilnu sposobnost prihvaća-

nja i integracije pozitivnih i negativnih emocija pripadaju grupi sigurno privrženih, dok su, s druge strane, osobe ograničenog ili povišenog negativnog afekta vjerojatnije nesigurno privržene. Promatrajući socijalni kontekst, kažemo da mala djeca koja doživljavaju odbacivanje (nesigurna/izbjegavajuća djeca) minimiziraju negativne afekte u izbjegavanju mogućih novih odbacivanja. Za djecu kojoj majke nisu dostupne ili su dostupne samo povremeno (nesigurna/ambivalentna djeca) smatra se da pokušavaju pojačavati negativne afekte da bi povećala mogućnost zadobivanja pažnje od nedovoljno dostupne majke. Oba obrasca regulacije emocija imaju za cilj zadržavanje djeteta u blizini majke i ostvarivanje zaštite (Cassidy 1994).

Dugo istraživači nisu bili skloni mogućnosti da osobine temperamenta djeteta utječu na kvalitetu privrženosti. Danas se čini da djetetov temperament ima određeni, prema nekim istraživačima, i značajan utjecaj na kvalitetu privrženosti (Rutter 1995). U nekim je istraživanjima utvrđena prediktivna povezanost aspekata temperamenta i reaktivnosti (npr. autonomna stabilnost, iritabilnost) u najranijoj dobi s određenim vrstama privrženosti. Time je pojačana osjetljivost na distres, povezana s kasnijim razvojem opirućeg ponašanja, osobine jednog tipa nesigurne privrženosti (Goldsmith i Alansky 1987). Pojednostiti o različitim terminima vidjeti u ovoj knjizi u poglavlju o temperamentu djeteta, poremećajima ličnosti, razlici između

ličnosti, karaktera i temperamenta (v. posebna poglavlja 7 i 65).

5.2.4. Transgeneracijski prijenos privrženosti i metakognicija (mentalizacija, reflektivna funkcija)

Glede transgeneracijskog prijenosa poremećenih oblika privrženosti prospektivna studija provedena u Centru Anna Freud u Londonu pokazala je značajnu konkordantnost između sigurnosti roditelja i sigurne privrženosti djeteta (s tim roditeljem). Kvaliteta privrženosti djeteta prije samog rođenja može se pretpostaviti na temelju roditeljskih iskustava privrženosti u njihovoj najranijoj dobi (Fonagy i sur. 1991; Fonagy i sur. 1993).

Iako mnoge činjenice upućuju na transgeneracijski prijenos raznih formi privrženosti, znatan utjecaj na oblikovanje prenesenih formi privrženosti imaju životne okolnosti, posebno mogućnosti da se vlastitim naporom ili psihoterapijom umanje posljedice nepovoljnoga ranog iskustva i time prekine transgeneracijski prijenos nesigurnih oblika privrženosti. U novijim studijama kao najvažniji prediktivni čimbenik u razvoju sigurne privrženosti ističe se **majčina senzitivnost**. U tom smislu Fonagy i suradnici ističu da je za razvoj sigurne privrženosti najvažnije da dijete doživi majčino „pažljivo reflektiranje“ njegovih tjelesnih i psihičkih potreba (Majić 2011; Fonagy i sur. 1991).

Zasad nema jasnih pokazatelja o tome koji mehanizmi modificiraju privrženost, međutim, u određenom se dijelu može dokazati da „osjetljivost“ **skrbnika** pridonosi sigurnoj privrženosti djeteta. Ainsworth i suradnici (1978) naveli su što djeluje na „osjetljivost“ majke: 1. sposobnost majčina percipiranja djetetova ponašanja, 2. interpretacija situacije dojenčeta, 3. sposobnost majčine brze reakcije da dojenče poveže vlastito ponašanje s majčinim i stekne dojam učinkovitosti (na majčino ponašanje), 4. primjerenost majčine reakcije na ono što dojenče treba. Ovo je korisno i terapeutima u smislu promocije sigurne privrženosti (adolescenti s poremećajem ponašanja). Slično pojmu „osjetljivosti“ skrbnika jest termin **empatije** u psihanalizi kod Kohuta (1977). Istraživanja su pokazala da educirani psihoterapeuti svakako lakše izlaze na kraj s negativnim emocijama, čime se razlikuju od empatičnih laika (Kohut 1977).

U posljednje se vrijeme sigurna privrženost djeteta povezuje s rastom djetetove sposobnosti mišljenja

(sposobnost djeteta za metakognicijom i reflektirajućom/ mentalizirajućom aktivnosti) (Fonagy 1998). **Metakognicija** je način mišljenja kojim dijete shvaća da iza realnih iskustava ponašanja mogu stajati određena mentalna stanja, npr. za odbijajuće ponašanje majke nisu odgovorni sami nego i majčino neraspoloženje. Fonagy (1998) je pokušao operacionalizirati ove metakognitivne sposobnosti te je razvio mogućnost mjerenja ovih koncepata. Mjerenje **reflektivnosti** uključivalo bi mentalna stanja, mogućnost empatije pri ovim mentalnim stanjima, mjerenje složenosti i različitosti takvih stanja, povezanost percipiranog ponašanja s mentalnim stanjima, kao i mogućnost promjene tih stanja odgovarajućim ponašanjem. Roditelji dobrih reflektirajućih sposobnosti imaju djecu veće sigurne privrženosti. Reflektivna je funkcija posebno oštećena u roditelja s poremećajem ličnosti ili vlastitim iskustvom zlostavljanja u djetinjstvu. U procesu razvoja on naglašava internalizaciju, djetetovu sposobnost viđenja slike sebe kao mentalizirajućeg u ponašanju majke (Fonagy 1998).

5.2.5. Psihopatologija i terapijski aspekti

Nedostupnost objekta privrženosti i narušavanje veze s njim utječu na kvalitetu odnosa s bliskim ljudima u dječjoj i odrasloj dobi. To je istodobno i osnova za razvoj patoloških psiholoških iskustava (npr. strah, osjećaj bespomoćnosti, krivnja), ali i različitih psihičkih poremećaja (v. prije opisano u tekstu). U tom su smislu Bowlby (1969/1984) i Spitz (1945, 1946) opisivali predvidljive faze i obrasce ponašanja koje slijede ako je dijete dulje razdoblje odvojeno (separirano) od majke. Proučavajući siročad i djecu odgajanu u institucijama, Spitz (1945, 1946) u svojim je istraživanjima pokazao važnost majčinske njege i posljedice odvojenosti djeteta od majke, koji u nekim slučajevima, tzv. hospitalizma, mogu uzrokovati i djetetovu smrt, a u drugima ozbiljne psihičke smetnje. Pri tome ostaje važno, i do sada ne do kraja riješeno, pitanje odnosa između teorije *attachmenta* i poremećaja *attachmenta* kao kliničkog entiteta (Majić i sur. 2008). U dječjoj dobi teži oblik poremećene privrženosti koji izaziva distress u djece dijagnosticira se kao poremećaj privrženosti u dječjoj dobi (v. posebno poglavlje 35), a kasnije su takve osobe eventualno klasificirane drugim dijagnozama.

Aspekti liječenja opisani su u poglavlju o poremećaju privrženosti (v. posebno poglavlje 35), kombinaci-

jom liječenja djeteta i roditelja. U svjetlu teorije privrženosti, terapijski se aspekti sastoje u podupiranju **osjetljivosti** skrbnika/terapeuta i **reflektivne funkcije**. Skrbnik/terapeut treba biti „sigurna baza“, animirati pacijenta, stimulirati interakcije s pacijentom, vrlo oprezno povezivati sadašnje percepcije, očekivanja, osjećaje i ponašanja sa stanjima iz prošlosti, a konačni cilj terapije bio bi zadobivanje uvida u svoje ponašanje (Bowlby 1969/1984; Strauss 2006).

5.3. Emocije, koncept regulacije afekta

5.3.1. Opća razmatranja

Postoji u literaturi određena konfuzija glede upotrebe termina **emocija** (engl. *emotion*); **raspoloženja** (engl. *mood*), **afekta** (engl. *affect*), **te osjećaja** (engl. *feelings*) (Benham 2000). U psihičkom statusu u odraslih osoba **emocija** se definira kao kompleksno stanje osjećanja, s različitim psihičkim, somatskim i ponašajnim (bihevioralnim) komponentama. Emocija bi, prema ovoj definiciji, bio najširi termin. **Raspoloženje** se definira kao **dugotrajnija emocija** koju doživljava i navodi sama osoba ili je opserviraju drugi. Dakle, raspoloženje dugotrajniji su osjećajni tonovi doživljeni više iznutra, a virtualno utječu na sve aspekte percepcije, doživljavanja i ponašanja osobe. Stoga raspoloženje definiramo kao relativno stabilno i dugotrajno afektivno stanje, evocirano i perpetuirano kontinuiranim utjecajem nesvjesne fantazije (Resch 1996). Opisujemo ga terminima depresivno, povišeno i sl. **Afekt** bi se definirao kao **ekspresija emocije** kako je opserviraju drugi. Afekt podrazumijeva kvalitativni aspekt tijekom različitih osjećajnih stanja (engl. *feeling states*), kao što su prikladnost, dubina i površnost, intenzitet, te labilnost (Kaplan i Sadock 1988). Dakle, pojedini autori u sličnom tonu riječ **afekt** definiraju kao subjektivno i neposredno emocionalno iskustvo koje se mijenja iz jednoga trenutka u drugi, kao reakcija na neposredne misli i situacije, manifestirana u vanjskoj ekspresiji. Zato afekte smatramo složenim psihofiziološkim stanjima, koja uključuju subjektivno iskustvo te kognitivne i fiziološke komponente (Resch 1996). Opisuju se terminima poput primjeren i neprimjeren, labilan, snižen i sl. Prema tome, afekt je najuži pojam, koji označuje prirodenu psihobiološku formu reakcije, stvorene tijekom filogeneze i razvoja mozga iz refleksnih i instinktivnih programa (Resch 1996). U dječjoj je dobi prikladnije da se pod terminom afekta (ili emo-

cije) razumijevaju **oba koncepta**: emocija (širi pojam), kao i kvalitativni aspekt emocionalne ekspresije – afekt (uži pojam), odnosno većina autora termine emocija i afekt upotrebljava kao sinonime. Djeca tek otprilike od treće godine mogu izravno opisati kako se osjećaju, tako da se kliničari mogu koristiti nekim igračkama (lutkama, životinjama, ali i neživim objektima npr. autićima itd.) za imenovanje emocija. Termin **osjećaj** (engl. *feelings*) najnejasnije je definiran, odnosno bolje ga je stoga izbjegavati. Nadalje će se zato u tekstu rabiti termini emocije, osjećaji i afekti rabiti kao sinonimi.

Prije smatrani reaktivnim, intermitentnim (koji se javljaju na mahove) i disruptivnim (ometajućim) stanjima, danas su afekti aktivni, kontinuirani i adaptivni procesi (Emde 1983a). Posebno je zanimljivo preverbalno razdoblje u kojemu su djetetova komunikacija i interakcija s okolinom, prije svega s majkom, neverbalne, a uloga je afekta tada središnja u psihosocijalnom razvoju djeteta. Od najstarije povijesti emocije su, zajedno s kognicijom i motivacijom, smatrane središtem psihološkog funkcioniranja čovjeka. Prema tome su afekti primarni motivacijski sustavi i aktualizacija spremnosti na ponašanje (djelovanje). Afekti služe supramodalnoj integraciji svih informacija koje se različitim osjetilima kroz afektivni sustav stječu u jednu cjelinu. Služe i za stvaranje sjećanja, a ono što je aktivirano i aktualizirano, ostaje prije u sjećanju (Resch 1996).

Emocije se mogu promatrati s mnogo aspekata, od kategorija kao što su **radost, iznenađenje, ljutnja, strah, tuga, interes i gađenje** (tzv. temeljne emocije – v. poslije u tekstu) (Ekman i Cordaro 2011), preko dimenzija ugoda – neugoda, razina aktivacije, razina kontrole, usmjerenost na van ili unutra i drugo. Konačna afektivna ekspresija može sadržavati mješavinu više emocija u raznim omjerima koje su različitim stupnju kognitivno razumljive, potiču na akciju i imaju različit stupanj komunikacijske namjere (Emde 1993).

Možemo proučavati tri područja ili skupine procesa kod emocija: 1. neurofiziološke, koje uključuju aktivaciju autonomnog i endokrinog sustava (fiziološka i neurohumoralna komponenta), 2. psihomotorne, očitovanje ekspresivnih elemenata u ponašanju osobe, izraza lica, boje glasa, držanja tijela i sl. (komponenta motoričke akcije i izražaja, npr. somatski i vegetativni simptomi: lupanje srca, valovi vrućine ili hladnoće, tremor, suha usta, osjećaj neugode u prsima i epigastriju, poteškoće disanja, osjećaji tjeskobe, osjećaji vrtoglavice, nesigurnost percepcije) i, konačno, 3.

doživljajno-kognitivni procesi očitovanih kroz emocionalni doživljaj, svijest i verbalizaciju (subjektivni osjećaj, interpretacija i procjena) (Dodge i Garber 2004: Resch 1996).

Čovjekove su emocije biološki utemeljene kao spremnost i kapacitet za komunikaciju i interakciju s okolinom od samog rođenja, stalno se razvijajući. Emocije malenoga djeteta organizirane su i spremne za interakciju s okolinom, u prvim iskustvima dominantnom diskriminacijom (razlikovanje) u dimenziji ugone ili neugode. Dijete je od najranije dobi sposobno majci upućivati signale potrebe, zadovoljstva, stupnja aktivacije i razine otvorenosti novim iskustvima. Na taj način govorimo o emocionalnoj ekspresiji kao „govoru“ najranijega djetinjstva (Emde 1980).

U najranijoj se dobi (prva godina života) mogu konceptualizirati tzv. **temeljne emocije** koje su inspirirane Darwinovim (1872/1998) radovima. Izard (1977) u svojim je radovima dao teoretske postavke „temeljnih emocija“ kao primarnih motivacijskih sustava za ljudska bića. Ekspresija tih emocija jednako se izražava i razumljiva je svim kulturama, a iza njih stoje urođeni obrasci-programi u središnjemu živčanom sustavu. Najpoznatija podjela „temeljnih emocija“, prema Ekmanu i sur. (1969), jest tzv. **velikih šest** (*The Big Six*), a to su **radost** (engl. *happiness*), **tuga** (engl. *sadness*), **ljutnja** (engl. *anger*), **gađenje** (engl. *disgust*), **strah** (engl. *fear/anxiety*), **iznenađenje** (engl. *surprise*), prikazane u [tablici 5.2](#).

Tablica 5.2.

Šest temeljnih emocija, tzv. velikih šest (*The Big Six*)

Modificirano prema Ekmanu i sur. 1969.

- radost (engl. *happiness*)
- tuga (engl. *sadness*)
- ljutnja (engl. *anger*)
- gađenje (engl. *disgust*)
- strah (engl. *fear/anxiety*)
- iznenađenje (engl. *surprise*)

Različiti su autori u svojim radovima ovoj podjeli oduzimali ili dodavali pojedine emocije (v. o ovoj problematici u drugim udžbenicima). Za svaku temeljnu emociju postoji specifična facijalna ekspresija, od neprocjenjive važnosti u socijalnom komunikacijskom sistemu, od uspostavljanja prvotnog odnosa majka – dijete do svih kasnijih interpersonalnih odnosa (Izard 1977).

Emocije služe osobnoj evaluaciji i monitoriranju stanja i uključenosti u interakciju sa svijetom oko sebe, također i u procjeni namjera, potreba, stanja i uključenosti u interakciju. Emocije se opisuju kao jezgra kontinuiteta doživljaja same osobe, tijekom razvoja tzv. afektivnog selfa (Emde 1983b). Drukčije rečeno, kroz jedinstvenost kvalitete osjećanja, afekti služe stvaranju identiteta („Ja sam ono što osjećam“) (Resch, 1996). Upravo kroz „emocionalnu dostupnost“ osoba koje nas okružuju (*emotional availability*) i „emocionalno odnošenje“ (*emotional referencing*), primjerice zaključivanje iz afektivne ekspresije, razvojni proces diferenciranja selfa od drugih, učenja anticipaciji kroz sjećanje prošlosti i konstruiranja kauzalnosti, dobiva kontinuitet značenja (Emde 1983a). Emocije su moćni motivatori i za akciju, i za obuzdavanje.

Neuralni supstrati emocija visoko su složeni, međupovezani dijelovi struktura, puteva i neurotransmitora središnjeg i perifernog živčanog sustava. Struktura za emocionalnu informaciju i emocionalnu aktivaciju jest limbički sustav, za emocionalne puteve amigdala, dok su strukture za emocionalnu ekspresiju hipotalamus i siva tvar, autonomni živčani sustav, periferni živčani sustav te, konačno, frontalni i temporalni režanj strukture su za emocionalno iskustvo (Resch 1996).

Zanimljivost dječje dobi jest u postojanju „normativnih“ ili „fizioloških“ strahova, koji su karakteristični za pojedine razvojne faze, tradicionalno vezanih npr. za nagoni ili kognitivni razvoj prema psihoanalitičarima, npr. Anni Freud (1980) ili Piagetu (1951, 1952) (v. poslije u tekstu). Navedeni su u [tablici 56.1](#). (v. posebno poglavlje 56 o anksioznim poremećajima). Eksces „normativnih“ strahova i dodatna narušenost funkcionalnosti djeteta čine dijagnozu anksioznih (emocionalnih) poremećaja.

S vremenom, dijete napreduje u svojem emocionalnom razvoju pa se nakon relativno prorađenih prethodnih faza emocionalnog razvoja, razvijaju „**kompleksnije emocije**“, koje nastaju kroz socijalnu interakciju s okolinom, kombinacijom temeljnih emocija, kao i s rastućom kognicijom. Tada govorimo o „kompleksnijim emocijama“, „netemeljnim emocijama“, „sekundarnim emocijama“, „socijalizacijskim emocijama“, „afektivno-kognitivnim shemama“ itd. Jedna od složenijih emocija jest **ljubav**. Ljubav definiramo kao kompleksno afektivno stanje i iskustvo, povezano s primarnim libidonoznom investiranjem objekta (okretanjem količine energije na druge). Dijete ima prvo iskustvo ljubavi tijekom faza privrženosti

(kada prevladava osjećaj sigurnosti i reciprocitet odnosa sa skrbnikom) i čežnjom djeteta tijekom i nakon diferencijacije self i objektnih reprezentacija (stadij konstantnosti objekta u trećoj godini). Kod ljubavi je važna sposobnost reparacije odnosa, o čemu je riječi bilo prije. Vrste ljubavi sagledavamo kroz tri dimenzije: narcistička (okrenuta prema sebi) vs. prema objektnoj ljubavi (okrenuta prema drugima), infantilna vs. prema zreloj (omjer primanja i davanja), te ljubav vs. prema mržnji. Objektna konstantnost (oko treće godine) preduvjet je za zrelu ljubav (Resch 1996).

5.3.2. Psihoanalitičke teorije afekata (anksioznosti)

Načelno u psihoanalizi postoji velika rasprava o odnosu između nagona i afekata. Naime, osnovno je pitanje jesu li afekti nagonski derivati ili oni imaju neovisnu funkciju. Freud (1895) afekte promatra u energetskome smislu, dajući im mogućnosti odvođenja energije. Nadalje, u svojim teorijama anksioznosti Freud je postulirao mogućnost pretvaranja nagonskog uzbuđenja kod anksiozne neuroze u somatsko (**prva teorija anksioznosti**), dok se kod histerije anksioznost pretvara u psihološki simptom (druga teorija anksioznosti, gdje je važna signalna anksioznost) (Freud 1926). **Signalna je anksioznost** sposobnost ega da anticipira disbalans homeostaze, odnosno mogućnost da prepozna afektivno „opasne situacije“ te djeluje u formaciji simptoma. Prema ovoj, drugoj teoriji anksioznosti, jedna od mogućih sudbina nagona jest premještanje psihičke energije u afekte, posebno u anksioznost, čime su nagoni i afekti povezani. Strukturno gledano, sjedište i mjesto doživljavanja straha nalazi se u egu. Sandler (1960) dao je self-psihološkim afektima značenje osjećaja sigurnosti i zadovoljenja narcističke potrebe. Melanie Klein (1935) zavist i požudu navodi kao posljedice „loše dojke“ i nagona smrti, dok osjećaj zahvalnosti pridaje „dobroj dojci“ i libidu. Afekti, prema drugim autorima, sami nemaju jezgru motivacije, ali preko osjetila, te proprioceptivnog i nagonskog sustava dobivaju važne informacije (Lichtenberg 1983/1991).

Anna Freud (1980), razrađujući koncept linija razvoja (kompatibilan s nagonskom teorijom razvoja djeteta), uvodi **liniju straha** i hijerarhiju strahova, navodeći razine arhaične anksioznosti, od tame, buke i samoće (uzrokovanih kroz slabost i nezrelost ega), preko straha od ostavljanja, gubitka objekta i ljubavi

(uvjetovanih kroz libidonožnu ovisnost djeteta) do straha od negodovanja superega, odnosno osjećaje krivnje (uzrokovanih pounutrenjem roditeljskih zahtjeva).

Zaključno rečeno, današnje psihoanalitičko gledište promatra emocije na nekoliko razina (Resch 1996):

1. klinička manifestacija kao navedeno osjećajno stanje, posebno s obzirom na kontinuum ugone i neugode;
2. neurobiološki pridodani fenomeni: hormonalni, sekretorni, vegetativni i/ili somatski fenomeni;
3. **metapsihološki koncept** – koji se odnosi na psihičku energiju, nagonsku snagu i rasterećenje, signalni afekt, ulogu ega i njegove strukture, ulogu strukturnog konflikta te mogućih drugih poveznica: kakve su objektno relacije, ulogu selfa te superordinirajućeg organizacijskog sustava. Afekti su blisko povezani uz objektno reprezentacije, self-reprezentacije i fantazije s obzirom na stanje nagona. Ova, zadnja povezanost dovela je originalno Freuda (1895) do toga da konstatira kako su afekti nagonski derivati, ali oni su danas smatrani ego-strukturama koje mogu biti ili nepovezane s nagonima ili uključene u konflikt.

5.3.3. Razvoj emocija prema Greenspanu i suradnicima

Greenspan (2003) i njegovi suradnici, iako psihoanalitičar, posebno je usmjeren na emocionalni razvoj djeteta, ubraja se danas u teoretičare razvojno strukturnog pristupa. Razvojno strukturni pristup proučava kako dijete organizira svoje iskustvo u svakom razvojnom stadiju, posebno u prve tri godine života. Iskustvo je široko definirano, obuhvaća emocionalna iskustva, kao i iskustva s neživim ili impersonalnim svijetom. Dvije iskustvene hipoteze vezuju se za ovaj pristup: organizacijski kapacitet djetetove ličnosti tijekom razvoja ide prema „višim stupnjevima“; na posebnim organizacijskim razinama postoje i karakteristični tipovi iskustva (interesa ili sklonosti), koja se „odigravaju“ unutar pojedine organizacijske strukture.

Zajedno sa suradnicom postulirao je četiri stupnja organizacije. Prva dva stupnja dijete ovladava do 18. mjeseca života (analog stupnju individuacije), a sva četiri stupnja s otprilike 3,5 godina (analog stupnju konstantnosti objekta).

1. faza: Regulacija, interes za svijet, biti prisutan (0. – 3. mjeseca); i angažiranost – zauzetost (premi-

jera) (2. – 7. mjesec); navodi važnost interesa prema senzoričkom, uz paralelno odvijanje inicijalne modulacije afekta. Ugodni afekti karakteriziraju odnose, razvija se bliskost. Mišićni tonus, motorna koordinacija i motorno planiranje također utječu na pažnju. Kliničari mogu raditi pogrešku, želeći „ugoditi“ djetetu, očekuju bolju koncentraciju i verbalizaciju djeteta, umjesto jednostavnog pristupa djetetu, koje se velikim dijelom izražava neverbalno, svojim ponašanjem.

2. faza: Komunikacija gestama i ponašanjem, smisljena i organizirana komunikacija (3. – 10. mjesec) i stvaranje kompleksnog osjećaja selfa (9. – 18. mjesec). Druga organizacijska razina sastoji se od organiziranog oblika ponašanja i intencionalne, neverbalne komunikacije (npr. geste). Ovo uključuje facialnu ekspresiju, zvukove, držanje, pokrete ruku i nogu. Stvaraju se temeljne emocionalne poruke koje traju cijeli život: zaštita i sigurnost vs. opasnosti; prihvaćanje vs. neprihvaćanje. Neverbalna komunikacija pomaže organizaciji kompleksnijeg ponašanja i pojavljujućeg osjećaja sebe, odnosno selfa. Ova suptilna interaktivna komunikacija osnova je za jezično razumijevanje i emocionalnu adaptaciju, ali i sposobnost organizacije ponašanja i emocionalnosti. Komunikacija gestama i ponašanjem pomaže djetetu integrirati i razumjeti svijet oko sebe.

U ovoj fazi postoji **preverbalno afektivno signaliziranje** (davanje znakova) i formacija prilagodbenih *coping* sposobnosti. Kroz recipročne afektivne interakcije dijete postupno uči umanjiti katastrofične emocije kao što su strahovi i bijes, modulirati ih te regulirati vlastito ponašanje ili raspoloženje. Ako dijete nema osjećaj postojanja skrbnika koji regulira, odnosno povratne veze za vlastitu emocionalnu ekspresiju, tada je to izvan njegova signalizirajućeg sustava i, posljedno tome, ide prema psihopatološkim stanjima.

3. faza: Kreiranje internalnih mentalnih slika (ideja) i dijeljenje s drugima (preko simbola, mentalnih reprezentacija). Nastaje reprezentacijska i simbolička elaboracija i diferencijacija (18 – 48 mjeseci). Treći i četvrti stupanj govori o stupnju elaboracije i diferencijacije. Treći stupanj govori o elaboraciji i dijeljenju značenja. Kada dijete počinje govoriti o svojim osjećajima i mislima, smatramo da je doseglo treći stupanj – zajedničkog značenja (reprezentacijska elaboracija). Riječima se koristi na funkcionalan i interaktivan način, rabi „pretend“ (pretvarajuću) ili simboličku igru na interaktivan način za komunikaciju želja, osjećaja i misli.

4. faza: Kategorizacija prije opisanih značenja (*meanings*) i njihovo povezivanje

Na četvrtom se stupnju koriste zajedničkim značenjima i pretvarajućom igrom za elaboraciju želja i osjećaja, kategoriziraju značenja, slično logičnoj konverzaciji u pokušaju rješenja problema. Četvrti stupanj dijete dosegne ne samo sposobnošću elaboriranja teme nego kreiranjem mostova između domena iskustva (npr. uplašen sam kad sam bijesan). Kategorizacija iskustva indicira i simboličku reprezentaciju; postoji simboličko „ja“ i simboličko „ti“. Dijete može voditi logički dijadni dijalog i razlikovati fantaziju od realnosti.

Teorija Greenspana i suradnika naglašava faznu prirodu razvoja djeteta, dovodeći emocije u središte djetetova razvoja. Posebno ističe neverbalnu komunikaciju, temeljenu na emocijama, koja traje gotovo cijelu prvu godinu života. „Psihološko rođenje“ ili „svjesnost o sebi“, odnosno „kompleksniji osjećaj sebe“, za Greenspana i suradnike događa se u razdoblju od 9 mjeseci dojenčtova života do 18. mjeseca, analogno „fazi individuacije“ Mahler (1975). Od 18. mjeseca nastaje povećana simbolička sposobnost djeteta, analogno razvoju simbolizacije, prema dosezanju „konstantnosti objekta“.

5.4. Teorija kognitivnog razvoja

Senzomotorni razvoj i motorička koordinacija prethode općemu kognitivnom razvoju. U kognitivni razvoj ubrajamo razvoj pažnje, koncentracije, sjećanja, pojmovnog mišljenja, opće inteligencije, razvoj govora (bit će posebno opisan) te specifične vještine (čitanje, pisanje, računanje itd.) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Odraslim je osobama katkada teško uživjeti se u kognitivni način djetetova razmišljanja, međutim, ovaj razvoj traje dugi niz godina (Mewe i Mattejat 2011). U posebnom poglavlju 7 je opisan razvoj djetetova crteža, kao i razvoj jezika i govora, a što je usko vezano uz kognitivni razvoj.

Teorija kognitivnog razvoja vezana je uz rad Piageta (1951, 1952) i njegovih sljedbenika i modifikatora (v. druge klasične udžbenike o kognitivnoj teoriji). Piageta (1952, 1952) ubrajamo u konstruktiviste, koji pojedina smatraju aktivnim u svojem razvoju s obzirom na pasivnu okolinu. Osnovne teorijske postavke u konstrukciji realnosti jesu procesi **asimilacije i akomodacije**. Piaget normalan razvoj objašnjava postupnom diferencijacijom i integracijom psihičkog sustava tijekom razvojnih faza koje su sve složenije (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Piaget smatra učenje različitih operacija središtem intelektualnog napretka (Steinhausen 2010). Pod **operacijom** razumijeva posebnu psihološku rutinu npr. 3^2 jest devet, ali može biti i obratno pa je $\sqrt{9} = 3$. Prema Piagetu, postoje jednostavne **sheme** aktivnosti npr. puzanje, ili smisljena akcija npr. pritisak gumba na igrački vodi početku melodije. Dakle, senzomotorne su sheme kognitivne strukture najranijega djetinjstva i odnose se na uvježbane i uopćene sklopove ponašanja s pomoću kojih dijete djeluje i razaznaje svijet oko sebe, npr. shema sisanja. Obrazac sisanja može primijeniti i na druge predmete npr. dudu, prst. Piaget ovaj pojam naziva **asimilacijom**. Dijete se polako asimilira (prilagođuje) svojoj okolini, ne mijenajući svoje ponašanje. Naprednijim stupnjem prilagodbe Piaget navodi proces **akomodacije**, kojim dijete mijenja prvotnu shemu i svoje ponašanje, mora nešto dodatno učiniti da bi se ostvarila akcija (Mewe i Mattejat, 2011). Dijete povremeno kombinira svoje sheme, npr. pri uključivanju TV-a mora pritisnuti gumb, ali ga mora i okrenuti na jednu stranu. Odnos između različitih shema i njihovo svrstavanje u operacije i mišljenje, koje ih nadilaze, Piaget naziva **strukturuom**. I strukture su podložne promjeni, a one su po principima najveće mjere i slobodne od suprotnosti (Mewe i Mattejat 2011).

Diferencijacija i integracija **psihičkog sustava se odigravaju tijekom četiri faza razvoja (v. tablicu 5.3.)**.

Tablica 5.3.

Faze razvoja mišljenja prema Piagetu

Modificirano prema Piaget 1951, 1952.

1. Senzomotorna faza (od rođenja do 18. mjeseca);
2. Preoperacijska faza (između 2. godine i 6. – 7. godine);
3. Faza konkretnih operacija (od 7. do 11. godine);
4. Razdoblje formalnih operacija (od 11. godine i dalje).

1. Senzomotorno razdoblje (od rođenja do 18. mjeseca): dominantna je senzomotorna razina (npr. pokrivanjem predmeta tkaninom dijete taj predmet više ne traži) i refleksna aktivnost, uz slabo koordinirano ponašanje i jednostavne reflekske. Od 8. do 12. mjeseca dijete daje naznake sjećanja, koristi se gestama u otklanjanju zapreka svojih interesa, bez prave reprezentacije nekog predmeta. Razvija sheme mišljenja, ne jasnih slika; s vremenom dolazi do veće orijentacije u prostoru, npr. trešnja zvečicom izaziva zvuk i to ponavlja. Ponašanje usmjeruje više cilju (npr. uzima neko sredstvo da dođe do cilja); postupno stvara kon-

stantnost predmeta i simboličkog mišljenja, razvija govor.

2. Preoperacijska faza (između 2. i 6. – 7. godine): promjena na simboličku razinu funkcioniranja, što označuje prikazivanje predmeta ili situacije na simbolički način (igra čajanke, simbolizira pravu čajanku koju dijete opaža u svojoj okolini). Dijete stvara imaginativne igre, dominira animizam (objektima se pridružuje životna funkcija), magično mišljenje (osobna interpretacija događaja i ritualizirano ponašanje). Intenzivno razvija govor, usložnjava mišljenje, manje je vezano za konkretne ciljeve. Konstantnost predmeta dalje se razvija (reprezentacija predmeta nastaje negdje između 18. i 24. mjeseca, kada spoznaju unutarnju, permanentnu sliku o predmetu).

Mišljenje je **egocentrično**, pri čemu egocentrizam nije toliko dubok kao tijekom senzomotorne faze, ali se dijete i dalje teško odvaja od vlastita motrišta kako bi preuzelo stajalište druge osobe te se ponaša kao da svi dijele njegov pogled na svijet, vide ono što i on vidi, osjećaju što on osjeća, znaju što on zna. Pojam **centracije** odnosi se na djetetovu sklonost usmjerivanju samo na jedan aspekt problema u određenom trenutku. Kao primjer može poslužiti znameniti pijaževski zadatak konzervacije (spoznaja da su kvantitativna svojstva predmeta nepromjenjiva). Djetetu se pokažu dvije čaše u koje se nalije jednaka količina vode. Zatim se voda iz jedne čaše prelije u usku i visoku čašu. Djeca u ovoj fazi tada kažu da visoka čaša sadržava više vode jer se centriraju na pogrešne perceptivne znakove, tj. na visinu čaše, a ne količinu vode. S vremenom dolazi do sve veće **decentracije**, tako da dijete vidi svijet s aspekta drugih ljudi. I dalje je dominantna percepcija važna u dječjoj konstrukciji realnosti. Mogu postojati poteškoće u razlikovanju fantazije i realnosti, dok se bolest, sukladno magičnom mišljenju, može doživjeti kao kazna.

Piaget nije postulirao **teoriju uma**; međutim, s vremenom djeca oko 4. do 5. godine pripisuju sebi i drugima ciljeve, potrebe, želje i stajališta, formirajući tako „teoriju uma“ (*theory of mind*). Ekvivalentni modus govori o poistovjećenju npr. unutarnjih osjećanja i vanjskih događanja, dok „igrajući modus“ govori o mogućnosti pretvaranja, „ipak je sve samo igra“. Integracijom ovih dvaju modova nastaje sposobnost **mentaliziranja** (Fonagy 1999), sposobnosti djetetovog predočavanja da različite osobe imaju različite osjećaje i stajališta o istoj vanjskoj realnosti. Metakognitivne funkcije razvijaju se iz dobrog odnosa djeteta i skrb-

nika. Tako majka ne kazuje svojem djetetu: „Je l' ti guza mokra“, nego „Želiš li novu pelenu?“, dajući djetetu vlastitu intencionalnost oko misli i želja.

3. Faza konkretnih operacija (od 7. do 11. godine): mišljenje postaje vrlo sofisticirano, dolazi do veće hijerarhije pojmova, uz i dalje konkretnu vanjsku realnost. Aktualni su problemi važniji od hipotetskih. Na pitanje „Što je pas?“, u prethodnoj fazi odgovara „On može ugristi.“, a sada odgovara „Jedna ružna životinja“. Djeca bolje usvajaju numeričke odnose; nastavlja se decentracija. To sofisticirano i „logičnije“ mišljenje Piaget je opisao putem **operacija**. Za Piageta je operacija izraz za različite oblike mentalnih radnji s pomoću kojih starija djeca rješavaju probleme i logično rasuđuju. Jedan od primjera operacija jest razvrstavanje u klase. Primjerice jedno pitanje na supskali sličnosti u WISC-u glasi: što je zajedničko klaviru i violini ili što je zajedničko pivu i vinu? Mlađa djeca kažu da su klavir i violinu vidjeli na TV-u, a pivo i vino su u staklenoj boci. Djeca koja su dosegla stadij konkretnih operacija mogu reći da su klavir i violina instrumenti, a da su pivo i vino alkoholna pića. Takva djeca razumiju strukturu klasa, znaju da ne može biti više ruža nego cvijeća ili više pasa nego životinja. Klase nisu zadane okolinom, one su posve kognitivna konstrukcija.

Prije smo naveli primjer konzervacije količine (vode). No konzervacija se odnosi i na mnoga druga obilježja predmeta pa tako, osim konzervacije količine, imamo i konzervaciju broja, dužine, mase, težine, vremena, brzine itd. U razdoblju konkretnih operacija djeca postupno svladavaju pojedine oblike konzervacije. Prvo je to konzervacija broja, zatim mase, a konzervacije dužine i ostale vrste konzervacije dolaze nešto kasnije. To je postupan proces. Osim toga, djeca u stadiju konkretnih operacija nastoje pronaći red u okolišu i razviti pravila ponašanja i strukturiranosti u svojem životu (npr. izbjegavaju stajanje na pukotine na pločniku i slični rituali).

4. Razdoblje formalnih operacija (od 11. godine i dalje). Dolazi do finalnog stupnja razvoja mišljenja. Događa se kvalitativni pomak u pristupanju apstraktnim problemima, zaključci se donose bez potrebne aktualne demonstracije, dolazi do self-refleksije. Pojavljuju se kompleksno teoretsko mišljenje i sistematizacija, npr. dolazi do koncepta ireverzibilnost smrti (dijete psa sada kategorizira u sisavce, u pojedini red životinja itd.).

Prema Piagetu, poremećaji u razvoju posljedica su asinkroničnog razvoja procesa asimilacije i akomoda-

cije, odnosno deficita u diferenciranju i integraciji. U terapijskome smislu Piaget potiče funkcionalnu asimilaciju i akomodaciju, kao i daljnju diferencijaciju i integraciju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Psihoanaliza razlikuje **primarni proces mišljenja**, potpuno neinhibirane energije prema imaginativnom ispunjenju želje, bez logične kontradikcije, kauzalne povezanosti, vremena i vanjske realnosti. U **sekundarnom se procesu mišljenja** slobodno lebdeća energija inhibira, prihvaća se vanjska realnost, uz izazivanje vanjskih „realnih zadovoljstava“. Djetetovim razvojem primarni se proces zamjenjuje sekundarnim procesom mišljenja (Hartkamp 2002).

5.5. Teorija učenja, biheviorizam

Biheviorizam je utemeljen na teoriji učenja, počevši od klasičnog Pavlovljeva (1906, 1927) eksperimenta sa psom, klasičnim kondicioniranjem, kao i radovima Watsona (1913, 1919, 1920) i Skinnera (1938, 1953), kao i važnim modifikatorima teorije učenja (v. udžbenike iz biheviorizma). Biheviorizam daje važnost manifestnom ponašanju spram podležecim psihološkim konstruktima. U posebnom poglavlju je opisan razvoj djetetove motivacije (v. posebno poglavlje 7), a što je usko vezano uz teoriju učenja.

Osnovna je teorijska postavka u određivanju ponašanja i učenja tijekom različitih situacijskih uvjeta (uvjeti podražaja, posljedice). Normalni je razvoj konceptualiziran kao učenje sposobnosti i načina ponašanja prema pravilima učenja (Mattejat i Schuette-Markwort, 2013).

Pavlovljev eksperiment sa psom polazi od **klasičnog kondicioniranja**, a primjenjiv je kod depresije, poremećaja raspoloženja, problema ovisnosti, kao i psihosomatskih problema. Pavlov je u svojim pokusima sa psima ustanovio da će neki inače **neutralan podražaj** (npr. zvuk zvona), ako je više puta davan zajedno s nekim **bezuvtjetovanim podražajem** (unconditioned stimulus- hrana), koji je prirodno izazivao **bezuvtjetnu reakciju** (unconditioned response- slinjenje), konačno i sam izazvati tu reakciju. Zvuk zvona, koji je u početku bio neutralni podražaj, povezivanjem s davanjem hrane postao je **uvjetovani podražaj (conditioned stimulus)** tako da je slinjenje, koje je u početku bila bezuvjetna reakcija na uzimanje hrane, uz zvuk zvona postalo uvjetovana reakcija. Ponavljanje istodobnog davanja bezuvjetnog i uvjetnog podražaja – kako bi se uspostavila i održavala uvjetovana reakcija – naziva se **potkrepljenjem** (Petz 2005).

Skinner (1938, 1953) u svojim radovima opisuje **operantno (instrumentalno) kondicioniranje**, koje nastaje sistematskim potkrepljivanjem (engl. *reinforcement*). Sličan se postupak odnosi na eliminaciju određenog ponašanja (ekstinkcija). U ovom se postupku prethodno pojačavanje uskraćuje ili umanjuje, a može se kombinirati s paralelnim potkrepljivanjem (pojačavanjem) drugoga poželjnog ponašanja. U klasičnom uvjetovanju potkrepljenje dakle dolazi prije reakcije, a u instrumentalnom uvjetovanju nakon nje. U klasičnom su uvjetovanju životinja ili čovjek pasivni i reagiraju tek na uvjetovani podražaj, dok su u instrumentalnom uvjetovanju aktivni, a ponašanje se potkrepljuje nakon što je nešto učinjeno.

Teorija učenja može, nadalje, biti primjenjivana kroz **opservacijsko učenje** (učenje putem promatranja drugih) te kroz **averzivno kondicioniranje**. Terapije koje primjenjuju bihevioralne principe usredotočene su na cjelokupno ponašanje (prethodnice i posljedice). Uporabljuju se primijenjena analiza ponašanja (*applied behavioral analysis*) i trening roditeljskih vještina (*parent management training*). Odstupajuće ponašanje tumači se kao atipični model učenja (deficitni učenja, naučeno disfunkcionalno ponašanje) na temelju atipičnih uvjeta učenja. Kliničko-terapijska nastojanja usmjerena su učenju alternativnih načina ponašanja primjenom pravila učenja, dakle bihevioralnim metodomama (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

5.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Privrženost je koncept koji se primjenjuje u psihologiji i psihijatriji, a označuje trajnu emocionalnu vezu između djeteta i majke ili druge djetetu bliske osobe. Privrženost označuje djetetovu potrebu za „sigurnom bazom“ osobe koja se brine za njega. S jedne strane predstavlja sigurnost, a s druge strane se omogućuje djetetu i eksplorativnost (istraživanje novoga). Privrženost je danas jedna od teorija socijalnog razvoja jedinke.
- ✓ Privrženost se može mjeriti „testom strane situacije“ razlikujući četiri tipa; svaki od tih četiriju tipova ne smatramo dijagnozama, već eventualnim rizičnim/zaštitnim čimbenicima za razvoj nekih poremećaja ili njihovu odsutnost.
- ✓ U djeteta vrlo važan emocionalni razvoj ima svoj razvojni slijed. Istraživanjem emocija i

emocionalnog razvoja djeteta utvrđeno je da je za taj razvoj važan senzitivni roditelj koji pokazuje empatiju prema djetetu i njegovim emocionalnim stanjima.

- ✓ U prvoj je godini važna neverbalna komunikacija, koja se većinom temelji na afektivnoj međusobnoj komunikaciji. Takva afektivna neverbalna komunikacija je važna za razvoj verbalne komunikacije.
- ✓ Kognitivnim razvojem djeteta doznajemo o kompleksnom razvoju osnovnih pojmova, pojavljivanju simbolizacije, sve do razvoja apstraktnog mišljenja u razdoblju formalnih operacija.
- ✓ Bihevioralnim razvojem djeteta uči različite vještine kroz iskustvo.

5.7. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Zašto je koncept privrženosti toliko prihvaćen u današnjoj znanosti?

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje. Pojedini kritičari smatraju da koncept privrženosti pojednostavnjuje razvoj djeteta, umanjuje učinke fantazija na dijete itd., međutim, s vremenom se koncept privrženosti sve više primjenjuje u klinici i u znanstvenim istraživanjima. Jedan od razloga njegova prihvaćanja jesu opservacije djece s traumama i one u domovima, u koje se zapažala potreba za skrbnikom. S druge strane, teorija privrženosti kompatibilna je s animalnim istraživanjima (etologijom). Testom strane situacije bihevioralno i empirijski mogu se odrediti tipovi privrženosti, čime koncept postaje operativan. Danas je koncept privrženosti kompatibilan sa psihodinamskim teorijama, kao i s drugim teorijama dječjeg razvoja.

■ PITANJE: Koja je razlika između nesigurne i dezorganizirane privrženosti?

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje jer u literaturi postoje kontradiktorna mišljenja. Prema pojedinim autorima, sigurna se privrženost temelji na dihotomiji sigurno/nestigurno, a organizacijska struktura na dihotomiji organizirano/dezorganizirano, što su različiti koncepti, koji su ortogonalni. Kod nesigurne privrženosti razlikujemo izbjegavajući (*avoidance*) i pirući (**ili ambivalentni**) tip (*resistant*). U

stanjima stresa nesigurno privrženost dijete ipak ima odgovarajuću organizacijsku strategiju suočavanja sa stresom u prisutnosti skrbnika (izbjegavanje ili davanje otpora). Nesigurna je privrženost obično povezana s manjkom senzitivnosti roditelja. S druge strane, dezorganizirani oblik privrženosti jest slom strategije u smislu konfuzije, kontradiktornog ponašanja, stereotipija, zamrzavanja ili zastoja itd., uz opću disregulaciju. Dezorganizirana se privrženost povezuje s roditeljskim ponašanjem koje uzrokuje strahove, hostilan ili intruzivan stav roditelja, majčino povlačenje ili zbunjujuće roditeljske uloge, unutarobiteljske traume te roditelji koji sami imaju neriješene gubitke u svojem djetinjstvu (npr. *voices from the past*), depresija roditelja, ovisnost roditelja, neslaganja roditeljskog para. Kažemo da vode nemogućoj djetetovoj dilemi kako se umiriti u prisutnosti roditelja koji ga straše. Dezorganizirana privrženost, više od drugih oblika nesigurne privrženosti, povećava rizik od kasnije psihopatologije. Sažeto rečeno, npr. u nekog djeteta postoji mogućnost da je riječ o primarno sigurnoj privrženosti i koja je organizirana, međutim, može biti posrijedi i primarno dezorganizirana privrženost, dok, prema nekim autorima, sekundarna klasifikacija može govoriti o dodatnom sigurnom ili nesigurnom tipu (izbjegavajućem ili opirućem).

■ **PITANJE: Što to znači omjer privrženog ponašanja s obzirom na eksplorativnost?**

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje. S jedne strane, traženje sigurne baze smiruje dijete, međutim, paradoksalno i u hegelovskom smislu dijalektički, to ojačava i potrebu za eksploracijom (istraživanjem okoline i odvajanjem od skrbnika).

■ **PITANJE: Što to znači da postoje temeljne emocije i kakav je onda razvoj drugih emocija tijekom djetinjstva?**

ODGOVOR: Ovdje u literaturi postoje mnoge kontroverze. Izard je postulirao „temeljne emocije“ oslanjajući se na evoluciju i Darwina, kao i na facijalnu ekspresiju koja je evolutivno zadana. Nadalje, posebno je ovdje važna uloga Ekmana i suradnika. Definicija „temeljnih emocija“ bila je podložna zagovornicima, ali i oponentima i kritičarima (kako definirati pojedinu emociju: emocionalno subjektivno stanje, neurobiološki korelat itd.). S vremenom se u psihologiji ipak etablirao koncept temeljnih emocija u prvoj godini života. Kako vrijeme prolazi, dijete dolazi do kompleksnijih osjećaja, uz rastuću kogniciju, kao i kombinaci-

jom temeljnih emocija. Primjerice u djeteta se razvijaju empatija, ljubavni osjećaji itd. Na početku psihoanalitičari nisu priznavali razvoj emocija, međutim, u međuvremenu sve više psihoanalitičari prihvaćaju ovaj koncept, u suglasju sa psihoanalitičkom teorijom.

■ **PITANJE: Kada nastupa „psihološko rođenje“ djeteta, odnosno kada dijete počinje sebe doživljavati?**

ODGOVOR: Na to nije lako odgovoriti. U prethodnim je tekstovima navedeno i prenatalno postojanje „fetalnog uma“. Međutim, kada dijete zaista postaje svjesno sebe, svojeg ega? Prema Greenspanu i suradnicima, to se događa oko 9. mjeseca života, kada dijete posjeduje kompleksniji doživljaj sebe. Tada su izrazito važni emocionalni procesi, interakcija majke i djeteta, kao i aspekti neverbalne komunikacije. Stvaraju se temeljne emocionalne poruke koje traju cijeli život: zaštita i sigurnost vs. opasnost, prihvaćanje vs. neprihvatanje, a komunicirano facijalnom ekspresijom, držanjem tijela, pokretom, vokalnim tonom i ritmom. Neverbalna komunikacija, prema tome, pomaže organizaciju sve kompleksnijeg ponašanja, kao i pojavljujući osjećaj sebe – odnosno selfa.

■ **PITANJE: Navedite razliku između faze konkretnih operacija i faze formalnih operacija prema Piagetu?**

ODGOVOR: U fazi konkretnih operacija mišljenje postaje vrlo sofisticirano, dolazi do veće hijerarhije pojmova, ali ostaje vezano za konkretnu vanjsku realnost. Aktualni su problemi važniji od hipotetskih. Kod faze formalnih operacija kvalitativni je pomak u pristupanju apstraktnim problemima, zaključci se donose bez potrebne aktualne demonstracije, a pojavljuju se kompleksno teoretsko mišljenje i sistematizacija.

■ **PITANJE: Koja je razlika između klasičnog i operantnog kondicioniranja?**

ODGOVOR: U Pavlovljevim eksperimentima uvjetovana reakcija bila je jednaka bezuvjetnoj reakciji koja je izazvana bezuvjetovanim podražajem: lučenje slina na zvuk jednako je kao i lučenje slina na hranu. No, ako na primjer nekog psa želimo naučiti nekoj vještini, a ta vještina nije slična nijednoj prirodnoj reakciji izazvanoj nekim bezuvjetnom podražajem, onda nikakav bezuvjetovani podražaj ne možemo iskoristiti za uvjetovanje. U tom slučaju životinju treba na određeni način navesti da učini pokrete za tu vještinu i odmah nakon toga je nagraditi pohvalom ili hranom. Kada se

to nekoliko puta ponovi, životinja nauči da će određenim oblikom ponašanja doći do nagrade. Takvo je ponašanje Skinner nazvao operantnim ponašanjem, koje se naziva i instrumentalnim ponašanjem jer s pomoću njega dolazimo do željenog cilja. U instrumentalnom uvjetovanju zapovijed psu da izvede radnju uvjetovani je podražaj, životinjina je reakcija uvjetovana reakcija, nagrada hranom bezuvjetovani je podražaj, a jedenje hrane bezuvjetna reakcija. U klasičnom uvjetovanju potkrepljenje dakle dolazi prije reakcije, a u instrumentalnom uvjetovanju nakon nje. U klasičnom uvjetovanju životinja ili čovjek pasivni su i reagiraju tek na uvjetovani podražaj, dok su u instrumentalnom uvjetovanju aktivni, a ponašanje se potkrepljuje nakon što je nešto učinjeno. I instrumentalno uvjetovanje također je oblik učenja. U tijeku razvoja djeteta stalno se zbivaju klasična i instrumentalna uvjetovanja: dijete primjerice nauči voljeti neku osobu jer se ta osoba pojavljuje zajedno s majkom (klasično uvjetovanje) ili pak nauči da ne dira neke predmete u stanu jer je bilo uvijek kažnjeno ako ih je diralo (instrumentalno uvjetovanje).

5.8. Pitanja

- 1 Koji su tipovi privrženosti u dječjoj dobi i koji su analogni tipovi privrženosti u odrasloj dobi, koje su moguće reprezentacije u budućih roditelja, te koja je moguća psihopatologija?
- 2 Navedite osnove „fokusrane privrženosti“.
- 3 Koja su tri područja ili procesa proučavanja emocija?
- 4 Navedite nekoliko temeljnih emocija u ljudi i koja je njihova uloga.
- 5 Navedite i ukratko opišite četiri kognitivna stadija prema Piagetu.
- 6 Navedite što je to „teorija uma“.
- 7 Navedite osnove teorije učenja (biheviorizma).

5.9. LITERATURA

1. *Ainsworth M, Blehar M, Waters E i sur.* Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
2. *Beebe B.* Coconstructing mother-infant distress: the micro-synchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter. *Psychoanal Inquiry* 2000;20: 421-40.
3. *Beebe B, Lachmann FM.* Co-constructing inner and relational process. Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanal Psychol* 1998;15:480-516.
4. *Benham AL.* The observation and assessment of young children including use of the infant-toddler mental status exam. U: *Zeanah Jr. CH, ur.* Handbook of infant mental health. 2 izdanje. New York: The Guilford Press; 2000, str. 249-265.
5. *Borelli JL, Palmer A, Vanwoerden S i sur.* Convergence in Reports of Adolescents' Psychopathology: A Focus on Disorganized Attachment and Reflective Functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2017; 13:1-14.
6. *Boris NW, Zeanah CH.* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(11):1206-19.
7. *Bowlby J.* Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt: Fischer; 1969/1984.
8. *Cassidy J.* Emotion regulation: Influences of attachment relationships. U: *Fox N, ur.* Biological and Behavioral Foundations of Emotion Regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development 1994, Vol 59, str. 228-249.
9. *Darwin C.* The expression of the emotions in man and animals. Treće izdanje. New York: Oxford University Press; 1872/1998.
10. *Dodge K, Garber J.* Domains of Emotion regulation. U: *Garber J, Dodge K, ur.* The development of emotion regulation and dysregulation. New York: Cambridge University Press; 1991, str. 3-11.
11. *Ekman P, Cordaro D.* What is meant by calling emotions basic. *Emotion Review* 2011;3:364-370.
12. *Ekman P, Sorenson ER, Friesen WV.* Pancultural elements in facial displays of emotions. *Science* 1969;164:86-88.
13. *Emde RN.* A Framework for viewing emotions. U: *Emde RN, Osofsky JD, Butterfield PM, ur.* The IFEEL Pictures-A New Instrument for Interpreting Emotions. Connecticut: International Universities Press, Inc. Madison; 1993, str. 3-24.
14. *Emde RN.* The Affective Self: Continuities and Transformations from Infancy. U: *Call JD, Eleanor Galenson, Tyson RL, ur.* Frontiers of Infant Psychiatry. New York: Basic Books, Inc., Publishers; 1983a, str. 38-53.
15. *Emde RN.* The prerepresentational self and its affective core. *Psychoanal Study Child* 1983b;38:65-192.
16. *Emde R.* The Rewards of infancy: Emotional Availability and Maternal Referencing U: *Greenspan SI, Pollock GH, ur.* The Course of Life: Psychoanalytic Contributions Toward Understanding Personality Development. Adelphi: National Institute of Mental Health; 1980, Vol I, str. 17-30.

17. *Fonagy P.* Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. *Psyche* 1998;52:331-68.
18. *Fonagy P.* Points of contact and divergence between psychoanalytic and attachment theories: Is psychoanalytic theory truly different? *Psychoanal Inquiry* 1999;19:448-80.
19. *Fonagy P, Steele M, Steele H i sur.* The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal* 1991;12:201-217.
20. *Fonagy P, Steele M, Moran G i sur.* Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1993;41:929-989.
21. *Freud A.* Entwicklungs-Psychopathologie aus psychoanalytischer Sicht. U: *Freud A. Die Schriften der Anna Freud-Zehnbändige Ausgabe.* Munchen: Kindler Verlag GmbH; 1980.
22. *Freud S.* Entwurf einer Psychologie. GW Nachtragsband. 1942-1987. Frankfurt: Fischer; 1895, str. 375-486.
23. *Freud S.* Hemmung, Symptom und Angst. GW 14. 1942-1987. Frankfurt: Fischer; 1926, str. 111-205.
24. *Goldsmith HH, Alansky JA.* Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55:805-816.
25. *Greenspan SI.* The clinical interview of the child. 3 izdanje. Washington: American Psychiatric publishing inc; 2003.
26. *Harlow HF.* The nature of love. *American Psychologist*, 1958;13(12):673-685.
27. *Hartkamp N.* Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. In: *Ahrens S, Schneider W, ur.* Lehrbuch der Psychotherapie und Psychoanalytischen Medizin. Zweite Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2002, str. 115-145.
28. *Hesse E, Main M.* Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment. *J Amer Psychoanal Assn* 2000;48:1097-1127.
29. *Izard CE.* Human Emotion. New York & London: Plenum Press; 1977.
30. *Jakovina T, Crnkovic Batista M, Ražić Pavičić A i sur.* Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatr Danub* 2018;30(1):72-8.
31. *Kaplan HI, Sadock BJ, ur.* Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. 6 izdanje. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.
32. *Kaplan IH, Sadock BJ, Grebb JA, ur.* Synopsis of Psychiatry. Attachment Theory. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994, str. 161-165.
33. *Klein M.* A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *Int J Psycho-Anal* 1935;16:145-174
34. *Kohut H.* The restoration of the self. New York: International University Press; 1977.
35. *Lichtenberg JD.* Psychoanalysis und Saeuglingsfodrschung. Berlin: Springer; 1983/1991.
36. *Mahler MS.* Symbiose und Individuation. Die psychische Geburt des Menschenkindes. *Psyche* 1975;29:609-25.
37. *Majić G.* Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla (disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet Zagreb; 2011.
38. *Majić G, Begovac I, Begovac B i sur.* Utjecaj attachment-a na psihopatologiju u dječjoj dobi. *Soc psihijat* 2008a;36:171-8.
39. *Majić G, Begovac I, Klobučar S i sur.* Attachment (privrženost, vezivanje)- teorijske postavke. *Soc psihijat* 2008b; 36:125-30.
40. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie systematisch. 5. Auflage. Bremen: UNI-MED; 2013.
41. *Mewe F, Mattejat F.* Psychische Entwicklung. U: *Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur.* Kinder und Jugendpsychiatrie. 6. uberarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thiemme; 2011, str. 9-25.
42. *Pavlov IP.* The scinetific investigation of the psychical faculties or processes in the higher animals. *Science* 1906;24: 613-619.
43. *Pavlov IP.* Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activities of the cerebrral cortex. London: Oxford University Press; 1927.
44. *Petz B, ur.* Psihologijski rječnik. 2. izmijenjeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Naklada Slap; 2005.
45. *Piaget J.* Play, dreams and imitation in childhood. London: Routledge & Kegan Paul; 1951.
46. *Piaget J.* The origins of intelligence in children. New York: International University Press; 1952.
47. *Resch F.* Entwicklungspsychopathologie des Kindes und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1996.
48. *Rosenstein DS, Horowitz HA.* Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(2): 244-53.
49. *Rutter M.* Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. *J Child Psychol Psychiat* 1995;36(4):549-571.
50. *Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E.* Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(5):529-43.
51. *Sandler J.* Sicherheitsgefuehl und Wahrnehmungsvorgang. *Psyche* 1960;15:124-31.
52. *Sharp C, Fonagy P.* Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015;56(12): 1266–1288.
53. *Skinner BF.* The behaviour of organisms. New York: Appleton- Century-Crofts; 1938.
54. *Skinner BF.* Science and Human Behavior. New York: Free Press; 1953.
55. *Spitz RA.* Hospitalism: a follow-up report. *Psychoanalytic Study of the Child* 1946;2:113-118.
56. *Spitz RA.* Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1945;1:53-74.
57. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
58. *Stern D.* Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta; 1994.

59. *Stern DN*. The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books; 1985.
60. *Strauss B*. Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* 2006;51:5-14.
61. *Streeck-Fischer A, Freyberger HJ*. Borderline-Persoenlichkeitsstoerung. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ, ur. *Adoleszenzpsychiatrie- Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer; 2009, str. 399- 410.
62. *Tronick EZ*. Dyadically expanded states of consciousness and the process of the therapeutic change. *Infant Ment Health J* 1998;19:290-9.
63. *Volkmar FR, Martin A*. Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
64. *Watson JB*. Psychology as the behaviorist views it. *Psychol Rev* 1913; 20: 158-177.
65. *Watson JB*. Psychology from the standpoint of a behaviorist. Philadelphia PA: Lippincott; 1919.
66. *Watson JB, Rayner R*. Conditioned emotional reactions. *J Exp Psychol* 1920; 3: 1-14.
67. *Zeanah CH, Chesher T, Boris NW*. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(11):990-1003.
68. *Zeanah CH, Benoit D, Barton ML i sur*. Working models of the child interview coding manual. Unpublished manuscript. New Orleans, LA: Tulane University; 1996.
69. *Zeanah CH, Benoit D, Hirshberg L i sur*. Mothers' representations of their infants are concordant with attachment classifications. *Development issues in psychiatry and psychology* 1994;1:9-18.

Latencija, pubertet, adolescencija – psihološki i psihoanalitički aspekti

Ivan Begovac

SADRŽAJ

6.1. Uvod	94
6.2. Latencija	94
6.2.1. Uvodni aspekti	94
6.2.2. Klasične psihoanalitičke postavke o latenciji	94
6.2.3. Pojedini aspekti latencije	95
6.2.3.1. Roditelji, obitelj, fantazija „obiteljskog romana“	95
6.2.3.2. Vršnjaci, susjedstvo, škola	96
6.2.3.3. Razvoj seksualnosti u latenciji	96
6.2.3.4. Reflektivna funkcija u latenciji	97
6.2.3.5. Privrženost i latencija	97
6.2.3.6. Psihopatologija latencije	98
6.3. Psihoanalitičke teorije adolescencije	98
6.3.1. Uvodni aspekti o pubertetu i adolescenciji	98
6.3.2. Empirijska istraživanja adolescentnog razvoja	99
6.3.3. Psihoanalitički aspekti adolescencije	99
6.3.3.1. Iskustvo, odnos i reprezentacija tijela	100
6.3.3.2. Seksualnost u adolescenciji	100
6.3.3.3. Reorganizacija selfa	100

6.3.4.	Podjela adolescentnog razvoja prema Peteru Blosu	101
6.3.4.1.	Uvodna podjela	101
6.3.4.2.	Preadolescencija	101
6.3.4.3.	Rana adolescencija	102
6.3.4.4.	Prava (srednja) adolescencija	102
6.3.4.5.	Kasna adolescencija	103
6.3.4.6.	Postadolescencija	103
6.3.5.	Faze adolescencije prema Staniši Nikoliću	103
6.3.5.1.	Uvod	103
6.3.5.2.	Preadolescencija (11/12 – 14 godina)	104
6.3.5.3.	Adolescencija u užemu smislu (14 – 17/18 godina)	104
6.3.5.4.	Postadolescencija (17/18 – 21/22 godine)	104
6.3.6.	Adolescencija i razvoj rodnog identiteta	104
6.3.7.	Poremećaji u adolescenciji	105
6.4.	Upute za roditelje/nastavnike	105
6.5.	Često postavljena pitanja	105
6.6.	Pitanja	106
6.7.	Literatura	107

6.1. Uvod

U tekstu će se govoriti o latenciji (faza školskog djeteta), kao i o pubertetu i adolescenciji, sa psiholoških i psihoanalitičkih aspekata. To su važna životna razdoblja koja također treba uzeti u obzir, npr. s obzirom na stadij djetinjstva. Freud se više orijentirao na nagonске faze do latencije i nije mnogo pisao o latenciji i adolescenciji, međutim, drugi su psihoanalitički autori dopunjavali njegovu teoriju (v. poslije u tekstu).

6.2. Latencija

6.2.1. Uvodni aspekti

Vremenom latencije označujemo razdoblje između 6. i 12. godine ili ga možemo jednostavnije nazvati školskim razdobljem. Razdoblje je to relativno mirnih nagonskih poriva, u kojemu je dijete dominantno tolerantno, prilagodljivo (engl. *pliable*), dobrog ponašanja i sklono učenju, premda je to u praksi sve teže vidljivo. Latencija odgovara **fazi konkretnih operacija** (od 7. do 11. godine) prema Piagetu (1951, 1952), obilježenoj napretkom kognicije. Naime, kognicija se sve više razvija u službi boljeg testiranja realiteta. Moralni razvoj (razvoj superega) pridonosi manjem inzistiranju na onipotenciji, a izražavanje seksualnosti ili agresivnosti više je povezano s testiranjem realiteta (Sarnoff 1976). Psihoanalitički rečeno, sve se više primjenjuje sekundarni način mišljenja. U tablici 6.1. sumarno su prikazane razvojne zadaće latencije, o kojima će biti dalje govora u tekstu.

6.2.2. Klasične psihoanalitičke postavke o latenciji

U promatranom razdoblju, klasično gledano, zapažaju se smanjivanje seksualnih aktivnosti, deseksualizacija objektnog odnosa i osjećaja (nježnost prevladava nad seksualnim željama), pojavljuju se osjećaji stida i gađenja te moralne i estetske težnje. Prema psihoanalitičkoj teoriji, ishodište razdoblja latencije jest u propadanju Edipova kompleksa, koje karakterizira jačanje potiskivanja, rezultat čega je amnezija koja prekriva prve godine života, dok umjesto zaposjedanja objekata (investiranje energije nagona na objekte) nastupaju identifikacija s roditeljima te razvoj sublimacije (Bornstein 1951; Laplanche i Pontalis 1992).

Počevši od Freudovih tumačenja ranijeg razvoja, u latenciji je naglasak na rastu i reorganizaciji ega (Jeme-

Tablica 6.1.

Zadaće latencije

Modificirano prema Cameron 1963; Erikson 1950; Fonagy i sur. 1995; Jemerin 2004; Nikolić i Vidović 1990; Piaget 1951 i 1952; Seligman 2000; Tyson i Tyson 1990

Fenomenologija	„Školsko dijete“, kognicija, školski uspjeh, samopoštovanje vs. sram; pravila; disciplina; hobiji; skupljanja
psihoanalitički aspekt	reorganizacija ega i superega; konflikt inicijativa vs. inferiornost
identitet	fantazija „obiteljskog romana“
obitelj i odnos prema drugima	obitelj je „sigurna luka“; nema izbora objekta izvan obitelji
vršnjaci	povećana socijalizacija u odnosu prema vršnjacima, tipična istospolna prijateljstva
seksualnost	nikako se ne inhibira
rodni identitet djevojčica	Practiciranje rodne uloge
rodni identitet dječaka	„falički narcizam“
reflektivnost	intenzivan razvoj reflektivnosti
privrženost	očekuje se „sigurna baza“
kognitivno	faza konkretnih operacija

rin 2004). Najvažniji su formacija superega i ego-ideala nastalih identifikacijama s vrijednostima, standardima i zabranama koji dolaze od roditelja. Naime, superego se diferencira iz ego-organizacije. Rezolucijom edipskog kompleksa, zbog krivnje i masivnog potiskivanja infantilnih iskustava, dolazi do adaptivne internalizacije roditeljskih standarda, ljubavi i kontrole u visoko diferenciranu superego organizaciju. Postedipski superego zamjenjuje arhaičnu kontrolu unutarnjih objekata, dominantnu u djetinjstvu, kao i većinom sadomazohističke začetke preedipskog superega. Prisutnost superega drastično pomaže dječjoj maturaciji. Usporedo razvoju postedipskog superega, važna je separacija ida i ega, ostvarena masivnim potiskivanjem infantilnih iskustava, oko 4. –5. godine života. Bez jasne granice između nesvjesnog ida i svjesne ego-organizacije nema zadovoljavajućeg razvoja sekundarnog procesa mišljenja i realističnog opažanja. Mentalna je organizacija karakterizirana konstelacijom obrana, uključujući regresiju od genitalnog prema analno- sadističkoj na-

gonskoj organizaciji, sublimaciju, reaktivnu formaciju i opsesivno-kompulzivne obrane, npr. česte ritualizirane brojalice u toj dobi, ritualizirane igre itd.

Za latenciju se može reći da je interludij između „velikih bitaka“ edipskog razdoblja i seizmičkog izljeva adolescencije, dakle s mogućom dominacijom konflikata latencije, prethodne edipske faze, kao i nadolazeće adolescencije (Jemerin 2004).

Pojedini autori nisu bili zadovoljni tumačenjem latencije kao vremena smanjenih seksualnih nagona, već su fokus okretali prema jačim ego-sposobnostima i ego-reorganizacijama. Oni latenciju definiraju razdobljem obilježenim rastom i promjenom kognicije, jezika, motorike i ego-funkcija. Ove, nove sposobnosti potiču učenje, dopuštaju veću neovisnost, pridonose stvaranju odnosa izvan obitelji i sudjelovanje djeteta u široj kulturi. Drugim riječima, latencija je dinamično stanje u kojemu je karakterističan balans ego snaga podložan promjenama i poremećajima putem mijenjanja ekvilibrija između obrana i poriva (Sarnoff 1976).

Razdoblju latencije vremenski odgovara dob školskoga djeteta (v. posebno poglavlje 9), odnosno vrijeme oko polaska u školu i prve godine školovanja. Polazak u školu u općenitom je smislu izlazak djeteta iz sigurnosti obiteljskog okruženja u svijet i društvo. Napredovanje kognitivnog razvoja omogućit će djetetu sve bolje razumijevanje svijeta oko njega i ovladavanje vještinama. Također, djetetov osjećajni život ne uključuje više samo njegove roditelje i užu obitelj već se proteže na širu socijalnu zajednicu, prije svega vršnjake. Pripadati grupi vršnjaka važna je potreba djeteta u latenciji. Najčešće se latencija dijeli u dvije faze (Ubbels 2013). U **prvoj fazi latencije** tek formirani superego strog je i nepopustljiv s obzirom na nagone, a osobine superega ovise o osobinama roditelja i o načinu kako dijete vidi svoje roditelje, dijelom uključujući i projekciju agresivnosti na njih. Ego se nalazi u klasičnoj poziciji medijatora između stvarnosti, ida i superega. Stoga je značajna ambivalencija (superego vs. nagoni) impulsi npr. kod masturbacijskih aktivnosti) manifestirana između poslušnosti ili napada; odnosno djeca se čine kao da su u stalno hitnoj situaciji. U **drugoj fazi latencije** superego postaje manje strog, ego je tolerantiji, i sve više uključen u službu stvarnosti. Dijete je sve više okrenuto drugim odraslima, stvarajući usporedbu svojih roditelja s njima, čime se idealizacija roditelja postupno gubi (npr. dijete govori svojim roditeljima: „Ne, niste Vi roditelji u pravu, učiteljica to bolje zna, ona je rekla kako treba napisati zadaću!“).

6.2.3. Pojedini aspekti latencije

6.2.3.1. *Roditelji, obitelj, fantazija „obiteljskog romana“*

Postoji potreba za vođenjem i emocionalnom podrškom od roditelja. Roditeljski stil ne treba biti autoritativno slijepo vođen ni odviše popustljiv. Primjerice dijete koje je imalo previše popustljivu majku pokušava dominirati drugima kao što je dominiralo svojom majkom; ili pak dijete dominirajuće majke pokazuje ovisnost i submisiju prema djeci koja imaju dominirajućih osobina (Cameron 1963).

Latencija ne čini dijete slobodno od svoje obitelji. Kroz interakciju s roditeljima dijete stječe zaštitu, privilegirano je, doživljava emocionalno prihvaćanje (Cameron 1963). Zadovoljavanjem svojih ranih potreba, stvaranjem temeljnog povjerenja i opće sigurnosti, evoluirala kompleksnija ego-organizacija. Stječe niz manualnih vještina i slobodu u uporabi objekata i materijala, što mu pomaže u igri s vršnjacima. Zadbiva vlast nad korištenjem vlastitim tijelom i njegovim funkcijama. Na primjer, u toj dobi djevojčice često započinju redovito odlaziti na ritmiku, ples, dok dječaci počinju odlaziti na sportske treninge; oba spola počinju učiti svirati neki instrument itd. Kod kuće dijete usvaja osnovne socijalne tehnike kojima se služi u interakciji s drugim osobama. Obitelj je za dijete u latenciji i dalje „sigurna luka“ pri upuštanju u izvanobiteljsku socijalizacijsku pustolovinu. Izlaskom u širi socijalni svijet prezentira se ne samo kao pojedinac nego i kao član obitelji kojoj pripada. Za razliku od toga, adolescentu obitelj nije više tako sigurno mjesto.

U latenciji intenzivni su osjećajni procesi i dalje na djelu. Značajan je rivalitet između braće/sestara, uz redistribuciju pažnje i ljubavi. Obitelj pruža djetetu pozitivne socijalne konstrukcijske vrijednosti i sazrijevujući učinak, priprema ga za odnose u susjedstvu, društvu i školi. Prirodno je da djeca steknu znanje o anatomskim razlikama među spolovima. Odrastanjem uz brata ili sestru razvija se veća sklonost „osjećaja za mi“, pripadnosti klanu.

Latencija je i **doba imitacije i identifikacije**, kada dijete želi biti poput roditelja i drugih njemu važnih osoba kojima se divi. Dijete će učiniti gotovo sve da bude što sličnije svojim herojima. Latencija je važno doba pripreme za kasniji život. U tome smislu ljubav i razumijevanje roditelja omogućit će razvoj unutarnje snage i zdravih koncepata o sebi i drugima. Jednako tako, roditeljski utjecaj u stvaranju moralnih vrijedno-

sti osigurat će razvoj odgovornosti i poštovanja prema ljudima.

Polaskom u školu, dijete poput roditelja svakodnevno napušta sigurnost doma i odlazi u istraživanje svijeta izvan granica obitelji. Ponašanja i simboli koji reprezentiraju uspjeh u tom, novom svijetu postaju ciljevi kojima se teži, dok uspješnost u ostvarivanju tih ciljeva postaje mjera vlastite vrijednosti i oruđe za prevladavanje osjećaja poniženja u svijetu koji kreiraju i kojim vladaju odrasli. Primjer su za to verbalna nadmudrivanjima djece u latenciji (dvojoj riječima). I ovdje je od velike važnosti uloga roditelja u stjecanju samopoštovanja i self-konceptu djeteta.

Djeca latencije uključena su u značajan oblik destrukcije svojih roditelja, prebacujući svoje težište od obitelji prema školi, vršnjacima i drugim odraslima (Jemerin 2004). Uobičajena je fantazija **obiteljski roman** koja dramatičira deidealizaciju svojih roditelja. Fantazam „obiteljskog romana“, prema Nikolić i Vido- vić (1990) jest djetetovo maštanje da ti sasvim obični ljudi, njegovi roditelji, kako ih iznenada vidi, nisu njegovi pravi roditelji, već im je samo povjereno na brigu zbog nekih, nepoznatih razloga, dok su njegovi pravi roditelji osobe visokog roda, kralj i kraljica iz bajke, te on mora napustiti svoje privremene roditelje da bi ostvario privilegije koji mu rođenjem pripadaju. Ili, na drukčiji način rečeno, dijete u latenciji (ali i poslije u fazi adolescencije) može se stalno tužiti na svoje roditelje, te u jednom trenutku doći na ideju da je on/ona zapravo zamijenjen/zamijenjena u rodištu, te da ovi roditelji zapravo nisu njegovi pravi roditelji. Taj fantazam označuje progresivan proces prevladavanja infantilne ovisnosti o roditeljima u kombinaciji s regresivnom željom za povratkom u sigurnost ranoga djetinjstva i apsolutnu vjeru u svemoćne i savršene roditelje. Važno je da roditelji prežive ovu djetetovu destrukciju i da budu dostupni njegovim kontinuiranim i mijenjajućim potrebama.

6.2.3.2. *Vršnjaci, susjedstvo, škola*

S obzirom na **vršnjake i susjedstvo**, dijete postupno shvaća da druga djeca nisu toliko zainteresirana za njega, a neka su i kritična i neprijateljska (Cameron 1963). Koristi asocijativnu i kooperativnu igru, učeći dijeliti objekte i aktivnosti s drugima i priprema se za sudjelovanje u kompetitivnim igrama. Prve igre u kojima sudjeluje jednostavne su forme preuzimanja socijalnih uloga, kao npr. igre s lutkama, koračnice, ritmične igre, ples itd.

Ulaskom u latenciju utjecaj šire društvene zajednice, kao novog područja života za dijete, postaje važno za samopoštovanje. U početku to su društvene aktivnosti koje za dijete biraju roditelji, a poslije, polaskom u školu, učitelji. Prema kraju latencije sve veći utjecaj na dijete ima mišljenje grupe vršnjaka koja definira vještine i ponašanja po kojima se mjeri vrijednost pojedinoga člana. Tako je kroz razvoj utjecaj roditelja sve manji, a utjecaj društva sve veći. Povoljna roditeljska očekivanja ohrabruju takav razvoj.

Tipična je spontana separacija u grupe istoga spola i dobi. Dječaci se igraju s drugim dječacima, pokatkad grubih igara (npr. trule kobile); agresivniji su, identificiraju se s liderima, pokazuju interes za „moćne“ igračke kao što su kamioni, željeznice, rakete, avioni, strojevi i vojnici. Ističu se jačina, spretnost, hrabrost i sklonost pustolovini. Fizičko sukobljavanje između dječaka uobičajena je i normalna pojava. Djevojčice se igraju u manjoj mjeri, a igre su u osnovi ekspresivne, npr. igre s lutkicama, održavanje kuće, kuhanje. Imaju potrebu zaštititi manje od sebe. Pokatkad igre djevojčica mogu biti visoko kompetitivne, uključivati svađanje, malokad fizičko obračunavanje. Više su orijentirane na svoj izgled, socijalno su zrelije, manje individualistički nastrojene, konformnije od dječaka iste dobi.

Škola pruža nove prijatelje i nove identifikacijske modele, služeći kao formalni trening i znanje bitno za adolescenciju i odraslost. Nesublimirana seksualna energija i nekanalizirana agresija interferiraju s učenjem. Seksualna znatiželja zamjenjuje opću znatiželju, dok agresija, ovladavanjem sve većeg znanja i otkrivanjem vanjske realnosti, intenzitetom slabi, što pridonosi obogaćivanju ega i superego organizaciji. Međutim, seksualna znatiželja i eksperimentiranje i dalje su prisutni.

Svakodnevna separacija od obitelji, sa svrhom adaptacije na kulturu vršnjaka i školski sustav te zahtjevi za ovladavanjem novim vještinama, znanjem, većom emocionalnom kontrolom i sudjelovanjem u nizu novih, često konfliktnih socijalnih uloga, rezultiraju velikim stresom (Cameron 1963). Roditelji često idealiziraju ovo razdoblje, smatrajući ga razdobljem bez odgovornosti, iako se i kod kuće i u školi od djeteta očekuje dobra samokontrola.

6.2.3.3. *Razvoj seksualnosti u latenciji*

Usprkos kulturološkom prihvaćanju samog pojma latencije – mira – interes prema seksualnosti ne jenjava.

S vremenom se od rečenice „seks je prljav“ postupno primiče onoj „seks pruža zadovoljstvo“. Česte su igre „boca istine“, „svlačenje pokerom“, „igre žandara i pandura“, kada se jedna grupa skriva od druge uz intimno „stiskanje i dodire“. Roditelji izbjegavaju seksualne teme, posebno očevi. Majke češće razgovaraju sa svojim kćerima, uglavnom o menstrualnom ciklusu ili o negativnim aspektima spolnih odnosa (Yates 1996). Najčešće djeca dobivaju informacije o seksualnosti od svojih vršnjaka, čitanjem različite literature ili od svojih učitelja. Posebno se izbjegava imenovanje ženskoga spolnog organa, odnosno klitorisa, kao i masturbacija, spolni odnosi, homoseksualnost. Pojedini roditelji ističu djeci seksualnost kao nešto grešno, želeći na taj način održati kontrolu nad njima.

U fazi latencije i dalje se prorađuje edipski konflikt, u smislu da se dijete identificira s istospolnim roditeljem, kao i s njegovim heteroseksualnim izborom partnera. Dječak se predočuje kao muškarac koji voli ženu, djevojka kao žena koja voli muškarca. Na ovaj se način formira psihološki izvor izbora (novog) objekta (Ermann 2007). Važan je i negativan edipski kompleks: smatra se dijelom djetetova normalnog razvoja, a očitovan je razvojem ljubavi za roditelja istoga spola i posljedičnom identifikacijom s osobom suprotnoga spola.

U latenciji se nastavlja razvoj rodnog identiteta i prakticiranje „rodnih uloga“, uz različite identifikacije. U **djevojčica** se nesvjesna krivnja zbog masturbacije i strahovi od genitalnog oštećenja mogu pretvoriti u strahove u obliku hipohondrijaze. Prakticiranje rodne uloge očituje se „pretvaranjem“ djevojčica u trudnice, majke koje rađaju, majke-njegovateljice, čuvarice, hostese, učiteljice, menadžerice, plesačice, ljubavnice itd. (Tyson i Tyson 1990). U latenciji se rodni identitet djevojčica modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu prorađivanje ranijih zadataka i strahova (strah od gušenja od moćne majke vs. strah od odvojenosti od majke; okretanje ocu kao novomu libidinoznom objektu, strah od ozljede edipske faze, izbor novog objekta, seksualna orijentacija itd.). U **dječaka** dominira „falički narcizam“, važne su im osobine kao što su tjelesni integritet, zadovoljstvo u vlastitom tijelu, osjećaji ponosa i samopoštovanja (kao i osjećaji sniženog samopoštovanja). Jača identifikacija dječaka s ocem. Širi socijalni kontakt omogućuje priliku za maskulini rodni identitet.

U latenciji se u dječaka rodni identitet modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu prorađivanje otprije prisutnih zadataka i strahova (dezidentifikacija od majke;

kastracijski strah od moćne majke; falički narcizam, kastracijski strah od edipskog oca, izbor /novog/ objekta, seksualna orijentacija itd.). Moguć je i ishod aseksualnosti, pri kojoj dominira ovisnički odnos prema roditeljima ili drugim osobama (Cameron 1963).

6.2.3.4. *Reflektivna funkcija u latenciji*

Najdublja razlika između „uma“ prelatentnog djeteta u usporedbi s djetetom u latenciji jest veća sposobnost potonjeg u reflektiranju vlastitih mentalnih stanja (Jemerin 2004). Dok u prelatenciji dijete spoznaje vlastiti subjektivni svijet koji ne mora odgovarati vanjskoj stvarnosti, u latenciji postupno prihvaća vlastitu perspektivu kao jednu od mogućih. Ovaj se proces događa internalizacijom majčine reflektivne funkcije, a rezolucijom Edipova kompleksa stječe se nova samostalnost. Kapacitet za self-refleksiju već je dulje vrijeme prepoznat kao bitna ego funkcija, centralna za razumijevanje autonomije i osjećaja vlastite individualnosti. Izvore reflektivne funkcije nalazimo u najranijoj interakciji između dojenčeta i skrbnika, te se taj osjećaj subjektivnosti tijekom djetinjstva kontinuirano razvija (Fonagy i sur. 1995; Seligman 2000). Sposobnost reflektiranja vlastitoga stanja uma nova je platforma mentalnog funkcioniranja u latenciji i vrlo je osjetljiva.

Tranzicija u latenciju razvojna je točka u kojoj se intermedijarni prostor između djeteta i majke internalizira i postaje unutarjni potencijalni prostor između nesvjesne fantazije i svjesnih iskustava. Unutar ovoga potencijalnog prostora djeluje kapacitet reflektiranja mentalnih stanja, novorazvijenog u latenciji. Igra je centralna za procese rasta i promjene. Igranje je jedan način zadržavanja ili ponovnog građenja internalnog prostora za refleksiju (Jemerin 2004).

6.2.3.5. *Privrženost i latencija*

Prihvaćanjem teorije privrženosti kao teorije socijalnog razvoja, povlačimo paralelu između privrženosti i latencije, obilježene vrlo intenzivnim socijalizacijskim procesima (Ubbels 2013). Dijete u latenciji očekuje „sigurnu bazu“, odnos pun razumijevanja i empatije, ponašanja koja karakteriziraju sigurnost. Iako je okrenuto razvoju socijalizacije izvan obitelji, i dalje je važan siguran odnos s roditeljem. Slično nailazimo i u fazi adolescencije, kada adolescenti od roditelja i njima važnih osoba očekuju ponašanje koje karakterizira sigurnost.

6.2.3.6. Psihopatologija latencije

Najveći broj djece dolazi na pregled dječjem psihijatru upravo u razdoblju latencije. Psihopatologija nastaje zbog niza mogućih razloga, odnosno zbog nemogućnosti razvojne prorade različitih postignuća, koji su prije opisani u tekstu.

6.3. Psihoanalitičke teorije adolescencije

6.3.1. Uvodni aspekti o pubertetu i adolescenciji

Adolescencija se definira kao razdoblje koje traje okvirno od 10. do 22. godine. Pubertet je kulminacija dugotrajnog i kompleksnog maturacijskog procesa započet već prenatalno, a posebno je vidljiv u početnom dijelu drugog desetljeća života i često označivan kao zbroj tjelesnih promjena. Adolescencija označuje psihičku prilagodbu na stanje puberteta, na nova unutarnja i vanjska stanja s kojima se osoba suočava (Blos

2001). Pojedini drugi autori navode pod adolescencijom ukupne psihičke, fizičke i hormonalne promjene (Flynn 2004). Ističe se važnost hormonalnih promjena, u dječaka povišenja razine testosterona, a u djevojaka povišenja razine estrogena. Djevojke, u pravilu, ulaze u pubertet dvije godine prije dječaka, kod njih pubertet traje 3 do 4 godine, u dječaka do 5 godina. Biološke promjene mogu uzrokovati psihičku krizu. Masturbacija je, u pravilu, povezana s fantazijama (v. poslije). Prvi se seksualni odnos, prema prosjeku, dogodi u 16. godini. Adolescenti se uglavnom ne koriste kontracepcijom. Često je prisutna anorgazmija. Dok nam je početak pubertetskih promjena jasniji, završetak adolescencije teže je odrediti jer je više određen psihološkim i sociološkim mjerilima (Begovac i Majić 2003).

U **tablici 6.2.** sumarno su prikazane zadaće adolescencije, detaljnije navedene u daljnjem tekstu.

Za adolescenciju se kaže da ima **dezorganizacijsku (regresivnu)**, ali i **organizacijsku (progresivnu)** sposobnost. S jedne strane, može doći do intenzivne regre-

Tablica 6.2.

Zadaće puberteta, adolescencije

Modificirano prema Blos 2001; Erikson 1950; Laufer i Laufer 1987; Nikolić i Vidović 1990; Piaget 1951 i 1952; Rudan 1999; Tyson i Tyson 1990; Volkmar i Martin 2011.

Fenomenologija i somatske promjene	„Vrijeme bure“, „regresija vs. progresija“, somatske i hormonalne promjene, izloženost testosteronu i estrogenima, prihvaćanje zadovoljavajuće i realistične tjelesne slike
Psihoanalitičko	navala nagonskog (seksualnog i agresivnog), separacija od roditelja (žalovanje), prorada ostataka edipskog konflikta, narcistička pozicija, nalaženje novog objekta, „zaljubljivanje“, identifikacije, razvoj autentičnog doživljaja sebe, samostalna briga o sebi
Identitet	identitet vs. difuzija identiteta (Erikson), stvaranje unutarnjih moralnih normi
Obitelj i odnos prema drugima	gube se veze s obitelji, narcistička pozicija, novi izbor objekta, narcističan izbor, homoseksualni izbor, heteroseksualni izbor
Vršnjaci	prijateljstva različita prema spolu, zadovoljstvo u odnosima
Seksualnost	bujanje seksualnosti, autoerotske aktivnosti (masturbacija praćena fantazijama) pa sve do homoseksualnog i heteroseksualnog izbora, kontrola i regulacija seksualnosti
Rodni identitet djevojaka	navala nagonskog (seksualnog i agresivnog), homoseksualna orijentacija zbog straha od moćne majke, izbor objekta, seksualna orijentacija, identifikacije, rekonsolidacija ženstvenosti
Rodni identitet dječaka	navala nagonskog (seksualnog i agresivnog), kastracijski strahovi od moćne majke, homoseksualna orijentacija zbog straha od moćne majke, izbor objekta, seksualna orijentacija, identifikacije, revizija ego-ideala
Kognitivno	faza formalnih operacija, apstraktno mišljenje
Druge funkcije	kontrola i regulacija agresivnosti, razvoj reflektivnosti; očekuje se „sigurna baza“ prema roditeljima i prema prijateljima; balans davanja i primanja; „smirivanje adolescentne bure“

sije, reaktivacije prethodno neprorađenih konflikata prethodnih razvojnih faza, gotovo do potencijalnoga psihotičnog sloma. S druge strane, adolescencija se može shvatiti i progresivno, organizirajuće, konsolidirajuće, gotovo kao „druga šansa“ za ponovnu, sada prihvatljivu proradu dotad neprorađenog u razvoju (Blos 2001).

Adolescent mora samostalno u odnosu prema svojim konfliktima na određeni način proraditi i metabolizirati različita mentalna stanja. Pokatkad to uspijeva uz pomoć dobrog prijatelja, roditelja, stručne osobe. U borbi za vlastiti identitet (vlastiti doživljaj sebe) često igra različite uloge, isprobava ih, ostavljajući pokatkad zbunjuću sliku.

Jedna od tipičnih zadaća adolescencije jest napuštanje idealizacije svojih roditelja. Posebno se ističe narcistička problematika adolescenata, njihova osjetljivost na bilo kakve osjećaje ili bilo što čime je ugrožena njihova psihološka ravnoteža. Katkada očekuju samo da ih se pažljivo sluša.

U preadolescenciji i u ranoj adolescenciji učestale su **projekcije**. Tako prigovor da ga drugi ne razumiju može biti projekcija vlastite nemogućnosti razumijevanja drugih ljudi; ili pak prigovor velikoj potrebi roditelja za kontrolom zapravo može biti projekcija vlastita nezadovoljstva zbog izostanka kontrole nad vlastitim životom i sl. Važno je u takvim stanjima pažljivo slušati adolescenta, ne pokušavajući ga naglo suočiti s njegovom vulnerabilnošću, pasivnim čežnjama i stanjima ovisnosti, što su neki od najistaknutijih strahova. U borbi za identitet i autonomiju biti ovisan nije poželjno. S vremenom, kako odmiče adolescencija, sve je više **introjektivnih mehanizama**, samorefleksije, introspekcije, pojave brige za druge, osjećaja empatije. Slijedi proces odvajanja od roditelja i **žalovanja** za svojim idealiziranim djetinjstvom, „izgubljenim i nevinim rajem“, odnosno napuštanja sigurnosti i zaštite koje su pružali roditelji. Sada adolescent mora skupiti hrabrosti i početi u većoj mjeri prihvaćati zakonitosti odrasloga svijeta, preuzimati vlastitu odgovornost i prihvaćati krivnju za svoje odluke, biti svjestan ambivalentnosti odraslosti, da „nije ništa više tako jasno i jednoznačno“. **Završetak adolescencije** teško je definirati, a svakako je više od potrebe „da se ne bude više dijete“. Zrelost danas definiramo kao svjesnost o svojoj личности, podnošenje i lakša mogućnost reparacije vlastitih negativnih stanja, te ravnomjeran omjer između primanja i davanja drugima.

6.3.2. Empirijska istraživanja adolescentnog razvoja

Posljednjih godina svjedoci smo porasta interesa za znanstveno proučavanje adolescencije. Povećana pozornost za tu razvojnu fazu djelomično je uvjetovana rastućim shvaćanjem suočavanja mladih s težim problemima i većim pritiscima nego što je bilo desetljeće-dva prije (Dryfoos 1990). Način zapažanja adolescenata često je refleksija o potrebama društva u kojemu se razvijaju prema odraslosti. S gledišta mnogih odraslih, uključujući i velik broj profesionalaca, adolescencija se opservira kao posebno burna faza razvoja (Blos 2001; Freud 1958). Tijekom zadnjih dvaju desetljeća 20. stoljeća Daniel Offer i njegovi suradnici (1996) istražili su normalan adolescentni razvoj populacija SAD-a i svijeta, s posebnim osvrtom na self adolescenata. „Self“, podrijetlom engleska riječ, označuje doživljaj sebe, dok slika o sebi dolazi od engleskog izraza „self image“. Nalazi iz tih istraživanja pokazuju da je oko 60 % adolescenata „normalno“, odnosno nema iskustvo psihološkog poremećaja, 20 % je pod rizikom od razvijanja patoloških manifestacija, dok čak 20 % pokazuje izrazite emocionalne ili ponašajne poteškoće (Costello 1989). Trenutak ulaska u pubertet, odnosno početak pubertetskih promjena, važan je za adolescenta, za njegov status među vršnjacima i za njegov socijalno vrednovani poticaj psiholoških i socijalnih odgovora prema drugima.

6.3.3. Psihoanalitički aspekti adolescencije

Psihoanalitička fenomenologija adolescencije fokusirana je na područja reorganizacije unutarnjeg života (Blos 2001; Rudan 1995; Rudan 1999; Rudan 2003). Primarna se reorganizacija odnosi na reprezentacije tjelesnih i seksualnih iskustava. Rano u pubertetu dijete osjeća nova iskustva izvan selfa, ali povoljnim razvojem on ili ona postupno integriraju zrelo seksualno tijelo kao izvor ponosa i užitka. Usporedo s reorganizacijom reprezentacije tijela u zrelo seksualnost i veličinu, postoje psihološke reorganizacije u odnosu prema nagonima (modulacija agresije i fuzija između agresije i nježnosti), vrijednostima (doživljaj o vlastitoj svemoći) (Rudan 2003), konceptu vremena (adolescentov osjećaj vlastite povijesti i budućnosti koju on ili ona mogu manje ili više predvidjeti) i self relacije prema drugima (mogućnost dijeljenja bliskih iskustava s drugima izvan obitelji i davanje i primanje seksualnog užitka). Svaka od ovih reorganizacija ovisi

o postignuću različitih preduvjeta tijekom ranijih faza razvoja, dovoljno dobrog fizičkog i kognitivnog funkcioniranja, stalne podrške od obitelji i drugih odraslih, osobito nastavnika, nalaženja prijatelja i izbjegavanja nepopravljivih ozljeda ili traumi.

6.3.3.1. *Iskustvo, odnos i reprezentacija tijela*

Preokupacija **tijelom** važno je obilježje adolescencije. Adolescenti imaju značajnu potrebu potvrde vlastite atraktivnosti. Pritom je sklon kažnjavanju, mutiliranju i uništavanju tijela, zbog „bure“ kroz koju prolazi. Balans između ljubavi i mržnje prema vlastitu tijelu, između self-njegovanja i self-destrukcije, brzo se mijenja. Adolescent upotrebljava svoje tijelo za izraz (*enacting*) ponosa ili srama, radosti ili tuge, osjećaja da je lijep ili da je ustrašen. Tijelo se može smatrati kao drugi, može se prema njemu odnositi s poštovanjem ili nepromišljeno, kao persekutor, koji se ignorira ili atakira, kao ljubavnik, koji se miluje i narcistički pokazuje.

Psihološki, adolescent može iskusiti brze promjene svojeg tijela na pasivan način koji odražava ranija iskustva ozljede ili ovisnosti. U osnovi na promjene tijela i nagona adolescent reagira mješavinom anksioznosti i veselja, prihvaćanjem dosad pohranjenog, s kontrolom poticaja prema naprijed, čime se pasivnost okreće u aktivnost. Za vulnerabilnog adolescenta, manipulacija tijelom može postati preokupacija (Marans i Cohen 1996).

6.3.3.2. *Seksualnost u adolescenciji*

Psihoanalitička teorija ističe ulogu seksualnosti – iskustva užitka kroz tijelo – od prvog mjeseca života. Autoerotizam i seksualnost nastavljaju se kroz svaku pojedinu psihoseksualnu fazu, s užitkom u specifičnim zonama (oralna, analna, genitalna) i aktivnostima tijela (muskulature) kao cjeline. Pubertet povećava ulogu seksualnosti u svjesnom i nesvjesnom životu i fokusira seksualne osjećaje na genitalije. Psihoanalitička teorija prihvaća djetetovu sposobnost da si omogući seksualni užitak kroz vlastitu aktivnost i fantaziju, i to od prve godine života. S pubertetom, seksualne autogratifikacije kroz masturbaciju i self-reguliranu fantaziju postaju središnje u definiranju selfa i relacije između selfa i drugih. Adolescentova je masturbacija postignuće: uključuje fizičku maturaciju i kapacitet za erekciju/ejaku-

laciju ili vaginalno/klitoralni orgazam, kapacitet za imaginaciju i zadržavanje fantazija koje su dovoljno ugodne da dovedu do vrhunca, zrelost za odgodom zadovoljstva, planiranje provođenja masturbatornih aktivnosti u prikladnom, privatnom vremenu.

Adolescentna je masturbacija, kao fizički akt, udružena s bogatim internalnim procesima koji su konceptualizirani kao **masturbatorne fantazije**. Adolescent je svjestan svjesne priče, glavne teme i slika te uloge karaktera. Često su svjesni elementi temeljeni na iskustvima s vršnjacima, slikama popularnih zvijezda, kao i na moćnim iskustvima koje je zapravo adolescent imao prije u prošlosti. Laufer i Laufer (1987) postulirali su kako adolescenti općenito imaju fiksiran i limitiran broj centralnih masturbacijskih fantazija, koje nisu potpuno svjesne i u pozadini su afekata svjesnih fantazija. Centralne masturbacijske fantazije pružaju slikovitu formu ili emocionalni ton prema doživljenoj ili svjesnoj fantaziji; tako sadomazohistički oblici, incestuozni impulsi, mučenja, perverzije, pasivne čežnje, mogu biti neugodne ili uzrok anksioznosti unutar svjesnih masturbatornih iskustava. Centralne su masturbacijske fantazije integrativne: spajaju sadašnje seksualne potrebe s djetetovim ranim iskustvima sebe i majke (taktilno, oralno, analno), vlastite fantazije tijekom edipske faze i relaciju prema primarnoj sceni, užitke spolne genitalnosti i masturbacije u latenciji i uzbuđenja.

Kada razvoj unutar linije od autoerotizma do adolescentne seksualnosti napreduje dobro, masturbacija pruža prigodu za isprobavanje seksualnog ponašanja, davanja i primanja ljubavi i vježbu u različitim aktivnim i pasivnim ulogama, potrebnima za izmjenjivost u ljubavnom činu. Malo je adolescenata potpuno bez krivnje s obzirom na masturbaciju. Razumijevanje te krivnje otkriva način na koji adolescent osjeća prikladnost seksualnosti s obzirom na prava roditelja, odnosno utjecaj njegove fantazije na vrijednosti, bilo agresivno (biti izvan kontrole) bilo da je edipski zabranjeno.

6.3.3.3. *Reorganizacija selfa*

„Self“ ima mnogo značenja, a teoretski se može razumjeti kao: točka integracije intencije, sposobnosti, želja i vrijednosti; mentalna struktura koja koordinira druge instancije ličnosti; interna, svjesna i nesvjesna „reprezentacija“ individualnih osjećaja, ambicija, i ciljeva; komponenta individualnog iskustva, kvaliteta iskustva, personalnog identiteta, koji ima kontinuirana-

Tablica 6.3.**Podjela adolescentnog razdoblja**

Modificirano prema Blos 2001; Nikolić i Vidović 1990

Fenomenologija i psihoanalitički procesi prema P. Blosu	Fenomenologija i psihoanalitički procesi prema Nikolić i Vidović
Preadolescencija: „gang“ stadij, regresija, oživljava se interes prema tijelu, anatomskim razlikama, seksualna znatiželja i masturbacija, u dječaka strah od moćne majke, homoseksualni stadij, u djevojaka strah od moćne majke	Preadolescencija: faza opozicije
Rana adolescencija: menarha, ejakulacija, masturbacija, okupiranost tijelom, regresije u ponašanju, narcistička pozicija te narcistički izbor objekta	Adolescencija u užem smislu: faza afirmacije, žalost, depresija
Srednja adolescencija: izbor objekta (heteroseksualni), „žalovanje“, „zaljublivanja“, u dječaka revizija ego ideala, u djevojaka rekonsolidacija femininosti	
Kasna adolescencija: završetak seksualne orijentacije; konsolidacija <i>ja</i>	
Postadolescencija: slično kao u kasnoj adolescenciji	Postadolescencija: faza socijalne insercije (uključenosti), autentični self, „smirivanje“ (<i>settling down</i>)

nost tijekom vremena, prostora i osjećajnih stanja (Marans i Cohen 1996).

Koncept selfa posjeduje pojam individualnosti, različitosti i granica (odvojenosti) osobe od drugih. Adolescenti vlastiti self smatraju ozbiljno: čude se tko su zapravo, koliko su različiti od svojih roditelja itd. Adolescenti postaju apstraktno konceptualni, čudeći se kako psiha radi, okupirani su vrijednostima, autentičnostima i politikom. Uključuju se u širi socijalni svijet „filozofski“, u kategorijama vrijednosti i povijesti, radije nego samostalno ili svjesno povezano s onim što roditelji vjeruju ili što su oni prije mislili.

Reorganizacija selfa uključuje povećanu energiju nagona (investiciju, kateksu) ili usmjerivanje pažnje na interni svijet (npr. osjećajna stanja i impulsi), promjene u regulaciji narcizma i usporedno ponovnu evaluaciju odnosa s prijateljima i partnerima u intimnosti (objektne relacije). Ovako prožeti procesi blisko su povezani sa seksualnošću. Tako npr. „*crash iskustva*“ nagla **zaljublivanja** imaju nekoliko domena: adolescent spoznaje moć drugoga, može osjećati gubitak self-suficijentnosti i self-kontrole, može osjećati povećanje selfa kroz fantazirano ujedinjenje sa željenim drugim. Kroz idealizacije i „*crashove*“ adolescent nalazi način suočavanja s depresivnim osjećajima povezanim s

gubitkom ranih odnosa s roditeljima. Odnosi s roditeljima pružaju polje testiranja reorganizacije adolescentna selfa. U odnosu prema roditeljima adolescent testira vlastitu sigurnost, vlastite sposobnosti da se suoči s impulsima i frustracijama, modulira bijes prema roditeljima (roditelji kao simboli vlastitih ovisničkih težnji) i testira može li roditelj preživjeti njihovu agresivnost (roditelj kao reprezentant vlastitih sposobnosti da je integriran unatoč preplavljenosti) (Marans i Cohen 1996).

6.3.4. Podjela adolescentnog razvoja prema Peteru Blosu

6.3.4.1. Uvodna podjela

U **tablici 6.3.** prikazane su faze adolescencije.

Naime, Blos adolescenciju dijeli u tri faze: preadolescenciju, adolescenciju u užemu smislu (koja se dijeli na ranu adolescenciju; srednju ili pravu adolescenciju, te na kasnu adolescenciju), te postadolescenciju.

6.3.4.2. Preadolescencija

U **preadolescenciji** (10 – 12 g.) dominantna je regresija u ponašanju u obaju spolova. Tipičan primjer

preadolescentne djevojčice iz književnosti jest „Pipi duga čarapa“, onako kako ju je opisala autorica Astrid Lindgren, hrabra, pustolovna, bez strahova, ne boji se nikoga, nema dečka (nema zaljublivanja), ne mari za školu, živi sama, za njezine se roditelje baš puno i ne zna, a za nju ne postoji „zabranjeno“. Dakle, u obaju spolova ponovno oživljava interes prema tijelu, anatomskim razlikama, seksualna znatiželja i masturbacija. Za preadolescenciju se može reći da je razdoblje u kojemu kvantitativno povećanje nagona vodi do većeg ili manjeg povratka pregenitalnosti. Tipičan konflikt dječaka u preadolescenciji predočuju, prema Blosu (2001), strah i zavist u odnosu prema ženama (majci), odnosno kastracijski strah od „moćne majke“, kao i potreba za egzibicionizmom, anatomskim preokupacijama, te „falički narcizam“ (vrednovanje vlastita penisa kao izvora samopoštovanja). Daljnja obrana od straha, s obzirom na arhajske, faličku majku, jest povezivanje s vršnjacima istoga spola, tzv. uporabom „homoseksualne obrane“ protiv kastracijske anksioznosti. U deskriptivnoj psihologiji stadij preadolescencije stoga se naziva i „gang“ stadijem, a psihoanalitička psihologija označuje ga i „homoseksualnim“ stadijem. U preadolescenciji je taj, „homoseksualni stadij“ dječaka obrambeni, izbjegavajući manevar, kaže Blos (2001), i treba ga razlikovati od drugog „homoseksualnog“ stadija rane adolescencije, kada je osoba istog spola uzeta kao objekt ljubavi pod utjecajem ideala ja (Offer i sur. 1996). Harley (1961) i drugi analitičari smatraju da se i u djevojčica u preadolescenciji događa slično regresivno ponovno oživljavanje pregenitalnih poriva, želja i fantazija, tj. da se i djevojčice koriste tzv. prljavim jezikom i slično. Na drukčiji bi se način moglo reći da dolazi do reaktivacije ambivalentnog konflikta s „moćnom“ majkom (strah od gušenja), ali postoji i jednostavna potreba za egzibicionizmom uz anatomske preokupacije (v. posebno poglavlje 8). Prema drugim autorima, preadolescentne djevojčice sklonije su potiskivanju djetinje seksualnosti, a ne njezinu ponovnom regresivnom oživljavanju i upravo to potiskivanje važan je preduvjet za normalan razvoj ženstvenosti.

6.3.4.3. *Rana adolescencija*

Promjena u **ranu adolescenciju** (12 – 14 godina) obilježena je endokrinološkim i biološkim procesom puberteta. U djevojčica nastupa menarha, intenzivna je masturbacija, okupiranost tijelom, regresija u ponašanju, narcistička pozicija, kao i narcistički izbor objekta. U dječaka dolazi do pojave prvih ejakulacija, mastur-

bacije, okupiranosti tijelom, regresije u ponašanju, kastracijskih strahova te narcističkog izbora objekta. Intenzivni tjelesni procesi fokusiraju adolescentovu pažnju na brigu o promjenama tijela (primarne i sekundarne spolne karakteristike, usporedba tijela s drugima), seksualne senzacije, genitalne senzacije s prisilnom potrebom za masturbacijom kao izvorom olakšanja, povećanu svjesnost seksualno uzrokovanih i konfliktuoznih fantazija, kao i usporednu masturbaciju. Sve navedeno istodobno povećava razinu anksioznosti adolescenta. Ovo razdoblje A. Freud (1958) opisuje kao „prekid mirnog rasta“, a slično o tome pišu i drugi autori. Osjećaji fizičke maturacije mogu se manifestirati egzibicionizmom, zbnjenošću, tajnovitim ponašanjem prema svojem tijelu. Adolescenti gube kontrolu nad svojim tijelom. Menarhe i prve noćne ejakulacije znaju biti vrlo dramatične, paradigmatični događaji za realnu odsutnost kontrole. Odnosi s roditeljima su oscilirajući, s brzim izmjenama potrebe za bliskošću i ovisnošću o roditeljima, uz istodobnu potrebu za privatnošću i čežnjom za autonomijom. Ovi se sukobi odigravaju oko tema kao što su tjelesna njega i higijena, čistoća i urednost, neosjetljivost na osjećaje i potrebe drugih, intenzivna preokupacija neposrednim zadovoljavanjem vlastitih potreba. U ranoj adolescenciji energija spolnog nagona – libido, koji je zaposjedao mentalne predodžbe roditelja, sada se povlači na vlastiti self (središnja narcistička pozicija u adolescenciji). Povlačenjem libida s mentalnih predodžbi roditelja i širenje jaza između ja i nad-ja rezultira osiromašenjem ja, koje adolescent doživljava kao osjećaj praznine i unutarnjeg nemira. Prijatelj je uglavnom biran prema osobinama koje bi osoba sama željela posjedovati. Takav izbor prijatelja naziva se **narcističkim izborom objekta** i karakterističan je za adolescente rane adolescencije obaju spolova.

6.3.4.4. *Prava (srednja) adolescencija*

U **pravoj (srednjoj) adolescenciji** (14 – 16 godina) maturacija se izravnava, sve djevojke imaju menstruaciju, dječaci su sposobni za ejakulaciju, oba su spola stekla sekundarne spolne oznake. Tipičan primjer iz literature iz te faze adolescencije jest Tom Sayer književnika Marka Twaina, koji je spreman za pustolovine, istraživanja, a ima i svoju tajnu ljubav (heteroseksualno nalaženje objekta). U djevojčica dolazi do rekonsolidacije ženstvenosti; odvajanja od roditelja, žalovanja, prorada ostataka edipskog konflikta, postoji konflikt izbora objekta, relacije izvan kuće su značajne, dolazi

do traženja heteroseksualnog objekta, te iskustva zaljubljanja. U dječaka nastupa revizija ego ideala; odvajanje od roditelja; žalovanja, prorade ostataka edipskog konflikta, adolescentove su relacije izvan kuće značajnije, traženje heteroseksualnog objekta, te iskustva zaljubljanja.

Fizička maturacija pobuđuje konfliktuoznu prirodu incestuoznih fantazija (edipska razina) koje se ponovno pojavljuju. Kompleksnost i teškoće u obiteljskim vezama, nadalje, stimuliraju i podržavaju adolescentove aktivnosti izvan kuće. Adolescent nalazi interes u intelektualnim, atletskim, glazbenim, političkim temama, pokatkad u drogi, alkoholu, kriminalu. Sklonost asketizmu ili filozofiji može zapravo biti obrana od tjelesne maturacije. Hodanje (emocionalna veza) s osobom suprotnog spola može služiti sljedećem: 1. seksualnom i emocionalnom isprobavanju u intimnosti; 2. odmjeravanju maskuliniteta i femininosti; 3. prilici za pokušajem u odnosima odraslih osoba (nasuprot imaginarnim igrama); 4. bijegu od fantaziranih ili realnih incestuoznih i homoseksualnih aktivnosti i 5. kao obilježje pobjede i kompetentnosti prema vršnjacima, odnosno bolje socijalne afirmacije. Ovaj, zadnji aspekt može npr. objašnjavati da djevojke imaju dečka više radi socijalne afirmacije negoli radi izvorne potrebe za intimnošću (intraprosihički razlozi).

Psihološki razvoj srednje ili prave adolescencije karakterizira heteroseksualno nalaženje objekta. Ono postaje mogućim napuštanjem narcističkih i biseksualnih pozicija. Anny Katan (1951) dezinvestiranje (premeštanje energije nagona; dekatektiranje) roditelja naziva otklanjanjem objekta (engl. *object removal*). Prava adolescencija zapravo ima dvije zadaće: konačno odvajanje od ranih objekata ljubavi i konačno razrješenje ponovno aktiviranih ostataka edipskog konflikta. Ponovna prorada ostataka edipskog konflikta bila bi kod dječaka u proradi kastracijskog kompleksa s obzirom na svojeg oca te identifikacija s muškom ulogom. U djevojaka se ponovna prorada ostataka edipskog konflikta smatra ponovnim okretanjem ocu (promjena libidinoznog objekta) te strah od ozljede (tjelesne i psihološke), kao i identifikacija sa ženskom ulogom. Zbog gubitka i ponovnog nalaženja objekata, faza srednje ili prave adolescencije može se opisati i preko dvaju osjećajnih procesa, „žalovanja“ i „zaljubljenosti“. Reakcija „žalosti“ također je opisana u uvodu, a odvajanje od roditelja dio je jedne od najsuptilnijih, bolnih dinamika adolescencije. O iskustvu zaljubljenosti (tzv. crash iskustva) već je bilo govora.

6.3.4.5. *Kasna adolescencija*

U **kasnoj adolescenciji** (17 – 20+ godina) zbiva se uključanje u relativno stabilne veze s vršnjacima, u akademske i izvannastavne aktivnosti i interese i postiže se određeni stupanj financijske nagrade za učinjeni posao. Kasna je adolescencija primarno faza konsolidacije, kao i faza završetka seksualne orijentacije. Pod pojmom konsolidacije Blos razumijeva: 1. visoko osoban i stabilan aranžman funkcija i interesa; 2. proširenje područja ja – bez konflikta (sekundarna autonomija ja); 3. nepovratna spolna (rodna) pozicija (stalnost identiteta), izražena kroz primat genitalija; 4. relativna stalnost investicije reprezentacije objekta i selfa i 5. stabilizacija mentalnog aparata (mentalne strukture) s automatskim čuvanjem integriteta psihičkog organizma (Blos, 2001; Offer i Schonert-Reichl 1992). Mladići, boreći se za uspostavljanje odvojenoga muškog identiteta, moraju silovitije napustiti edipske pozicije, dok će djevojke lakše tolerirati veće oscilacije između djetinje vezanosti za roditelje i odrasle konsolidacije osobnosti.

6.3.4.6. *Postadolescencija*

Za **postadolescenciju ili mlađu odraslu dob** (od 21./22. do 24./25. godine) bitno je usklađivanje i integracija pojedinih sastavnih dijelova osobnosti. Nastavlja se proces konsolidacije, koja je započela u kasnoj adolescenciji, kao i završetak seksualne orijentacije. Integracija ličnosti zbiva se postupno, ide paralelno s preuzimanjem socijalne uloge, udvaranjem, brakom i roditeljstvom.

6.3.5. *Faze adolescencije prema Staniši Nikoliću*

6.3.5.1. *Uvod*

Staniša Nikolić (1988) oslanjao se na francuske autore u konceptualizaciji adolescencije, različito od prije opisane podjele adolescentnog razvoja, međutim, uz određene sličnosti. Nikolić i Vidović (1990) navode sljedeće zadaće adolescencije, sukladne konceptima zadaća u drugim razvojnim razdobljima: 1. stvaranje seksualnog (rodnog) identiteta, 2. separacija od roditelja, 3. smanjenje ovisnosti o skupini vršnjaka, 4. učvršćivanje strukture ličnosti identifikacijom te 5. konsolidacija selfa. Spomenuti autori adolescenciju dijele na tri faze: preadolescencija, adolescencija u užemu smislu, te postadolescencija (v. tablicu 6.3.).

6.3.5.2. *Preadolescencija (11/12 – 14 godina)*

U tom razdoblju nastaje niz poteškoća u djetetovu odnosu prema okolini kao posljedica kvantitativnog porasta svih instinktivnih komponenata infantilne seksualnosti i agresivnosti, s potrebom neodgodivog zadovoljenja tih poriva. Može biti prisutna i fantazija „obiteljskog romana“, koja započinje već u latenciji. Emocionalno može doći do regresije te do poteškoća odnosa roditelj – adolescent, socijalno okarakterizirane kao **faza opozicije**.

6.3.5.3. *Adolescencija u užemu smislu (14 – 17/18 godina)*

Razdoblje najveće organizatorske i dezorganizatorske moći socijalno se može okarakterizirati kao **faza afirmacije**. Miješaju se uzročnost i posljedica unutarnje opasnosti, anksioznost, prisutne su aktivnosti specifičnih obrana, nije rijetka pojava prolaznih i trajnih simptoma te psihičkoga sloma. Transformacije tijela izazvane endokrinološkim mehanizmima iziskuju od adolescenata integraciju nove slike seksualiziranog tijela. Porast dotad potisnutih seksualnih nagona s potrebom neodgodivog zadovoljenja, zahtjeva stvaranje novih izvora regulacije tih unutarnjih napetosti. Ego adolescenata na velikim je iskušenjima. Adolescenti često imaju osjećaj da su bez kontrole nad vlastitim tijelom, da ono pripada nekom drugom ili da ne postoji pa njegovu egzistenciju mogu dokazivati pokušajem suicida, uzimanjem droga, bulimijom, anoreksijom ili pretjeranim (ekscesivnim) promiskuitetom. Proces sastavljen od afekata napetosti edipske konfiguracije vodi jačanju fantazmatskih aktivnosti, konfuziji unutarnjeg i vanjskog, odnosno fantazma i realnosti, što se očituje poistovjećivanjem riječi i stvari, činjenja i mišljenja. Edip gubi ulogu organizatora psihe, potiskivanje slabi.

Odvajanje (separacija) od roditelja mora se ostvariti na psihičkome planu slabljenjem adolescentovih objektnih veza s njima, što vodi povratu libida na vlastiti ego (narcistička pozicija). U tom razdoblju adolescent postaje sposoban za stvaranje novih objektnih odnosa, eksperimentirajući uglavnom u skupini vršnjaka. Isprva kao homoseksualni (narcistički) izbor – adolescentno prijateljstvo – do ostvarivanja konačnoga heteroseksualnog ili homoseksualnog objektnog izbora. Odvajanje je od roditelja bolno, a reakcija žalosti na to odvajanje izrazito je suptilan dio dinamike adolescencije. Formiranje identiteta u fazi adolescen-

cije uključuje završnu fazu stvaranja seksualnog (rodnog) identiteta i njegovu integraciju s temeljnim identitetom u autentični self, jedinstveni doživljaj sebe kaočnosti. Teškoće u njegovu formiranje mogu izazvati tzv. *breakdown* ili potencijalni psihički slom, prema S. Nikoliću.

6.3.5.4. *Postadolescencija (17/18 – 21/22 godine)*

Završni stadij adolescencije u kojem ego postiže kompromis između superega i različitih ideala ega te usklađuje njihovu međusobnu ovisnost, na van je karakteriziran kao faza **socijalne insercije** (socijalna uključenost). Mogući su kriza vlastitog selfa, sukob s autoritetima, dvojbenost o vlastitoj genijalnosti, što vodi nemogućnosti investiranja libida u školovanje i zakazivanje na socijalnom planu.

Fizička promjena okoline i adolescentno otvaranje novim socijalno kulturnim utjecajima, zajedno s nedovoljno čvrstom integracijom ega i nagonom organizacijom, vodi difuziji identiteta, a može se manifestirati tranzitornim (privremenim) doživljajima depersonalizacije ili psihotičnim oblikom ponašanja. Tijekom postadolescencije adolescent prihvaća načelo stvarnosti preko prihvaćanja kontinuiteta vremena. Potpuno prepoznavanje završetka igre uloga, prihvaćanje vremenskog kontinuiteta te učinka tih ograničenja na dilemu slike vlastita selfa i proces formiranja identiteta imaju za posljedicu tzv. **smirivanje** ili *settling down* adolescenta. Razdoblje unutrašnjih borbi u psihičkom životu adolescenta dugo je i mladi čovjek kroz proces svog odrastanja svladava mnogo teškoća.

6.3.6. *Adolescencija i razvoj rodnog identiteta*

O rodnom identitetu treba vidjeti posebno poglavlje 8 u ovoj knjizi. U adolescenciji se u obaju spolova nastavlja s razvojem i modifikacijama rodnog identiteta, prakticiranjem „rodnih uloga“, uz različite identifikacije. Posebno je važno napuštanje roditelja, novo nalaženje objekta (izbor objekta) te završetak seksualne orijentacije. U djevojaka se rodni identitet modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu proradu zadaća i strahova prijašnjih faza: strah od gušenja moćne majke vs. strah od odvojenosti od majke, okretanje ocu kao novom libidinoznom objektu, strah od ozljede edipske faze itd. U dječaka se rodni identitet također modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu proradu zadaća i strahova prijašnjih faza: dezidentifikacija od majke,

kastracijski strah od moćne majke, falički narcizam, kastracijski strah od edipskog oca itd.

6.3.7. Poremećaji u adolescenciji

Fenomenološki procesi adolescencije koji vode konsolidaciji selfa vulnerabilni su za nastanak različitih poremećaja, a rezultante su unutarnjih tjelesnih promjena, mentalnih procesa i utjecaja iz vanjskoga svijeta (Marans i Cohen 1996).

6.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Razdoblje latencije ili dobi školskoga djeteta je vrlo važno u emocionalnom i kognitivnom smislu.
- ✓ Djeca često u fazi latencije (dobi školskoga djeteta) dolaze na pregled zbog školskog neuspjeha, međutim, iza tog problema mogući su različiti emocionalni poremećaji.
- ✓ Adolescenciju nazivamo razdobljem psihološke prilagodbe na procese puberteta.
- ✓ Adolescenciju dijelimo na potfaze, kojima dominiraju različiti konflikti i dileme.
- ✓ Srednju (ili pravu) adolescenciju obilježava napuštanje ponovno reaktiviranih edipskih konstelacija, napuštanje roditelja, što može dovesti do narcističke pozicije adolescenta (kada dominira krhka psihološka ravnoteža) te se traže novi ljubavni objekti (izbor objekta) kod vršnjaka.
- ✓ Djecu u latenciji i adolescenciji katkada je potrebno samo pažljivo slušati, bez davanja konkretnih savjeta, jer oni samo imaju potrebu govoriti (projicirati) o svojim različitim osjećajima, problemima i dilemama.

6.5. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Može li se danas govoriti o tome da je dijete u latenciji ljubavno, pristojno, disciplinirano, kontrolirano, a da je seksualnost potisnuta?

ODGOVOR: Ovo je kontroverzno pitanje. Klasično gledano, latencija je interludij između cvjetanja seksualnosti edipske faze (bujanja fantazije u svakom smislu) i „adolescentne bure“. U realnosti, međutim, nisu česta ovakva „latentna stanja“ ili „smirivanja“. Zapravo

su u praksi vidljive daljnje prorade edipskog konflikta, kao i konflikata nadolazeće adolescencije, te sposobnosti jačeg ega. U fazi latencije nastavlja se prorada edipskog konflikta, u smislu djetetove identifikacije s istospolnim roditeljem, kao i s njegovim heteroseksualnim izborom partnera. Prisutna je sve veća mogućnost refleksije različitih stanja. Seksualnost u latenciji, zasigurno, ne jenjava.

■ **PITANJE:** Koji su najčešći psihijatrijski problemi djece u latenciji?

ODGOVOR: Čini se da su najčešći problemi vezani za školu, smanjenje koncentracije ili specifične razvojne smetnje učenja. Međutim, emocionalna problematika djece u latenciji, odnosno emocionalne poteškoće koje djeca u latenciji imaju, navedeni u prethodnom tekstu, ne uzimaju se dovoljno u obzir.

■ **PITANJE:** Što to znači kognitivni period konkretnih operacija u latenciji?

ODGOVOR: S obzirom na prethodne faze, dolazi do kvalitativnoga kognitivnog pomaka, u smislu stvaranja koncepata i pravila. Postoji veća konceptualna sposobnost i shvaćanje kao što je razumijevanje brojeva ili mase (npr. promjena oblika ne mijenja ukupnu masu). Ne uči se više putem pokušaja i pogrešaka, nego putem općih pravila. Mišljenje je manje egocentrično, sofisticiranije uz jasniju hijerarhiju pojmova, međutim, i dalje je vezano za konkretnu vanjsku realnost, dok su aktualni problemi važniji od hipotetskoga. Bolje su razvijene egzekutivne funkcije i pažnja.

■ **PITANJE:** Što je fantazija „obiteljskog romana“ i koje sve funkcije može imati?

ODGOVOR: Djeca latencije uključena su u značajan oblik destrukcije svojih roditelja, kao i poslije u adolescenciji, kada svoje težište s obitelji prebacuju prema školi, vršnjacima i drugim odraslima. Uobičajena je fantazija **obiteljski roman** koja dramatizira deidealizaciju svojih roditelja. Nakon te deidealizacije, dijete/adolescent postupno se osposobljava za realniju identifikaciju sa svojim roditeljima. S jedne strane, postoji regresivna želja za povratkom u sigurnost ranoga djetinjstva i apsolutna vjera u svemoćne i savršene roditelje, dok s druge prevladava infantilna ovisnost o roditeljima. Također, moguće objašnjenje fantazije „obiteljskog romana“ može biti u popunjavanju amnezije iz djetinjstva. Fantazija „obiteljskog romana“ svakako služi učvršćivanju identiteta djeteta. Bitno je da roditelji „prežive“ destrukciju od djeteta, da budu

dostupni djetetovim kontinuiranim i mijenjajućim potrebama.

■ **PITANJE: Kakva je uloga vršnjaka i socijalizacijskih procesa u latenciji s obzirom na adolescenciju?**

ODGOVOR: Već u predškolsko vrijeme postoje naznake socijalizacije, a ona se u svojem punom obliku pojavljuje u latenciji (dobi školskoga djeteta). Kroz adolescenciju vršnjaci dobivaju svoje kvalitativno značenje kao razvojna potreba nenadoknativa odnosom s roditeljima ili unutar obitelji. U adolescenata nalazimo pomak libida s roditelja na vršnjake (izbor objekta), čime vršnjaci dobivaju sasvim novu važnu dimenziju. Kod djeteta u latenciji obitelj je i dalje „sigurna luka“, dakle, nakon što se upusti u nove odnose s vršnjacima, školom, susjedstvom, on/ona zna da ga njegova obitelj uvijek čeka. Kod adolescenata je situacija drukčija jer je jedna od zadaća adolescencije upravo odvajanje od veza sa svojom obitelji (u odnosima, ali i intrapsihički), vršnjaci su važni, a obitelj ipak zaostaje u pozadini.

■ **PITANJE: Objasnite pojmove „žalosti“ i „zaljublivanja“ u adolescenciji.**

ODGOVOR: Obilježje „prave“ ili srednje adolescencije ponovna je prorada ostataka Edipova kompleksa, kao i heteroseksualni ili homoseksualni izbor novih objekata. S tim je u vezi i prorada odnosa sa svojim roditeljima (misli se dominantno na intrapsihičku dimenziju). Napuštanjem edipskih objekata dolazi do veće narcističke pozicije adolescenta, odnosno napuštanjem zaštićenog stanja nastupa stanje „žalosti“ (napuštanjem svojeg djetinjstva). Usporedo s napuštanjem edipskih pozicija libido se usmjeruje prema sebi (narcistička pozicija), postupno se isprobavaju novi objektni izbori (usmjerivanje libida prema vršnjacima), okrenutost prema heteroseksualnosti (a moguća je i druga orijentacija) dolazi do naglih „zaljublivanja“. „Zaljublivanja“ nose u sebi iznimnu sposobnost testiranja vlastitog selfa, isprobavanja novih socijalnih relacija i novih afirmacija.

■ **PITANJE: Što to znači kognitivni period formalnih operacija u adolescenciji?**

ODGOVOR: U pubertetu i adolescenciji započinje kvalitativno novi kognitivni razvoj formalnih operacija stvaranjem sposobnosti apstraktnog, logičkog i hipotetskog razmišljanja. Mišljenje se koristi dedukcijom i kompleksnim operacijama višeg reda. To je vidljivo u različitim matematičkim operacijama te u kombinatorici. Također se razvijaju kompleksnije strategije rješavanja problema.

■ **PITANJE: Kako i kada završava adolescencija?**

ODGOVOR: Početak je puberteta i adolescencije jasniji zbog postojanja somatskih pokazatelja. Za određivanje završetka adolescencije ne postoje tjelesni pokazatelji, nego više psihološki i socijalni aspekti. Završetak adolescencije mogao bi se nazvati konsolidacijom ega prema P. Blosu, što znači relativno stabilan doživljaj sebe, stalnost rodnog identiteta te ravnotežu između davanja i primanja (relativna stalnost investicije reprezentacije objekta i selfa). S. Nikolić završetak adolescencije povezuje sa socijalnom uključenosti, odnosno postupnim „smirivanjem“. Dakle, sposobnost odrasle osobe jest raditi i voljeti, imati vlastitu psihičku ravnotežu, ali i pridonositi svojoj zajednici. Završetak je adolescencije teško definirati, ali je svakako različito od toga „da se ne bude više dijete“. Zrelost definiramo kao svjesnost o svojoj ličnosti, podnošenje i lakša reparacija vlastitih negativnih stanja te ravnomjeran omjer primanja i davanja drugima (sposobnost za objektivnu ljubav i doprinos zajednici svojim radom).

6.6. Pitanja

- 1 Kojе su razvojne zadacе latencije?
- 2 Kako definiramo latenciju prema psihoanalitičkoj teoriji?
- 3 Kako dijelimo latenciju?
- 4 Što je to fantazija „obiteljskog romana“ i koje sve funkcije može imati?
- 5 Opišite obilježja razvoja rodnog identiteta djevojčica i dječaka u latenciji?
- 6 Kojе su razlike djeteta u latenciji i adolescenciji u odnosu prema roditeljima i obitelji?
- 7 Kojе su razvojne zadacе adolescencije?
- 8 Kako adolescenciju dijelimo prema P. Blosu, a kako prema S. Nikoliću?
- 9 Opišite obilježja preadolescencije?
- 10 Opišite obilježja rane adolescencije?
- 11 Opišite obilježja prave ili srednje adolescencije?
- 12 Opišite obilježja kasne adolescencije i postadolescencije?
- 13 Opišite obilježja razvoja rodnog identiteta u djevojčaka i dječaka u adolescenciji?

6.7. LITERATURA

1. *Begovac I, Majić G.* Adolescencija i razdoblje "druge individuacije". U: *Votava-Raić A, Marinović B, Dumić M*, ur. *Pedijatrija danas –adolescencija- aktualni problem- odabrana poglavlja-15. poslijediplomski tečaj obnove znanja.* Zagreb: Klinika za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2003, str. 16-9.
2. *Blos P.* Adoleszenz – Eine psychoanalytische Interpretation, 7 izdanje. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.
3. *Bornstein B.* On latency. *Psychoanal Study Child* 1951; 5:279-286.
4. *Cameron N.* Personality development and psychopathology. A Dynamic approach. Boston: Mifflin Company; 1963.
5. *Costello EJ.* Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:836-41.
6. *Dryfoos J.* Adolescents at risk. New York: Oxford University Press; 1990.
7. *Erickson EH.* Childhood and society. New York: W.W. Norton & Company, Inc; 1950.
8. *Ermann M.* Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. prerađeno izdanje. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2007.
9. *Flynn D.* Adolescence. U: *Wise I*, ur. *Adolescence.* London: Institute of Psychoanalysis; 2000, str. 56-71.
10. *Fonagy P, Steele M, Steele H i sur.* Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. U: *Goldberg S, Muir R, Kerr J*, ur. *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*, Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc; 1995, str. 233-278.
11. *Freud A.* Adolescence. *Psychoanal Study Child* 1958; 13:255-78.
12. *Harley M.* Some observations on the relationship between genitality and structural development at adolescence. *J Am Psychoanal Assoc.* 1961;9:434-60.
13. *Jemerin JM.* Latency and the Capacity to Reflect on Mental States. *Psychoanal Study Child* 2004;59:211-39.
14. *Katan A.* The role of displacement in agoraphobia. *Int J Psychoanal* 1951;32:41-50.
15. *Laplanche J, Pontalis JB.* Rječnik psihoanalize. Zagreb: Naprijed; 1992.
16. *Lauffer M, Lauffer E.* Adolescence and Developmental Breakdown. New Haven: Yale University Press; 1987.
17. *Marans S, Cohen DJ.* Child psychoanalytic theories of development. U: *Lewis M*, ur. *Child and adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook.* 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str.156-70.
18. *Nikolić S.* Mentalni poremećaji u djece i omladine 1. Zagreb: Školska knjiga; 1988.
19. *Nikolić S, Vidović V.* Adolescencija. U: *Nikolić S, Klain E, Vidović V*, ur. *Osnove medicinske psihologije.* Zagreb: Medicinski fakultet; 1990, str. 73-79.
20. *Offer D, Schonert-Reichl KA.* Debunking the myths of adolescence: findings from recent research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:1003-14.
21. *Offer D, Schonert-Reichl KA, Boxer A.* Normal adolescent development: empirical research findings. U: *Lewis M*, ur. *Child and adolescent psychiatry.* Drugo izdanje. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 278-90.
22. *Piaget J.* Play, dreams and imitation in childhood. London: Routledge & Kegan Paul; 1951.
23. *Piaget J.* The origins of intelligence in children. New York: International University Press; 1952.
24. *Rudan V.* Adolescencija. U *Klein E*, ur. *Psihološka medicina.* Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 212-21.
25. *Rudan V.* Neuroza i formiranje spolnog identiteta u adolescenciji. Medicinski fakultet Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 1995.
26. *Rudan V.* Zaokupljenost sobom u adolescenciji. U: *Votava-Raić A, Marinović B, Dumić M*, ur. *Pedijatrija danas –adolescencija- aktualni problem- odabrana poglavlja-15. poslijediplomski tečaj obnove znanja.* Zagreb: Klinika za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2003, str. 11-5.
27. *Sarnoff C.* Latency. New York City: Jason Aronson; 1976.
28. *Seligman S.* Clinical implications of current attachment theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2000; 48(4):1189-95.
29. *Tyson P, Tyson RL.* Psychoanalytic theories of development: An integration. New Haven, CT, US: Yale University Press; 1990.
30. *Ubbels J.* Late latency-early puberty, a crisis in subjectivation. Preadolescence. Budva: The 14th East European Psychoanalytical School for Child and Adolescent Psychoanalysis; 2013, str. 61-69.
31. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
32. *Yates A.* Childhood sexuality. U *Lewis M*, ur. *Child and adolescent psychiatry- A comprehensive textbook.* Drugo izdanje. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 221-234.

Razvoj pojedinih funkcija djeteta

Ivan Begovac, Trpimir Jakovina

SADRŽAJ

7.1. Uvod	109
7.2. Tjelesni rast, motorički i senzorički razvoj, razvoj tijelu bliskih procesa	109
7.3. Koncept temperamenta u razvoju djeteta	110
7.4. Razvoj motivacije	111
7.5. Razvoj jezika i govora	111
7.6. Razvoj crteža u djeteta	113
7.7. Razvoj morala	115
7.8. Upute za roditelje/nastavnike	115
7.9. Često postavljena pitanja	116
7.10. Pitanja	117
7.11. Literatura	117

7.1. Uvod

Dok je o razvoju mozga, trudnoći, fetalnom razvoju, nagonском razvoju ličnosti, kognitivnom, socijalnom i emocionalnom razvoju, te o latenciji i adolescenciji bilo riječi u drugim poglavljima, ovdje govorimo o razvoju drugih važnih funkcija djeteta. Pratimo tjelesni rast, motorički i senzorički razvoj, razvoj tijelu bliskih procesa, temperament djeteta, razvoj motivacije, jezika i govora; proučavamo razvoj crteža u djeteta, te razvoj morala.

Uvodno rečeno, **linije razvoja**, kako ih koncipira Anna Freud (1965), složeniji su pristup razvoju, ističu nagonски razvoj ličnosti i važnost fantazije u djeteta, dok su, prema Havighurstu (1972), **razvojne zadaće** više deskriptivni fenomeni, ovisni o dobi, primjenjiviji u svakodnevnoj kliničkoj praksi. U tekstu je rabljen „neutralniji“ naziv, koji opisuje razvoj pojedinih **funkcija djeteta**.

7.2. Tjelesni rast, motorički i senzorički razvoj, razvoj tijelu bliskih procesa

U ovom su dijelu opisani tjelesni rast i razvoj tjelesnih procesa, posebice SŽS-a, potom rast i razvoj osnovnih vegetativnih funkcija i psihofizioloških regulatornih mehanizama (funkcija hranjenja, eliminacije, ritma budnost – spavanje), razvoj percepcije, motorike i njihove koordinacije (senzomotorna koordinacija) tijekom prenatalnog razvoja, djetinjstva i puberteta. I ovdje je prisutna rasprava jesu li tjelesni rast i razvoj uvjetovani „prirođenim planom“ ili okolišno. Vjerojatno je utjecaj obaju, odnosno u prenatalnom razdoblju i u dojenačkoj dobi pretežan je utjecaj prirodnih čimbenika, dok su poslije sve više uključeni i okolišni čimbenici (Remschmidt 2011). Somatski je razvoj u **prenatalnoj** dobi fascinantan. Detaljnije je opisan u posebnom poglavlju (v. posebno poglavlje 3). Oko trećega mjeseca trudnoće završava se stvaranje organa. Uz suvremeno intenzivno liječenje i nezrela nedonošćad dobi trudnoće 22 – 25 tjedana i rodne mase manje od 700 grama može preživjeti. Trudnoća traje u prosjeku 281 dan (+/- 11 dana). Na prenatalni razvoj djeteta utječu različiti čimbenici: genski i psihosocijalni čimbenici, čimbenici prehrane, izloženost štetnim supstancijama (Remschmidt 2011).

Najveći se tjelesni rast bilježi tijekom prenatalnog i postnatalnog razdoblja te u dojenačkoj dobi, zatim se pomalo usporuje, a tijekom puberteta ponovno dobiva

na važnosti (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Uobičajeno je mjerenje tjelesnog razvoja standardnim normama, odnosno srednjom vrijednosti tjelesne visine i mase, uz dvostruku standardnu devijaciju. Odstupajućim se karakterizira ono izvan 3. i 97. centile (Remschmidt 2011), što se posebno odnosi na prve godine života. U pripadajućim referencama i udžbenicima vidjeti centilne krivulje za tjelesnu visinu i masu.

Proporcije tijela razlikuju se kroz razvojna razdoblja. U dvomjesečnog fetusa glava obuhvaća polovicu ukupne duljine tijela, pri rođenju četvrtinu duljine, dok u odrasloj dobi glava čini osminu duljine cijelog tijela. Slična je proporcija i u odnosu veličine mozga. Razvoj skeleta može dati procjenu koštane dobi (zatvaranje epifiza), što je važno kod sindroma povećanog ili smanjenog rasta. Opseg glave i zatvorenost fontanela maloga djeteta također nam daju važne informacije. Rast glave i mozga najintenzivniji je u prvim godinama života, uključujući i prenatalno razdoblje, dok je razvoj ostalih organa postupan. Razvoj spolnih organa dodatno se nastavlja u pubertetu. Pubertetske tjelesne promjene počinju otprilike dvije godine ranije u djevojčica nego u dječaka (Remschmidt 2011).

Dojenče ima **refleksne aktivnosti**, npr. motorički refleks sisanja, refleks traženja nakon podražaja obraza dodirrom, refleks hvatanja, Moroov refleks itd., koje služe prvim motoričkim kretnjama i koje se, razvojem djetetove inicijative, postupno gube. Oko 6. mjeseca aktivno istraživanje nadomješta refleksne aktivnosti dojenčeta. Potkraj 12. mjeseca stvorene su osnove kontrole tijela (**grube motorike**), dok se poslije sve više diferencira **fina motorika**. S tri godine pojavljuju se osnove grafomotorike, s oko 5 godina lateralizacija ruke itd. (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

U **tablici 7.1.** prikazani su miljkazi (ključne točke ili *milestones*) **općeg razvoja motorike**.

Tako dijete s 3 mjeseca podiže glavicu kada leži na trbuhu, sa 6 mjeseci počinje sjediti, s otprilike 9 mjeseci slobodno sjedi, s 12 mjeseci počinje stajati, oko 15. mjeseca čini prve korake, s otprilike dvije godine sigurnije trčkaru, s 3 godine koordinirano vozi tricikl, s 4 godine može poskočiti, dok s 5 godina slobodno hoda po stubama uz izmjenu nogu itd. Kod **razvoja hvatanja i motorike ruke** također se zapaža stalno napredovanje. U prvom mjesecu postoje samo naznake refleksnih aktivnosti, s oko 2 mjeseca prati pogledom vlastite ruke, bez potpune kontrole oka, siše predmet uhvaćen rukom, međutim, bez promatranja tog predmeta itd.

Tablica 7.1.

Osnovni miljkazi (ključne točke ili milestones) motoričkog razvoja u djeteta

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011.

Dob	Razvoj motorike
3 mjeseca	podigne glavicu kada leži na trbuhu
6 mjeseci	započinje sjedenje
9 mjeseci	postoji slobodno sjedenje; prebacuje predmet iz ruke u ruku
12 mjeseci	započinjanje stajanja, osnove grube motorike; gura loptu dok sjedi
15 mjeseci	prvo hodanje
2 godine	sigurnije trčkanje, ide niz i uz stube; može okrenuti stranicu; šutira loptu
3 godine	osnove grafomotorike, voženje tricikla
4 godine	može poskočiti
5 godina	slobodno hodanje na stubama uz izmjenu nogu; lateralizacija ruke; bacanje lopte
6 godina	vozi bicikl

Sa 6 mjeseci postoji senzomotorna koordinacija gledanja, hvatanja i sisanja, npr. dijete predmet gleda, dohvaća te ga konačno siše (isprobava ustima). Dijete s 12 mjeseci ima **pincetni hvat** (dodir palca i kažiprsta), s oko dvije godine može listati knjige, s oko 4 godine hvata olovku trima prstima, s 5 godina može se koristiti škarama, jednostavno boji itd. (Steinhausen 2010). O razvoju **drugih osjetila**, kao npr. razvoju sluha, razvoju vida te razvoju dodira već je bilo govora u poglavljima o prenatalnom razvoju, a za dodatne detalje vidjeti u drugim pripadajućim udžbenicima. **Vegetativno regulacijski procesi** pokazuju veliku varijabilnost. Ciklus budnost – spavanje, isprva u novorođenčeta vrlo varijabilan, tijekom djetinjstva postupno se približava onom odrasle dobi. Kontrola eliminacije postiže se od otprilike treće do pete godine života (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

7.3. Koncept temperamenta u razvoju djeteta

Temperament, kao uži pojam, razlikujemo od pojma ličnost i karakter, koji su širega značenja (v.

poglavlje 65 o poremećajima ličnosti). **Temperament** je konstitucionalan i prirodan (blizak tjelesnim procesima), odnosi se na individualne reakcije u području osjećanja, volje i nagona, smatra se nečim energijskim, biotonusnim (Peters 1990). Temperament je bliži osjećajnom nego kognitivnom (Resch 1996). Za dob latencije i adolescencije u literaturi nalazimo određene, za temperament vezane termine, npr. za pacijentice s poremećajem jedenja „traženje novoga“ odnosno „radoznalost“, „izbjegavanje povreda“, „ovisnost o nagradi“ (Cloninger i sur. 1993; Resch 1996) ili pak oznake kao što su introverzija i ekstroverzija (Schmeck i sur. 2012). U ranijoj dobi (novorođenačka dob, dojenačka dob, dob „trčkarala“ i dob predškolskoga djeteta) očitovanja temperamenta drukčije su opisane. Dijete već nakon rođenja može pokazivati svoj temperament. Roditelji koji imaju više djece to potvrđuju svojim opisima. Chess i Thomas (1984, 1986) već osamdesetih godina prošloga stoljeća dali su više dimenzija temperamenta djeteta: razina tjelesne (motoričke) aktivnosti, pravilnost dnevnog ritma (ritam spavanja, jedenja itd.), približavanje ili povlačenje (način prve reakcije na novi podražaj), sposobnost prilagodbe (dugotrajni proces vođenja u nekom smjeru), senzorički prag podražaja, intenzitet reakcije (energija jedne reakcije), stil raspoloženja (veseo vs. tužan), mogućnost otklona pažnje (važnost nevažnih okolišnih podražaja), trajanje pažnje i sposobnost provedbe (npr. jednog zadatka). S obzirom na različitu konceptualizaciju samog pojma, temperament se i različito mjeri.

Obično se u najranijoj dobi djeca dijele na one „neproblematičnog“ i „lakšeg“ temperamenta, s obzirom na one „težeg“, odnosno na one „usporenijeg“ temperamenta (v. tablicu 7.2.).

„Lakši“ temperament protektivni je čimbenik u razvoju, dok je „teži“ temperament čimbenik rizika. „Lakši“ se temperament, nadalje, opisuje terminima biološke pravilnosti, reakcijom približavanja pri prvom podražaju, brzom prilagodbom, dominantno pozitivnim stilom raspoloženja, a nalazi se u 40 % djece. „Teži“ se temperament opisuje kao suprotnost „lakšem“ temperamentu u smislu izostajanja biološke pravilnosti, reakcijom povlačenja pri prvom podražaju, sporom prilagodbom na nove situacije, često negativnim afektivnim izrazom visokog intenziteta, a smatra se da postoji u otprilike 10 % djece. „Usporeniji“ se temperament opisuje reakcijom povlačenja pri novim podražajima, sporom prilagodbom, negativnim afektivnim izrazom, ali

Tablica 7.2.

Podjela temperamenta u djeteta

Modificirano prema Chess i Thomas 1984, 1986, Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011.

„Neproblematični“ i „lakši“ temperament	„Teži“ temperament	„Usporeniji“ temperament
<ul style="list-style-type: none"> - biološka pravilnost - reakcija približavanja na prvi podražaj - brza prilagodba - dominantno pozitivni stil raspoloženja - oko 40 % 	<ul style="list-style-type: none"> - nema biološke pravilnosti - reakcija povlačenja na prvi podražaj - spora prilagodba na nove situacije - često negativni afektivni izraz visokog intenziteta - oko 10 % 	<ul style="list-style-type: none"> - reakcija povlačenja na nove podražaje - spora prilagodba - negativni afektivni izraz, ali niskog intenziteta - „sramežljiva“, „oprezna“ djeca - oko 15 %

niskog intenziteta, a zastupljen je u otprilike 15 % djece. Obično se ona opisuju kao sramežljiva ili oprezna.

Koncept temperamenta osamdesetih godina prošloga stoljeća bio je u zamahu istraživanja, upozoravajući više na prirodene, odnosno genske čimbenike. Međutim, na temperament se ne smije gledati kao na „sudbinu“. Naime, potreban je rad s roditeljima, imajući u vidu složenost interakcije temperamenta djece i roditelja, sa svrhom postizanja njihove bolje usklađenosti.

Sažeto, koncept temperamenta u najranijoj se dobri rabi u kliničkoj praksi pri opisu djece, u latenciji i adolescenciji pri procjeni određenih crta temperamenta unutar kliničke slike, te teoretski u procjeni etiopatogenetskih čimbenika (protektivni vs. rizični) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010).

7.4. Razvoj motivacije

Koncept motivacije upotrebljuje se u teoriji učenja, a njemu analogni koncepti u psihodinamskoj teoriji jesu koncepti nagona i afekata (Resch 1996). Saznanje da se osobe u istim situacijama i s istim ciljevima različito ponašaju dovelo je do potrebe da se definira različita motivacija (Mewe i Mattejat 2011).

Motivaciju možemo definirati kao aktivnost organizma određenu varijabilnošću odnosa prema cilju, kvantiteti i intenzitetu (Resch 1996). Slično ovome, možemo reći da se pod motivacijom razumijeva poticaj (nagon) prema određenim aktivnostima, odnosno ponašanju (Mewe i Mattejat 2011). Tijekom razvoja motivi se razvijaju kao stalne želje (pokretači). Svi procesi motivacije povezani su s afektivnim procesima.

Tipično se motivacija dijeli na biološku i socijalnu (Mewe i Mattejat 2011). Biološke su motivacije, među

ostalim, glad, žeđ, spavanje ili želja za različitim podražajima, znatiželja. Socijalne su motivacije trud za prestižem, posjedovanje, kontakt, uspjeh, pomoć drugima itd. Na početku razvoja dominiraju biološke motivacije, dok su s vremenom sve izraženije socijalne motivacije. Na socijalnu motivaciju utječu individualni i okolišni čimbenici. Od okolišnih se može spomenuti odgoj djeteta, u kojemu veliku ulogu imaju pohvala i/ili prigovori.

Drugi autori motivacijske sustave dijele na primarne i sekundarne (Resch 1996). Primarni su motivacijski sustavi u neposrednoj vezi s afektivnim sustavom ili nagonima. Oni su univerzalni, prirodni, povezani s nagonima potrebe i afektima u smislu regulacije ponašanja (glad, sigurnost, zaštita, ugoda). Sekundarni se motivacijski sustavi odnose na naučene, individualne, i kulturno-specifične stavove i vrijednosti u smislu kompleksnih potreba (motivacija za uspjehom, altruizam). Sekundarni motivacijski sustavi odgovaraju principu realnosti i izvan su neposrednoga afektivnog zadovoljavanja. Razvoj motivacijskih sustava događa se pretežno putem interakcijskog matriksa, dakle u intenzivnoj interakciji djeteta – majka.

7.5. Razvoj jezika i govora

U posebnoj su poglavlju navedeni specifični poremećaji komunikacije, jezika i govora (v. posebno poglavlje 42). Pogledaj sličnosti i razlike između pojmova: komunikacija, jezik, govor. U ovom će poglavlju fokus više biti na razvoju jezika i govora, odnosno na užem gledanju. Većina autora razvoj govora povezuje s **kognitivnim razvojem** (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Opće kognitivne sposobnosti pretpostavka su

za razvoj govora. Posebno je važna simbolizacija koja naglo počinje od 18. mjeseca djetetova života, pri čemu je govor prihvaćanje određenog simbola za određeni predmet, npr. dijete u Hrvatskoj će za predmet za jelo naučiti riječ „žlica“, dok će dijete u Njemačkoj za isti predmet za jelo naučiti riječ „Loeffel“. Prema tome, riječi su različiti simboli za nešto jedinstveno što predočuju.

Danas je prihvaćena važnost **preverbalnog perioda**, koji prethodi verbalizaciji. Naime, evolutivno gledano, preverbalno prethodi verbalnom, što je potrebno uzeti u obzir u mogućim terapijskim metodama kod poremećaja komunikacije u najširem smislu riječi. Preverbalni aspekti uključuju genske čimbenike, rast mozga, socijalni kontakt, ekspresiju pojedinih glasova, strukturu ponašanja i namjera te opću spremnost za govorenje (Mewe i Mattejat 2011). Na sve se to nadovezuje verbalizacija, koja se sve više usložnjava.

Danas se pretpostavlja niz čimbenika koji djeluju na razvoj govora: psihodinamski, socijalizacijski čimbenici, učenje potkrepljivanjem, učenje prema imitaciji te strukturirano učenje. Pojačivači su roditeljsko ponavljanje glasova koje dijete ispušta, aktivna majčina verbalizacija postupaka koje radi ili čuje od dojenčeta. Samo dijete može samo sebe pojačavati glasnim izgovaranjem različitih glasova. Učenje prema imitaciji čimbenik je koji ovisi o tome u kakvoj se sredini dijete nalazi. Strukturirano učenje stalna je prilagodba glasova koje dijete ispušta u odnosu prema okolini koja ima različitu ekspresiju različitih glasova (princip inkongruencije ili različitosti) (Mewe i Mattejat 2011).

U **tablici 42.1.** (v. posebno poglavlje u ovoj knjizi 42) prikazani su miljokazi (ključne točke ili milestones) razvoja ekspresivnog jezika i govora, receptivnog jezika, socijalne komunikacije (pragmatike) te indikacije za evaluaciju jezika i govora. U **tablici 42.2.** (v. posebno poglavlje 42) navedena je razumljivost djetetova govora za okolinu, koja se stječe s vremenom. Govor je podložan različitim varijacijama, međutim, ipak postoje miljokazi (ključne točke ili milestones) razvoja govora. Razvoj ekspresivnog jezika (govora) počinje s prvim plakanjem, vokalizacijama (gugutanje) s oko 2 mjeseca, prvim slogovima, imitacijama slogova, prvim riječima, kao i s percipiranim govornim ekspresijama prema dimenzijama prijateljsko/neprijateljsko; s povjerenjem / strano, koje se događaju u prvim mjesecima prve godine života (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Mewe i Mattejat 2011). Dakle, s oko 8 mjeseci postoje jasni slogovi, obično su to „ma“;

„ta“, „ba“. S oko 10 mjeseci dijete izgovara prvu specifičnu riječ, obično je to „mama“, „tata“. Dijete s 12 mjeseci kaže i imitira dvije riječi osim „mama“ i „tata“; i koristi se jednom riječju za cijelu rečenicu, npr. „Piti“ označivalo bi: „Ja hoću piti.“ ili npr. „Zrakoplov“ bi značio „Zrakoplov leti“. Potkraj prve godine života dijete počinje upotrebljavati pojedine riječi za prijenos verbalne komunikacije. Gubi se sposobnost produciranja slogova, na račun izražavanja pojedinih riječi. S oko 12 mjeseci do 18. mjeseca postoje rečenice od dvije riječi npr. „Više mlijeka“; „Piti ovo“. Artikulacijske mogućnosti i fond riječi sve su veći, gramatička je struktura rečenica pravilnija.

Razvoj govora drastično se ubrzava rastućom simbolizacijom i kognitivnim razvojem, otprilike s 18 mjeseci. Razumijevanje jezika sve je veće. Početkom druge godine ima svoje tepanje (*baby talk*), ali već i razumljive riječi za okolinu. Oko 18. mjeseca dijete razumijeva prijedloge (u/na/ispod/iznad/prije), ima svoj govorni žargon (imitacija govora iz okoline), imitira druge zvukove iz okoline (npr. brujanje automobila), postoji više od tri riječi u vokabularu (14. do 18. mjesec), od 18. mjeseca može biti prisutno do 50 riječi, prevladava jedna riječ koje označuje cijele rečenice, riječi se upotrebljavaju sve više u komunikativne svrhe. Sažeto bi se moglo reći, s oko 18 mjeseci nastaje nagli razvoj govora, tada dijete govori u rečenicama od dvije riječi, govori više od 50 riječi i jezikom se koristi komunikativno. S vremenom se sve više razvijaju prilozni, glagoli, oznake prostora itd. U dobi od 24 mjeseca pomalo se „djetetov žargon“ odbacuje, govori u rečenicama od tri i više riječi, ukupan je broj riječi oko 200. Potkraj druge godine i dalje dijete stalno zapitkuje odrasle o različitim stvarima (tzv. vrijeme zapitkivanja). U dobi od 36 mjeseci upotrebljava prošlo vrijeme, pjesmice, ukupan je broj riječi oko 1000, jasnije izgovara zamjenicu „ja“, gramatički sve više usavršava rečenice.

Važne su i receptivne vještine, neverbalne geste i preverbalni period. Dijete s 8 mjeseci odgovora na različite tonove glasa. Dijete s 12 mjeseci odaziva se na svoje ime i značenje „ne“ i nekoliko drugih riječi. Dijete s 18 mjeseci može odrediti jedan predmet ako se to verbalno zatraži, upire u dijelove tijela, slijedi jednostavne naredbe u kontekstu. Dijete s 24 mjeseca razumije niz pojedinačnih riječi i jednostavne fraze; može slijediti naredbe koje sadržavaju dvije ključne teme. Dijete s 36 mjeseci može uporabom identificirati svakodnevne predmete i uživati u jednostavnim obiteljskim pričama, razumije dulje i složenije rečenice, dvije do tri ključne riječi kod naredbe, te prošlo vrijeme.

Kod razvoja govora treba slijediti opće **dijagnostičke preporuke**. Posebno je važno postoje li elementi neverbalne komunikacije (praćenje pogledom, geste, mimika, pokazivanje prstom itd.). Načelno, **detaljnija dijagnostička procjena** potrebna je ako dijete ne govori slogove u 8 mjesecu života, ne govori nijednu riječ s 18 mjeseci i ako se s 24 mjeseca ne služi s rečenicama s dvije riječi. Treba okvirno razmotriti postoji li nedostatak govora od djetinjstva ili regresija u govoru. Ako postoji regresija u govoru, indikacija za dijagnostičku evaluaciju može biti i ranija. Djeca koja sporije usvajaju govor (tzv. *late talkers*) jesu djeca koja zaostaju u razvoju govora, npr. s 24 mjeseci govore samo 20 riječi (umjesto 200), s tri godine uporabljaju 200 riječi (umjesto 1000). Kod njih se ipak zapaža lagana progresija razvoja govora.

7.6. Razvoj crteža u djeteta

Razvoj crteža u djece analogan je procesu organizacije misli i razvoju kognitivnih sposobnosti (v. posebno poglavlje 5), a dječje stvaranje u ovom je smislu pokazatelj napretka u mnogim sferama – od motoričkih sposobnosti, percepcije, jezika, emocija, stvaranja simbola, osjetilne svijesti do prostorne orijentacije. Lowenfeld i Brittain (1987) opisali su šest glavnih razvojnih stadija dječjeg crteža:

1. stadij: Črčkanje (od 1. do 3. godine) (dobne su granice pojedinih stadija fleksibilne, a početak i kraj nije strogo određen). Dijete već potkraj prve godine može uzeti olovku u ruke. Ali u početku ono više udara olovkom po papiru nego što njome skliže. U toj dobi ono još ne uspijeva ostaviti pisani trag, ono to uspijeva tek s otprilike 18 mj., kada postupno prelazimo u fazu črčkanja. Pod **črčkarijama** razumijevamo kaotične crte koje su zapravo potpuno motorna manifestacija, iako ih dijete radi kao neku vrstu igre koja ga veseli i donosi mu ugodu. Tek poslije, kada dijete primijeti da njegova gesta proizvodi trag, ono će je nastojati ponoviti, jer grafički trag zapravo je ono što ga veseli (Malchiodi 1998). Ova faza razvoja crteža odgovara kasnijem razdoblju senzomotorne faze kognitivnog razvoja kako ju je opisao Piaget (1951, 1952). U početku senzomotorne faze djeca imaju ograničen raspon pažnje i ograničene motorne sposobnosti za grafičke aktivnosti. Poslije, u terminima senzomotornih iskustava, dijete počinje razmišljati kinestetski (položaj i prostor), poboljšava vizualnu i motornu koordinaciju, počinje se penjati, hodati i trčati. Razvija jasnije zani-

manje za vanjski svijet, sheme (v. posebno poglavlje 5) se počinju mijenjati od usmjerenosti na vlastito tijelo prema istraživanju okoline. Postupno se razvija namjerno ponašanje pri kojemu dijete do cilja više ne dolazi slučajno, nego dijete prvo opaža željeni cilj, a zatim razmišlja kako će ga ostvariti. Primjerice dijete na ovom stupnju može slučajno udariti lutku koja visi iznad kreveta tako da se ona zanjiše, a zatim može sljedećih 10 minuta provesti namjerno udarajući lutku i smijući se. Jedan od znakova te povećane svijesti o okolini jest i to što dijete otkriva postupke kojima može ponoviti zanimljive događaje kao što je i črčkanje.

Faza črčkanja, prema nekim autorima, dijeli se na tri stadija: 1. **motorno-vegetativni stadij**. Počinje oko 18. mjeseca života i karakteriziraju ga tipični dječji grafički tragovi koji su manje ili više zaokruženi, konveksni ili izduženi. Olovka ne napušta papir i stvara jedan eliptični vrtlog koji polazi od centra i odgovara jednostavnom motoričkom podražaju; 2. **reprezentativni stadij** (između 2. i 3. godine). Karakterizira ga pojava izoliranih oblika, koji postaju mogući podizanjem olovke od papira. Dijete od kontinuirane crte prelazi na diskontinuiranu, a zatim i na pojavu uglova. Ritam se usporuje, postoji tendencija da se reproducira objekt i daje verbalni komentar crtežu; 3. **komunikativni stadij** (između 3. i 4. godine). U ovoj fazi manifestnija postaje imitacija odraslih i očituje se sklonošću da se „piše“ i komunicira s drugima. Dijete proizvodi jedno izmišljeno pismo napisano u obliku „zubiju od pile“, a svrha mu je imitacija pisma odraslih.

Rhoda Kellogg (2015) provela je niz opsežnih istraživanja ranog dječjeg grafičkog izražavanja. Definirala je 20 osnovnih črčkarija. Djeca započinju s najjednostavnijom figurom koju predočuje točka. Točku slijedi vertikalna linija, a tek potom horizontalna. Slijedi niz sve naprednijih i složenijih figura, koje završavaju pojavom kruga, koji je nesavršen, ali predočuje zaokruženu cjelinu. Sve figure iz ovoga stadija stvaraju temelj za kasniji grafički razvoj i izvedbu.

2. stadij: Preshematski stadij (od 3. do 5. godine).

U dobi od treće do pete godine djeca i dalje mogu uživati u črčkanju i šaranju, ali se pri tome razvija njihov angažman u imenovanju ili čak smišljanju priča kojima nastoje dati smisao svojim radovima. Taj stadij približno teče paralelno s Piagetovim (1951, 1952) ranim **preoperacijskim periodom**, posebno s njegovom simboličkom fazom koja traje od druge do četvrte godine. Ključno obilježje promjene od senzomotornog do preoperacijskog razdoblja jest pojava sposobnosti

predočivanja ili onoga što je Piaget nazvao simboličkom funkcijom. Simbolička je funkcija sposobnost upotrebe jedne stvari za predočivanje nečega drugog, tj. upotreba jedne stvari kao simbola za nešto drugo. Na taj način djeca mogu povezati svoj okolni svijet s različitim oblicima, veličinama i bojama na papiru. Zbog razvoja govora (pri čemu i same riječi predočuju simbole) dječji crtež često prati verbaliziranje, a ta dječja potreba da pričaju o svojim crtežima ima veliku važnost u psihoterapijskoj praksi. Uz črčkarije u ovo vrijeme nastaju i složenije strukture koje se nazivaju **mandalama**, a to su uglavnom kružni oblici koji sadržavaju trokute, krugove, križeve, kvadrate i pravokutnike. Kako mandale susrećemo i u odraslom crtežu u mnogim kulturama, Jung je vjerovao da je mandala arhetipska slika kolektivnoga nesvjesnog, simbolizirajući ravnotežu i harmoniju.

3. stadij: Shematski stadij (od 6. do 9. godine)

Taj je stadij također dio preoperacijskog razdoblja, supfaze koju je Piaget nazvao intuitivnim stadijem. Nazvao ga je tako zato što djeca uviđaju da posjeduju širok spektar znanja, ali nisu svjesna odakle to znanje dolazi. Obilježja mišljenja u ovoj fazi jesu egocentriizam i centracija (v. posebno poglavlje 5). U tom stadiju nastaju rudimentarne ljudske figure poznate kao „punoglavci“ ili „glavonošci“. One sadržavaju glavu koja je predočena krugom i dvije okomite crtice koje predočuju noge. Povremeno sadržavaju i dvije horizontalne crte koje označuju ruke. S vremenom djeca postaju sposobna crtati raznolikije figure, uključujući trup uz glavu, te dodaju više detalja – prste, zube, obrve, kosu i uši. Pojavljuju se i rudimentarni oblici životinja, isprva kao „punoglavci“ ili „poboljšani glavonošci“ s više nogu (npr. konj i pas), te se postupno razvijaju sheme za kuće i prvi jasni prikazi uobičajenih predmeta iz okoline kao što je sunce, cvijeće i drveće.

4. stadij: Realizam (od 8. do 12. godine)

U četvrtom razvojnom stadiju razvoj vizualnih shema u likovnom izražavanju odraz je razvoja kognitivnih sposobnosti u kasnijem dijelu preoperacijskog perioda i na početku faze konkretnih operacija. U crtežu se i dalje upotrebljavaju sheme, ali su složenije nego sheme rabljene u ranijim stadijima. Ovo je period kada djeca već idu u školu. Razlike su između predškolske i školske djece brojne, ali se mogu svesti na jednu jednostavnu rečenicu: „starija djeca razmišljaju logičnije“. Piaget je u tom kontekstu napravio distinkciju između preoperacijskog i operacijskog mišljenja.

Djeca u tom razdoblju brzo napreduju i na umjetničkom području, što je najvidljivije po razvoju vizualnih simbola i pravih vizualnih shema za ljudske figure, životinje, kuće, drveće i druge objekte u okolišu. Mnogi su od tih simbola karakteristični za većinu dječjih crteža, npr. stablo uvijek ima smeđe deblo i zelenu okruglu krošnju, u kutu se nalazi žuto sunce, kuća s crvenim trokutastim krovom itd. Dolazi do otkrića povezanosti boje i objekata, a katkad se boja upotrebljuje čak na rigidan način (npr. sve lišće mora biti zeleno). Crtež se počinje konstruirati na podlozi, najčešće ravnoj liniji koja reprezentira tlo ili u tu svrhu služi rub papira, a može se pojaviti i crta koja simbolizira nebo. Još uvijek ne postoji prava tendencija prikazivanja svijeta na trodimenzionalan način.

Ljudska figura koju je prije predočivao „punoglavac“ ili „glavonošac“ sada je potpuno zamijenjena figurom koja ima glavu i trup, kao i dodatne detalje. Česte su i prozirne ili rendgenske slike (engl. X-ray pictures) – npr. kuća u kojoj se vide sve sobe ili crtež bebe koja se vidi u trbuhu majke. Taj se fenomen naziva još i transparentijom ili rendgenizmom (Nikolić, 1991). Pojavljuje se i fenomen **izravnavanja** ili razvijanja na plohu, gdje objekti nisu prezentirani u perspektivi, nego izravnani oko jedne točke ili čak centralne osi. Tako drveće uz put može biti položeno u istoj ravnini. Radovi djece u ovoj dobi puni su boja i često jako zanimljivi odraslom promatraču zbog crteža slobodnih od konvencija likovnog izražavanja, zbog kreativnosti i neinhibiranosti. Zbog toga je ovo razdoblje „zlatno doba“ u likovnom izražavanju djece.

5. stadij: Pseudorealizam (od 12. do 14. godine)

U ovom se razdoblju produbljuje stadij konkretnih operacija te postupno počinje stadij formalnih operacija, djeca se dodatno udaljuju od egocentričnog načina mišljenja te počinju uzimati u obzir misli, osjećaje i stajališta drugih ljudi. Djeca postaju sve svjesnija svijeta oko sebe pa ih raniji modeli ekspresije, kao što je to bio shematski model, više ne zadovoljavaju.

Općenito gledano, u spomenutoj dobi djeca žele postići što realniji dojam u svojim radovima; raste kompleksnost uporabe linije, oblika i detalja, počinju prvi pokušaji crtanja u perspektivi, istančava se upotreba boja, a ljudska figura poprima detaljnije i raznolikije elemente posebno s obzirom na spol. Budući da je glavna želja postići „fotografski efekt“, prisutan je i kriticizam – što jasnije i životnije crtež izgleda, to mu je veća kvaliteta. Takvo stajalište dovodi do ispuštanja detalja i objekata za koje dijete misli da ih ne može

dobro prikazati, pa nije iznenađujuće da karikature i likovi iz crtanih filmova postaju popularne teme u ovom razdoblju. Mnoga se djeca obeshrabre i prestanu crtati, osim ako nemaju dovoljno poticaja i prilika za daljnji razvoj vještine, pa je česta pojava da crteži odraslih izgledaju kao da ih je napravilo dijete od 12 do 13 godina.

6. stadij: Stadij odluke (14 – 16 god.)

Zbog prethodno spomenutih razloga, većina odraslih nikad ne dosegne taj stadij, ali oni koji odluče nastaviti s crtanjem, već u dobi od 13 i 14 godina kadri su jasnije i efektivnije koristiti se perspektivom, uključuju veći broj detalja u svoje radove, povećava im se kritička percepcija okoline, vještije rukuju s raznim materijalima, posvećuju više pažnje boji i dizajnu i postaju sposobni stvarati apstraktne slike. Dok se mlađa djeca usmjeruju na crtanje ljudi, životinja i okoliša, adolescenti se ovim elementima koriste namjerno ih simbolizirajući i rabeći ih kao način prijenosa mišljenja o određenim problemima, demonstraciju vlastite filozofije i samih sebe (Malchiodi 1998). U adolescenciji se, prema Piagetu, pojavljuju formalne operacije. Za razliku od djece na stupnju konkretnih operacija, koja mogu baratati samo onim što je konkretno i opipljivo, djeca u stadiju formalnih operacija nemaju takvih ograničenja. Posebno obilježje formalno-operacijskog razdoblja jest sposobnost hipotetičko-deduktivnog rasuđivanja – oblik rješavanja problema kojemu je svojstvena sposobnost stvaranja i provjere hipoteza i izvođenje logičkih zaključaka. Faza formalnih operacija završno je razdoblje Piagetove hijerarhije, a, kada se jednom uspostave, formalne operacije traju do kraja života.

7.7. Razvoj morala

Uz razvoj morala pojedini autori svrstavaju i druge koncepte u vezi s tim, kao što su npr. emocionalni razvoj (npr. razvoj empatije), regulacija ponašanja (tolerancija na frustraciju), razvoj (pro)socijalnog ponašanja i socijalnih odnosa i druge (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Nabrojani niz različitih funkcija teško je međusobno razlikovati pa su i neizbježna preklapanja u ovim konceptima. U tekstu je riječ o užem terminu razvoja morala.

U **tablici 7.3.** prikazani su stupnjevi razvoja morala.

Razvoj morala temelji se na mnogim autorima, a posebno na istraživanjima Colbyja, Kohlberga i njihovih suradnika, a koja se nastavljaju na Piagetov rad. Ova grupa autora razlikuje različite stupnjeve razvoja

Tablica 7.3.

Razvoj morala

Modificirano prema Colby i Kohlberg 1987; Colby i sur. 1987; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Wolff, 1996.

Prekonvencionalna razina	orijentacija prema nagradi/kazni ili prema vlastitim potrebama
Konvencionalna razina	važna identifikacija s ulogom drugih, orijentacija prema općemu konvencionalnom sustavu (pravila obitelji itd.)
Postkonvencionalna razina	definiranje moralnih vrijednosti; ugovorni odnos, orijentacija prema univerzalno prihvaćenim principima (ljubav, povjerenje)

moralu u djece: prekonvencionalna razina, konvencionalna razina i postkonvencionalna razina. Na **prekonvencionalnoj (premoralnoj)** razini dijete odgovara kulturalnim normama, shvaća ih kao ugodne ili neugodne posljedice ponašanja ili s obzirom na moć autoritativne figure. Prisutna je orijentacija prema nagradi ili kazni (ispravno je ono za što ću dobiti nagradu ili kaznu) ili prema vlastitim potrebama (ispravno je ono što zadovoljava vlastite potrebe i osobne koristi). Na **konvencionalnoj** razini važna je identifikacija s ulogom drugih (ispravno je ono što očekuju važne osobe iz okoline), kao i orijentacija prema općemu konvencionalnom sustavu (ispravno je ono što nameću pravila obitelji, religije, države). Na **postkonvencionalnoj** razini dijete je okupirano definiranjem moralnih vrijednosti, bez obzira na odobrenje autoriteta. Važno je ono ugovorno dogovoreno (ispravno je ako se drži ugovornog odnosa, uz princip reciprociteta s drugima). Napredniji stupanj čini uključivanje univerzalno prihvaćenih principa (opće ideje pravednosti, humanosti, ljubavi, povjerenja itd.) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Wolff 1996).

7.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Tjelesni razvoj djeteta i adolescenta važan je aspekt razvoja, koji već intenzivno počinje u prenatalno vrijeme i kroz prve godine života te se postupno nastavlja do u odraslu dob.
- ✓ Razvoj jezika i govora slijedi opći napredak kognitivnog razvoja, kao i drugih funkcija: emocionalnog razvoja, socijalnog razvoja itd.

- ✓ Za procjenu normalnog razvoja govora potrebno je poznavati različite stadije razvoja ekspresivnog i receptivnog jezika.
- ✓ Temperament maloga djeteta danas je važan koncept u promatranju djetetova sveukupnog razvoja.
- ✓ Postoje različite funkcije djeteta čiji razvoj treba promatrati cjelovito, nemoguće ih je razdvojiti kao pojedinačne, međusobno se isprepleću i utječu jedna na drugu.
- ✓ Dječje grafičko stvaranje pokazatelj je napretka u različitim sferama – od motoričkih sposobnosti, percepcije, jezika, emocija, stvaranja simbola, kognitivnog razvoja, osjetilne svijesti do prostorne orijentacije.
- ✓ Kroz različite faze razvoja dječjeg crteža, od početne faze črčkanja do kompleksnijih crteža u perspektivi te apstraktnog crteža, možemo pratiti i udaljavanje djeteta od egocentričnog načina mišljenja, spoznavanja svijeta oko sebe i uporabe crteža kao načina prijenosa mišljenja i emocija o određenim problemima, demonstraciju vlastite filozofije i samih sebe.

7.9. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Koji je normalni i očekivani razvoj jezika i govora u prve tri godine?

ODGOVOR: Govor je podložan različitim varijacijama, međutim, mogu se dati određene točke koje su važne za razvoj govora. Dijete se nakon rođenja koristi plačom i različitim glasovima za komunikaciju s okolinom, kao i gugutanjem koje se pojavljuje s oko 2 mjeseca. S 8 mjeseci moraju postojati jasni slogovi, obično su to „ma“, „ta“, „ba“. S oko 10 mjeseci dijete izgovara svoju prvu specifičnu riječ, obično su to „mama“, „tata“. Dijete s 12 mjeseci kaže i imitira dvije riječi, osim „mama“ i „tata“, koristi se jednom riječju za cijelu rečenicu. S oko 18 mjeseci nastaje nagli razvoj govora i tada govori u rečenicama od dvije riječi, upotrebljava više od 50 riječi, a jezikom se koristi komunikativno. Dijete s 24 mjeseca odbacuje vlastiti žargon, govori u rečenicama od tri i više riječi, a služi se s oko 200 riječi. Dijete s tri godine (36 mjeseci) upotrebljava prošlo vrijeme, pjesmice, a broj je riječi oko 1000. Važne su i receptivne vještine, neverbalne geste i preverbalni period.

Dijete s osam mjeseci odgovora na različite tonove glasa; s 12 mjeseci na svoje ime i značenje „ne“ i nekoliko drugih riječi. S 18 mjeseci može odrediti jedan predmet ako se to verbalno zatraži, upire u dijelove tijela, slijedi jednostavne naredbe u kontekstu. Dijete s 24 mjeseca razumije niz pojedinačnih riječi i jednostavne fraze; može slijediti naredbe koje sadržavaju dvije ključne teme. Dijete s 36 mjeseci može uporabom identificirati svakodnevnne predmete i uživati u jednostavnim obiteljskim pričama, razumije dulje i složenije rečenice, može razumjeti dvije do tri ključne riječi kod naredbe, razumije prošlo vrijeme.

■ PITANJE: Koje su indikacije za dijagnostičku evaluaciju djece glede razvoja govora?

ODGOVOR: Pri razvoju govora treba slijediti opće dijagnostičke preporuke. Potrebna je procjena prisutnosti elementa neverbalne komunikacije (praćenje pogledom, geste, mimika, pokazivanje prstom itd.). Treba obaviti detaljniju dijagnostičku procjenu ako dijete ne izgovara slogove u 8. mjesecu života, ne govori nijednu riječ s 18 mjeseci ili ako se s 24 mjeseca ne služi rečenicama s dvije riječi. Treba okvirno razmotriti postoji li nedostatak govora od djetinjstva ili je riječ o regresiji u govoru. Ako postoji regresija govora, indikacija za dijagnostičku evaluaciju može biti i ranija.

■ PITANJE: Koliko je važno poznavati temperament malog djeteta?

ODGOVOR: Čini se važnim poznavati temperament malog djeteta. Svaki će roditelj dati osnovne informacije o njemu, je li riječ o „reaktivnom djetetu“, aktivnom ili pasivnom djetetu, usporenom djetetu ili će ga opisivati kao sramežljivo, pretjerano oprezno itd. Temperament vežemo uz djetetove kongenitalne osobine. Temperament maloga djeteta danas se povezuje i s konceptom privrženosti malog djeteta. Potrebno je međusobno usklađivanje djeteta i roditelja.

■ PITANJE: Zašto je u razvoju morala važan period postkonvencionalnog stupnja?

ODGOVOR: Djeca nam se mogu činiti „egocentrična“, a isto se može opservirati i u adolescenata (kao i u odraslih osoba). Djeca se mogu ponašati tako da reagiraju samo na kazne ili uskrate nagrade, odnosno biti orijentirana samo na svoje potrebe (prekonvencionalna razina). Na konvencionalnoj razini dolazi do kvalitativnog napretka u razvoju morala na način da se djeca identificiraju s drugim osobama, kao i pravilima iz svojega užega socijalnog okruženja (npr. obitelji). Postkon-

vencionalni period je važan jer znači kvalitativan korak u odnosu prema drugima u smislu prihvaćanja reciprociteta (ugovorni odnos), kao i poštovanja općih principa (ljubav, povjerenje). Važno je da odnos reciprociteta (ugovorni odnos) prethodi općim principima. Naime, može doći do zloporabe pojmova kao što su ljubav, povjerenje na koje se pokatkad pozivaju neki adolescenti a da se prije toga nikako ne pridržavaju svojih odnosa reciprociteta. Tek ispunjavanjem odnosa reciprociteta može se govoriti o kompleksnijim pravilima, odnosima i osjećajima, kao što su međusobno povjerenje i ljubav. Zrela (objektna) ljubav podrazumijeva, naime, uravnoteženi balans između primanja i davanja.

7.10. Pitanja

- 1 Navedite miljokaze (ključne točke ili *milestones*) razvoja motorike u djece.
- 2 Kako dijelimo „temperament“ djeteta u najranijoj dobi i koja su osnovna obilježja ove podjele?
- 3 Navedite osnove razvoja djetetova crteža.
- 4 Navedite osnove razvoja morala u djece.
- 5 Navedite osnove razvoja jezika i govora u djece i miljokaze (ključne točke ili *milestones*) razvoja govora do treće godine života.
- 6 Koje su indikacije za dijagnostičku evaluaciju djece glede razvoja govora?

7.11. LITERATURA

1. Chess S, Thomas A. *Origins and Evolution of Behaviour Disorders*. New York: Brunner/ Mazel; 1984.
2. Chess S, Thomas A. *Temperament in clinical practice*. New York: Guilford Press; 1986.
3. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(12):975-90.
4. Colby A, Kohlberg L. *The Measurement of Moral Judgement. Vol 1. Theoretical Foundations nad Research Validation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
5. Colby A, Kohlberg L, Speicher B i sur. *The Measurement of Moral Judgement. Vol 2. Standard Issue scoring manual*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
6. Freud A. *Normality and pathology in childhood*. New York: University Press; 1965.
7. Havighurst R. *Developmental tasks and education*. New York: McKay; 1972.
8. Kellogg R. *Analyzing Children's Art*. New York: Girard & Stewart; 2015.
9. Lowenfeld V, Brittain WL. *Creative and Mental Growth*. Osmo izdanje. New York: Pearson; 1987.
10. Malchiodi CA. *Understanding Children's Drawings*. New York: Guilford Press; 1998.
11. Mattejat F, Schulte-Markwort M. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
12. Mewe F, Mattejat F. *Psychische Entwicklung*. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 9-26.
13. Nikolić S. *Psihijatrija dječje i adolescentne dobi: Propedeutika*. Zagreb: Školska knjiga; 1991.
14. Peters UH. *Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*. 4 izdanje. Muenchen, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1990.
15. Piaget J. *Play, dreams and imitation in childhood*. London: Routledge & Kegan Paul; 1951.
16. Piaget J. *The origins of intelligence in children*. New York: International University Press; 1952.
17. Remschmidt H. *Koerperliche Entwicklung des Kindes*. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 3-8.
18. Resch F. *Entwicklungspsychopathologie des Kindes und Jugendalters*. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1996.
19. Schmeck K, Schlüter-Müller S, Resch F. *Persönlichkeitsstörungen*. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. *Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 717-734.
20. Steinhausen HC. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
21. Volkmar FR, Martin A. *Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
22. Wolff S. *Moral development*. U: Lewis M, ur. *Child and adolescent psychiatry*. Drugo izdanje. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 212-221.

Razvoj seksualnosti i rodnog identiteta, razvoj homoseksualne orijentacije

Ivan Begovac

SADRŽAJ

8.1. Uvodni aspekti	119
8.2. Razvoj seksualnosti i rodnog identiteta – psihoanalitički aspekti	119
8.2.1. Uvodno o seksualnosti	119
8.2.1.1. Spolne različitosti (njem. <i>Geschlechtsunterschiede</i>)	119
8.2.1.2. Dimenzionalni pristup seksualnosti i rodu	119
8.2.2. Razvoj rodnog identiteta- općenito	120
8.2.2.1. Uvod	120
8.2.2.2. Komponente rodnog identiteta	120
8.2.2.3. Razvoj rodnog identiteta i nagonске faze	122
8.2.3. Razvoj rodnog identiteta u djevojčica – psihoanalitički aspekti	124
8.2.4. Razvoj rodnog identiteta u dječaka – psihoanalitički aspekti	126
8.2.5. Zaključno o rodnom idenitetu	127
8.3. Razvoj homoseksualne orijentacije	127
8.3.1. Uvod	127
8.3.2. Razvoj homoseksualne orijentacije i otpornost	128
8.3.3. Kliničke vinjete	129
8.3.4. Dijagnostički aspekti komorbiditeta homoseksualne orijentacije, terapijski aspekti komorbiditeta i drugi aspekti	129
8.4. Upute za roditelje/nastavnike	130
8.5. Često postavljena pitanja	130
8.6. Pitanja	133
8.7. Literatura	133

8.1. Uvodni aspekti

U ovom će se poglavlju pisati o dvjema temama. Prvo, bit će riječi općenito o seksualnosti te o razvoju rodnog identiteta, pretežno sa psihoanalitičkog gledišta. U drugom će se dijelu pisati o razvoju homoseksualne orijentacije, o čemu je potrebno imati razvojne osnove, odnosno mogu se u vezi s tim u svakodnevnoj praksi pojaviti pitanja od adolescenata ili roditelja. U ovom području već niz godina postoji konfuzija različitih termina, tako da će se ovim poglavljem pokušati dati jasnije definicije. U drugim poglavljima ove knjige nije eksplicite pisano o seksualnosti, međutim, kada se govori o nagonском razvoju ličnosti koji su postulirali psihoanalitičari, onda to implicite podrazumijeva i razvoj seksualnosti (v. druga poglavlja o razvoju).

8.2. Razvoj seksualnosti i rodnog identiteta – psihoanalitički aspekti

8.2.1. Uvodno o seksualnosti

Najvažnije tri dimenzije seksualnosti jesu **produkcija vrste** (prokreacija- najvjerojatnije je to filogenetski najstarija dimenzija), dimenzija **interakcije i povezanosti** s drugim osobama, te dimenzija **ugode**. Što se tiče dimenzije interakcije, ona je važan dio seksualnosti. Postoje osnovne potrebe za socijalnim prihvaćanjem, sigurnošću, povjerenjem, zaštićenošću i blizinom (v. poglavlja 4 i 5 o razvoju). Dakle, seksualnost i erotika mogu biti shvaćene u **širem smislu** tako da na tjelesni način izražavaju temeljne čovjekove potrebe, na način „voljeti i biti voljen“ u doslovnom i simboličkom smislu (Beier 2012). Iz toga proizlazi i potreba za pozitivnim **seksualnim odgojem i edukacijom** u djece i adolescenata (Beier 2012; Yates 1996). Činjenica je seksualne edukacije da se gotovo uvijek izostavljaju kontroverzne teme seksualne ugone, masturbacije i homoseksualnosti (Yates 1996), što dalje pridonosi tabuiziranju i represivnosti seksualnosti.

Kulturološki gledano, osnovna teza glasi: ako djeca imaju seksualne aktivnosti u djetinjstvu, imat će ih na zadovoljavajući način i u odrasloj dobi (Yates 1996). Mogu se također razlikovati kulture koje su **represivne i restriktivne** (većina današnjega zapadnog svijeta), odnosno **permisivne i suportivne** (Afrika, južna Azija, Oceanija). U prvoj kategoriji, ekstremno gledano, seksualnost djece smatra se opasnom, izbjegava se dojenje, kao i fizički kontakt s djecom, djeca se kažnjavaju

zbog svojih masturbatornih aktivnosti i igara. U drugoj se kategoriji seks smatra nečim normalnim, prirodnim i vrednijim dijelom ljudske egzistencije, a djeca se aktivno potiču da osjećaju seksualne osjećaje (Yates 1996).

Jedna od kulturoloških barijera današnjega svijeta glede seksualnosti jest velika usmjerenost na uspjeh djece, misleći pri tome da će djeca tada imati manje vremena za njima ugodne aktivnosti. Sljedeća bi kulturološka barijera mogla biti usmjerenost na individualnost i autonomiju kao vrhunske ciljeve (Beier 2012; Yates 1996). Normalan razvoj nagona i povezane seksualnosti prikazan je u drugim poglavljima ove knjige.

8.2.1.1. *Spolne različitosti* (njem. Geschlechtsunterschiede)

Spolne različitosti mogu biti **specifične (kvalitativne)** i **tipične (kvantitativne)**. **Specifične (kvalitativne) različitosti** kvalitativno se dihotomno označuju kao muške ili ženske, i u području su biološke reprodukcije da žene mogu menstruirati, začinjati, roditi, dojiti, dok muškarci mogu začinjati djecu. **Tipične (kvantitativne) različitosti** više su kvantitativne, odnosno statističko-deskriptivne u smislu usporedbe grupa i odnose se na biološke, psihološke i socijalne čimbenike. Ovamo se ubrajaju sljedeći čimbenici: muškarci imaju bolje perceptivne sposobnosti, muškarci pokazuju neprovocirano agresivno ponašanje, žene pokazuju u grupama „grupno-orijentirano“ (demokratsko) ponašanje, dok muškarci pokazuju na cilj orijentirano i „autokratsko“ ponašanje; žene pokazuju bolju verbalnu fluentnost; što se tiče seksualne orijentacije, tipična je orijentiranost žena prema muškarcima i obratno; muškarci pokazuju veće seksualno ponašanje prema nepoznatim partnericama nego žene itd. (Beier 2012).

8.2.1.2. *Dimenzionalni pristup seksualnosti i rodu*

Današnja najveća kritika prije navedenih podjela jest vjerojatno ova dihotomna, kvalitativna, na muško i žensko (Cohen-Kettenis 2006; Olson-Kennedy i sur. 2016). U pristupu rodu danas se sve više preferira dimenzionalni pristup (a ne kvalitativni, kategorijalni), odnosno o **fluidnosti seksualnosti**, odnosno o **seksualnoj i rodnoj neopredijeljenosti**.

8.2.2. Razvoj rodnog identiteta- općenito

8.2.2.1. Uvod

U **tablici 8.1.** prikazani su osnovni pojmovi koji će biti navedeni u tekstu.

Dodatno se preporučuje pročitati druga poglavlja u ovoj knjizi o nagonском razvoju, ali i ona koja se tiču **rodne disforije**, kao i pripadajuće tablice koje objašnjavaju pojedine termine (posebno **tablica 68.1.-** v. posebno poglavlje 68).

Spol (engl. *sex*) označuje biološka obilježja s kojima je osoba rođena, dakle genska, kromosomska, gonadalna, hormonalna i fenotipska. **Rod** (engl. *gender*) šira je kategorija, tj. **psihosocijalna kategorija spola** koja podrazumijeva individualni doživljaj i personalni identitet pripadanja određenom spolu, dakle shvaćanje, razumijevanje, objektivne relacije, superego ideali i kulturološka shvaćanja, odnosno „**psihološki spol**“ (Begić 2013; Tyson i Tyson 1990). Spol i rod jesu ili muški ili ženski, a rijetko oboje ili nijedno (Begić 2013). Rod određuje **rodni identitet** (engl. *gender identity*). Većina ljudi ne dovodi u pitanje spol u kojem su rođeni, naime, njihov je biološki spol sukladan njihovu psihosocijalnom određenju, odnosno rodu (Begić 2013). Nadalje, **rodni identitet** predočuje širu kategoriju, odnosno doživljaj kako se osoba doživljava, kao muško ili žensko (maskulinitet, feminitet), u svojoj biološkoj, psihološkoj, socijalnoj i kulturnoj domeni (Tyson i Tyson 1990). Rodni identitet jest subjektivan osjećaj biti muškarac ili žena (npr. „ja se osjećam kao muškarac“ ili „ja se osjećam kao žena“). Sličan pojam jest **rodna uloga**, što predočuje sve ono što osoba čini, ponaša se, govori, pokazuje, dakle odnosi se na intrapsihičku i interakcionalnu dimenziju (reprezentacije interakcije), kao i kulturološku dimenziju, na temelju čega drugi prepoznaju da je riječ o maskulinitetu ili feminitetu (Adelson i sur. 2012; Arbanas 2013; Tyson i Tyson 1990). Mogli bismo reći da je rodna uloga zapravo **utjecaj socijalnih aspekata** koje nameće socijalna sredina (Olson-Kennedy i sur. 2016). Rodnu bi ulogu trebalo razlikovati od rodnog identiteta jer je u prvoj više riječ o socijalno nametnutoj ulozi, dok se kod rodnog identiteta više riječ o subjektivnom vlastitom osjećaju (Olson-Kennedy i sur. 2016). **Seksualna orijentacija** označuje usmjerenost osobe prema određenom spolu u pitanju seksualnog uzbuđenja i seksualne reakcije (orgazma), a može biti homoseksualna, heteroseksualna, biseksualna ili aseksualna (Arbanas 2013).

Kada se rodni identitet razlikuje od spola, pojavljuje se poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu i odrasloj dobi (nekada se rabio naziv transseksualnost, a koriste se danas nazivi rodna disforija ili rodna nesukladnost) (v. posebno poglavlje 68 o rodnoj disforiji). Kod transseksualnosti ili transrodnosti seksualna orijentacija može biti homoseksualna (ako ih seksualno privlače osobe koje su istog spola kao što je njihov rodni identitet), heteroseksualna ili biseksualna, ili se može drukčije definirati (v. poslije u tekstu).

8.2.2.2. Komponente rodnog identiteta

Deskriptivno gledano, komponente rodnog identiteta jesu biološke (npr. intrauterini, genski, epigenetski i hormonalni čimbenici) te psihološki i socijalni (kulturološki) čimbenici (Beier 2012). Kod **bioloških komponenti** posebno se spominje razvoj gonada (oko 6. tjedna fetalnog razvoja), te posljedična prenatalna ekspozicija androgenima, koja utječe na razvoj vanjskih maskulinih osobina (penisa) (oko 12. tjedna fetalnog razdoblja), kao i na razvoj „muškog mozga“ (nakon 16. tjedna fetalnog života do kraja fetalnog razdoblja). U XX osoba dolazi do razvoja ženskih gonada (jajnika), te, s obzirom na to da nema izloženosti androgenima, dolazi do stvaranja ženskih vanjskih genitalija, te do razvoja „ženskog mozga“. Pojedini autori u ovom području posebno naglašavaju ulogu **bioloških čimbenika** u razvoju rodnog identiteta (fetalno programiranje), ne prihvaćajući uopće termin **rodnih uloga**, odnosno socijalnih aspekata u razvoju rodnog identiteta (Swaab i Garcia-Falgueras 2009). Ova grupa autora dakle naglašava isključivu biološku komponentu rodnog identiteta, ali i seksualne orijentacije, zbog različitih međusobnih interakcija gonada, vanjskih genitalija, i seksualnog dimorfizma mozga, koji se događaju prenatalno. Slično prije rečenomu, ti autori slično povezuju na biološki način i interseks stanja s poremećajima rodnog identiteta, odnosno transseksualnosti, te protestiraju što se uopće transseksualnost (rodna disforija) tretira kao „psihički poremećaj“.

Psihosocijalni čimbenici jesu: 1. tjelesne percepcije i psihoseksualna iskustva; 2. interakcije s majkom i ocem (majčina i očeva kodiranja); 3. identifikacije s majkom i ocem; 4. self-kategorizirajući procesi i učenje rodne uloge. Ad 1. Važna su tjelesno-genitalna osjećanja i fantazije koje se odnose na tijelo, kako osoba doživljava svoje tijelo; u literaturi se u tom smislu često govori o tjelesnom selfu (**body selfu**); Ad 2. Ovdje je riječ o neverbalnoj i verbalnoj, odnosno o svjesnoj i

Tablica 8.1.

Pojmovi vezani za spol i rod

Modificirano prema APA 2013; Cohen-Cettenis 2006; Turban i sur. 2018(a); Turban i sur. 2018(b); Tyson i Tyson 1990.

Natalni spol/spol pri rođenju (<i>natal sex / birth sex</i>)	Obično se dodjeljuje prema tjelesnim karakteristikama (npr. vanjske genitalije). Može biti nejasan pojam jer se ne zna na što se odnosi (v. kod biološkoga spola).
Rod dodijeljen pri rođenju (<i>assigned gender</i>)	DSM-5 u svojoj se klasifikaciji koristi ovim terminom umjesto spola pri rođenju, premda pojedini autori jednoznačno rabe termin spol pri rođenju i rod dodijeljen pri rođenju. Prema DSM-5, taj termin je važan, jer je posebno koristan kod interseks stanja.
Spol – općenito	Spol se općenito odnosi na biološke karakteristike (npr. spolni organi, spolni hormoni) itd.
Biološki spol (<i>engl. sex</i>)	Biološka obilježja (genetska, kromosomska, gonadalna, hormonalna, fenotipska) s kojima je osoba rođena, na kontinuumu ženskoga ili muškoga, ali može biti i interseksualno stanje. Obično se određuje „prema svojim genitalijama“ ili, drukčije rečeno „što je to u vlastitim gaćama“. Može biti nejasan pojam jer se ne zna odnosi li se na kariotip, gonade ili vanjske genitalije itd.
Rod – općenito	Općenito se rod odnosi na psihološki identitet i socijalne uloge (npr. rodni identitet, rodna uloga).
Rod- doživljeni (<i>gender</i>)	Psihosocijalna kategorija spola koja podrazumijeva individualni doživljaj i personalni identitet (shvaćanje, razumijevanje, objektivne relacije, superego ideali i kulturološka shvaćanja) pripadanja određenom spolu, odnosno „psihološki spol“.
Rodni identitet – temeljni	Stoller smatra da primarna maskulinitet ili primarna femininitet, kojom označujemo primitivno svjesno i nesvjesno pripadanje određenom rodu na koji vjerojatno najviše utjecaja ima biološka predispozicija, nastaje već u dobi od oko 18 mjeseca. Danas se ne smatra toliko značajna razlika između temeljnog rodnog identiteta i rodnog identiteta
Rodni identitet (doživljeni identitet) (<i>gender identity</i>)	Doživljaj kako se osoba internalno doživljava, kao dječak ili djevojčica (maskulinitet, feminitet), u svojoj biološkoj, psihološkoj, socijalnoj i kulturnoj domeni, a moguća je i treća mogućnost, kao rodno fluidan, bez roda, ili nebinaran, ili „genderqueer“. Rodni identitet jest subjektivni osjećaj biti dječak ili djevojčica (npr. „ja se osjećam kao muškarac“ ili „ja se osjećam kao žena“). Odnosi se na to kako osoba sebe doživljava na kontinuumu biti dječak ili djevojčica „svojim mozgom“ ili, drukčije rečeno „kako za sebe osoba smatra ili misli“.
Rod – potvrđen (<i>affirmed gender</i>)	Individualno psihosocijalno razumijevanje vlastitog roda. Tipično se odnosi na osobe koje tranzicijski socijalno žive (npr. u odijevanju) sukladno svojem rodu.
Rodna ekspresija (<i>gender expression</i>)	Vanjska ekspresija subjektivno doživljenoga rodnog identiteta. Ono što sama osoba pokazuje „svojim ponašanjem, svojim imenom, svojom odjećom i vrstom kose“, a to uključuje sveobuhvatnost ekspresije. Može biti od pola maskuliniteta, do androgenosti, pa sve do femininiteta. Pojedini autori to poistovjećuju s rodnom ulogom (v. poslije), međutim, potrebno je to razlikovati.
Rodna uloga (<i>gender role</i>)	Socijalno i kulturološki nametnuta dimenzija. Sve ono što osoba čini, ponaša se, govori, pokazuje, dakle, odnosi se na intrapsihičku i interakcionalnu (relacijsku) dimenziju, kao i kulturološku dimenziju, na temelju čega drugi prepoznaju da je riječ o maskulinitetu ili feminitetu (npr. djevojčice se igraju barbicama ili lutkama, dječaci se igraju autićima itd.)
Seksualna orijentacija (<i>sexual orientation</i>)	Usmjerenost osobe prema određenom spolu u pitanju romantičnog izbora, seksualnog uzbuđenja i seksualne reakcije, a može biti homoseksualna, heteroseksualna, biseksualna ili aseksualna. Postoji kontinuum između homoseksualnog i heteroseksualnog doživljen „svojim srcem“ ili, drukčije, rečeno „za kim srce kuca“. Danas se više rabe umjesto prije navedenih termina: androfilija, ginofilija, bifilija ili afilija.
Seksualni identitet	Prema pojedinim autorima, označuje seksualni identitet sebe kao seksualnog bića, npr. ja sam „gej“, „lezbijka“, „queer“, „panseksualan“, ili „aseksualan“. Relativno nejasno definiran termin, i može se poistovjetiti s terminom seksualne orijentacije (v. prije). U knjizi se neće rabiti ovaj termin.

nesvjesnoj komunikaciji. Važna su stajališta očeva prema svojoj i sinovljevoj muškosti; kao i majke prema sebi i kćerinoj ženstvenosti. Nadalje, važna su stajališta majke prema sebi kao ženi i prema muškosti svojeg sina, odnosno stajališta oca prema sebi kao suprugu i prema ženstvenosti svoje kćeri; te konačno stajališta roditelja prema sebi kao paru u odnosu prema muškosti svojeg sina, odnosno ženstvenosti svoje kćeri. Ovdje veliku ulogu mogu imati traumatska iskustva roditelja, što se onda reflektira u pitanjima oko djetetova rodnog identiteta (Coates 2006). Ad 3. Deskriptivno i općenito moglo bi se reći da je u interakciji s okolinom, **identifikacija** jedan od vrlo aktivnih mehanizama u razvoju djeteta, koji pridonosi obogaćivanju ličnosti djeteta. Dakle, dijete se aktivno identificira s osobama iz svoje okoline. Psihoanalitički autori ovdje navode termine kao što su **primarna femininost** i **primarna maskulinitet**, kao izraz **primarne identifikacije**, gotovo od prvog dana djetetova rođenja. Identifikacije su dakle važne u prvim mjesecima života djeteta, a svoju dodatnu važnost dobivaju i tijekom edipske faze razvoja, kada se preko identifikacija dalje modificira rodni identitet, jasnije se manifestiraju rodne uloge, te započinje seksualna orijentacija. Ad 4. Procesi su povezani u ovisnosti o kulturi, interakciji djeteta s okolinom, kao i vlastitim pridavanjem i učenjem.

8.2.2.3. *Razvoj rodnog identiteta i nagonске faze*

Moglo bi se reći da je razvoj rodnog identiteta vrlo kompleksan razvoj, a može ga se gledati iz više kutova gledanja. Uvodno bi se moglo reći da, ako se daju poveznice ili hipoteze o povezanosti određenih nagonских faza, to istodobno ne mora značiti posljedično da je riječ o **patologiji seksualnosti**, i da to ne mora u konačnici značiti i terapiju ovih smetnji. Slično već prije rečenome u uvodu, osnovna kritika psihoanalitičkom gledanju mogla bi biti **kategorijalna podijeljenost na muško i žensko**, kao i vremenski završetak određenih procesa. Na drugi bi se način moglo reći da se ne uzima u obzir **dimenzionalni način** gledanja na ovu problematiku. Dimenzionalni način gledanja uključivao bi **neopredijeljenost**, neku „**treću mogućnost**“, veću **fluidnost roda i seksualnosti** (Cohen-Kettenis 2006; Olson-Kennedy i sur. 2016). Stoga se danas i sve više izbjegava termin „rodni identitet“ jer implicira nešto **stalno i nepromjenljivo**. Međutim, zbog **edukativnih razloga** u ovom će se tekstu prikloniti mišljenju o različitosti razvoja djevojaka od dječaka.

Psihodinamski gledano, nastavljajući se na Freudovu nagonску teoriju, može se razvoj djeteta povezati s kasnijom seksualnosti (v. poglavlja 4 i 6 o nagonском razvoju, te o latenciji i adolescenciji). Freud (1923, 1924), kao i **moderni psihoanalitičari**, pretpostavljaju početnu fantaziju o biseksualnosti, odnosno dijete fantazira da ima oba spolna organa, koja se nastavlja u nesvjesnom (Ermann 2007). U Freudovoj teoriji nedostaje koncept rodnog identiteta, međutim, Stoller (1964, 1968) naglašava njegovu važnost. U **tablici 8.2.** sažeto su navedeni razvoj rodnog identiteta u odnosu prema nagonским (psihoanalitičkim) fazama, a pokušala se dati konzistentna teorija s obzirom na ženski i muški rod, međutim, ovu podjelu ne treba uzimati nikako odviše doslovno i rigidno.

Oralna (ili oralno-kutana) faza reflektira se u djetinjstvu, kao i poslije u seksualnosti u kožnoj erotici, odnosno u potrebi za toplinom i drugim osjećajima. **Analna faza** reflektira se u djetinjstvu, a i poslije u seksualnosti u agresivnim komponentama seksualnosti, kao i s aspektom čistoće, gađenja, srama, te „**analnom erotikom**“. **Preedipska faza (u djevojčica kao egzibicionizam, a u dječaka kao falička faza)** reflektira se seksualnom inicijativom u obliku znatiželje i egzibicionizma. U **edipskoj se fazi** mora doći do napuštanja edipskih objekata (majčin sinčić; tatina kćerkica), te se oslobađanjem ovih veza otvara mogućnost traženja vlastita partnera kod vršnjaka, odnosno novog izbora objekta (**poticanje egzogamije**). Prethodnice **rodnog identiteta** nalaze se **prenatalno**, te u fazama koje su prije opisane (oralna, analna, preedipska, edipska). Naime, žena tijekom trudnoće doživljava identifikaciju sa svojom majkom, te to može utjecati na razvoj djetetova rodnog identiteta. Ako je riječ o djevojčici, to može na neki način biti „**njezin produžetak**“, a, ako je posrijedi dječak, može majka manifestirati „**nešto drukčije od sebe**“, ili u patološkom obliku kao svoju **zavist za penisom** (Tyson i Tyson 1990).

Djeca u dobi od 18 mjeseci mogu imati određeno prethodno znanje o rodnom identitetu i rodnim ulogama, kada dijete razvija svoj „**verbalni self**“ (v. poglavlje 4 o razvoju). Naime, tada se već stvara **temeljni rodni identitet (engl. core gender identity)** (Stoller 1964 i 1968), ili **primarna maskulinitet ili primarna femininost**, kojom označujemo primitivno svjesno i nesvjesno pripadanje određenom rodu na koji vjerojatno najviše utjecaja ima biološka predispozicija, a ne toliko psihosocijalne karakteristike (identifikacije), što se poslije događa tijekom edipske faze i kasnije u adolescenciji (Ermann 2007).

Tablica 8.2.

Integrativni prikaz psihoanalitičkog pristupa rodnom identitetu u odnosu prema razvojnim fazama

Modificirano prema Beier 2012; Blos 2001; Coates 2006; Ermann 2007; Nikolić i Vidović 1990; Stoller 1964; Stoller 1968; Tyson i Tyson 1990.

Vrijeme	Deskriptivni seksualni razvoj	Psihoanalitički	Ženski rod	Muški rod
Intrauterino 0 – 18 mjeseci; individuacija	kromosomsko određenje (XX ili XY); gonade; vanjske genitalije, seksualni dimorfizam mozga; beba i bradavica dojke; individuacija; sisanje prsta kao autoerotska aktivnost; igra s vlastitim genitalijama	biološke odrednice; tjelesni self (<i>body self</i>); nediferencirani biseksualni matriks, temeljni rodni identitet, individuacija; primarna femininost i primarna maskulinost (majčine i očeve fantazije u trudnoći)	pripadnost spolu; tjelesna diferencijacija; primarna femininost (majka i kći kao jedno)	pripadnost spolu; tjelesna diferencijacija; primarna maskulinost (sin odvojen od majke); ali i primarna (feminina) identifikacija s majkom (anaklitička)
18 mjeseci – faza ponovnog približavanja; početak autonomije	rodni identitet i rodne uloge; dob „trčkarala“; individuacija; autonomija; analni eroticizam; povezanost s defekacijom; masturbatorne aktivnosti	tjelesni self (<i>body self</i>); temeljni rodni identitet; rodni identitet, rodne uloge, (interakcijske identifikacije, kulturološki naučeno ponašanje)	feminina identifikacija (majka i kći kao jedno, strah od odvojenosti od majke vs. strah od gušenja - ambivalentni konflikt s „moćnom“ majkom); ili pak dezidentifikacija od majke u slučaju „slabe“ majke	dezidentifikacija od majke (odvajanje sina od primarne feminine identifikacije s majkom i identifikacija s ocem; kastracijski strah od „moćne“ arhajske majke);
Preedipska faza	rodni identitet, rodne uloge; kao gore	rodni identitet, rodne uloge	anatomske preokupacije; egzibicionizam	anatomske preokupacije (falički narcizam); egzibicionizam
Edipska faza i triangularizacija	rodni identitet i rodne uloge; seksualne igre i masturbacija; kategorizacija prema anatomiji	rodni identitet, rodne uloge, započinjanje seksualne orijentacije	promjena libidinoznog objekta (kći se okreće ocu); sada strah od ozljede u odnosu prema ocu	muška rodna uloga; okretanje prema „edipskoj i toploj“ majci (promjena fantazije o majci); kastracijski strah (od edipskog oca)
Latencija	rodni identitet i rodne uloge; školsko dijete; interes prema seksualnosti	rodni identitet, rodne uloge, „obiteljski roman“	practiciranje rodne uloge	falički narcizam
Preadolescencija	regresija u ponašanju; masturbacija	regresija i tjelesni self	homoseksualna orijentacija zbog straha od moćne majke	homoseksualna orijentacija zbog straha od moćne majke
Rana adolescencija	seksualna orijentacija (heteroseksualna, homoseksualna, biseksualna); biološko hormonalne promjene; „homoseksualna faza“; masturbacija i fantazije; prvi seksualni odnosi	seksualna orijentacija; izbor objekta; završetak seksualne orijentacije (preferencijske sheme)	menarha; masturbacija; narcistički izbor objekta	ejakulacija; regresija; masturbacija; kastracijski strahovi; narcistički izbor objekta
Srednja adolescencija			rekonsolidacija ženstvenosti; odvajanje od roditelja; žalovanje; prorada ostataka edipskog konflikta; izbor objekta; adolescentove relacije izvan kuće; heteroseksualno traženje objekta; zaljublivanje	revizija ego ideala; odvajanje od roditelja; žalovanje; prorada ostataka edipskog konflikta; izbor objekta; adolescentove relacije izvan kuće; heteroseksualno traženje objekta; zaljublivanje
Kasna i post adolescencija			završetak seksualne orijentacije (preferencije); konsolidacija; autentični self; socijalna uključenost; „smirivanje“ (<i>settling down</i>)	

Stoller (1964, 1968), za razliku od Freuda (1923, 1924), pretpostavljao je **temeljni rodni identitet** koji je **feminin** (a ne biseksualan) i u dječaka i u djevojčica, zbog intenzivne **simbioze djeteta s majkom**. Primjerice poteškoća u prekidanju te simbioze i **feminine identifikacije** može dovesti u dječaka do želje da bude djevojčica (da ostane u femininoj identifikaciji, što može uzrokovati rodnu disforiju – v. posebno poglavlje 68). Uloga je očeva također vrlo važna u ovoj dobi (od 18 mjeseci do edipske faze), a posebno u „fazi ponovnog približavanja“ (Tyson i Tyson 1990).

U vremenu **do edipske faze** također su važni tjelesni doživljaji sebe (**engl. body self**) za oba spola, što uključuje senzacije iz oralne, analne i genitalne faze (hranjenje, mijenjanje pelena, kupanje, igra, igranje sa spolovilom, masturbacija, kao i usporedna interakcija sa skrbnikom) (Tyson i Tyson 1990). S vremenom se ovaj temeljni rodni identitet modulira **identifikacijama i introjekcijama (intrapsihičko i interpersonalno zbivanje)**, kao i socijalnim interakcijama s drugima, što vodi u formiranje rodnog identiteta i rodnih uloga (Ermann 2007). Muška bi se **rodna uloga** očitovala većom agresivnosti, većim socijalnim statusom, „**najboljim lovcem**“, socijalnom dominacijom, češće muškarci imaju više žena nego obratno, muškarci su više ljubomorni i posesivni (Yates 1996). Žene su ekspresivnije, verbalno i emocionalno. Danas se čini da nije više toliko važna podjela na **temeljni rodni identitet** u odnosu prema **rodnom identitetu**. Drukčije bi se moglo reći da djeca u ovoj dobi ne mogu kodirati anatomske razlike, već to više čine prema vanjskim obilježjima (npr. ženske osobe imaju haljinu i dulju kosu; muške osobe imaju hlače i kratku kosu). Nadalje, želja djeteta da bude obaju spolova nije rijetka u 2-3-godišnjaka (Coates 2006).

U **edipskoj fazi** kao i u **fazi „latencije“** dalje se prerađuje edipski konflikt u smislu da se dijete većinom **identificira** s istospolnim roditeljem, kao i s njegovim heteroseksualnim **izborom partnera**. Dječak se predočuje kao muškarac koji voli ženu, djevojka kao žena koja voli muškarca. Na ovaj se način formira psihološki korijen **izbora objekta** (Ermann 2007). Oko treće godine grupa vršnjaka vrši pritisak prema seksualnoj kategorizaciji. Oko šeste godine interes prema suprotnom spolu manje je toleriran od okoline. Tek u dobi djeteta od 6 do 7 godina zapravo djeca mogu razlikovati seksualnu kategorizaciju koja je temeljena na anatomiji (da dječaci imaju penis, a djevojčice vaginu) (Coates 2006).

U **latenciji** se nastavlja prakticiranje rodne uloge u oba spola. U **adolescenciji** se nastavljaju **modifikacije rodnog identiteta** i stoga se može reći da je adolescencija važna u razvoju **rodnog identiteta** u svakom smislu (Olson-Kennedy i sur. 2016). U preadolescenciji dolazi do regresije u ponašanju, prevladavaju usmjerenost na tjelesni self, masturbacija te homoseksualna orijentacija. U ranoj adolescenciji dolazi do pojave prve menstruacije i prve ejakulacije, masturbacije te narcističkog izbora objekta. U srednjoj adolescenciji dalje se modificiraju rodni identitet, rodne uloge i seksualna orijentacija, pojavljuju se adolescentove relacije izvan kuće i heteroseksualno traženje objekta. U kasnoj adolescenciji i postadolescenciji dolazi do konsolidacije ega i završetka seksualne orijentacije.

Kako je već bilo rečeno, u adolescenciji se konačno formira **seksualna orijentacija** (iz biseksualne većinom u samo heteroseksualnu ili eventualno samo u homoseksualnu, ili pak u biseksualnu). Kod homoseksualne orijentacije postoji temeljni rodni identitet koji je npr. u dječaka muški, međutim, seksualna orijentacija (preferencijske sheme) usmjerena je prema istom spolu, što vodi kroz „coming out“ (osvješćivanja da je homoseksualne orijentacije) do konačne homoseksualne orijentacije. U adolescenciji se završava seksualna organizacija u smislu da je došlo do razvijenog genitalnog tjelesnog sazrijevanja. Kako je već rečeno, dolazi do definitivne „seksualne orijentacije“ (na žensku, mušku, ili na oba roda), na koju dob je orijentirana osoba (dijete, adolescenta, zrelu osobu), te koju će seksualnu praksu imati osoba. Ovi su procesi često sudbina, a ne izbori, koje adolescent mora integrirati u svoju sliku o sebi.

Sažeto se može reći da adolescenti moraju definirati novi odnos prema vlastitom tijelu, odnosno potrebna je psihička integracija seksualno zrelijeg tijela, dok se u potrebi za separacijom od roditelja nalaze novi stav prema vlastitu tijelu, odnosno više se orijentiraju na izvanobiteljske odnose. U adolescenciji, npr. za razliku od edipske faze, sada se seksualne želje i impulsi mogu realizirati preko zrelijeg tijela. Sociološki gledano, u današnje je vrijeme trend da adolescenti obaju spolova teže povjerenju, sigurnosti i pouzdanosti; prije nego što se očekuje intimna (seksualna) blizina (Beier 2012).

8.2.3. Razvoj rodnog identiteta u djevojčica – psihoanalitički aspekti

U **tablici 8.2.** sažeto je naveden razvoj rodnog identiteta s obzirom na nagonске (psihoanalitičke) faze, i u djevojčica i u dječaka, međutim, ovu podjelu ne treba

uzimati nikako odviše doslovno i rigidno (Beier 2012; Bloss 2001; Coates 2006; Ermann 2007; Nikolić i Vido-
vić 1990; Tyson i Tyson 1990). **Temeljni rodni identitet** (engl. *core gender identity*) nastaje fantazijama roditelja u trudnoći i u najranijoj dobi, kao i pod utjecajem bioloških čimbenika (fetalnim razvojem gonada, vanjskih spolnih organa, značajnom odsutnošću androgena, izostankom utjecaja androgena na fetalni mozak) i dodjelom spola pri rođenju. Može se pretpostaviti da oko 18. mjeseca (kao i ranije) postoji svjesna i nesvjesna pripadnost spolu. Primarna femininost („majka i kći kao jedno”) manifestira se kroz „temeljni rodni identitet”, a ovdje su važne genske i epigenetske determinante, fantazije u trudnoći, rana interakcija, kao i rane identifikacije kćeri sa svojim majkama. Tjelesna diferenciranost (*body image*) djevojčice povijesno se centrirala u raspravi o svjesnosti vagine u djevojčica. **Freud** i drugi autori smatraju da djevojčica postaje svjesna svojih anatomskih organa tek od puberteta, međutim, drugi autori misle da djevojčice već u najranijoj dobi imaju svjesnost svojih anatomskih organa, što je povezano s primarnom femininosti (Tyson i Tyson 1990). Prethodnice svjesnosti o **vagini** kod djevojčice su vjerojatno u oralnoj fazi **usta**, u analnoj fazi **anus**, koji svi predočuju princip receptiviteta i otvora. Djevojčice imaju vanjske dijelove (mons, labia), kao i introitus s otvorom i potencijalnim unutarnjim (misterioznim) prostorom (Tyson i Tyson 1990). Prateće fantazije i strahovi djevojčica mogu biti „strah od ozljede”, odnosno „genitalne ozljede” (Horney 1933) (međutim, važno je naglasiti da se ti strahovi više povezuju s edipskom fazom razvoja), ili pak da će se vagina zatvoriti te da neće biti više otvorena i receptivna (Tyson i Tyson 1990).

Kod razvoja ženskog rodnog identiteta, nadalje, važan je **narcističan razvoj**, naime, ponos ili sram povezan sa svojom primarnom femininosti. Oko **18 mjeseca** (faza ponovnog približavanja) i dalje su ovdje za razvoj rodnog identiteta važni procesi ambivalentnog konflikta djevojčice s majkom, i, posljedično tomu, **strah od gušenja** (vlastite individualnosti) od „moćne majke ranog djetinjstva”, vs. na drugom polu **strah od odvojenosti od majke**. Nadalje, tada se događa i rani razvoj superega, moguća je zavist za penisom u djevojčica u slučaju opservacije penisa u dječaka, a važna je i uloga oca. Zavist za penisom u tom smislu može označivati konflikt ponovnog približavanja u djevojčica i, kako je prije bilo rečeno u posebnoj poglavlju 4, „zavist za penisom” danas se u

djevojčica smatra više kao patološka konstelacija, a ne kao normalna pojava. Dakle, u **preedipskoj** fazi dominiraju anatomski preokupacija i egzibicionizam. Djevojčice imaju ugodu u pokazivanju vlastitog tijela, kao i seksualnu znatiželju. Osim moguće zavisti za penisom, može postojati i u djevojčica „zavist za grudima” majke. **Rodna uloga** polako se već počinje razvijati od 18. mjeseca života, te se nastavlja u preedipskoj i edipskoj fazi. To se odnosi na manirizme, geste. Posebno se tu čini važna želja djevojčice da „**njeguje bebu**”, kao izraz primarne femininosti. Tek u edipskoj fazi ta želja prerasta u želju da dobije „**bebu od svojeg oca**” (Tyson i Tyson 1990).

U **edipskoj fazi** dolazi do **promjene libidinoznog objekta**, kći se okreće ocu. Ovo se u idealnom slučaju događa postupno na način da je djevojčica dovoljno narcistički sigurna u svoju femininost (dobra veza s majkom), međutim veza s majkom ostaje i dalje prisutna, bez naglog odbacivanja majke. Strahovi su dakle ovdje zajednički od gubitka ljubavi od oca, ali i od strane majke (Tyson i Tyson 1990). Svakako, ovdje je važna uloga figure oca. Poteškoće u ovoj fazi mogu biti i u vezi s povezanošću s ocem, kao i u vezi s povezanošću s majkom. Središnji strah edipske faze jest **strah od ozljede**, a koji se sada doživljava **od oca**.

U **latenciji** dolazi do pojave **fantazije „obiteljskog romana”**, konsolidacije rodnog identiteta i **practiciranja rodne uloge**. Nesvjesna krivnja zbog masturbacije i strahovi od genitalnog oštećenja mogu se premjestiti na strahove u obliku hipohondrijaze. Practiciranje rodne uloge manifestira se tako da se djevojčice pretvaraju da su trudnice, majke koje rađaju, majke-njegovateljice, čuvarice, hostese, učiteljice, menadžerice, plesačice, ljubavnice itd. (Tyson i Tyson 1990). U **adolescenciji** dolazi do završnog razvoja rodnog identiteta (odnosa femininosti i maskulnosti), rodne uloge i seksualne orijentacije. Razvoj tijela može biti važan podsjetnik na to da je kći odvojena od svoje majke, što može pobuđivati intenzivne strahove. Slično kako je opisano prije u obama spolovima, u **preadolescenciji** dolazi do regresije i orijentacije na tjelesni self; intenzivna je masturbacija; pojavljuje se homoseksualna orijentacija zbog straha od moćne majke. Inače, psihološki i kulturološki čini se kao da je prihvatljivija homoseksualna orijentacija u djevojaka (lezbijaska orijentacija i veza) nego u dječaka. Ovo se može tumačiti bližom biseksualnosti u djevojaka, kao i nekim drugim čimbenicima (Bloss 2001; Swaab i Garcia-Falgueras 2009). U **ranjoj adolescenciji** pojavljuje se menarha; i

dalje postoji masturbacija, te postupno dolazi do narcističkog izbora objekta. Menarha može značiti osjećaj ponosa, ali i osjećaj srama, inferiornosti, tajnovitosti i nesigurnosti, no i pobuđivati strahove od misterioznih internalnih procesa (Tyson i Tyson 1990). Menarha može pozitivno potaknuti svjesnost o vagini. Rodna se uloga dalje elaborira u adolescenciji. **Seksualna je orijentacija** primarno zadaća adolescencije, a uključuje elaboraciju pregenitalnih faza, edipske faze, kao i adolescentnih modifikacija. U **srednjoj adolescenciji** dolazi do rekonsolidacija ženstvenosti; procesa žalovanja (napuštanja veza s roditeljima); dolazi do konflikta izbora objekta; adolescentica ima sve više relacija izvan kuće; te se konačno događaju heteroseksualno ili homoseksualno traženje objekta i zaljublivanje. U **kasnoj adolescenciji i postadolescenciji** dolazi do konsolidacije ega i završetka seksualne orijentacije.

8.2.4. Razvoj rodnog identiteta u dječaka – psihoanalitički aspekti

Kako je već bilo rečeno, u **tablici 8.2.** sažeto su navedeni razvoj rodnog identiteta s obzirom na nagonске (psihoanalitičke) faze, i u djevojčica i u dječaka. Kod dječaka, temeljni rodni identitet (*core gender identity*) nastaje fantazijama roditelja u trudnoći i u najranijoj dobi, pod utjecajem bioloških čimbenika (fetalnim razvojem gonada, vanjskih spolnih organa, značajnom prisutnošću androgena, utjecajem androgena na fetalni mozak), kao i dodjelom spola pri rođenju. Nadalje, važan je tjelesni self, dakle otkriće penisa u dječaka. **Primarna maskulinitet** očituje se i spoznajom majke da je sin „netko tko je drukčiji od nje“. Dječak uživa u igranju s bradavicom majčine dojke u oralnoj fazi. Nadalje, self-stimulacija dječaka s vlastitim penisom često je povezana s vizualnim kontaktom dojenčeta s majkom, što govori o recipročnosti odnosa majka – dječak. Međutim, u dječaka postoje različiti omjer maskuliniteta i feminiteta (**primarne identifikacije s majkom**) jer je **dječaku majka prvi libidinozni objekt**.

U **drugoj godini života** prakticirajuće „trčkaralo“ (*toddler*) osjeća veću kontrolu i ponos u svakom aspektu tjelesnog funkcioniranja. Važan je aspekt i urinarni i analni trakt. Dječak, egocentričan u svojem mišljenju, smatra da svi ljudi imaju penis te pogrešno smatra da su ženske osobe izgubile penis. Ovomu mogu pogodovati iskustva defekacije, kada se feces (izmet) odvaja od dječakova tijela. U ovim fazama dječak

može imati **kastracijsku anksioznost**, koja je **pregenitalna (oko 18 mjeseci)**, što znači od **moćne, faličke majke**. Dječak konflikt s majkom povezuje sa svojim penisom te se boji da će njegov penis, eventualno biti odstranjen ili da će odlepršati kao leptir. Uloga je oca važna u ovoj fazi, koji umanjuje kastracijsku anksioznost od moćne majke, a sudjeluje i u **dezidentifikaciji s majkom**. **Dezidentifikacija** od majke vrlo je važan aspekt razvoja dječaka, dakle dječakovo odvajanje od identifikacije s majkom pojačava maskulini rodni identitet i mušku rodnu ulogu, ali i pomaže dječaku u razočaranju da neće moći imati bebu. Muška se rodna uloga konsolidira idealizacijom oca, kao i identifikacijom s tim idealom. Nadalje, važnost muškoga rodnog identiteta jest i u „uriniranju stoječki“ na način da to i majka i otac podržavaju, u smislu kada majka govori: „Dječaci piške stoječki, kao i tvoj tata“ (Tyson i Tyson 1990).

U **preedipskoj fazi** dominiraju **anatomske preokupacije (faličko-narcistička faza) i egzibicionizam** u razvoju rodnog identiteta. Dječak svojem penisu pripisuje veliku moć, npr. „Supermen je jak zato što ima veliki penis“. Dječaci su zavidni drugima koji imaju veliki penis, a posebno svojim očevima. Osim toga što je fasciniran „zavišću za većim penisom“, dječak je fasciniran anatomijom obaju spolova, te izražava zavist za ženskim grudima, zavist za uterusom, kao i zavist za rađanjem beba. Ako majka i otac podržavaju njegovu narcističnost, pojačava se i njegova maskulinitet. Otac je vrlo važan u ovom aspektu, kao i inače u modulaciji agresije dječaka (sinova).

Kada je dječak uspostavio primat genitalija, sigurni i narcistički vrednovan osjećaj maskulinoga rodnog identiteta, kao i mušku rodnu ulogu, te kada se uspješno dezidentificirao od majke (primarne feminine identifikacije), dječak kreće prema **pozitivnoj edipskoj fazi** (Tyson i Tyson 1990). Umjesto da bude „dječačić svoje mame“ (**anaklitički, prijanjajući odnos**), dječak sada želi preuzeti očevu mjesto u odnosu prema majci, te želi imati ekskluzivan odnos s njom (Freud 1923 i 1924). Kretanje prema pozitivnom edipskom odnosu pretpostavlja u dječaka **promjenu fantazije** prema majci, a ne promjenu objekta kao kod djevojčica u edipskoj fazi, i majka nije više **anaklitička, ovisničko-hladna**, nego **edipski topla**. Sada se pojavljuje kastracijska anksioznost, ali koja nije od majke, nego **od oca**. Ili dodatno može biti prisutan strah od majke koja će ismijati dječakov maleni penis da nije dovoljno „velik“, odnosno potentan (Horney 1933).

Tijekom pozitivnog i negativnog aspekta edipske faze, nastaje početak seksualne orijentacije. Nadalje, naglašava se važnost identifikacije s ocem, kao načinom razrješenja Edipova kompleksa. Nadalje, ovo u razvoju dječaka označuje ego ideal, koji obilježava daljnji razvoj superega. U **latenciji** se u dječaka tipično dalje razvija rodni identitet, rodna uloga; „obiteljski roman“, kao i falički narcizam. Jača identifikacija dječaka s ocem. Širi socijalni kontakt omogućuje priliku za maskulinim rodnim identitetom.

U **adolescenciji** se modificiraju osjećaji maskulino- sti (rodni identitet), osjećaj rodne uloge, dolazi do napuštanja roditelja (žalovanja), kao i novi izbor objekta ljubavi. U tom se smislu preedipske pasivne (feminine) čežnje sukobljavaju s aktivnim (muškim) identifikacijama. Dakle, sukobljavaju se feminine identifikacije s maskulinim identifikacijama, incestuozni konflikti bude opasnost prema konsolidaciji straha od kastracije i superega, te, nadalje, konflikti prema izboru objekta koji kompromitiraju osjećaj maskuliniteta. Primjerice, zajedničke masturbacije više adolescenata mogu buditi snažne strahove od vlastite fiksirane homoseksualnosti. Ili npr. neuspjela dezidentifikacija od majke može uzrokovati poremećaj rodnog identiteta u dječaka u smjeru transeksualizma. Ili pak strah od moćne, faličke i kastrativne majke može se generalizirati prema svim ženama, a neke djevojke znaju i „zafkavati“ dječake, što adolescentima može pojačavati strah od žena i poticati divljenje prema muškarcima. U **preadolescenciji** dominiraju regresija i fokusiranje na tjelesni self; prisutna je masturbacija, te homoseksualna orijentacija zbog straha od moćne faličke (kastrativne) majke (tzv. gang stadij). U **ranjoj adolescenciji** pojavljuju se ejakulacija i regresija, a masturbacija je i dalje prisutna; nastaju kastracijski strahovi od „moćne majke“; dolazi do napuštanja edipskih pozicija te do narcističkog izbora objekta. U **srednjoj adolescenciji** nastupa revizija ego ideala; dolazi do napuštanja roditelja; adolescentove su relacije izvan kuće vrlo važne; dolazi do heteroseksualnog ili homoseksualnog traženje objekta i zaljublivanja. U **kasnoj adolescenciji** i **postadolescenciji** završava seksualna orijentacija i konsolidira se ego.

8.2.5. Zaključno o rodnom identitetu

Osnovna kritika psihoanalitičkom gledanju mogla bi biti kategorijalna podijeljenost na muško i žensko, kao i vremenski završetak određenih procesa. Na drugi bi se način moglo reći da se ne uzima u obzir dimen-

zionalni način gledanja na ovu problematiku. Dimenzionalni način gledanja uključivao bi neopredijeljenost, neku „treću mogućnost“, veću fluidnost roda i seksualnosti (Cohen-Kettenis 2006; Olson-Kennedy i sur. 2016). Osim toga, nikako se ne treba „slijepo“ držati modela objašnjenja seksualnosti i rodnog identiteta navedenog u tekstu, jer su velike moguće individualne varijacije. Prednost navedenoga psihoanalitičkog objašnjenja može biti u davanju konzistentne teorije rodnog identiteta i seksualnosti s obzirom na pojedine faze razvoja, te vodeće konfliktne teme različitih razdoblja. Psihoanalitička teorija dosta naglašava identifikaciju kao mehanizam, koji nije samo mehanizam obrane nego i razvojni mehanizam rasta djeteta u odnosu prema svojoj okolini. Na kraju se može reći da, ako postoji psihološko i psihoanalitičko objašnjenje seksualnosti i roda, to ne mora sa sobom nositi odmah oznaku „psihopatologije“ i potrebe za liječenjem ovakvih osoba. Naime, kriterij poremećaja bilo bi u ovom području izrazito oštećenje socijalne funkcionalnosti, osjećaj individualne patnje, kao i drugi kriteriji (v. posebno poglavlje 25 o klasifikaciji u dječjoj psihijatriji).

8.3. Razvoj homoseksualne orijentacije

8.3.1. Uvod

Kao što je već rečeno, razvoj rodnog identiteta, kao i seksualne orijentacije složeni je i multidimenzionalni koncept, u kojem imaju ulogu i biološki i psihosocijalni čimbenici. Seksualna je orijentacija dio identiteta ličnosti i to treba vrlo poštovati. U posljednje vrijeme sve više pozornosti znanstvenika i kliničara zaokupljaju termini koji su izvan binarne kategorije, odnosno govori se o fluidnosti seksualne orijentacije, a zadobiva pažnju i koncept aseksualnosti, koji se također shvaća kao seksualna orijentacija.

Homoseksualna orijentiranost (seksualna orijentacija prema istom spolu) danas se smatra normativnom varijantom seksualne (ljubavne) i romantične orijentacije, odnosno nije prihvaćena kao psihijatrijski poremećaj (Adelson i sur. 2012). Pojedini autori posebno opisuju homoseksualnost u muških osoba (*gay* veza) i u ženskih osoba (lezbijaska veza), navodeći različite fenomene kod njih (Eggers i sur. 1994). U dječaka su češći homoseksualni fenomeni u različitim posebnim situacijama, npr. odrastanje u internatima, zajedničko sudjelovanje u sportskim klubovima itd. U djevojaka (i žena) čini se da im je bliža biseksualnost, tako da lez-

bijeska veza nije toliko socijalno stigmatizirana kao takva veza muških osoba (Eggers i sur. 1994).

Pokatkad u adolescenciji postoji „**prolazna razvojna homoseksualna faza**“, kao normativna faza, ili kao nadomjestak nedovoljno razvijenih heteroseksualnih kontakata (v. poglavlje 6) (Eggers i sur. 1994; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Ovo se može kadšto manifestirati kao homoseksualna **ljubav sa zanosom** u starije učiteljice/učitelje ili starije osobe. Nadalje, **pseudohomoseksualno ponašanje** može se pojaviti kada je neki adolescent zapravo heteroseksualno orijentiran, ali se ponaša homoseksualno, a najpoznatiji primjer toga jesu npr. **muške prostitutke** (njem. *Strichjungen*) (Remschmidt i Martin 2011).

8.3.2. Razvoj homoseksualne orijentacije i otpornost

U **tablici 8.3.** navedeni su različiti termini koji su povezani s homoseksualnošću, homoseksualnim razvojem, odnosno seksualnom orijentacijom.

U literaturi postoje različite konceptualizacije stadija razvoja homoseksualne orijentacije. Poznata je podjela prema Troidenu (1979, 1989), koja se odnosi kao linearni model. Ovaj autor razlikuje sljedeće stupnjeve: senzitivizacija, kada se dijete osjeća drukčije od svojih vršnjaka; konfuzija seksualne orijentacije, kada postoji sumnja u vlastitu homoseksualnost, pojavljuje se tipično na početku adolescencije; samoidentifikacija (engl. *identity assumption*), kada se adolescenti definiraju kao homoseksualni, nalazi se tijekom adolescencije i u kasnijoj adolescenciji; te prihvatanje vlastite seksualne orijentacije (engl. *commitment*), kada osoba nalazi harmoniju u emocionalnim, romantičnim i seksualnim aspektima homoseksualne orijentacije, obično se vezuje za ranu odraslu dob. Drugi autori, nasuprot prije opisanom, predlažu **multidimenzionalni koncept** razvoja homoseksualne orijentacije (Garnets 2002; Peplau i sur. 1999; Savin-Williams i Diamond 2000). O ovoj problematici vidjeti u drugim recentnim publikacijama.

Tablica 8.3.

Različiti termin koji su povezani s homoseksualnošću, homoseksualnim razvojem, odnosno seksualnom orijentacijom

Modificirano prema Friedman i Downey 1994; Telingator i sur. 2018; Troiden (1979, 1989).

Seksualna manjina adolescenata (<i>sexual minority youth</i>)	Općenito se ovdje misli na adolescente koji nisu heteroseksualno orijentirani.
Senzitivizacija (<i>sensitization</i>)	Djetetov osjećaj da je drukčije u pogledu seksualnosti i roda. Tipično je za djetinjstvo.
Konfuzija seksualne orijentacije (<i>identity confusion</i>)	Relativno nejasan pojam. Rabi se termin konfuzija identiteta koji je nejasan i nije jednoznačan. Adolescenti pokušavaju biti heteroseksualni. Tipično je pojavljivanje u ranoj adolescenciji.
Samoodređenje sebe ili samoidentifikacija u seksualnoj orijentaciji (<i>self-identification ili self-labeling ili identity assumption</i>)	Samoodređene sebe kao homoseksualnog. Tipično je za kasniju adolescenciju.
Samootkrivanje drugima (<i>self-disclosure</i>)	Razotkrivanje sebe da je homoseksualan.
<i>Commitment</i> (pristajanje, prihvatanje)	Nalaženje harmonije u emocionalnim, romantičnim i seksualnim aspektima homoseksualne orijentacije (identiteta).
Osvješćivanje (<i>Coming out</i>)	Označuje proces kada adolescent od početne sumnje da je „drukčiji od drugih“ dolazi do spoznaje da je homoseksualno orijentiran.
Internalizirana homofobija	Internalizirani negativni aspekti prema homoseksualnosti, koje je najčešće odraz socijalnih pritisaka.

„Osvješćivanje“ (*coming out*) označuje proces kada adolescent od početne sumnje da je „drukiji od drugih“ dolazi do spoznaje da je homoseksualno orijentiran (Beier 2012). Ovaj proces može biti tegoban, pokatkad povezan s depresivnošću. Zadaća je stručnjaka tada pomoći adolescentu u procesu prihvatanja svoje seksualne orijentacije.

Vanjski stresori osoba s homoseksualnom orijentacijom jesu izloženost nasilju, verbalnom ruganju, odbacivanju od vršnjaka, odbacivanje od vlastite obitelji i drugi. Dakle, homoseksualnost i dalje danas pokatkad ima negativnu socijalnu konotaciju (neprihvatanje, osuđivanje, stigmatiziranje), tako da i zbog ovog razloga mogu nastajati psihičke poteškoće, uključujući depresivnost i suicidalnost. Dodatne poteškoće mogu imati česte promjene partnera, te rizik od razvoja spolnih bolesti. **Unutarnji stresori** također imaju ulogu. Najpoznatiji je primjer „internalizirana homofobija“ (Friedman i Downey 1994), kojom označujemo internalizirane negativne aspekte prema homoseksualnosti, koja je najčešće odraz socijalnih pritisaka. Često se osobe osjećaju stigmatizirano, sramotno, pokušavaju se prema van prikazivati kao heteroseksualne osobe i nerijetko vode dvostruke živote.

Reakcije članova obitelji na homoseksualnu orijentaciju mogu biti vrlo različite. S jedne strane, mogu biti dramatične reakcije u smislu neprihvatanja i odbijanja, a, s druge, mogu biti reakcije prihvatanja. Općenito se smatra da osobe s homoseksualnom orijentacijom imaju prosječno duševno zdravlje (čimbenici otpornosti), odnosno da pozitivno pridonose svojoj zajednici u odrasloj dobi.

8.3.3. Kliničke vinjete

1. primjer.

Na pregled dolazi 14-godišnji dječak koji otvoreno o sebi govori da ga seksualno privlači muški spol, odnosno govori da je on homoseksualne orijentacije. To je također jasno izjavio svojim roditeljima. Majčina je reakcija bila negativna i vrlo dramatična, dok je reakcija oca bila umjerenija. Na pregled psihijatru (psihoterapeutu) dolazi radi razjašnjavanja ove specifične obiteljske dinamike. Posebno se psihoterapijski radi s dječakom, posebno s roditeljima. Inače je dječak vrlo dobar učenik, ekstrovertiran, ima mnogo različitih prijatelja, ne bilježi se dodatna psihopatologija. Sam dječak nema dvojbe o svojoj seksualnoj orijentiranosti, provodi se psihoeukacija o različitim aspektima

homoseksualnog ponašanja. U savjetovanju i u kraćoj psihoterapiji nema fokusa na orijentaciju prema heteroseksualnosti. U ovom slučaju ima se dojam da razvoj ide u smjeru „manifestne“ homoseksualnosti.

2. primjer

Djevojka od 16 godina nalazi se u duljoj psihoterapiji kod ženskog terapeuta, zbog depresivnosti. Tijekom psihoterapije djevojka otkriva terapeutkinji da je homoseksualne orijentacije (da je lezbijski privlače druge djevojke). Sama pacijentica moli terapeutkinju da posreduje u njezinoj želji da se razotkrije svojoj majci glede svoje seksualne orijentacije. Terapeutkinja pristaje na to i dogovara se zajednički susret. Sama djevojka razotkriva svoju homoseksualnu orijentaciju majci, u prisutnosti terapeutkinje, a majka na iznenađujući način to pozitivno prihvaća i pritom razdragano izljubi svoju kćer (primjer dr. A.B.S.).

8.3.4. Dijagnostički aspekti komorbiditeta homoseksualne orijentacije, terapijski aspekti komorbiditeta i drugi aspekti

Kao što je već u uvodu rečeno, homoseksualnost nije psihički poremećaj, te joj se neće dijagnostički pristupiti slično drugim psihičkim poremećajima. Međutim, mogućnost je potrebe dodatne dijagnostike u smislu olakšavanja adolescentu u njegovu procesu razvoja seksualne orijentacije, ma kakvog ona bila smjera. Potrebno je da kliničar elaborira različite vanjske i unutarnje stresore (prije opisane). Dijagnostičar, kao i pri drugim stanjima, treba primarno biti u službi pacijenta, odnosno osobi treba pružiti sigurnost i otvorenost. Eventualno je potrebno istražiti rizične čimbenike u dijagnostici, eventualnu zlorabu supstancija, upozoriti na rizik od izloženosti „internetskim predatorima“ i drugo. Posebno je korisna evaluacija depresivnosti i suicidalnog rizika, te rizika od spolno prenosivih bolesti, kao i eventualne viktimizacije među vršnjacima. Posebno je korisno dijagnostički evaluirati cijelu obitelj.

Danas se smatra **neprihvatljivim liječenje** homoseksualne orijentacije u svrhu postizanja heteroseksualne orijentacije. Mogu se liječiti dodatni psihijatrijski sindromi poput depresije, ili raditi na jačanju sebe s obzirom na socijalnu diskriminaciju (Eggers i sur. 1994). Ako nije riječ o „manifestnoj“ homoseksualnosti, tj. ako se radi primjerice o prolaznoj homoseksualnoj fazi u adolescenta, u terapiji se može poticati razvoj adolescenta u bilo kojem smislu, uključujući i homo-

seksualno i heteroseksualno traženje objekta (Eggers i sur. 1994). Posebna izazovna situacija u praksi može biti kada se adolescent/adolescentica povjeri svojem terapeutu u vezi sa svojom homoseksualnom orijentacijom a da o tome ne znaju njegovi/njezini roditelji. Ovdje se danas, prema mišljenju autora ovog rada, preferira povjerljivost adolescenta u odnosu prema terapeutu. Rad s roditeljima može biti važan u procesu „osvješćivanja“ (*coming outa*) adolescenta, u smislu podupiranja roditelja kao i adolescenta (Beier 2012). Rad s roditeljima posebno je važan, jer oni imaju nesvjesna očekivanja daljnje prokreacije svoje djece (Telingator i sur. 2018). Posebno osjetljivo vrijeme može biti kada adolescent odluči sebe razotkriti svojim roditeljima te će u takvim situacijama povremeno biti potrebna pomoć psihoterapeuta. Pokazalo se da je obiteljsko prihvaćanje adolescentne homoseksualne orijentacije vrlo bitno u kratkoročnom i dugoročnom tijeku.

Posebno izazovna pitanja mogu biti mogućnost homoseksualnih parova da se vjenčaju, a još veće pitanje jest u rađanju (lezbijske veze) te u odgajanju vlastite djece (mogućnost adopcije i druge metode).

8.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Danas razlikujemo pojmove spola od roda. Rod i rodni identitet širi su pojam od spola i podrazumijevaju doživljaj kako se osoba doživljava, kao muško ili žensko (maskulinitet, feminitet), u svojoj biološkoj, psihološkoj, socijalnoj i kulturnoj domeni.
- ✓ U razvoju rodnog identiteta ulogu imaju različiti čimbenici, a to su biološki, psihološki i socijalni (kulturološki).
- ✓ Psihodinamski model razvoja rodnog identiteta pretežno se temelji na nagonskim fazama ličnosti, na proradi posebnih konflikata u tim fazama, na važnosti interakcije roditelja sa svojom djecom te na identifikacijama, kao i drugim čimbenicima.
- ✓ Psihodinamski pristup problemu seksualnosti i rodu nikako ne znači da je ovdje onda jasno riječ o patologiji i patološkim manifestacijama.
- ✓ - Prikazani psihodinamski model s obzirom na rod i spol ne treba uzeti potpuno doslovno i rigidno. Nova istraživanja u različitim discipli-

nama, uključujući i psihoanalitičare, danas preferiraju gledanje na seksualnost i rod kao na dimenzionalne koncepte, a ne striktno određene kategorije (muško ili žensko). Dimenzionalni koncept uključuje fluidnost seksualnosti, neopredijeljenost, kao i „treći rod“, i ne smatra ove pojave patologijom.

- ✓ Razvoj rodnog identiteta i seksualne orijentacije često je sudbina, a ne izbor, i nikako nije prikladno osuđivati pojedince zbog njihova rodnog identiteta ili seksualne orijentacije.
- ✓ U ovom području ostaju otvorena pitanja, kao i inače kada je pitanje seksualnosti, koje se često kulturološki drži u restrikciji.
- ✓ Potrebno je prihvatiti homoseksualnu orijentaciju, kao oblik složenosti i multidimenzionalnosti ljudske ličnosti.
- ✓ Općenito kod homoseksualne orijentacije treba izbjegavati moralistička stajališta kao i primjenjivanje kazni.
- ✓ Najčešći mit jest da je homoseksualna orijentacija duševna bolest.
- ✓ Potrebna je psihološka potpora roditeljima ako saznaju o svojem djetetu da je homoseksualne orijentacije. Roditelji se mogu samo-okrivljavati, te imati osjećaje srama. Pokatkad je korisno roditelje uputiti u kratkotrajnu vlastitu psihoterapiju.
- ✓ Ne preporučuju se nikako drastične mjere preorijentacije iz homoseksualne orijentacije u heteroseksualnu prema adolescentima, ni od roditelja, ni od nastavnika/ terapeuta.

8.5. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Možete li procijeniti koliku ulogu kod rodnog identiteta i seksualne orijentacije imaju prirođeni, a koliku okolišni čimbenici?

ODGOVOR: Teško je odgovoriti na ovo pitanje. Vjerojatno u praksi postoje različiti individualni slučajevi. Načelno, u praksi i psihološkoj teoriji više je pozornosti posvećeno okolišnim čimbenicima, dakle čimbenicima obitelji, interakciji, odgoja, identifikacijama djece (psihodinamski aspekti), self-kategorizirajućim procesima, učenju prema modelu (bihevioralni model) i drugim čimbenicima. Prirođeni čimbenici vjerojatno također sudjeluju, uz psihološke i socijalne (kulturo-

loški), ali mehanizam interakcije s drugim čimbenicima ostaje nam dosta nejasan.

■ **PITANJE: Koje su prednosti i nedostaci gledanja na razvoj rodnog identiteta i seksualne orijentacije isključivo s biološke etiopatogeneze?**

ODGOVOR: Pojedini autori zagovaraju važnost genskih i epigenetskih čimbenika u razvoju rodnog identiteta i seksualne orijentacije. Oni postuliraju „fetalnu programiranost“ u njihovu razvoju. Ističe se suptilna međuigra genetike, epigenetike, fetalnog razvoja gonada, razvoja vanjskih genitalija, kao i fetalna izloženost, ili njezin izostanak, mozga androgenima u konačnom oblikovanju rodnog identiteta i seksualne orijentacije. Zalažu se za to da identificiraju strukture u mozgu koje razlikuju „ženski“ od „muškog“ mozga, a potpuno odbacuju psihosocijalne aspekte etiopatogeneze, te uopće ne prihvaćaju termin „rodnih uloga“. Ova grupa autora povezuje i rodnu disforiju, odnosno transseksualizam zapravo s biološkim procesima, povezujući ova stanja s interseks stanjima. Gledaju na rodnu disforiju i transseksualizam, a tako i na različitu seksualnu orijentaciju kao na biološke poremećaje, a ne „psihijatrijske“. Protiv su dakle toga da se ovi prethodno spomenuti poremećaji navedu pod psihijatrijskim dijagnozama. Zalažu se također za destigmatizaciju osoba s različitostima seksualnosti i roda. Prednost je ovoga pristupa svakako u tome da se uzima u obzir izloženost fetalnog mozga androgenima, odnosno „spolna diferencijacija mozga“, što su zanimarivali bihevioristi, koji su mislili da je presudan utjecaj „socijalizacije učenja“. Prednost bi mogla biti u konzistentnosti svojih znanstvenih objašnjenja. Nedostatak ovoga pristupa jest primarno u gledanju samo bioloških čimbenika. Ova grupa autora ne uzima u obzir i činjenice da se pojedine osobe s interseks stanjima dobro osjećaju u svojem rodnom identitetu (psihosocijalni aspekti), bez obzira na različitost kromosomskih nalaza, kao i fetalne izloženosti mozga.

■ **PITANJE: Koja bi mogla biti kritika i prednost psihoanalitičkom pristupu seksualnosti i rodu navedenog u ovom tekstu?**

ODGOVOR: Osnovna kritika psihoanalitičkom gledanju mogla bi biti kategorijalna podijeljenost na muško i žensko, kao i vremenski završetak određenih procesa. Na drugi način moglo bi se reći da se ne uzima u obzir dimenzionalni način gledanja na ovu problematiku. Pojedini autori u tom smislu zagovaraju

dimenzionalni način gledanja koji bi uključivao neopredijeljenost, neku „treću mogućnost“, veću fluidnost roda i seksualnosti. Drugo, nikako se ne treba „slijepo“ držati modela objašnjenja seksualnosti i rodnog identiteta navedenog u tekstu, jer su velike moguće individualne varijacije. Prednosti navedenog psihoanalitičkog objašnjenja mogu biti u davanju konzistentne teorije rodnog identiteta i seksualnosti s obzirom na pojedine faze razvoja, te vodeće konfliktne teme različitih razdoblja. Psihoanalitička teorija dosta naglašava identifikaciju kao mehanizam, koji nije samo mehanizam obrane već i razvojni mehanizam rasta djeteta u odnosu prema svojoj okolini. Na kraju se može reći da, ako postoji psihološko i psihoanalitičko objašnjenje seksualnosti i roda, to ne mora sa sobom nositi odmah oznaku „psihopatologije“ i potrebe za liječenjem ovakvih osoba.

■ **PITANJE: Koja je razlika između rodnih uloga i rodnog identiteta?**

ODGOVOR: Potrebno je razlikovati ove koncepte. Rodna uloga označuje pritisak socijalne sredine da se pojedinac ponaša kao muško ili žensko. Time obično razumijevamo kako se dijete ponaša u dječjoj dobi, kakvu igru i igračke preferira, kako se oblači, kakve motoričke igre više voli, dok se u odrasloj dobi to karakterizira uobičajenim stereotipnim crtama ličnosti. Za razliku od toga, rodni identitet predočuje više subjektivan osjećaj kako se osoba osjeća, osjeća li se kao muško ili žensko. Rodni identitet sadržava kognitivnu i afektivnu komponentu. Dugo je ova, afektivna komponenta bila zanemarivana u literaturi.

■ **PITANJE: Koji su konflikti i zadaće važni (nagon-ski razvoj) u razvoju rodnog identiteta dječaka prema psihoanalitičkoj teoriji?**

ODGOVOR: Kod obaju spolova postoji „temeljni rodni identitet“ koji se razvija do oko 18. mjeseca života. U dječaka je značajan „primarni maskulinitet“, međutim, i „primarna identifikacija s majkom“ (majka je prvi objekt), što nosi sa sobom i „femininu identifikaciju“. Oko 18. mjeseca može postojati intenzivni „kastrijski strah“ od „moćne majke“, pa je tada potrebno da dječak učini dezidentifikaciju s majkom (da se na neki način udalji od svoje majke). U preedipskoj fazi dječak je preokupiran anatomske odnose, egzibicionizmom i „faličkim narcizmom“. U edipskoj fazi (pozitivni Edip) dječak se okreće majci, međutim, to više nije „moćna majka ranog djetinjstva“, nego

topla i osjećajna (promjena fantazije o majci), tijekom kojeg posljedično dijete osjeća „kastrijski strah“, ali sada on dolazi od oca. U kasnijim fazama (latencija, adolescencija) rodni se identitet dalje modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu proradu prije navedenih zadata i strahova (dezidentifikacija od majke; kastrijski strah od moćne majke; falički narcizam, kastrijski strah od edipskog oca), ali postoje i nove zadaće: izbor objekta, seksualna orijentacija itd.

■ **PITANJE: Koji su konflikti i zadaće, prema psihoanalitičkoj teoriji, važni (nagonski razvoj) u razvoju rodnog identiteta djevojčice?**

ODGOVOR: Kod oba spola postoji „temeljni rodni identitet“ koji se razvija do oko 18. mjeseca života. U djevojčica je značajna „primarna femininost“, odnosno „primarna feminina identifikacija“ sa svojom majkom (majka je prvi objekt), oko 18. mjeseca stoga može postojati i intenzivni „strah od gušenja“ od „moćne majke“ vs. „strah od odvajanje od majke“, odnosno ambivalentni odnos. Ovo okvirno odgovara fazi individucije u razvoju djeteta. U preedipskoj fazi djevojčica je i dalje okupirana anatomskim odnosima te egzibicionizmom. U edipskoj fazi (pozitivni Edip) djevojčica se okreće ocu (promjena libidinoznog objekta) tijekom kojeg je vjerojatno najveći „strah od ozljede“ s obzirom na oca. U kasnijim fazama (latencija, adolescencija) rodni se identitet dalje modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu proradu prije navedenih zadata i strahova („strah od gušenja“ od moćne majke vs. „strah od odvojenosti od majke“, okretanje ocu kao novom libidinoznom objektu, „strah od ozljede“ u edipskoj fazi od oca), ali postoje i nove zadaće: izbor objekta, seksualna orijentacija itd.

■ **PITANJE: Što znači fluidnost seksualne orijentacije?**

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje. Fluidnost seksualne orijentacije, kao i eventualno rodnog identiteta, jest u tome da ne postoji jasno binarno ili kategorijalno određenje seksualne orijentacije (muško vs. žensko). Dakle, postoji „fluidnost“ i ne postoji jasna „fiksiranost“, kako se prije klasično postuliralo.

■ **PITANJE: Što znači aseksualna (seksualna) orijentacija?**

ODGOVOR: Aseksualna bi orijentacija označivala osobe koje „srcem“ ne privlači nijedan spol. Vrlo je otvoreno pitanje o ovakvoj orijentaciji. Je li riječ o

„asketima“ „koji ne mogu prihvatiti seksualnost“ sebe i drugih? Radi li se ovdje o tzv. pubertetskoj askezi, koja se manifestira odbacivanjem seksualnog i agresivnog, kao i nužnih primarnih potreba (jelo, spavanje, toplina)? Je li ovdje posrijedi shvaćanje da je život patnja, teški rad i odricanje, i ništa drugo? Je li ovdje riječ o anoreksiji i restriktivnom trendu s obzirom na vlastitu seksualnost? Nalazi li se preko „intelektualizacije“ vlastita ekspresija? Kakva je uloga sublimacije seksualnosti? Kakav je odnos (seksualnog) celibata u odnosu prema cjelokupnoj ličnosti? Koji je odnos aseksualne orijentacije u odnosu prema vlastitoj ličnosti i vlastitom identitetu? Je li to legitimni način ekspresije vlastite ličnosti? Kako je to u muškaraca, a kako je to u žena? Ovdje postoji više pitanja nego odgovora.

■ **PITANJE: Je li homoseksualna orijentacija duševni poremećaj?**

ODGOVOR: I danas je veliki mit da je homoseksualna orijentacija duševni poremećaj. To se očituje u različitoj vanjskoj stigmatizaciji, kao i u „internaliziranoj homofobiji“. Nadalje, pokatkad roditelji (nastavnici, terapeuti) teško mogu prihvatiti homoseksualnu orijentaciju svojih adolescenata. Dakle, danas se smatra da homoseksualna orijentacija nije duševni poremećaj, međutim, treba biti svjestan da postoje svjesni i nesvjesni napori da se to ospori.

■ **PITANJE: Kada počinje razvoj homoseksualne orijentacije ili bilo kakve seksualne orijentacije?**

ODGOVOR: Većina znanstvenika i kliničara smatra danas da se seksualna orijentacija formira rano u djetinjstvu. Najvjerojatnije nakon edipske faze (nakon 6. godine života), premda je moguće da razvoj polazi već od intrauterinog razdoblja. Treba biti otvoren za različite modifikacije. U tom je smislu važna uloga adolescencije kao razvojnog razdoblja. Završava li seksualna orijentacija adolescencijom? To je i dalje otvoreno pitanje.

■ **PITANJE: Što kada se adolescent povjeri svojem terapeutu da je homoseksualne orijentacije, a za to ne znaju njegovi roditelji?**

ODGOVOR: Ovo je delikatna situacija. Inače, kao i kod uobičajene psihoterapije adolescenata, povjerljivost sadržaja vrlo je važna i ne dijeli se s roditeljima. Tako je i u ovom slučaju, u slučaju seksualne orijentacije adolescenta. Kada adolescent bude sam imao želju sebe razotkriti svojim roditeljima, onda ga terapeut u tome može poduprijeti.

■ **PITANJE:** Trebaju li roditelji primjenjivati postupke preorijentacije homoseksualne u heteroseksualnu orijentaciju u adolescenata?

ODGOVOR: Poneki roditelji ne mogu lako prihvatiti homoseksualnu orijentaciju svoje djece. Pojedini roditelji tada primjenjuju drastične mjere preorijentacije iz homoseksualne u heteroseksualnu, što pokatkad može zadobiti karikaturne razmjere. Roditeljima je bolje savjetovati podršku, emocionalnost, toplinu i otvorenost.

■ **PITANJE:** Razlikuje li se homoseksualna orijentacija u djevojaka od onih u dječaka?

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje. Biološki, psihološki i kulturološki gledano, čini se da je homoseksualnost u djevojaka prihvatljivija (lezbijka veza). Čini se da je biseksualnost biološki i psihološki bliža ženama nego muškarcima. Čak je i pitanje kasnije prokreacije lakše izvedivo u žena, npr. postoji niz banaka sperme u svijetu za eventualno kasnije roditeljstvo. Homoseksualna orijentiranost u dječaka i muških osoba čini se psihološki i kulturološki neprihvatljivija u usporedbi sa ženama. Vjerojatno je riječ o dodatnoj psihodinamici pri psihoseksualnom i psihosocijalnom razvoju dječaka. Ovdje je pitanje i daljnje moguće prokreacije, koja je u ovom slučaju vrlo složen problem (pitanja adopcije djece, surogatne majke itd.).

8.6. Pitanja

- 1 Navedite razliku između spola i roda.
- 2 Definirajte pojmove rodni identitet, rodna uloga i seksualna orijentacija.
- 3 Navedite koje su komponente rodnog identiteta.
- 4 Navedite razvoj rodnog identiteta u djevojčica s obzirom na nagoni razvoj.
- 5 Navedite razvoj rodnog identiteta u dječaka s obzirom na nagoni razvoj.
- 6 Kada započinje i kada završava razvoj seksualne orijentacije?
- 7 Koje su prednosti i nedostaci psihoanalitičkog pristupa seksualnosti rodnom pitanju?
- 8 Navedite osnove pristupa prema homoseksualnosti u adolescenciji.

8.7. LITERATURA

1. *Adelson SL; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012; 51(9):957-74.*
2. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Peto izdanje. Washington: New School Library; 2013.*
3. *Arbanas G. Seksualnost transseksualnih osoba. U: Jokić-Begić N, Begić D, ur. Suvremeni pristup transseksualnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2013, str. 43-47.*
4. *Begić D. Transseksualnost kao interdisciplinarni entitet. U: Jokić-Begić N, Begić D, ur. Suvremeni pristup transseksualnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2013 (b), str. 1-10.*
5. *Beier KM. Sexualitaet und Geschlechtsidentiaet- Entwicklung und Stoerungen. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 735-784.*
6. *Blos P. Adoleszenz – Eine psychoanalytische Interpretation, 7 izdanje. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.*
7. *Coates S. Developmental research on childhood gender identity disorder. U: Fonagy P, Krause R, Leuzinger-Bohler M, ur. Identity, gender, and sexuality. 150 years after Freud. London: Karnac; 2006, str 103-131.*
8. *Cohen-Kettenis PT. Gender identity disorders. U: Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC, ur. A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry. Cambridge: Cambridge university press; 2006, str. 695-725.*
9. *Eggers C, Lempp R, Nissen G i sur. Kinder und Jugendpsychiatrie. Heidelberg: Springer-Verlag; 1994.*
10. *Ermann M. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. prerađeno izdanje. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2007.*
11. *Freud S. Die infantile Genitalorganisation. GW 13. Frankfurt: Fischer; 1923, str. 293-8.*
12. *Freud S. Der Untergang des Oedipuskomplexes. GW 13. Frankfurt: Fischer; 1924, str. 395-402.*
13. *Friedman RC, Downey JJ. Homosexuality. N Engl J Med 1994;331(14):923-30.*
14. *Garnets LD. Sexual orientations in perspective. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol 2002;8(2):115-29.*
15. *Horney K. Die Verleugnung der Vagina. Int Z Psychoanalyse 1933; 19:372-384.*
16. *Mattejat F, Schulte-Markwort M. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.*
17. *Nikolić S, Vidović V. Adolescencija. U: Nikolić S, Klain E, Vidović V, ur. Osnove medicinske psihologije. Zagreb: Medicinski fakultet; 1990, str. 73-79.*
18. *Olson- Kennedy J, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BP i sur. Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: gender identity developmentand biopsychosocial outcomes. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2016; 23(2):172-9.*

19. *Peplau LA, Spalding LR, Conley TD, i sur.* The development of sexual orientation in women. *Annu Rev Sex Res* 1999; 10:70-99.
20. *Remschmidt H, Martin M.* Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 326-336.
21. *Savin-Williams RC, Diamond LM.* Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: gender comparisons. *Arch Sex Behav* 2000;29(6):607-27.
22. *Stoller RJ.* A Contribution to the Study of Gender Identity. *Int J Psychoanal* 1964;45:220-6.
23. *Stoller RJ.* A further contribution to the study of gender identity. *Int J Psychoanal* 1968;49(2):364-9.
24. *Swaab DF, Garcia-Falgueras A.* Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Funct Neurol* 2009;24(1):17-28.
25. *Telingator CJ, Boyum EN, Daniolos PT.* Sexual minority youth: identity, role, and orientation. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 138-148.
26. *Troiden RR.* Becoming homosexual: a model of gay identity acquisition. *Psychiatry* 1979;42(4):362-73.
27. *Troiden RR.* The formation of homosexual identities. *J Homosex* 1989;17(1-2):43-73.
28. *Turban JL, De Vries ALC, Zucker KJ.* Gender dysphoria and gender incongruence. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 632- 643.(a)
29. *Turban JL, de Vries ALC, Zucker KJ i sur.* Transgender and gender non-conforming youth, 2018 edition. Dostupno na: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.3-GENDER-IDENTITY-Edition-2018-REVISED.pdf>. Pristupljeno 1. 5. 2018. (b)
30. *Tyson P, Tyson RL.* Psychoanalytic theories of development: An integration. New Haven, CT, US: Yale University Press; 1990.
31. *Yates A.* Childhood sexuality. U Lewis M, ur. *Child and adolescent psychiatry- A comprehensive textbook*. Drugo izdanje. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 221-234.

Pregled razvoja djeteta – podjela prema dobi

Ivan Begovac

SADRŽAJ

9.1. Uvodna razmatranja, koncepti	136
9.2. Razvojna razdoblja prema dobi	136
9.2.1. Dojenačko razdoblje (prva godina života)	136
9.2.1.1. Uvodni aspekti	136
9.2.1.2. Specifični aspekti razvoja dojenačke dobi	136
9.2.1.3. Poremećaji u dojenačkoj dobi	139
9.2.2. Dob „trčkarala“ (dob između druge i četvrte godine; od 12. do 47. mjeseca)	139
9.2.2.1. Uvodni aspekti	139
9.2.2.2. Specifični aspekti razvoja dobi „trčkarala“	140
9.2.2.3. Poremećaji u dobi „trčkarala“	141
9.2.3. Dob predškolskog djeteta (od 4. do 6. godine; ili od 48. do 72. mjeseca)	141
9.2.3.1. Uvodni aspekti	141
9.2.3.2. Specifični aspekti razvoja dobi predškolskog djeteta	141
9.2.3.3. Poremećaji u dobi predškolskog djeteta	142
9.2.4. Dob školskog djeteta	142
9.2.4.1. Uvodni aspekti	142
9.2.4.2. Specifični aspekti razvoja dobi školskog djeteta	142
9.2.4.3. Poremećaji u dobi školskog djeteta	143
9.2.5. Pubertet, adolescencija	144
9.2.5.1. Uvodno	144
9.2.5.2. Specifični aspekti razvoja u pubertetu i adolescenciji	144
9.2.4.3. Poremećaji u dobi puberteta i adolescencije	145
9.3. Upute za roditelje/nastavnike	145
9.4. Često postavljena pitanja	145
9.5. Pitanja	147
9.6. Literatura	147

9.1. Uvodna razmatranja, koncepti

Ovo je poglavlje zapravo sažetak već prije navedenih koncepata u prethodnim poglavljima o razvoju djeteta te ih je stoga potrebno prethodno pročitati (posebice poglavlja 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Dakle, ovo poglavlje je više repetitorij različitih razvojnih funkcija djeteta, a koje su već bile navedene u drugim poglavljima u ovoj knjizi. U ovom će se poglavlju istaknuti važnost različitih funkcija u odnosu prema pojedinim razdobljima, a to su posebno: motorički i senzorički razvoj uz fiziološke funkcije; nagonski i socijalno-emocionalni razvoj; kognitivni razvoj; razvoj komunikacije, jezika i govora; te način na koji se okolina brine za dijete, odnosno koliko se dijete može brinuti za sebe. Međutim, ovo poglavlje prema autoru ovog poglavlja može imati svoje korisnosti, jer su neki aspekti razvoja djeteta integralno prikazani u odnosu prema dobi, dakle ima svoju integralnu cjelinu, a navedeni su u tekstu i neki dodatni aspekti, a koji nisu navedeni u drugim poglavljima.

U **tablici 9.1.** prikazana je podjela razvojnih razdoblja prema dobi, a dana je i okvirna usporedba razvojnih razdoblja prema dobi u odnosu na psihoanalitičke faze razvoja.

Iako razvojne faze izgledaju vrlo različito, može se naći poveznica između konceptualizacije različitih autora. Kako se vidi iz tablice, razdoblja prema dobi dijelimo na: **prenatalno razdoblje** (dijeli se na embrio-

nalno razdoblje – od koncepcije do kraja 3. mjeseca trudnoće te na fetalni period – od četvrtog mjeseca trudnoće do rođenja djeteta); **dojenačko razdoblje** (engl. *infancy*): od rođenja do prve godine života (ili do 18 mjeseci); (unutar tog razdoblja pojedini autori razumijevaju i novorođenačku dob koja traje od rođenja do kraja 4. tjedna); dob **trčkarala** od druge do četvrte godine života; dob **predškolskog** djeteta od četvrte do šeste godine; **dob školskog djeteta** (kasno djetinjstvo); od 6./7. godine do početka puberteta; **pubertet**: biološki i fiziološki procesi, karakterizirani pojavom menstruacije ili ejakulacije; **adolescencija**: psihološka prilagodba na pubertet, traje otprilike od 13. godine do 21./24. godine. Potrebna je napomena o uporabi naziva **dob malog djeteta**. Naime, dob maloga djeteta može se shvatiti dvostruko: u užemu smislu od 2 do 4 godine; ili u širem smislu od 2 do 6 godine. O **prenatalnom razdoblju** napisano je posebno poglavlje (v. posebna poglavlja 1, 2, i 3 o prenatalnom razdoblju), pa se stoga u ovom poglavlju neće dalje opisivati.

9.2. Razvojna razdoblja prema dobi

9.2.1. Dojenačko razdoblje (prva godina života)

9.2.1.1. Uvodni aspekti

U **tablici 4.2.** (v. posebno poglavlje 4) prikazano je pet najvažnijih funkcionalnih postignuća u prvoj i drugoj godini života. Ona nam mogu biti važni pokazatelji u brzoj procjeni razvoja djeteta u prvoj i drugoj godini života. U **tablici 9.2.** prikazane su osnove razvoja pojedinih najvažnijih funkcija u prve tri godine, dok su detaljnije opisani u pripadajućim poglavljima (posebice poglavlja 4 i 5).

U tablici su navedene različite „funkcije” ovisne o dobi. Koliko su pojedine funkcije razdvojene jedne od drugih, toliko su i u međusobnom odnosu. Nadalje, u **tablici 9.3.** slično su prikazane osnove razvoja pojedinih najvažnijih funkcija, međutim, tu su navedene od prenatalne dobi do dobi predškolskog djeteta.

Pojedinosti iz tablice bit će navedene detaljnije u tekstu, kao i pripadajuće reference, a mogu se pogledati i u drugim poglavljima (posebice u poglavljima 3, 4, 5, 7 i 8).

9.2.1.2. Specifični aspekti razvoja dojenačke dobi

Motorički i somatski razvoj pokazuje stalnu progresiju. Dijete u dobi dva mjeseca podiže glavicu, s oko

Tablica 9.1.

Podjela razdoblja prema fenomenologiji i psihoanalitičkom gledištu

Fenomenološki	Psihoanalitički
Prenatalno razdoblje	Prenatalno
Dojenačko razdoblje (engl. <i>infancy</i>)	Oralna faza; senzorička faza
Dob „trčkarala“ – dob između druge i četvrte godine	Analna faza; faza individualizacije; faza autonomije
Dob predškolskog djeteta – od 4. do 6. godine	Preedipska faza; edipska faza
Dob školskog djeteta (kasno djetinjstvo); od 6./7. godine do početka puberteta	Latencija
Pubertet, adolescencija	Pubertet, adolescencija

Tablica 9.2.

Osnove razvoja pojedinih funkcija s obzirom na različita razdoblja

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Ermann 2007; Piaget 1951; Piaget 1952; Volkmar i Martin 2011; Windaus 2009.

Mjeseci	Motorički i senzorički razvoj; fiziološke funkcije	Nagonski i socijalno-afektivni razvoj	Kognitivno-adaptivna funkcija	Komunikacija, jezik, govor	Briga za dijete / briga za sebe
0 – 3	povremeno podiže glavicu; regulacija pijenja, spavanja, budnosti, aktivnosti; dijete vizualno raspoznaje lica	senzorički stadij; gleda skrbnika, vizualno prepoznaje majku; socijalni smiješak	senzomotorni stadij; odgovara na zvuk, facijalni odgovor na zvuk	gugutanje, pojedini vokali	umiruje se kada se podigne, reagira na položaj hranjenja, anticipira podizanje
2,5 – 5,5	drži uspravno glavicu, prati osobe koje se kreću	„face to face” interakcija bez drugih igračaka; pokazuje nezadovoljstvo kada nestane igračka; afektivno usklađivanje	udaranje predmetom o stol	neverbalna komunikacija; spontana socijalna vokalizacija	dodirivanje prstima bočice ili bradavice dojke
5,5 – 8	prebacuje predmet iz ruke u ruku	zajednička igra s predmetima; pokazuje strah od stranca	trešnja zvečke	neverbalna komunikacija; koristi se višeslogovnim vokalnim zvukovima	voljno drži predmet u ruci
8 – 12	radi samostalno dva koraka; pincetni hvat	privrženost i odvajanje od primarnih skrbnika, osjećaj selfa; individuacija, imitira igru	uzima kreu da napravi imitirajuću točku; metode pokušaja i pogreške; funkcionalne igre	gesta mahanja rukom; zna svoje ime i značenje „ne” i nekoliko drugih riječi; govori dvije riječi, osim „mama” i „tata”	Daje igračku drugima
18 – 24	može okrenuti stranicu knjige, ide niz i uz stube	autonomija; grli ili hrani lutku	preoperacijska faza; simbolizacija; planiranje unaprijed; radi jednostavne generalizacije	slijedi jednostavne naredbe u kontekstu; „semantičko ne”; razvoj govora i postavljanje granica; govori 50 ili više riječi	oblači jednostavnu odjeću
36	vozi tricikl	autonomija; razvoj konstantnosti objekta; verbalizira osjećaje o sebi	daljnji razvoj simbolizacije; navodi aktivnosti u slikovnicama; radi kružnicu	identificira svakodnevne predmete; razumije dulje i složenije rečenice	regulira eliminacijske funkcije tijekom dana

6 mjeseci počinje sjediti uz pomoć te oko 9. mjeseca samostalno sjedi bez gubitka ravnoteže. Oko 12. mjeseca dijete počinje raditi prve korake, prvo uz pridrža-

vanje. Motorika ruke također se razvija, s oko tri mjeseca bolja je koordinacija ruke i prstiju; s oko 6 mjeseci predmeti se mogu prebacivati iz jedne ruke u drugu, s

Tablica 9.3.

Najvažnije razvojne funkcije ovisno od dobi ili „razvojne zadaće“

Prenatalno razdoblje i rođenje	majka – placenta – fetus; međusobno usklađivanje; homeostaza i konflikti; „privrženost majka – fetus“; reprezentacije i reflektivnost majke; somatski (npr. hormonalni) i motorički razvoj, mimika lica; fetalni smiješak; razvoj mozga, afektivna stanja; senzorički razvoj; rudimenti habituacije, učenja i sjećanja; potencijalne socijalne sposobnosti, „ <i>fetal mind</i> “; okolnosti porođaja
Novorođenačko i dojenačko razdoblje	motorički razvoj; sisanje; senzorička faza; vizualno prepoznaje majku; regulacija pijenja, jedenja, spavanja, budnosti, ciklusa aktivnosti od 0 do 2,5 mjeseci; „minipubertet“; izlučivanje androgena u dječaka (raspon 2 – 26 tjedana postnatalno); oralna faza; simbioza; temeljno povjerenje; napredovanje individuacije; gleda skrbnika, socijalni smiješak s 3 mjeseca, „ <i>face to face</i> “ interakcija bez drugih igračaka od 2,5 do 5,5 mjeseci; zajednička igra s predmetima od 5,5 do 9. mjeseca; pokazuje strah od stranca s 8 mjeseci; privrženost i odvajanje od primarnih skrbnika od 8 do 12 mjeseci, osjećaj selfa; afektivno usklađivanje; senzomotorna faza; neverbalna komunikacija; razvoj govora (gugutanje, vokalizacije, slogovi, prve riječi)
Dob „trčkarala“, dob između druge i četvrte godine	motorički dijete počinje hodati i kretati se; faza individuacije (koherentni osjećaj selfa); faza autonomije; analna faza; faza konstantnosti objekta; početci temeljnoga rodnog identiteta; preoperacijska faza; simbolizacija; verbalni self – intenzivan razvoj govora od 18 do 24 mjeseci ili semantičko NE;
Dob predškolskog djeteta od 4. do 6. godine	daljnji razvoj motorike; preedipska faza; edipska faza, rodni identitet, rodne uloge, početak seksualne orijentacije; identifikacije; početak socijalizacije s vršnjacima; preoperacijska faza, simbolizacija; magično mišljenje; kreiranje „teorije uma“; daljnji razvoj govora;

oko 12 mjeseci postoji pincetni hvat (Mewe i Matthejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011). Što se tiče **senzoričkog razvoja**, smatra se da dojenče ima diskriminatorne i razvijene slušne aktivnosti, koje su već i prenatalno bile prisutne, te ubrzo postnatalno raspoznaje majčin glas. Ulogu imaju i dodir i osjet temperature. Miris i okus također su prisutni već od rođenja. Vizualno je novorođenče kadro pratiti objekt u pokretu te raspoznavati boje. U dobi od dva mjeseca dijete zapaža cjelovitost lica. Važna je i transmodalna sposobnost percepcije, kada se kombiniraju različiti kanali percepcije, ona je prisutna već s 20 dana (Dornes 1993). Oko petog mjeseca dijete može osobe koje se kreću u okolini barem djelomično pratiti. Fiziološke i vegetativne funkcije sve se više reguliraju (ritam spavanja – budnosti; regulacija aktivnosti; regulacija pobuđenosti; funkcije jedenja), a posebno u prva tri mjeseca života. Zanimljivost somatskog razvoja jest i „minipubertet“, odnosno izlučivanje androgena u dječaka (raspon od 2. – 26. tjedna postnatalno), koji može imati utjecaja na sveukupno funkcioniranje.

Što se tiče **nagonske faze**, Freud (1923) je opisivao dojenčad u oralnoj fazi razvoja, kada je u središtu somatskog i psihološkog života regija usta i funkcije povezane s njom. U toj fazi dominira senzorički razvoj. Pojedini autori navode da se dijete nalazi u ovoj fazi

nalazi u fazi simbioze. Ego je fragilan, mogu dominirati ekstremni strahovi kao što je „bezimena anksioznost“. Stern (1985) smješta u prvu godinu fazu pojavljujućeg i temeljnog selfa. Greenspan (2003) slično već navedenom govori o angažiranosti djeteta, te o pojavi kompleksnog doživljaja sebe. Prvi **socijalni osmijeh** dijete ima oko drugog mjeseca života, a skrbnike gleda u oči već s oko 2,5 mjeseci. U osmom mjesecu postoji **strah od stranca**, odnosno **fokusirana privrženost**. Novorođenče posjeduje vrlo visoke socijalne sposobnosti, odnosno spremnost za interakciju. Danas se govori o „interakcijskom matriksu“ odnosa dojenče – majka, kada se oba sudionika aktivno „usklađuju“, odnosno postoji intenzivni proces „zrcaljenja“ i pozitivnog sadržavanja (*containment*). Erikson (1950) razvoj **temeljne sigurnosti ili nesigurnosti** smješta u ovaj period. Što se tiče razvoja seksualnosti, smatra se da dojenče ima znatna seksualna uzbuđenja, od sisanja na majčinim grudima do ugone u presvlačenju genitalija. Nadalje, anatomske razlike imaju važnu ulogu, socijalno se podupiru maskuline ili feminine karakteristike (v. poglavlje o nagonskom razvoju).

Socijalno-emocionalni razvoj obilježen je velikom aktivnošću dojenčeta za vanjski svijet i za interakciju s majkom ili drugim osobama koje se brinu za dijete. Majčin glas i lice za dijete su jedan od najvažnijih ori-

jentira (Volkmar i Martin 2011). Kao što je već bilo rečeno, oko 2. mjeseca pojavljuju se „socijalni osmijeh“ i gledanje licem u lice. Dijete se sve više veseli osobi koja se brine za njega. S oko pet mjeseci postoji **zajednička igra s predmetima** između djeteta i skrbnika. Oko petog mjeseca pojavljuju se i naznake socijalne imitacije osoba iz okoline. Oko 8 mjeseca se pojavljuje **strah od stranca**. Dijete od 8. do 12. mjeseca pokazuje sve više privrženost za jednu osobu (**fokusirana ili monotropna privrženost**).

Otpribliže do 9. mjeseca komunikacija je pretežno preverbalna, a slogovi i riječi postupno dobivaju na značenju. Postoji organizirani oblik ponašanja i neverbalna komunikacija (npr. geste). To uključuje facijalnu ekspresiju, zvukove, držanja, kao i pokrete ruku i nogu, a nazivamo ih **preverbalnim afektivnim signaliziranjem**. Ponašanje postaje sve više orijentirano prema cilju. Dijete oko devet mjeseci ima komunikativne geste (pokazivanje; *pointing*) da dobije pažnju roditelja. Oko 9. mjeseca smatra se da dijete počinje doživljavati „sebe“ kao individu, odnosno događa se svjesnost sebe ili **psihološko rođenje**. U isto vrijeme dolaze i početci **intersubjektivnosti**, kada dijete shvaća da roditelji razumiju njegove osjećaje, misli, želje, potrebe. Postoje također i geste koje prate komunikaciju i opći socijalni interes. U tome smislu oko 10. mjeseca nalazi se gesta „mahanja drugima“. Što se tiče **igre**, dijete se aktivno obraća okolini, počinje fiksirati pogled, s oko tri mjeseca koristi se motorikom ruke za doseganje predmeta u okolini. Pri igranju je težište na funkcionalnim aspektima predmeta ili se igra sa svojim rukama, prstima na nogama ili drugim dijelovima tijela. Zapaža se i uživanje u igranju vlastitim glasovnim produkcijama. Pri kraju prve godine počinje se igrati „pokrivanja lica“ i ponovnog veselja tijekom „ponovnog nalaženja“, a mogu biti prisutni i začetci „grubljih“ motoričkih igara (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011). **Kognitivni razvoj** obilježava se senzomotornim stadijem prema Piagetu (1951, 1952). Postupan razvoj konstantnosti predmeta tijekom prve godine života postaje osnova za razvoj simboličkog mišljenja i razvoja govora, kao i procjena uzroka i posljedice donose dojenčetu nove procjene intencionalnosti. Primjenjuju se i metode pokušaja i pogreške (Volkmar i Martin 2011).

Razvoj govora obilježava uporabu plača na početku, potom vokalizacije postaju sve više kontrolirane, npr. tijekom kraja prvoga mjeseca života te

počinju spontanije vokalizacije, gugutanje. Započinje elementarna komunikacija. Oko 8. mjeseca pojavljuju se slogovi, dijete ima potrebu imitirati zvukove iz okoline, ali i ponavljati vlastite zvukove i slogove koje producira. Oko kraja prve godine dijete govori prve riječi sa značenjem, obično su to „mama“, „tata“ itd. Ako dojenče s 8 mjeseci nema nikakve produkcije slogova, to je indikacija za detaljniju eksploraciju govora. Važne su i receptivne vještine, kao i neverbalne geste i preverbalni period (v. posebno poglavlje o razvoju govora) (Lempp 2014; Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

Što se tiče **brige za dijete i samozbrinjavanja**, dijete se s oko mjesec dana može umiriti kada ga odrasla osoba uzme u naručje, s oko dva mjeseca reagira na poziciju jedenja, s oko tri mjeseca anticipira uzimanje u naručje, oko četvrtog mjeseca anticipira vizualno situaciju hranjenja, s oko 6 mjeseci uz pomoć piće tekućinu iz čaše i pridržava svojevrijedno predmete iz okoline, s oko 10 mjeseci je kooperativno u socijalnim igrama, daje drugima igračke itd. (Volkmar i Martin 2011).

9.2.1.3. **Poremećaji u dojenačkoj dobi**

Najčešći poremećaji u toj dobi mogu biti regulacijski poremećaji (v. posebno poglavlja 32, 33, 35, 39), pojedini funkcionalni poremećaji, afektivni respiratorni napadaji, fetalni alkoholni sindrom, poremećaji privrženosti, kao i intelektualne teškoće (Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011). U tablicama (**tabl. 33.1. i 33.2. – v. posebno poglavlje 33**) navedene su minimalne dobi za dijagnosticiranje pojedinih poremećaja. Kako se vidi iz tablica, postoji minimalna dob, međutim, dijagnosticiranje ovih poremećaja obično bude kasnije. Navedene tablice mogu se primijeniti i za kasnije dobi, koje će biti navedene poslije u tekstu.

9.2.2. **Dob „trčkarala“ (dob između druge i četvrte godine; od 12. do 47. mjeseca)**

9.2.2.1. **Uvodni aspekti**

Može se reći da je u drugoj godini života najveće djetetovo postignuće intenzivni i dramatični razvoj govora. Daniel Stern (1985) s razlogom naziva ovu fazu **razvojem verbalnog selfa**, što je slično konceptu „semantičkog ne“ Spitz (1954./1973.) (**treći organizator psihe**), a koja obuhvaća način komunikacije i istodobno opozicionalnost (suprotstavljanje). Pred-

uvjeti razvoja govora svakako su rastuća simbolizacija, recipročna interakcija (socijalna interakcija), diferentno gugutanje te uporaba glasova i intonacije koja je tipična za materinski jezik (Volkmar i Martin 2011). Prema Sternu (1985), prethodi faza **subjektivnog selfa**, kada je intenzivno **afektivno usklađivanje**, odnosno analog je reprezentacijskoj i simboličkoj elaboraciji i diferencijaciji prema Greesnsparu (2003). Nadalje, jedno od važnijih postignuća jest završena **individuacija**, počevši od 18. mjeseca, odnosno razlikovanje selfa od ne-selfa, kada je ego stabilniji i koherentniji. Nakon toga slijedi **autonomija (separacija)** te s oko tri godine dolazi do konstantnosti objekta, što je djetetovo vrlo važno postignuće (Ermann, 2007). Ako dijete s 18 mjeseci ne govori nijednu riječ, kao i ako nema rečenice od dvije riječi s 24 mjeseci, to je indikacija za detaljnu eksploraciju govora.

9.2.2.2. *Specifični aspekti razvoja dobi „trčkarala“*

Motorički se početkom druge godine bilježe već samostalni koraci, kao i s vremenom sve veće samostalno hodanje. Dijete se veseli **samostalnoj mogućnosti hodanja**, što služi njegovu eksperimentiranju s okolinom. U dobi od 16 mjeseci može svladati hodanje uz i niz stube ako se pridržava na nešto. U zadnjoj četvrtini druge godine može uzeti neki predmet s poda a da ne padne ili udariti loptu bez gubitka ravnoteže. Hodanje se sve više razvija. Dijete se u trećoj godini može podignuti na nožne prste, može koračati stubama objema nogama. U toj dobi uči voziti tricikl. Može slijediti jednostavne gimnastičke vježbe. U drugoj se godini motorika ruke dalje razvija, dijete može listati neku knjigu, može odmotati ponuđeni bombon itd. (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhäuser 2010; Volkmar i Martin 2011).

Nagonski ova je faza nazvana analnom jer se pretpostavlja da je velika uloga analnog sfinktera, kao i funkcije povezane s njom. Okvirno, ta dob uključuje još i prethodnu oralnu, kao i analnu fazu razvoja; odnosno fazu individuacije i autonomije (separacije) te konačno konstantnost objekta. U ovom je razdoblju važna uloga **motoričke aktivnosti**, kao i kontrole različitih funkcija. Spomenuta faza povezana s intenzivnom **privrženošću** djeteta i skrbnika. Vrlo je izražena potreba za autonomijom djeteta, odnosno borbom za dominacijom te modulacija agresije, što za roditelje može biti poseban izazov. Kontrola sfinktera događa se tijekom ovog razdoblja. Nadalje, jedno od važnijih postignuća jest završena

individuacija, počevši od 18 mjeseca, odnosno razlikovanje selfa od ne-selfa, kada je ego stabilniji i koherentniji te tada mogu prevladavati strahovi od dezintegracije. Nakon toga slijedi **autonomija** (separacija), kada mogu biti prisutni separacijski strahovi, te potom s oko tri godine dolazi do **konstantnosti objekta** i posljedično se pojavljuju strahovi od gubitka objekta. Što se tiče razvoja seksualnosti, dijete je u toj dobi zainteresirano za defekaciju, prisutan je **analni eroticizam**, postaje svjesniji razlike u spolu, a genitalni ponos i egzibicionizam mogu dominirati. Postoje genitalne igre i masturbacija te je izražena preokupacija anatomskim odnosima. Seksualne se aktivnosti povezuju s gađenjem, sramom i prljavosti (v. poglavlje 3 o nagonskom razvoju). S oko 18 mjeseci dijete postaje svjesnije svojeg temeljnoga rodnog identiteta. U djevojčica može prevladavati ambivalencija prema majci, odnosno mogu dominirati strahovi od odvojenosti od majke vs. strah od gušenja od majke. U dječaka može postojati „kastracijski strah“ od moćne majke te je potrebno da dječak učini postupnu dezidentifikaciju s majkom (s femininom identifikacijom) (Ermann 2007).

U **socijalno-emocionalnom** području dijete se u interakciji s drugima sve više koristi govorom, slijedi jednostavne upute, govori o svojim potrebama. Postoje naznake prve socijalizacije s drugim vršnjacima (jaslice). Emocionalno gledano, dijete je sklono žestokim afektima kao što su bijes, ljutnja i iritabilnost, a pojedini autori to nazivaju **fazom prkosa**. Prema Sternu (1985), prethodi faza **subjektivnog selfa**, kada je intenzivno **afektivno usklađivanje**, odnosno analog je reprezentacijskoj i simboličkoj elaboraciji i diferencijaciji prema Greesnsparu (2003). Slijedi i faza kategorizacije značenja (*meanings*) emocija i povezivanje između njih.

Djeca pokazuju znatijelju i eksploraciju, odnosno želju za novim. U početku dominiraju igre koje su često samo motoričke, odnosno funkcionalne. Mogu biti prisutne i „grublje“ motoričke igre koje mogu započeti već i u dojenačkoj dobi. Zanimljivost je da očevi češće sa svojom djecom igraju takve motoričke igre nego majke, što se može karakterizirati kao jedna posebnost odnosa očeva prema djeci. Primjerice, čini se da jedna majka nikada ne bi svoje dijete „bacila u zrak“, za razliku od očeva. Nadalje, mogu postojati potrebe za ponavljanjima i rituali, a mogu se započeti i igre uloga i igre imitacija (npr. imaginarna čajanka), odnosno kooperativne igre. Postoje jednostavne igre „pretvaranja“. Dijete sve više spoznaje vlastite osjećaje. Što se tiče igre, djeca često u ovoj fazi imaju **prijelazni**

objekt, odnosno omiljenu plišanu igračku koja govori o intermedijarnom procesu između unutrašnjeg i vanjskog. Nadalje, fantazijska je aktivnost značajna, djeca mogu imati i **imaginarne prijatelje**. U fantazijskim igrama djeca iskušavaju vlastite osjećaje, dolazi do smanjenja tjeskobe i igra djeluje kompenzatorno u smislu ispunjenja želja (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

Kognitivno razvoj pokazuje elemente senzomotornog perioda, ali i započinjanja **preoperacijske faze**, kada se ubrzano pojavljuje simbolizacija. Djeca se koriste metodom pokušaja i pogreške, ali sve više i više kognitivnim funkcijama (simbolizacija, planiranje unaprijed itd.). Simboličke se aktivnosti manifestiraju u naglom razvoju govora, ali i u igri, fantaziji te u drugim aktivnostima. Djeca čine jednostavnije generalizacije, grafičke sposobnosti crtanja čovjeka napreduju (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

Razvoj govora drastično se ubrzava rastućom simbolizacijom i kognitivnim razvojem s oko 18 mjeseci. Od 14. do 18. mjeseci postoji više od tri riječi u vokabularu (semantika); od 18. mjeseca može biti prisutno do 50 riječi, a prevladava jedna riječ koja označuje cijele rečenice. Postupno mogu od 15. mjeseca postojati rečenice od dvije riječi (npr. tata cipele), a riječi se uporabljaju u komunikativne svrhe. Ako dijete s 18 mjeseci ne govori nijednu riječ ili ako nema rečenicu od dvije riječi s 24 mjeseca, postoji indikacija za detaljnu dijagnostiku govora. U dobi od 24 mjeseci govori u rečenicama od tri i više riječi, a ukupan je broj riječi oko 200. Potkraj druge godine i dalje dijete stalno zapitkuje odrasle o različitim stvarima (tzv. vrijeme zapitkivanja). U dobi od 36 mjeseci upotrebljava prošlo vrijeme, pjesmice, a ukupan je broj riječi oko 1000. Tada počinje jasnije govoriti zamjenicu „ja“. Gramatički se rečenice više usavršavaju (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

Što se tiče **brige za dijete i samozbrinjavanja**, dijete se lakše oblači, tijekom dana je uglavnom usvojena kontrola sfinktera, ispričava se zbog nenamjernih pogrešaka (Volkmar i Martin 2011).

9.2.2.3. **Poremećaji u dobi „trčkarala“**

Najčešći poremećaji u toj dobi mogu biti poremećaji privrženosti, opozicionalni (suprotstavljajući)

poremećaj, autizam i intelektualne teškoće (Steinhausen 2010).

9.2.3. **Dob predškolskog djeteta (od 4. do 6. godine; ili od 48. do 72. mjeseca)**

9.2.3.1. **Uvodni aspekti**

Moglo bi se reći da ovu fazu karakterizira djetetova velika fantazijska aktivnost. To se vidi na različite načine, a obuhvaća nagonske elemente, socijalno-emocionalne elemente, kao i rastuće kognitivne sposobnosti.

9.2.3.2. **Specifični aspekti razvoja dobi predškolskog djeteta**

Dijete je **motorički** spretnije u usporedbi s prethodnim razdobljima, može poskakivati; bacati loptu, naučiti voziti bicikl (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

Nagonski ova faza uključuje preedipsku fazu (od 3. do 5. godine) i edipsku fazu (od 4. do 7. godine). Tipično je bolja modulacija agresije, više se potiče verbalizacija agresije nego putem ponašanja. Djeca se igraju „mame i tate“ ili „doktora“, kada istražuju vlastito tijelo i tijelo drugih vršnjaka ili braće/sestara. Više od polovice djece u toj dobi ima seksualne igre ili masturbira. U djevojčica dominiraju anatomske preokupacije i egzibicionizam (preedipska faza). Konačno se u edipskoj fazi djevojčica okreće ocu (promjena libidinoznog objekta), te slijedi „strah od ozljede“. U dječaka prevladavaju anatomske preokupacije, egzibicionizam, kao i „falički narcizam“. U edipskoj fazi kod dječaka dolazi do okretanja majci, međutim, uz promijenjenu fantaziju prema njoj (promjena od moćne i hladne u edipski toplu), posljedično se pojavljuje kastracijski strah, ali sada od oca. Mogu dominirati strahovi od gubitka ljubavi, kao i strah od vlastitog superega. Nakon edipske faze slijede razvoj superega, triangularizacija te poticanje identifikacija. Postoje daljnje modifikacije rodnog identiteta, kao i započinjanje seksualne orijentacije (Ermann 2007; Tyson i Tyson 1990).

Gledano s obzirom na **socijalno-emocionalni** razvoj, dijete može voditi logički dijadni dijalog i razlikovati fantaziju od realnosti. U ovoj se fazi se obilježava sve veća identifikacija s važnim osobama iz okoline (roditelji, braća/sestre). Ovdje se posebno ističe identifikacija s istospolnim roditeljem, a na taj se način preuzimaju i moralne norme, način ponašanja i

zabrane. Ove identifikacije potiču prosocijalne aktivnosti. Socijalizacija prema vršnjacima se također razvija, a to je doba pohađanja vrtića i male škole. Tijekom igre mogu postojati naznake zajedništva. Pri kraju ovog razdoblja zapaža se lagana distanciranost od svojih roditelja, vršnjaci dobivaju sve više na važnosti, odnosno to je onda znak početne spremnosti za školu. Dijete može imati **najboljeg prijatelja**. Što se tiče fantazijske aktivnosti, ovo je razdoblje možda jedno od razdoblja s najbogatijom fantazijom, a to se manifestira u igrama, verbalizacijama te u ponašanju. Dominiraju znatiželja i eksploracija (Steinhausen 2010). Igra može biti razrađena (sa svojim scenarijem) i dramatična. Posebna je odlika igre da je **pretvarajuća** i dovoljno fleksibilna. Ona je tipično više socijalizirana, a ne „paralelna“, da se svako dijete igra za sebe. U ovoj su dobi česti i „imaginarni prijatelji“, što je razvojna i normalna pojava. S vremenom djeca sve više shvaćaju pravila kod nekih igara (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

Kod **kognitivnog razvoja** i dalje prevladava **preoperacijska kognitivna faza**, kada dominiraju **simbolizacija** i sve veća apstrakcija, npr. dijete od jedne kutije zamišlja da je u vozilu *Formule 1* i producira zvukove vožnje (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011). Egzekutivne funkcije također su bolje, u smislu planiranja unaprijed. Postoji želja za znanjem, ponos na naučeno, kao i osjećaj „neranjivosti“. Otprilike od četvrte godine može doći do pojave **magičnog mišljenja**. To znači da se određenim aktivnostima može pridodati magično, moćno značenje. Primjerice, ako dijete izbjegava crte na pločniku, neće mu se ništa dogoditi. Ovaj način mišljenja može dovesti do različitih rituala u ponašanju. Ovakvo magično mišljenje suprotno je **empirijskom mišljenju**, mišljenju temeljenom na dokazima. Djeca oko 4. do 5. godine postepeno kreiraju razvijajući teoriju uma (*theory of mind*), naime pripisuju sebi i drugima ciljeve, potrebe, želje i stavove. Ove metakognitivne funkcije razvijaju se iz dobrog odnosa između djeteta i skrbnika. Dakle, djeca su u ovom razdoblju svjesnija i reflektivnija s obzirom na vlastite osjećaje i misli i koriste se verbalnim izrazom za iskazivanje svojih misli i osjećaja, ali mogu zamisliti i da druge osobe imaju vlastite osjećaje i misli. Ova sposobnost vrlo ubrzava djetetove daljnje socijalne sposobnosti, doživljaj sebe, te mogućnosti za igru (igre su sada više simboličke, a ne samo motoričke, kao što je to

karakteristično za dob „trčkarala“). Djeca u ovom razdoblju mogu nabrojiti četiri predmeta u nizu i ta se aktivnost sve više povećava, mogu znati dane u tjednu, grafičke sposobnosti u crtežu sve se više diferenciraju, crtaju osobe s glavom i tijelom (ruke, noge). U razvoju **govora** dijete slijedi sve više socijalna pravila u govoru, djeca otkrivaju mogućnost da mogu pričati priče, gramatičke su strukture pravilnije i složenije (Steinhausen 2010). Smatra se da se u tom razdoblju nalazi veća sposobnost učenja i drugih stranih jezika (Volkmar i Martin 2011). Što se tiče **brige za dijete i samozbrinjavanja**, dijete se gotovo samostalno oblači i svlači i gotovo samostalno bira svoje aktivnosti (Volkmar i Martin 2011).

9.2.3.3. *Poremećaji u dobi predškolskog djeteta*

Najčešći poremećaji u toj dobi mogu biti opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj, poremećaj ponašanja, hiperkinetski sindrom, anksiozni (emocionalni) poremećaji i intelektualne teškoće (Steinhausen 2010).

9.2.4. *Dob školskog djeteta*

9.2.4.1. *Uvodni aspekti*

Ova je faza opisana detaljno u poglavlju o psihoanalitičkim aspektima latencije (poglavlje 6), međutim, ovdje će se sažeto opisati aspekti prema različitim funkcijama. Dominantno obilježje te faze jest djetetov polazak u školu, te pojedini autori tu fazu i nazivaju „dobi školskog djeteta“. Obitelj ostaje važna kao „sigurna luka“ kojoj se dijete uvijek može vratiti, međutim, vršnjaci dobivaju svoju veću važnost, a tipična su istospolna prijateljstva. Nadalje, Erikson (1950) govori da je u toj fazi središnja tema (konflikt) **inicijativa vs. inferiornost**, što možda najbolje karakterizira tu fazu. Recipročno djeluju dobar školski uspjeh i vlastito samopoštovanje. U **tablici 6.1.** (v. posebno poglavlje 6 o latenciji i pubertetu) opisane su neke razvojne zadaće u dobi školskog djeteta (latencije), gledano više sa psihoanalitičkoga gledišta.

9.2.4.2. *Specifični aspekti razvoja dobi školskog djeteta*

Motorički se može reći da je važna uloga tijela. U toj dobi djeca počinju svirati na nekim instrumentima; djevojčice počinju trenirati ritmiku ili balet; dječaci počinju trenirati neki sport, gdje svladavaju osnovne

motoričke pokrete određenog sporta itd. Pri kraju ove faze djeca s lakoćom mogu poskakivati, raditi čučnjeve, bacati loptu. Ravnotežna je izbalansirana, dolazi do diferencijacije dešnjaka ili ljevaka. Što se tiče pisanja i crtanja, djeca ovladavaju pisanjem svih slova te sve više ovladavaju crtanjem kvadrata, trokuta i drugih geometrijskih tijela, a u crtežima osobe prisutno je više detalja kojima je prikazuju (Volkmar i Martin 2011).

Nagonski gledano, ta se faza u psihoanalitičkoj terminologiji naziva fazom latencije. Bez obzira na naziv te što izgleda više da je kulturološki fenomen, interes prema seksualnosti ne jenjava. Posebno se izbjegava imenovanje ženskoga spolnog organa, odnosno klitorisa, kao i sve što ima veze s masturbacijom, spolnim odnosima i homoseksualnosti. U djevojčica može dominirati prakticiranje rodnih uloga, a u dječaka može biti prisutan „falički narcizam”. Postoje daljnje modifikacije rodnog identiteta, kao i modifikacije seksualne orijentacije. Tipična fantazija u ovoj dobi jest fantazija **obiteljskog romana** kao znak deidealizacije roditelja. Nastavlja se razvoj superega, razvoj **reflektivne funkcije** u latenciji, odnosno naglasak je na rastu i reorganizaciji ega. Što se tiče prijateljstva prema spolu, tipično se biraju prijatelji vršnjaci istoga spola. U ponašanju može biti prisutno ritualizirano ponašanje kao što je skupljanje (markica, sličica itd.) ili dovođenje u red nečega (Volkmar i Martin 2011).

Socijalno-emocionalno može se reći da dominiraju osjećaji inferiornosti *vs.* osjećaji samopoštovanja. U ovoj su fazi djeca i dalje povezana sa svojim roditeljima, međutim, vršnjaci zadobivaju posebnu pažnju. To je i doba polaska u školu, kada nije važna samo obrazovna strana nego i odgojna, odnosno socijalizacijska. Zanimljivo je i zajedničko vršnjačko učenje više djece koja daju zajednički pečat učenju. Odlaskom u školu postoji veća potreba za identifikacijama s učiteljima koje pozitivno utječu na školski uspjeh, te osjećaj samopoštovanja. Odnos prema vršnjacima stavlja na kušnju djetetove socijalne sposobnosti. Prijateljstva su vezana za zajedničke interese. Mogu imati najboljeg prijatelja ili krug bližih prijatelja koje imenuju. U grupama vršnjaka dolazi do različitog statusa pojedinca. Što se tiče razvoja morala, više su orijentirani na pravila istinitog i lažnog putem internalnih principa. Vidi se razvoj **empatije**, kao i gledanje na stvari s pozicije drugoga (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

Uloga roditelja i obiteljske klime posebno se ovdje naglašava, pokazuju li roditelji toplinu *vs.* neprijatelj-

stvo; potiču li samostalnost ili ih vežu za sebe, postoji li kontrolirajući stil ili ne (Steinhausen 2010). Djeca pokazuju više odgovornosti za samostalno pisanje svojih školskih zadaća ili obavljanja obveza u kući, kao i brige o sebi. Drugi čimbenici dobivaju na važnosti kao što su šira socijalna sredina, mediji, socijalne mreže i drugo. Mediji i internet mogu imati pozitivna obilježja u stimulaciji interakcije s drugim vršnjacima. Negativne strane interneta mogu biti u socijalnoj izolaciji djeteta, moderiranju neprikladnog ponašanja ili stimuliranju življenja u nerealističnom virtualnom svijetu te poticanje sjedilačkog načina života (opasnost od debljine u djece) (Volkmar i Martin 2011).

Kognitivno gledano, ovo razdoblje odgovara fazi **konkretnih operacija** (od 7. do 11. godine) (stvaranje koncepata i pravila). Postoji dakle veća konceptualna sposobnost i shvaćanje kao što je razumijevanje brojeva ili mase (npr. promjena oblika ne mijenja ukupnu masu). Učenje više nije preko pokušaja i pogrešaka, nego putem općih pravila. Mišljenje je manje egocentrično, postaje vrlo sofisticirano, dolazi do veće hijerarhije pojmova, ali ipak ostaje vezano za konkretnu vanjsku realnost, aktualni su problemi važniji nego neki hipotetski problemi. Bolje su razvijene egzekutivne funkcije i pažnja (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

Pojedini fond znanja ovisi o ponuđenoj edukaciji. Naime, većina djece u nekim nerazvijenijim zemljama nema mogućnosti za edukacijom, žive u vrlo siromašnim uvjetima i prisiljena su već kao maloljetnici raditi fizičke poslove. Obično u ovom razdoblju djeca nauče čitati s razumijevanjem, nauče osnove matematičkih operacija: zbrajanje, oduzimanje; množenje, dijeljenje; znaju detalje o povijesnim osobama, geografiji, prirodnim fenomenima; anatomskim dijelovima tijela. Djeca bolje usvajaju numeričke odnose (što je veće, što je manje), usvajaju se pojmovi vremena i prostora i dalje se nastavlja **decentracija**. Usvajanje osnovnih numeričkih odnosa pretpostavka je kasnijih usvajanja viših matematičkih operacija. Tipično su djevojčice bolje u verbalnim školskim postignućima, dok su dječaci bolji u matematici ili prirodnim znanostima. Pri pričanju priča (razvoj govora) djeca se koriste sve složenijim opisima (Mewe i Mattejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

9.2.4.3. **Poremećaji u dobi školskog djeteta**

Najčešći poremećaji u toj dobi mogu biti poremećaji ponašanja, hiperkinetski sindrom, anksiozni

(emocionalni) poremećaji (npr. fobije), depresije, opsesivno-kompulzivni poremećaj, tikovi, kao i specifični razvojni poremećaji (Steinhausen 2010).

9.2.5. Pubertet, adolescencija

9.2.5.1. Uvodno

Ova je faza detaljno opisana u poglavlju 6 o psihološkim i psihoanalitičkim aspektima puberteta i adolescencije, međutim ovdje će se sažeto opisati aspekti prema pojedinim funkcijama. Pubertetom označujemo somatske promjene, dok pod adolescencijom razumijevamo psihosocijalne promjene s obzirom na pubertet. U **tablici 6.2. (v. posebno poglavlje 6)** opisane su neke razvojne zadaće u dobi puberteta i adolescencije gledano više sa psihoanalitičkog gledišta. Adolescencija je vrijeme promjena i reorganizacija. Promjena može biti od stanja neodgovornosti djetinjstva (izgubljeni raj djetinjstva) pa do stanja odgovornosti u odrasloj dobi (suočavanje s ambivalencijom, nošenje s krivnjom). Adolescencija može biti i stanje paradoksa. Iako mogu biti zreli u somatskom i seksualnom području, ne moraju biti u emocionalnom i kognitivnom. Pri definiranju adolescencije govorimo o cilju adolescencije kao stvaranju nove ravnoteže međusobne ovisnosti i suportivnog odnosa s osobama koje su izvan neposredne obitelji (Volkmar i Martin 2011). Na adolescenciju se danas gleda u kontekstu kulture, obitelji, škole i čimbenika zajednice. Za adolescenciju se kaže da ima dezorganizacijsku (regresivnu), ali i organizacijsku (progresivnu) sposobnost.

9.2.5.2. Specifični aspekti razvoja u pubertetu i adolescenciji

Motorički i somatski razvoj pokazuje veliku promjenu. Pubertet je, prema definiciji, obilježen velikim somatskim promjenama, razvojem seksualnosti, razvojem primarnih i sekundarnih seksualnih osobina, kao i hormonalnim promjenama. Djevojčice (od 9 do 11 godina) tipično ranije ulaze u pubertet nego dječaci (11 do 13 godina). Pubertet traje oko 4 do 5 godina. Za procjenu tjelesnog razvoja primjenjuju se uobičajene metode mjerenja razvoja prema Tanneru. Tipično ubrzanje rasta prethodi ulasku u pubertet. Za djevojke je menarha najveća oznaka puberteta, za dječake rast genitalija i spermatogeneza koja dovodi do ejakulacije (Volkmar i Martin 2011). Tipično se može pojaviti povećani apetit, kao i promjena u ritmu spavanja.

Nagonski se ova faza dijeli u nekoliko potfaza, koje imaju različite konflikte i zadaće (v. posebno poglavlja 6 i 8). Nalazi se važnost hormonalnih promjena, biološke promjene mogu uzrokovati psihičku krizu (pojava menarhe, ejakulacije). Jedna od važnijih zadaća adolescencije jesu **separacija od roditelja (žalovanje)**, prorada **narcističke pozicije** te konačno **oblikovanje vlastitog identiteta**. Dolazi do prvih **zaljublivanja te izbora novog objekta**. Dakle, središnje teme u adolescenciji jesu identitet, seksualnost, autoritet. Važno pitanje jest razvoj moralnih vrijednosti. U središtu života adolescenta jesu percepcija seksualnih potreba, interesi i razvoj. Seksualno ponašanje ovisi o individualnim, ali i o okolišnim čimbenicima, dakle o sociokulturnim i obiteljskim očekivanjima, kao i zabranama. Autoerotske aktivnosti (mastrubacija uz pridružene fantazije) smatraju se normativnim manifestacijama i ne treba im pridavati patološko značenje. Homoseksualne faze također su česte. Adolescent može biti ponosan na povećanu seksualnost, a, s druge strane, seksualnost može biti i izvor srama. S vremenom dolazi do heteroseksualnih odnosa, premda je i homoseksualna orijentacija normalna mogućnost. Adolescent ima dramatične promjene u odnosu prema vlastitom tijelu, roditeljima, vršnjacima te s obzirom na tjelesnu i psihološku sliku o sebi (Ermann 2007; Nikolić i Vidović 1990; Tyson i Tyson 1990).

Može doći do ponovne prorade psihičkih konflikata iz prethodnih faza. Kod većine dolazi do konačnog oblikovanja **rodnog identiteta**, kao i završetka **seksualne orijentacije**. U djevojaka se rodni identitet dalje modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu proradu zadaća i strahova iz ranijih faza: „strah od gušenja od moćne majke“ vs. „strah od odvojenosti od moćne majke“, okretanje ocu kao novom libidinoznom objektu, „strah od ozljede“ u edipskoj fazi itd. U dječaka se rodni identitet dalje modificira i konsolidira, uz stalnu i ponovnu proradu zadaća i strahova iz ranijih faza: dezidentifikacija od majke; kastracijski strah od moćne majke; falički narcizam, kastracijski strah od edipskog oca itd. (Ermann 2007; Tyson i Tyson 1990).

U posljednje vrijeme kod adolescencije navodimo koncepte identiteta (Erikson 1950), te slike o sebi (self-koncept). Konačno dolazi do konsolidacije doživljaja sebe, te do postupna smirivanja „adolescentne bure“ (Nikolić i Vidović 1990). Postoji sve veći balans između primanja i davanja u odnosu prema drugima.

Socijalno-emotivno, tradicionalno se adolescencija opisuje kao „psihičko stanje bure“, međutim, poje-

dini autori navode mogućnosti da ne dolazi do ovakvih „emocionalnih potresa“. Mogu dominirati narcistički osjećaji, kao i osjećaj neranjivosti. U borbi za svoju autonomiju, posebno su adolescenti osjetljivi na osjećaje pasivnosti, ranjivosti i ovisnosti. Posebna poteškoća za adolescenta može biti integracija ljubavnih osjećaja i seksualnosti (Volkmar i Martin 2011). Tipično, djevojke su više preokupirane odnosima, dok su dječaci okupirani seksualnom gratifikacijom, međutim, to ne mora biti uvijek slučaj.

Jedna od najvažnijih zadaća adolescencije jest separacija od roditelja. Dolazi do deidealizacije vlastitih roditelja, nastavlja se prorada fantazije „**obiteljskog romana**“, te pokatkad izbijaju otvoreni sukobi i rasprave između adolescenata i roditelja. Tipično djevojke češće raspravljaju sa svojim majkama, dok sinovi imaju kvalitativno intenzivnije rasprave sa svojim očevima. S jedne strane, adolescenti žele biti samostalni, a, s druge, odgovara im roditeljska potpora i njega. Tipično je da adolescenti imaju potrebu za druženjem s vršnjacima koja se ne mogu nadomjestiti odnosom prema roditeljima. Za razliku od djece u latenciji koji također imaju potrebu družiti se s vršnjacima i kojima je obitelj i dalje „sigurna luka“, adolescenti nemaju više tako čvrsto uporište u svojoj obitelji. Očekuju od svojih roditelja toplinu, ali i potvrđivanje. Kao dio grupe adolescenti mogu imati dobiti od grupe, ali mogu imati i negativne učinke, npr. pripadnost nekoj delinkventnoj grupi. Tipično su grupe u adolescenciji mješovite po spolu, za razliku od grupa u latenciji. Pri kraju adolescencije smanjuje se ovisnost o grupi vršnjaka. Tipična su prva zaljublivanja i isprobavanja partnerskog života, odnosno stupanja i održavanja odnosa, odnosno traženje novih izbora objekata (Mewe i Matthejat 2011; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

U pubertetu i adolescenciji započinje **kognitivni razvoj** formalnih operacija, kada se pojavljuju sposobnosti apstraktnog, logičkog i hipotetskog razmišljanja (Steinhausen 2010). Mišljenje se koristi dedukcijom, kao i kompleksnim operacijama višeg reda. To se može vidjeti u različitim matematičkim operacijama, kao i u kombinatorici. Razvijaju se također kompleksnije strategije rješavanja problema. S obzirom na ove kognitivne sposobnosti, adolescent procjenjuje „kako bi nešto moglo biti“, vodeći djelomično do entuzijazma i idealizma (Volkmar i Martin 2011).

9.2.4.3. **Poremećaji u dobi puberteta i adolescencije**

Najčešći poremećaji u ovoj dobi mogu biti poremećaji ponašanja, ovisnosti, afektivni poremećaji sa suicidalnošću, anksiozni (emocionalni) poremećaji, poremećaji jedenja, opsesivno-kompulzivni poremećaj, kao i shizofrene psihoze (Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

9.3. **Upute za roditelje/nastavnike**

- ✓ Razvoj djeteta koncipira se kroz „razvojne zadatke“ ili „razvojne linije“ ili promatranjem kroz različite funkcije, a to znači da se u određenoj dobi očekuje prorada različitih aspekata funkcioniranja.
- ✓ Razvoj djeteta složen je proces u kojemu su različite funkcije međusobno isprepletene i međusobno utječu jedna na drugu.
- ✓ U psihološkoj literaturi postoje koncepti psiholoških kamena temeljaca koje je potrebno poznavati u određenoj dobi da bismo mogli procijeniti teče li djetetov razvoj unutar granica normale.
- ✓ Razvoj djeteta podložan je velikim varijacijama te je to potrebno uzeti u obzir.
- ✓ Načelno, razvojno razdoblje dijelimo na prenatalno, dojenačko razdoblje, dob „trčkarala“, predškolsko i školsko razdoblje (latencije), te razdoblje puberteta i adolescencije. U svim ovim prije navedenim razdobljima nalaze se kvalitativno različite zadatke ili funkcije koje se razvijaju.

9.4. **Često postavljena pitanja**

■ PITANJE: **Koje su najvažnije razvojne zadatke prenatalnog razdoblja?**

ODGOVOR: Najvažnije zadatke prenatalnog razdoblja jesu razvoj jedinstva majka – placenta – fetus. Dominiraju somatski (npr. hormonalni) i motorički razvoj, prisutna je mimika lica; fetalni smijeh, intenzivni razvoj mozga. Između majke i fetusa postoji međusobno usklađivanje, koje se može okarakterizirati terminima homeostaze i konfliktima. Danas pojedini autori dapače govore o „privrženosti majka – fetus“.

Imamo danas dokaze o senzoričkom razvoju fetusa, o počecima afektivnih stanja, kao i o rudimentima habituacije, učenja i sjećanja. Svakako je danas opravdano govoriti o potencijalnim socijalnim sposobnostima fetusa, odnosno o fetalnom umu (*fetal mind*).

■ **PITANJE: Koje su najvažnije razvojne zadaće dojenačkog razdoblja?**

ODGOVOR: Najvažnije zadaće dojenačkog razdoblja jesu: intenzivni motorički razvoj i sisanje. Psihoanalitičari ovamo ubrajaju senzoričku fazu, kada dojenče vizualno prepoznaje majku. U tom razdoblju dolazi do regulacije pijenja, jedenja, spavanja, budnosti, ciklusa aktivnosti. Drugi psihoanalitički autori ovu fazu nazivaju oralnom fazom, kada je intenzivna simbioza, a u ovom se periodu razvija i temeljno povjerenje. S vremenom dolazi do napredovanja individuacije, dojenče gleda skrbnika, prisutan je socijalni smiješak, dolazi do „*face to face*” (licem u lice) interakcije sa skrbnikom bez drugih igračaka, a može biti prisutna i zajednička igra s predmetima. Tipično se razvija strah od stranca, fokusirana je privrženost na vrhuncu, dojenče polako „vježba” odvajanje od primarnih skrbnika. Možemo ovamo locirati i osjećaj selfa uz afektivno usklađivanje sa skrbnikom. Kognitivno se događa senzomotorna faza. Dominira neverbalna komunikacija (geste, mimika), a polako se razvija i govor (ekspresivni aspekt): gugutanje, vokalizacije, slogovi, prve riječi.

■ **PITANJE: Koje su najvažnije razvojne zadaće dobi „trčkarala“?**

ODGOVOR: Najvažnije zadaće dobi „trčkarala“ jesu daljnji motorički razvoj, dijete počinje hodati i kretati se. Psihoanalitičari navode ovu fazu kao fazu individuacije (koherentni osjećaj selfa). Nakon toga slijedi faza autonomije. Drugi psihoanalitičari to navode kao analnu fazu nakon koje slijedi faza konstantnosti objekta. U ovoj se dobi pojavljuju većinom početci temeljnoga rodnog identiteta. Kognitivno gledano, dijete se nalazi u preoperacijskoj fazi, kada dominira simbolizacija. Jedan od najvećih kvalitativnih pomaka u toj fazi jest nagli porast verbalizacije (verbalni self).

■ **PITANJE: Koje su najvažnije razvojne zadaće predškolske dobi?**

ODGOVOR: Bilježi se daljnji razvoj motorike. Psihoanalitičari ovamo svrstavaju preedipsku i edipsku fazu. Modificira se rodni identitet, od socijalne sredine uče se rodne uloge, a većinom ovamo lociramo i poč-

etak seksualne orijentacije. Intenzivni su procesi identifikacije, kao razvojnoga procesa, te početak socijalizacije s vršnjacima. Kognitivno se može reći da ovdje postoje preoperacijska faza i nastavak simbolizacije. Može prevladavati magično mišljenje. Dolazi do kreiranja „teorije uma“, a govor se dalje razvija.

■ **PITANJE: Koje su najvažnije razvojne zadaće školske dobi (latencije)?**

ODGOVOR: Ovdje se naglašava velik utjecaj školovanja, tako da neki ovu fazu navode kao dob školskog djeteta. Dijete je upućeno na kognitivna postignuća, školski uspjeh. Pojedini autori ovdje navode konflikt samopoštovanja nasuprot sramu, odnosno inicijative nasuprot inferiornosti. Dijete se drži pravila, disciplinirano je, sudjeluje u hobijima, npr. skupljanja raznih predmeta. Psihoanalitičari naglašavaju reorganizaciju ega i superega. Tipična je fantazija „obiteljskog romana“. Obitelj je „sigurna luka“, nema izbora objekta izvan obitelji, što je inače tipično za adolescenciju. Bilježi se povećana socijalizacija u odnosu prema vršnjacima i tipična su istospolna prijateljstva. Seksualnost nikako ne jenjava, u djevojčica postoji prakticiranje rodne uloge, dok u dječaka bilježimo „falički narcizam“. Istodobno se bilježi intenzivan razvoj reflektivnosti. Glede privrženosti, i dalje se očekuje „sigurna baza“. Kognitivno gledano, dominira faza konkretnih operacija.

■ **PITANJE: Koje su najvažnije razvojne zadaće puberteta i adolescencije?**

ODGOVOR: Pubertet i adolescencija često se opisuju kao „vrijeme bure“, za koje su karakteristični „regresija vs. progresija“. Značajne su somatske i hormonalne promjene, posebno izloženost testosteronu i estrogenima. Adolescent s vremenom prihvaća zadovoljavajuću i realističnu tjelesnu sliku. Na drukčiji bi se način moglo reći da postoji navala nagonskog (seksualnog i agresivnog). Potrebna je separacija od roditelja (žalovanje), prorada ostataka edipskog konflikta, može dominirati narcistička pozicija, te konačno dolazi do nalaženja novog objekta. U tom su traženju karakteristična „nagla zaljubljanja” (*crash* iskustva). Tijekom adolescencije prevladavaju identifikacije, koje služe razvoju autentičnog doživljaja sebe, kao i samostalnoj brizi o sebi. Pojedini psihoanalitičari navode tipičan konflikt identitet vs. difuzija identiteta, uz istodobno stvaranje unutarnjih moralnih normi. Gube se veze s obitelji, dominira narcistička pozicija i narcistički izbor objekta, homoseksualni izbor ili heterosek-

sualni izbor. Tipična su prijateljstva različita prema spolu, a tijekom adolescencije dolazi sve više do zadovoljstva u svojim odnosima. Kognitivno gledano, pubertet i adolescencija u periodu su formalnih operacija, kada dominira apstraktno mišljenje. Posljedično tomu, dolazi do kontrole i regulacije agresivnosti, razvoja veće refleksivnosti. S obzirom na privrženost, i dalje se očekuje „sigurna baza“ prema roditeljima, ali to se proširuje i prema prijateljima. Konačni završetak adolescencije dovodi do balansa između davanja i primanja, odnosno do „smirivanja adolescentne bure“.

9.5. Pitanja

- 1 Kakva je podjela razvoja djeteta prema dobi?
- 2 Kako podjelu razvoja prema dobi uspoređujemo s nagonskim fazama razvoja ličnosti (psihoanalitičkom podjelom)?
- 3 Navedite miljokaze (ključne točke ili *milestones*) pojedinih funkcija (motorički razvoj, nagonski i socijalno-afektivni razvoj, komunikativni, kognitivno-adaptivni, briga za sebe) u prvim trima godinama života.
- 4 Navedite osnovne razvojne zadatke prenatalnog razdoblja.
- 5 Navedite osnovne razvojne zadatke dojenačkog razdoblja.
- 6 Navedite osnovne razvojne zadatke dobi „trčkarala“.
- 7 Navedite osnovne razvojne zadatke predškolskoga djeteta.
- 8 Navedite osnovne razvojne zadatke dobi školskoga djeteta (latencije).
- 9 Navedite osnovne razvojne zadatke puberteta i adolescencije.

9.6. LITERATURA

1. *Dornes M.* Koennen Saeuglinge phantasieren? *Psyche* 1994;48:1154-1175.
2. *Erickson EH.* Childhood and society. New York: W.W. Norton & Company, Inc; 1950.
3. *Ermann M.* Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
4. *Freud S.* Die infantile Genitalorganisation. GW 13. Frankfurt: Fischer; 1923, str. 293-8.
5. *Greenspan SI.* The clinical interview of the child. 3 izdanje. Washington: American Psychiatric publishing inc; 2003.
6. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
7. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
8. *Mewe F, Mattejat F.* Psychische Entwicklung. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 9-27.
9. *Nikolić S, Vidović V.* Adolescencija. U: Nikolić S, Klain E, Vidović V, ur. Osnove medicinske psihologije. Zagreb: Medicinski fakultet; 1990, str. 73-79.
10. *Piaget J.* Play, dreams and imitation in childhood. London: Routledge & Kegan Paul; 1951.
11. *Piaget J.* The origins of intelligence in children. New York: International University Press; 1952.
12. *Remschmidt H.* Körperliche Entwicklung des Kindes. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 3-9.
13. *Spitz RA.* Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres. Stuttgart: Klett; 1954/1973.
14. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
15. *Stern D.* The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; 1985.
16. *Tyson P, Tyson RL.* Psychoanalytic theories of development: An integration. New Haven, CT, US: Yale University Press; 1990.
17. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
18. *Windaus E.* Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie im Saeuglings- und Klein- kindalter. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Muenchen: CIP- medien; 2009, str. 213- 230.

Definicija psihičkog poremećaja, razvojna psihopatologija i etiopatogenetski modeli

Ivan Begovac

SADRŽAJ

10.1. Definicija psihičkog poremećaja	149
10.1.1. Uvodne napomene	149
10.1.2. Specifičnosti definicije psihičkog poremećaja u dječjoj dobi	149
10.2. Razvojna psihopatologija	150
10.2.1. Uvodni aspekti	150
10.2.2. Normalan razvoj i varijante normi i poremećaji	152
10.2.3. Koncept razvojnih zadaća	152
10.3. Etiopatogeneza psihičkih poremećaja	153
10.3.1. Uvodni aspekti	153
10.3.2. Razvojni i etiopatogenetski uvjeti – različiti čimbenici	154
10.3.2.1. Biopsihosocijalni model – multidimenzionalnost razvoja i etiopatogeneze	154
10.3.2.2. Odnos između pojedinca (individuuma) i okoliša	154
10.3.2.3. Rizični i protektivni čimbenici	155
10.3.2.4. Koncept adaptacije, vulnerabilnosti/otpornosti, suočavanje i mehanizmi obrane.	157
10.3.2.5. Sažeti model etiopatogeneze, nastanka i tijeka psihičkog poremećaja	158
10.4. Upute za roditelje/nastavnike	158
10.5. Često postavljena pitanja	158
10.6. Pitanja	159
10.7. Literatura	160

10.1. Definicija psihičkog poremećaja

10.1.1. Uvodne napomene

Pri definiciji nekog somatskog poremećaja u općoj medicini rabe se većinom definicije poremećaja koji su objektivno dokazivi. Nasuprot tomu, u području dječje i adolescentne psihijatrije i psihijatrije nastaju poteškoće pri definiranju jer je ovdje riječ o višeslojnosti psihičkih problema, kao i o tome da se procjena doživljavanja i ponašanja temelji na subjektivnoj procjeni. Stoga nema jednog sasvim jasnog prihvaćenog pojma psihičkog poremećaja, međutim, praksa zahtijeva određivanje postoji li psihički poremećaj ili ne postoji, odnosno treba li se primijeniti terapija (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Kod dijagnostičke procjene nalazimo određene kriterije (norme) koji se manifestiraju u kriterijima dijagnostičkih klasifikacija. Danas su najpoznatiji razvijeni dijagnostički sustavi MKB-10, DSM-5, klasifikacija *Zero to Five*, a ubrzo se očekuje i MKB-11 (APA 2013; DC:0-5tm 2016; WHO 1993). **Statistička norma** označuje pojam koji se odnosi na prosječnu populaciju, dok se odstupanja tretiraju kao „abnormalna“. Primjer je toga mjerenje prosječne inteligencije ili mjerenje supskala „internalizirajućih“ i „eksternalizirajućih“ problema, što su razvijali Achenbach i suradnici (2006). Kod koncepta **idealne norme** poremećaj zapravo označuje negativno odstupanje od idealnog stanja, što je blizu definiciji zdravlja SZO-a, koja zdravlje definira kao optimum tjelesnog i duševnog blagostanja. Ovdje bi se mogao dodati i koncept pridonosi li osoba životu svoje zajednice. Koncept idealne norme također je lakše odrediti u somatskoj medicini nego u psihijatriji (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Povezan s normama jest pojam bolesti. U psihijatriji se upotrebljavaju dva različita pojma bolesti: kategorijalni i dimenzionalni. **Kategorijalni pojam bolesti** (klinički model) označuje jasnu razliku između normalnog i patološkog, dakle postoji jedna kvalitativna razlika (model diskontinuiteta) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Primjeri su npr. kada se kaže postoje li simptomi paranoidne shizofrenije ili ne, odnosno zadovoljavaju li se kriteriji za ovu kategorijalnu dijagnozu. Kod **dimenzionalnog pojma bolesti** (statistički model) polazi se od toga da je razlika između normalnog i patološkog samo u kvantitativnim razlikama, odnosno da postoje lagani prijelazi (model kontinuiteta). Tipičan primjer dimenzionalne dijagnoze bilo bi stupnjevanje težine depresije (lagana, umjerena,

teška itd.) ili dijagnosticiranje intelektualnih teškoća prema težini.

Konačno, s normama su povezani i različiti modeli bolesti. Na jednom bi ekstremu mogao biti tzv. **medicinski model** koji psihički poremećaj definira primarno kao individualno- organsko odstupanje, dok bi s druge strane ekstrema mogao biti **sociološki model**, koji poremećaje definira kao odstupanja ponašanja zbog socijalnih razloga (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Međutim, u literaturi postoji konsenzus o tome kako treba izbjegavati ekstremna gledanja te da se psihički poremećaji manifestiraju na složeni način u biološkom, psihološkom i socijalnom području.

10.1.2. Specifičnosti definicije psihičkog poremećaja u dječjoj dobi

Postoji više **definicija** psihičkog poremećaja. Ovdje će biti navedena općenita i opširnija. **Psihički poremećaji i bolesti** mogu se definirati kao odstupanja od pojedine norme, odnosno odstupanja od normalnog razvoja, na način stanja poremećenih životnih funkcija. Poremećaj se očituje definiranim početkom nastanka, obilježen je tijekom i eventualnim vremenskim završetkom. Poremećaj sprečava dijete u aktivnom sudjelovanju u životnim aktivnostima tipičnima za dob te da se suočava s njima (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Dakle, u ovoj je definiciji važno naglasiti da se jasno uzima u obzir razvojna dimenzija, kao i stupanj funkcionalnosti djeteta, tijekom te gubitak funkcionalnosti u razvojnim zadaćama. Slično ovomu drugi autori daju definiciju da je riječ o psihičkom poremećaju onda kada je ponašanje i/ili subjektivno doživljavanje (npr. emocionalno doživljavanje) abnormalno s obzirom na dob, a koje i/ili dodatno uzrokuje funkcionalno oštećenje (Steinhausen 2010). Pojedini autori razlikuju termin **psihički poremećaj** od **psihičke bolesti** (Begić, 2015). **Psihički poremećaj** je odstupanje u jednoj psihičkoj funkciji ili manjem broju njih, funkcioniranje je manje narušeno, obično nema strukturnih promjena središnjeg živčanog sustava (SŽS). Psihički poremećaj traje kraće u odnosu na bolest, povoljnije je prognoze i rjeđe ostavlja trajne posljedice. **Psihička bolest** je odstupanje u više psihičkih funkcija, kada je ozbiljnije narušeno emocionalno, kognitivno i socijalno funkcioniranje, a obično postoje strukturne promjene SŽS-a. U ovoj knjizi se nije značajno radila razlika između ova dva termina u pojedinim poglavljima.

Pod **abnormalnosti** se razumijeva neprikladnost s obzirom na dob i spol, perzistencija simptoma, životni događaji koji mogu biti „okidači“ abnormalnih reakcija, ovisnost o sociokulturalnim aspektima, izraženost poremećaja (kombinacija simptoma), oblik, težina i čestota simptoma (npr. socijalna je izolacija mnogo teži simptom nego grizenje noktiju), promjena ponašanja te neovisnost o specifičnosti situacije. Pod kriterijem (**funkcionalnog**) **oštećenja** navode se kriteriji subjektivne patnje, socijalna inhibicija, utjecaj na razvoj te utjecaj na druge osobe u okolini (Steinhausen 2010). Primjeri su jasnih abnormalnosti npr. kada jedan adolescent navodi da ga proganja neka mistična sila, a usto čuje unutarnje glasove kako ga vrijeđaju i upravljaju njime (paranoidna halucinatorna forma akutnoga psihotičnog poremećaja) ili npr. ako postoji perzistencija simptoma u stalnosti heteroagresivnog ponašanja (poremećaj ponašanja), međutim, izolirani heteroagresivni incident nije dovoljan za dijagnozu poremećaja ponašanja. Pojedini autori navode **druge razlike psihički abnormalnog** od normalnog, a slično je već prije opisanom (Begić, 2014). Najvažnije odrednice abnormalnosti prema ovom autoru jesu rijetko pojavljivanje, nepridržavanje normi, osobna patnja, pomanjkanje uvida, opasnost za sebe ili druge, poremećaj funkcioniranja, iznenadnost u pojavljivanju, ne postojanje izbora (naime, osoba nije mogla izbjeći pojavu smetnji odnosno poremećaja). Nastavno na ovo, navode se četiri opće prihvaćena kriterija kao kriterije razlikovanja psihički normalnog od abnormalnog, a to su statistički, socijalni, subjektivni i medicinski kriteriji (Begić, 2015).

Povezano s prije navedenom definicijom, kao visoko prioritetno pitanje, jest i pitanje **potrebe za intervencijom**. Konkretno pitanje može biti npr. kada započeti terapiju kod supkliničkih ili atipičnih simptoma koje ima jedno dijete (npr. autistični spektar poremećaja, supkliničke forme PTSP-a i anoreksije nervoze u djeteta itd.). U literaturi se navode četiri kriterija za procjenu prikladne intervencije (Mattejat i Schulte-Markwort 2013): 1. Postoji li akutna opasnost? Primjer bi mogao biti u suicidalnosti djeteta ili zlostavljanje djeteta. 2. Postoje li objektivna odstupanja u dobno tipičnim životnim situacijama, ovdje se može obavljati procjena težine simptomatologije, kao i općenite razine funkcionalnosti. 3. Postoje li odstupanja u razvojnim mogućnostima, npr. onemogućuju li simptomi dijete u daljnjim aktivnostima npr. disleksija dovodi do obeshrabrivanja u školi i negativnom staja-

lištu prema školi. 4. Postoji li vlastiti subjektivan osjećaj patnje i vlastita subjektivna potreba za liječenjem. Kako se vidi iz ovih četiriju općih kriterija, potreba za intervencijom ne odnosi se samo zbog težine psihikog poremećaja nego i zbog obilježja okoline. Ovi kriteriji navode opće smjernice o tome je li uopće riječ o psihikom poremećaju, o kojemu se to poremećaju radi, te postoji li potreba za intervencijom. Specifični kriteriji u vezi s pojedinim poremećajem nalaze se u kriterijima postojećih klasifikacija (APA, 2013; DC:0-5tm 2016; WHO 1993).

10.2. Razvojna psihopatologija

10.2.1. Uvodni aspekti

Razvojna psihopatologija (*developmental psychopathology*) ili **razvojna psihijatrija** (*developmental psychiatry*) integrativna je disciplina koja naglašava važnost razvojnih procesa kod promatranja psihopatologije (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Resch 1996). Dakle, povezuje studije normalnog razvoja sa studijama psihopatologije, odnosno pokušava razjasniti granicu između normalnog i patološkog. Razvojna se psihopatologija oslanja na metode i rezultate razvojne psihologije i drugih razvojnih znanosti (npr. razvojna neurologija) i jedan je dio znanstvenog temelja dječje i adolescentne psihijatrije. Razvojna psihopatologija podrazumijeva integrativni pristup, koji uključuje biološke, psihološke i socijalne čimbenike (poznati biopsihosocijalni model- Engel 1977 i 1980).

Razvojna perspektiva uključuje procese rasta, razvoja, učenja, razvoja ličnosti, kao i međusobni utjecaj različitih čimbenika (Remschmidt 2011). Psihopatološki fenomeni shvaćaju se kao različiti rezultati normalnog razvoja, koji ne uključuju samo rizične nego i protektivne čimbenike. Razvojna psihopatologija uzima u obzir prirodene uvjete pojedinca (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011). Međutim, tijekom odrastanja također su važne vanjske okolnosti koje utječu na tjelesno, psihološko i socijalno područje. U promatranju psihikih poremećaja potrebno je oslanjati se na multidimenzionalnost različitih čimbenika. Pojedini čimbenici dolaze u interakcije s drugim čimbenicima te ih treba promatrati u tom kontekstu. S obzirom na prirodene uvjete i utjecaje okoline, razvijaju se individualno specifični oblici reagiranja, vještine suočavanja (*coping*) i mehanizmi

obrane. Tijekom razvoja, pred pojedinca se postavljaju različite razvojne zadaće, koje je potrebno proraditi (suočiti se s njima). Danas je prihvaćeno mišljenje da je razvoj jedan transakcijski proces u smislu da pojedinac nije samo „pasivni“ sudionik u svojem razvoju nego i vrlo „aktivan“ u svojoj prilagodbi. Dakle, ne pretpostavlja se monokauzalno gledanje na razvoj, već se na razvoj gleda više kao na transakcijski koncept između pojedinca i okoline (Remschmidt 2011).

Jedan od važnijih fokusa razvojne psihopatologije jest istraživanje **kontinuiteta** pri promatranju tijeka različitih psihičkih poremećaja, odnosno istraživanja različitih čimbenika u vezi s ovim pitanjem (Remschmidt 2011). Primjerice djeca s autističnim spektrom poremećaja pokazuju veliku predikciju kontinuiteta ove dijagnoze i u odraslu dob, a također slično nalazimo i kod eksternalizirajućih poremećaja i agresije u adolescenata, kao i u adolescenata s hiperkinetskim poremećajem u kojem dominira impulzivnost. Ovdje je osnovno pitanje zašto u neke djece postoji kontinuitet poremećaja, a zašto kod druge grupe djece to ne postoji. Tipični poremećaji koji pak upućuju na diskontinuitet jesu pojedini specifični razvojni poremećaji, enureza, enkopreza te pojedini poremećaji jezika i govora.

Nadalje, razvojna se psihopatologija bavi aspektima psihopatologije u svojim različitim oblicima bihevioralnih manifestacija, kao i njihovim tijekom (Steinhausen 2010). Ovdje će se navesti koncept **razvojnih puteva** ili **razvojnih tijekova**. Ovaj koncept pokušava prevesti u jedan koncept različitosti razvojno-psihopatoloških tijekova. Navode se sljedećih pet mogućnosti (Steinhausen 2010): 1. psihički bi poremećaji bili odstupanja od normalnog razvoja. Primjerice, dijete koje je strašljivog temperamenta s nesigurnom privrženosti tijekom školovanja bude izloženo vršnjačkom nasilju te razvija izrazitu socijalnu fobiju (klinički poremećaj). 2. Promjene razvoja događaju se u mnogim točkama procesa. Ovo gledište pojedini autori nazivaju „konceptom kliničke remisije“, odnosno unatoč tome što je došlo do poremećaja, postoji mogućnost povratka na normalan razvoj. Ovo gledište podržavaju suprotnost determinističkom stajalištu. 3. Prisutni razvojni i adaptacijski (prilagodbeni) procesi onemogućuju mogućnost promjene. Ovaj je koncept bliži determinističkom gledanju i odgovara konceptu nepovoljne prognoze. Primjer bi bio u vezi s pojedincem s kroničnom ovisnosti o lijekovima, u smislu kumulacije nepovoljnih rizika i adaptacija, koji utječu na nepovoljan razvojni put ili tijek. 4. Različiti razvojni

putevi konačno završavaju u jednom sličnom rezultatu psihičkog poremećaja (**princip ekvifinaliteta**). Ovaj koncept govori o tome da vrlo različiti čimbenici mogu uzrokovati isti psihički poremećaj. Primjer može biti da socijalna deprivacija, s jedne strane, kao i s druge strane neurobiološki deficiti, s druge, dovode do slične kliničke slike hiperkinetskog sindroma. 5. Slični razvojni procesi (čimbenici) mogu dovesti do vrlo različitih kliničkih slika (**princip multifinaliteta**). Ovaj je koncept kompatibilan s nespecifičnošću rizičnih čimbenika ili s različitim individualnim tijekovima pojedinih psihičkih poremećaja.

Jedna od zadaća razvojne psihopatologije jest i istraživanje tijeka i prognoze pojedinih psihičkih poremećaja, gledano u svojoj razvojnoj cjelokupnosti (Remschmidt 2011; Steinhausen 2010). Grupa nespecifičnih emocionalnih poremećaja, npr. tipičnih za djetinjstvo, ne pokazuje daljnju progresiju u adolescenciju, dok depresije u djetinjstvu pokazuju kontinuitet i u kasniju dob (Steinhausen 2010). Nadalje, citiraju se istraživanja o lošim ishodima kod rano nastalih shizofrenija, o perzistenciji opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP-a) u odraslu dob, ovisno o različitim čimbenicima, lošija prognoza anoreksije u dječjoj dobi itd. (Remschmidt 2011).

Vrlo srodni razvojnoj perspektivi jesu specifični razvojni poremećaji (specifični razvojni poremećaji govora, jezika, motorike, poremećaji školskih vještina), koji su opisani u posebnim poglavljima. Pojedini su autori u širem smislu ovamo ubrajali i razvojne poremećaje i poremećaje iz autističnoga spektra, kao i intelektualne teškoće (Steinhausen 2010).

Pojedini autori, s obzirom na razvojnu i dobnu perspektivu i tijek, navode različitu podjelu psihičkih poremećaja (Steinhausen 2010). Na taj se način razlikuje **pet grupa** poremećaja: 1. za djetinjstvo tipični poremećaji i pretežno remitirajući poremećaji, među koje se uobičajeno ubrajaju specifični razvojni poremećaji, enureza i enkopreza, za djetinjstvo tipični emocionalni poremećaji itd. 2. Rano započeti i pretežno perzistirajući poremećaji. Ovamo se tipično ubrajaju intelektualne teškoće, poremećaj iz autističnog spektra, hiperkinetski sindrom itd. 3. Poremećaji sa specifičnim početkom u djetinjstvu i adolescenciji. Među njih se tipično ubrajaju mucanje, poremećaji ponašanja, tikovi – kronični oblici te poremećaji jedenja. 4. Poremećaji s početkom u adolescenciji (djetinjstvu) i s kontinuitetom u odraslu dob. Ovamo se tipično ubrajaju poremećaji koji su slični poremećajima u odrasloj dobi: shizo-

frenija, afektivni poremećaji, anksiozni poremećaji, OKP, disocijativni poremećaji, ovisnosti, poremećaji ličnosti itd. 5. Poremećaji koji nemaju veze s dobi, među koje se ubrajaju akutna stresna reakcija, PTSP te poremećaj prilagodbe.

10.2.2. Normalan razvoj i varijante normi i poremećaji

Danas postoje različiti modeli normalnog razvoja (počevši od Freuda, Piageta itd.) (v. posebna poglavlja 4, 5, 6, 7, 8), koje je potrebno poznavati da bi se moglo procijeniti je li riječ o patologiji. Pojedini autori razlikuju rast od razvoja (Bürgin 2009). **Rast** bi se definirao razvojem evolucijski uvjetovanih načina ponašanja i funkcija (više je naglasak na konstituciji), dok bi se **razvoj** definirao kao nastanak različitih formi ponašanja i funkcija, a koje su rezultat interakcije između, s jedne strane, organizma, a, s druge, unutarnje i vanjske okoline (više je naglasak na interakciji pojedinca s okolinom) (Bürgin 2009).

Moramo biti svjesni da iza svakog razvojnog ili etiopatogenetskog modela stoji u velikom dijelu određeni teorijski konstrukt. Danas se preferira da pojedini stručnjak ima kvalitativno znanje iz jednog teorijskog područja, kao i to da bude svjestan svojega teorijskog konstrukta te da bude dovoljno fleksibilan u odnosu prema njemu. Danas je vjerojatno nemoguće jednom stručnjaku imati cjelokupni pregled u sve prije navedene discipline (koristiti se integrativnim pristupom), već je izgledniji multidisciplinarni pristup (suradnja različitih stručnjaka) npr. u vezi s odnosom prema pojedinom pacijentu ili znanstvenom problemu (Bürgin 2009).

Prema razvojnoj psihopatologiji, psihički poremećaji i bolesti mogu se smatrati odstupanjima od normalnog razvoja. Međutim, nisu sva odstupanja klinički značajna, odnosno ne dovode sva do klinički značajnih simptoma ili sindroma (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011). Mnoga odstupanja mogu biti varijante normalnog razvoja (**varijante norme**) ili **normalna prijelazna stanja**. Stoga je potrebno poznavati normalan razvoj, varijacije među pojedincima, kao i to koji fenomeni mogu biti samo dobnom ili fazno specifični. Tako npr. niz odstupanja ne mora biti znak klinički značajnog fenomena npr. motorički nemir ne mora odmah biti znak hiperkinetskog sindroma. Slično tomu „imaginarni prijatelji“ u djetinjstvu nisu znak patologije ni sumanutosti. Povremeni strahovi pred uspavljanje djeteta ne moraju biti znak patologije itd. Pojedini autori prema intenzitetu djelovanja

etiopatogenetske čimbenike stoga dijele u varijante norme, granična stanja te u patološka odstupanja. Koncept norme nosi sa sobom utemeljeni teorijski pristup, kao i uključenje sociokulturoloških utjecaja (Remschmidt 2011).

Pojedini su autori u literaturi pokušavali dosadašnje modele normalnog razvoja i dobi povezivati s određenim kliničkim psihopatološkim sindromima, s obzirom na povezanost razvojnih konflikata i zadaća tih razdoblja i njihove povezanosti sa psihopatologijom (Remschmidt 2011). Primjerice u tom se smislu autizam i anaklitička depresija povezuju s oralnom fazom razvoja, edipska faza razvoja s razvojem fobija, noćnih mora, stadij latencije sa školskom socijalnom fobijom, OKP-om, adolescencija s razvojem anoreksije nervoze, shizofrenijom, delinkvencijom itd. Međutim, u posljednje se vrijeme autori iz ovog područja više fokusiraju na pojedine funkcije djeteta (npr. razvoj motorike, kognicije, afekata itd.), odnosno veći je fokus na „razvojnim zadaćama“.

10.2.3. Koncept razvojnih zadaća

U razvojnoj psihopatologiji sve više mjesta dobiva **Havighurstov koncept razvojnih zadaća** (Havighurst 1972). **Razvojne zadaće** definiraju se kao predvidivi i regularni (normalni) zahtjevi, koji se postavljaju pojedincu u određeno vrijeme te je vrlo važno njihovo uspješno ovladavanje tijekom daljnjeg razvoja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

S obzirom na termine **specifičnih faza razvoja**, ovdje je naglasak na trenutku **aktivnog suočavanja, samopotvrđivanja i samoregulacije**. Nadalje, kao što se vidi iz definicije, u ovom je konceptu važno na koje se vještine suočavanja (*coping*) oslanja osoba kada ovladava pojedinom razvojnom zadaćom. Treći je naglasak na subjektivnoj dimenziji procesa, kako djeca / adolescenti/ njihovi roditelji doživljavaju ove razvojne zadaće.

Koncept razvojnih zadaća kompatibilan je s drugim autorima razvoja djeteta, koji definiraju različite specifične razvojne faze (Freud, Piaget, Erikson itd.). U literaturi se najčešće navode razvojne zadaće vezane za adolescenciju, premda se one odnose na cijelo djetinjstvo (i cijeli život), kao i na obiteljski sustav.

Primjeri razvojnih zadaća u prve pola godine jesu psihofiziološke regulacije, senzomotorne funkcije, kontrola napetosti i podražljivosti, elementarna komunikacija. Od pola godine do 2. godine to su stabilna interpersonalna privrženost, motorička kontrola, kognitivne i jezične sposobnosti, istraživačko ponašanje.

Od 2. do 4. godine to su osnove autonomije, razvoj govora, fantazije i igre, poboljšanje samokontrole. Od 5. do 7. godine to su kontrola impulsa, jednostavno moralno razlikovanje, identifikacija s rodnom ulogom, odnos s vršnjacima, igra u grupi. Od 8. do 11. godine to su prijateljstva, socijalna afirmacija, suradnja i rad u grupi, čitanje i pisanje, tjelesne i školske sposobnosti i samosvjesnost, odnos prema radu. Od 12. do 14. godine nalazi se prilagodba na vlastite tjelesne promjene, prilagodba na psihičke promjene, dominira apstraktno-formalno mišljenje. Od 15. do 17. godine važna su druženja s vršnjacima, heteroseksualne veze, suprotstavljanja moralnim principima, stabilizacija rodnog identiteta. Od 18. do 21. godine to su odvajanje od roditelja, stabiliziranje internalnih moralnih stavlišta te izbor zvanja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Oerter i Montada 2008; Remschmidt 2011). Primjeri razvojnih zadaća obitelji navedeni su kroz cikluse obitelji, od pojedinog para, para s malom djecom, para s predškolskom djecom, školskom djecom, para s adolescentima, para kada adolescenti odlaze od doma, roditelji u srednjoj dobi te konačno roditelji u starijoj dobi (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Međutim, s obzirom na raznolikost današnjih modernih obitelji, navedeni se model može znatno dopuniti (v. posebno poglavlje 24 o obiteljskoj dijagnostici).

Odnos razvojnih zadaća i psihopatologije može biti isprepleten na različite načine. Prva mogućnost jest da psihički poremećaj ometa prorađivanje razvojnih zadaća. Drugo, pojedini se psihički poremećaji mogu konceptualizirati kao razvojne zadaće koje nisu bile ovladane.

Pojedini autori daju prijedlog povezanosti između razvojnih zadaća i specifične kliničke psihopatologije, analogno pokušajima povezanosti između razvojnih faza (razvojnih modela) i psihopatologije. Tako se npr. separacijski anksiozni poremećaj povezuje sa zadaćom stvaranja objektno konstantnosti, odnosno pitanjima privrženosti i separacije, depresija sa zadaćama stvaranja samopoštovanja, poremećaj ponašanja s nedostatnim razvojem empatije ili moralnog razvoja, opozicionalno ponašanje sa zadaćama autonomije, identifikacije, individuacije itd. (Remschmidt 2011).

10.3. Etiopatogeneza psihičkih poremećaja

10.3.1. Uvodni aspekti

Medicinskom načinu gledanja na bolest vrlo je važno pitanje **uzroka** bolesti ili poremećaja. Povijesno gledano, dugo se raspravlja o nature – nurture kontro-

Tablica 10.1.

Različite podjele razvojnih i etiopatogenetskih čimbenika

Modificirano prema Bürgin 1993; Remschmidt 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

Nature/nurture	- priroda - njega (okoliš)
Biopsihosocijalni model	- biološki - psihološko- psihijatrijski (intrapsihički, interpersonalni) - socijalni
Odnos individuuma i okoliša	- individualni - okolišni – socijalni (obiteljski; izvanobiteljski)
Odnos unutarnjeg i vanjskog svijeta	- unutarnji svijet (genetika, mozak, psiha) - vanjski svijet (važne osobe / interpersonalni aspekt / kultura)
Rizični i protektivni	- rizični - protektivni
Razvojno-psihopatološki model	- biološki (genski, konstitucionalni, somatski) - psihosocijalni (individualni, obiteljski, škola, grupa vršnjaka) - socijalno-kulturalni (socijalni status, ekologija, migracije, mediji) - životni događaji i situacijski rizični čimbenici - protektivni čimbenici - vulnerabilnost/ otpornost;
Vrijeme djelovanja	- prenatalno - perinatalno - postnatalno
Uzrok djelovanja	- genski - somatski (npr. oštećenja) - psihički (trauma, konflikti) - psihosocijalni (npr. obiteljski) - socijalno-kulturalno
Način djelovanja	- lezija (organsko oštećenje) - usporenje razvoja - poremećaj funkcije (npr. promjene EEG-a) - poremećaj interakcije
Intenzitet djelovanja	- varijanta norme; granični slučaj - patološki slučaj
Longitudinalne studije razvoja poremećaja	- rizični čimbenici pri rođenju koji su uzrokovali vulnerabilnost - stresni čimbenici tijekom djetinjstva - protektivni čimbenici u djeteta - protektivni čimbenici u okolini - moguć razvoj poremećaja ili prilagodbe, otpornost
S obzirom na razvoj psihičkog poremećaja	- predisponirajući čimbenici - precipitirajući (okidači, trigeri, modulirajući) - čimbenici koji održavaju ili ne održavaju poremećaj

verzi, dakle o pitanju jesu li uzroci psihičkih poremećaja u prirodi (nature; konstituciji) ili u okolišu (nurture) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Kod **endogenističkih teorija** dominiraju stajališta o uzrocima poremećaja, kao i o razvoju djeteta, u unutarnjoj prirodi djeteta. Razvoj djeteta tada se shvaća kao proces rasta, koji se manifestira pravilima individualnog organizma. Na drugoj su krajnosti **egzogenističke teorije** koje stavljaju naglasak na okoliš. U ovom konceptu individuum ima pasivnu ulogu (*tabula rasa*) te se psihički poremećaj formira zbog utjecaja okoline (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Moderni znanstveni pristup etiopatogenezi izbjegava prethodno navedeno pojednostavnjivanje i pretpostavlja da je etiologija psihičkih poremećaja multifaktorijska, što znači da su uključeni različiti čimbenici, od prirodnih do okolišnih. Uzimajući u obzir ovu sveobuhvatnost, pojedini teorijski pravci etiologije stoga se nazivaju „interakcijskim”; „sistemskim”, „transakcijskim”; „relacijskim” ili „dijalektičkim”. Zbog toga se danas psihički poremećaji ili bolesti ne smatraju fiksiranim entitetima koji su uzrokovani jednim uzrokom. Poremećaje treba promatrati kao složene procese, pri kojima treba uzeti u obzir različite biološke, psihološke i socijalne čimbenike pri nastanku, precipitiranju te održavanju poremećaja.

U **tablici 10.1.** navedena je različita podjela razvojnih i etiopatogenetskih čimbenika, kako se navode u literaturi, a bit će navedeni i u ovom tekstu.

Pojedini čimbenici imaju slično značenje, međutim, postoje i različitosti koje ovise o načinu teorijskoga gledanja.

10.3.2. **Razvojni i etiopatogenetski uvjeti – različiti čimbenici**

10.3.2.1. **Biopsihosocijalni model – multidimenzionalnost razvoja i etiopatogeneze**

Biopsihosocijalni model uključuje različite čimbenike iz ovih triju područja (dimenzija), koji se međusobno isprepleću (Engel 1977 i 1980). U **biološku dimenziju** ubrajamo genske čimbenike, tjelesni razvoj i somatske čimbenike (znanstvene su discipline biologija, neurologija, genetika, a prema psihologiji su neuropsihologija, ponašajna biologija). U **psihološku dimenziju** ubrajamo aspekte ljudske ličnosti kao što su sposobnosti i vještine, kognitivni i emocionalni dio,

kao i ponašanje (znanstvene su discipline psihologija, psihoanaliza, kognitivno-bihevioralna psihologija). U **socijalnu dimenziju** ubrajamo interakciju i komunikaciju s drugim osobama, sudjelovanje u socijalnim sustavima kao što su obitelj i škola, socijalne norme i sustavi vjerovanja, kao i socijalno-ekološki čimbenici (znanstvene su discipline sociologija, ekologija, a prema psihologiji su teorije interakcije i komunikacije) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Pojedini drugi autori na drugi način navode različite čimbenike biopsihosocijalnog modela (Bürgin 1993). U biološku perspektivu ubrajaju se genski čimbenici, specifična osjetljivost tkiva, patofiziološki procesi (npr. neuralni, endokrini, imunosni, celularni, humoralni), biološke povratne sprege (genski/naučeni), biološki stresori ili protektivni čimbenici. U psihološko/psihijatrijsku perspektivu ubraja se intrapsihička i interpersonalna perspektiva. U intrapsihičku perspektivu ubrajaju se forme komunikacije (verbalna, neverbalna), balans nagona, potreba i obrana, identifikacije i subjektivna značenja, autonomija, razvoj ega, selfa i odnosa, kognicija i emocije, regulacije (impulsa, blizina/distanca), sustav vrijednosti, psihički stresori te protektivni čimbenici. U interpersonalnu perspektivu ubrajaju se oni čimbenici koji se odnose na obitelj i vršnjake kao što su granice/povrede granica, povezanosti/lojalnosti, objektni odnosi, atribucije, parentificiranje, forme komunikacije, etika odnosa, specifični stresori i protektivni čimbenici. U socijalnu perspektivu ubrajamo povijesnu pripadnost, etničku pripadnost, pripadnost društvenom sloju, sociokulturalnu situaciju te socijalne stresore i protektivne čimbenike.

Kao što je vidljivo iz prethodno navedenog, različiti autori na različite načine definiraju biopsihosocijalni model.

10.3.2.2. **Odnos između pojedinca (individuum) i okoliša**

Razvoj i etiopatogeneza znače međuigr **individualnih i okolišnih čimbenika**. U **tablici 10.2.** pregledno su navedeni **individualni i okolišni čimbenici**.

Pokatkad je zapravo teško klasificirati pojedini čimbenik jer postoje preklapanja npr. prenatalni stresori (uzimanje alkohola, neželjena trudnoća) kao tipični okolišni čimbenici imaju svoj analog u poremećaju funkcije ili strukturi mozga (tipični individualni čimbenici). Nadalje, privrženost i razvojne zadaće na gra-

Tablica 10.2.**Međuigra individualnih i okolišnih čimbenika**

Modificirano prema Bürgin 1993; Mattejat i Schulte-Markwort 2013.

Individualni čimbenici (biološki, psihološki)	Okolišni čimbenici (individualni, psihološki, socijalni)
<ul style="list-style-type: none"> - Genski i hereditarni čimbenici (genska vulnerabilnost) - mozak, središnji živčani sustav, imunosni sustav - Prenatalni i perinatalni čimbenici - konstitucija, inteligencija, karakter, temperament, crte ličnosti - psiha: percepcija/doživljavanje/osjećanje/ponašanje - privrženost, - kognitivno-bihevioralni čimbenici - psihodinamski čimbenici (ličnost) - socijalno ponašanje 	<ul style="list-style-type: none"> - vanjski utjecaji koji djeluju na tjelesnom, psihičkom ili socijalnom području (tjelesna oštećenja, način interakcije, stresori, trauma, obiteljski čimbenici, škola, socijalni i ekološki uvjeti)

Tablica 10.3.**Rizični i protektivni čimbenici, podijeljeni s obzirom na individualne i okolišne.**

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011.

	Individualni čimbenici	Socijalni (okolišni) čimbenici
Rizični	genska vulnerabilnost, prenatalno i perinatalno oštećenje mozga, teški temperament, dezorganizirana privrženost, deficitarna psihička struktura.	osobni gubitci, nedostatan roditeljstvo, poremećaji interakcije i komunikacije u obitelji, negativan utjecaj vršnjaka, izloženost nasilju
Protektivni	viša inteligencija, dobar temperament, „coping“ stil, sigurna privrženost, prosocijalno ponašanje, jači ego	podrška obitelji, dobra interakcija djeteta i roditelja, dobra postignuća u školi

nici su individualnih i okolišnih čimbenika, a model vulnerabilnosti može uključivati i individualne i okolišne čimbenike itd.

10.3.2.3. Rizični i protektivni čimbenici

Osim prethodne podjele na čimbenike koji dolaze od pojedinca i okoliša, u literaturi je važna i podjela na **rizične i protektivne čimbenike** (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). **Rizične čimbenike** definiramo kao čimbenike koji povećavaju rizik od pojavljivanja jednog poremećaja, dok, s druge strane, **protektivne čimbenike** definiramo kao one koji umanjuju rizik od pojavljivanja psihičkog poremećaja ili umanjuju djelovanje rizičnih čimbenika. U literaturi odavno postoji saznanje da su se neka djeca, unatoč nizu rizičnih čimbenika, uredno razvijala te se stoga fokus premjestio s rizičnih na protektivne čimbenike, odnosno na **otporost (resilience)** djeteta. U **tablici 10.3.** navedeni su

rizični i protektivni čimbenici, podijeljeni s obzirom na individualne i okolišne.

Tipični **rizični individualni čimbenici** jesu muški spol u djetinjstvu, genska opterećenja (vulnerabilnost), prenatalno i perinatalno oštećenje mozga, tjelesne bolesti, cerebralna oštećenja, djeca s razvojnim smetnjama, teški temperament (konstitucija), dezorganizirana privrženost, deficitarna psihička struktura ličnosti itd.

Zanimljivost istraživanja razvojne psihopatologije jest upozoravanje na različitosti kod pojedinog spola, a one uključuju tjelesni razvoj, rast, zrelost te razvoj različitosti kao što su kognitivne sposobnosti, zatim jezik i govor, prostorne sposobnosti te različiti psihopatološki sindromi (hiperkinetski poremećaj, autizam, agresivno ponašanje itd.) (Remschmidt 2011). Naime, do adolescencije su češće prisutni poremećaji u dječaka nego u djevojčica.

Protektivni individualni čimbenici mogu biti u suprotnosti s prije navedenim rizičnim čimbenicima,

kao prosocijalno ponašanje, viša inteligencija, dobar temperament, sigurna privrženost, pozitivni self-koncept, jači ego itd.

Socijalni se čimbenici mogu podijeliti na obiteljske i izvanobiteljske čimbenike. **Rizični obiteljski čimbenici** mogu biti socioekonomski čimbenici kao što su siromaštvo, socijalna izolacija, kulturološka diskriminacija, niži obrazovni status roditelja i nezaposlenost, jednoroditeljstvo zbog rastave ili smrti jednog roditelja, psihijatrijski poremećaj roditelja, česte svađe među roditeljima, boravak u domu, instituciji, tjelesno i psihičko zanemarivanje djeteta, zlostavljanje (tjelesno i seksualno), disfunkcionalni odnosi u obitelji ili stil roditeljstva, disfunkcionalne vještine suočavanja roditelja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Protektivni obiteljski čimbenici mogu biti zajedničko življenje i emocionalna povezanost članova obitelji, poticanje autonomije pojedinoga člana uz veliku međusobnu potporu, roditeljski stil koji je pažljiv, autentičan, empatičan, ali i dosljedan, jasna podjela uloga i zadaća, stabilna i transparentna obiteljska hijerarhija, koja je ipak dovoljno fleksibilna i prilagodljiva, jasan i jednoznačan komunikacijski stil te funkcionalne vještine suočavanja cijele obitelji (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Izvanobiteljski čimbenici mogu biti rizični, ali isto tako i protektivni. To su opći socioekološki uvjeti (grad vs. selo, susjedstvo), socijalni kontakti roditelja sa širom zajednicom, odnos djece prema vršnjacima, utjecaji škole te utjecaji medija, a posebno televizije.

Slično prije navedenome o rizičnim čimbenicima, navodi se u literaturi **skala životnih događaja** (*life events scale*) koja je posebno modificirana za djecu. Vjerojatno najteži stresori za djecu jesu smrt jednog roditelja, razdvojenost od roditelja, rastava roditelja i zlostavljanje djeteta (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Osnovno pitanje etiopatogeneze nije samo identifikacija pojedinih čimbenika nego **to kako međusobno djeluju različiti čimbenici**. Čak i ako je riječ o genski vjerojatnijem poremećaju, npr. u slučaju poremećaja iz autističnoga spektra, to ne mora biti odlučujuće u individualnom slučaju, jer će također i utjecaj okoline imati svoju dodatnu ulogu u nastanku poremećaja. Biološki (genski) čimbenici vjerojatno djeluju preko modulacije određenih enzima na pojavu konkretne kliničke slike. Neurobiološki su modeli danas važni npr. pri traumatskim stanjima. Kod psihodinamskih teoretičara posebno se važnim čine fenomeni empatije od majke,

praćenje djetetovih potreba, koje stvara dobru sliku majke (u psihi), kao i drugi koncepti. Ako ne dođe do toga zato što majka ne odgovara na djetetove potrebe (tzv. mikrotraume i konflikti interakcije) ili u slučaju izrazite traume, dijete ne može stvoriti temeljno povjerenje u sebe i svijet. Stoga je kasnije podložno različitim psihičkim poremećajima: anksioznim poremećajima ili poremećajima ličnosti, koji u podlozi mogu imati **deficitarnu psihopatologiju**, s manjkom razvoja ega ličnosti ili **konfliktnu psihopatologiju**, koja je povezana s većom ego snagom, ali uz upotrebu različitih mehanizama obrane (Ermann 2007). Na sličan način u etiopatogenezi sudjeluju i kognitivno-bihevioralne (npr. model naučenog ponašanja prema modelu) i druge teorije. Sljedeći bi primjer mogao biti u danas pretpostavljenom utjecaju urbanizacije i utjecaju medija na agresivno ponašanje u dječaka i utjecaju medija na pojavu poremećaja hranjenja u djevojaka itd.

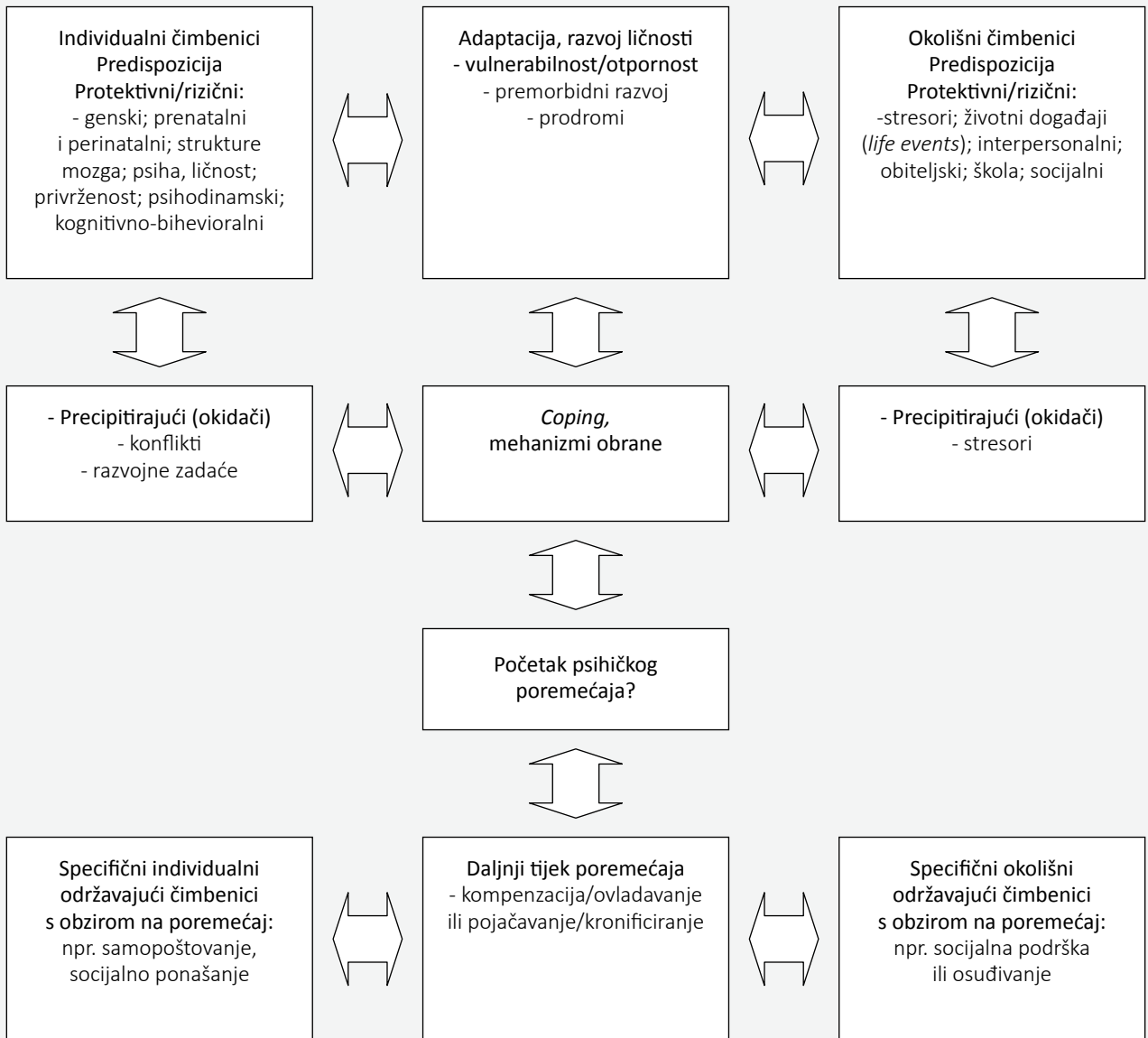
Tipično je da se niz rizičnih čimbenika ne samo pridodaje (zbraja) nego djeluju i **multiplikatorno** (međusobno se pojačavaju) s obzirom na mogućnost razvoja psihičkog poremećaja. Posebno su patogeni čimbenici koji su dugotrajniji, u odnosu prema onima koji su kraće vremenski određeni. Zanimljivo je da se neki čimbenici mogu međusobno potencirati npr. teški temperament djeteta i roditeljsko postupanje, kao i obratna situacija da su roditelji kritičniji prema djetetu teškom temperamentu. Nadalje, čini se u tome smislu da je više patogena i nosi veći rizik od pojavljivanja poremećaja obitelj u kojoj se supružnici stalno svađaju i gdje nema slaganja među njima, negoli da se roditelji razvedu, što bi dovelo do razdvojenosti roditelja, međutim, prednost bi bila u dokončanju dugotrajnog poremećaja u komunikaciji. Posebno se u literaturi istraživala kompleksnost čimbenika u pojedinim radovima u vezi sa disocijalnim (agresivnim) ponašanjem, gdje su evaluirani čimbenici iz različitih perspektiva, uzimajući u obzir rizične, ali i protektivne čimbenike (važnost dobrih i stabilizirajućih odnosa u obiteljima).

Pojedini autori promatraju čimbenike u vremenskoj dimenziji, odnosno rizične čimbenike pri rođenju koji su uzrokovali vulnerabilnost, zatim stresne čimbenike tijekom djetinjstva, protektivne čimbenike u djeteta, protektivne čimbenike u okolini te moguć razvoj prilagodbe ili poremećaja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Slika 10.1.

Sažeti integrativni etiopatogenetski model nastanka psihičkih poremećaja

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Resch 1996; Steinhausen 2010.



10.3.2.4. **Koncept adaptacije, vulnerabilnosti/otpornosti, suočavanje i mehanizmi obrane**

Adaptaciju ovdje shvaćamo u njezinu najširem, biološkom, evolucijskom i psihološkom smislu, na način da je riječ o jednom potencijalu tijekom procesa razvoja pojedinca s obzirom na okolinu, odnosno o konstelaciji protektivnih i rizičnih čimbenika (Resch 1996). **Koncept vulnerabilnosti** podrazumijeva konstelaciju koja čini pojedinca posebno osjetljivim na

negativne utjecaje, odnosno u kojega se može predviđeti negativni tijek zbog djelovanja nepovoljnih razvojnih čimbenika (Resch 1996). Nasuprot konceptu vulnerabilnosti, **koncept otpornosti** govori upravo suprotno, da unatoč rizičnim čimbenicima pojedinac ima uspješan razvojni put (Resch 1996).

Lazarus (1966) definira **suočavanje (coping)** kao stalno mijenjajuće kognitivne i bihevioralne napore koji se ulažu kako bi se ovladalo specifičnim vanjskim i/ili unutarnjim zahtjevima. Naime, osoba stalno procjenjuje situaciju. Ovdje se nalazi dakle osnovno pita-

nje kako pojedinac ovladava nekim **stresnim događanjima**. U ovakvim se situacijama uključuju percepcija, misli i subjektivne procjene (emocionalno obojene), koje onda procjenjuju je li neki događaj šteta, gubitak, opasnost ili izazov. **Proces suočavanja** (*coping*) sastoji se od različitih aspekata: primarne procjene, kasnijih procjena, procjena vlastitih mogućnosti, dobivaju se povratne informacije itd. Mogu se procjenjivati forme suočavanja, jesu li one funkcionalne ili disfunkcionalne te odnose li se na pojedinca ili obitelji itd. Moglo bi se reći da se **funkcionalno suočavanje** sastoji od **integracije kognicije i emocionalnosti**. Sličan pojmu suočavanja jest psihoanalitički pojam **mehanizama obrane** (Freud 1936/1993). Mehanizmi obrane definiraju se kao intrapsihički procesi koji se uključuju kod unutarnjih situacija opasnosti kao unutarnji zaštitni mehanizmi, kako bi se ovladalo takvim situacijama. Opasni intrapsihički sadržaji modificirani su tako da bi postali izdržljiviji. Mehanizmi obrane upotrebljavaju se automatizirano i nesvjesno. Većina autora razlikuje **suočavanje kao svjesni akt** u odnosu prema **mehanizmima obrane koji su nesvjesni**, premda je sličnost obaju koncepata u tome da su u službi **adaptacije** kao najšireg koncepta, u kojem se pojedinac prilagođuje svojoj okolini. Suočavanje i mehanizmi obrane zajednički odgovaraju na razvojne zadatke, kao i na stresna događanja. Istraživanja suočavanja danas su vrlo korisna kod pristupa poremećajima povezanim sa stresom, kod trauma, *borderline* poremećaja te kod psihosocijalne prilagodbe na tjelesnu bolest.

10.3.2.5. **Sažeti model etiopatogeneze, nastanka i tijeka psihičkog poremećaja**

Načelno se uvijek može pitati je li pojavljivanje psihičkog poremećaja neuspjeh ovladavanja razvojnih faza (zadaca), odnosno adaptacije, ili su pak psihopatološki simptomi također jedan oblik adaptacije na drugoj, višoj razini (Resch 1996).

Na **slici 10.1.** sažeto su prikazani integrativni etiopatogenetski model i model nastanka psihičkih poremećaja.

Zapaža se važnost povratne sprege (*feedback* utjecaja), a u tablici su označene dvosmjernim strelicama. Na cijeloj lijevoj strani (lijeva okomita strana) prikazani su **individualni čimbenici** koji mogu biti **protektivni/rizični**. Na cijeloj desnoj strani (desna okomita strana) prikazani su **okolišni čimbenici** koji mogu biti **protektivni/rizični**. U najgornjem horizontalnom redu navedeni su **predisponirajući čimbenici**, u sred-

njem horizontalnom redu „okidači“ (**precipitirajući čimbenici**), dok su u najdonjem horizontalnom redu prikazani **čimbenici koji održavaju ili ne održavaju poremećaj**. Važno je u srednjem okomitom redu uočiti pokušaj konceptualizacije nastanka poremećaja preko **modela vulnerabilnosti/otpornosti, uporabe suočavanja i mehanizama obrane, početka psihičkog poremećaja te moguć daljnji tijek poremećaja**. Važno je također uočiti usmjerenost različitih strelica koje označuju moguć smjer utjecaja, kao i to da postoji mogućnost recipročnog utjecaja u jednom i drugom smjeru (dvostruke strelice). Tablica je opisana shematski i pojednostavljeno.

10.4. **Upute za roditelje/nastavnike**

- ✓ Psihički su poremećaji danas valjane i pouzdane dijagnoze koje imaju svoje jasne kriterije.
- ✓ Postoje različiti klasifikacijski sustavi koji jasno određuju koji su to kriteriji.
- ✓ Razvojna je psihopatologija posebna disciplina koja se bavi problematikom utjecaja razvoja i odnosa prema psihopatologiji.
- ✓ Djeca prolaze kroz različite razvojne zadatke ili razvojne faze koje su skokovite i kvalitativno različite.
- ✓ Biopsihosocijalni model u medicini uzima u obzir složenost različitih čimbenika.
- ✓ Postoje različite podjele čimbenika, koji mogu biti individualni/okolišni, kao i rizični/protektivni.
- ✓ Pri početku jednog poremećaja razlikujemo predisponirajuće čimbenike tijekom procesa adaptacije, precipitirajuće čimbenike u odnosu prema vještinama suočavanja i mehanizme obrane, kao i održavajuće čimbenike koji mogu dalje podupirati jedan poremećaj.

10.5. **Često postavljena pitanja**

■ **PITANJE:** Po čemu se subjektivno doživljavanje razlikuje od ponašanja?

ODGOVOR: Pod doživljavanjem razumijevamo kakav je subjektivan osjećaj pojedinca, koje su njegove individualne kognicije, kakav je unutarnji svijet poje-

dinca, odnosno kakva je njegova subjektivnost. Ovaj se čimbenik nikako ne smije zanemariti u psihologiji i psihijatriji u djece i adolescenata. On obilježava unutarnje i emocionalno, koje možemo osjetiti u radu s pojedincem. S druge strane, postoji manifestno ponašanje, koje se očituje vanjskom stvarnošću, vanjskim manifestacijama koje možemo najčešće i opservirati. Nikako nije prihvatljivo uzimati u obzir isključivo vanjsko ponašanje. Odnos između subjektivnog osjećaja i vanjskog ponašanja može biti mnogostruko složen. S jedne strane, isti osjećaj, npr. osjećaj bespomoćnosti, može dovesti do vanjske manifestacije ponašanja u obliku depresivnog ponašanja (reducirana mimika, anhedonija itd.), dok je, s druge strane, moguća manifestacija toga istog osjećaja u obliku agresivnog ponašanja. Ili potpuno drukčija situacija: isto vanjsko ponašanje, npr. socijalna izolacija, može u pozadini imati vrlo različite osjećaje, npr. osjećaje bijesa, ljutnje, ali i osjećaje bespomoćnosti, beznadnosti i depresije.

■ **PITANJE: Može li se pri promatranju djeteta u njegovoj razvojnoj dobi, slično motoričkim miljokazima (ključnim točkama ili *milestones*), to odnositi i na psihičke funkcije i različite čimbenike?**

ODGOVOR: Ne može. Djetetov je psihički razvoj skokovit, cirkularan, uz niz međusobnih povratnih veza i nikako nije jednostavno linearan. U razvoju postoji vjerojatno niz različitih kontinuiteta, ali i diskontinuiteta (progresije i regresije). Razvoj djeteta i utjecaj različitih čimbenika može se vjerojatno bolje objasniti uspoređujući ga s tijekom jednoga glazbenog djela, u kojem postoje različite glazbene teme s promjenama ritma i tona, s različitim harmonijama itd.

■ **PITANJE: Kako ćemo se ponašati u konkretnoj psihijatrijskoj (psihoterapijskoj) praksi s obzirom na pojedine razvojne i etiopatogenetske modele objašnjenja psihičkog poremećaja?**

ODGOVOR: Kliničar mora poznavati pojedini etiopatogenetski model u njegovoj suptilnosti. Uobičajeno je da on bude u određenom smjeru i educiran, što ga razlikuje od needuciranih osoba. S obzirom na svoju teorijsku naobrazbu, kliničar će biti u stalnoj oscilaciji vlastite teorije i vlastitog iskustva *vs.* onoga što zaista pacijent prezentira i kako se osjeća (stvarni pacijent). Postoji opasnost da se kliničar oslanja samo na svoje teorijsko (etiopatogenetsko) znanje, međutim, to je onda tzv. mitski pacijent, koji ne odgovara „stvarnom pacijentu“. Nakon što je kliničar ovladao pojedinim razvojnim i etiopatogenetskim modelom (npr. psiho-

dinamski model, kognitivno- bihevioralni model), može biti dovoljno slobodan tijekom liječenja revidirati svoja stajališta.

■ **PITANJE: Je li moguća idealna situacija da isti stručnjak ima znanja iz različitih struka ili različitih modela objašnjenja poremećaja?**

ODGOVOR: Danas se čini da ovakav „integrativni“ i „holistički“ pristup može imati svoje nedostatke, jer može rezultirati općom površnošću. Različite su struke toliko razvijene da je gotovo nemoguće sve razvojne i etiopatogenetske modele ujediniti u jednu, „integrativnu“ disciplinu. Više se preferiraju međusobne interdisciplinarnе konferencije koje će se međusobno uvažavati i koje će zajedno pokušati dati objašnjenje različitih kliničkih slika.

10.6. Pitanja

- 1 Navedite definiciju psihičkog poremećaja.
- 2 Navedite definiciju razvojne psihopatologije te osnovne teme kojima se ona bavi.
- 3 Navedite što je to „koncept razvojnih zadaća“.
- 4 Navedite različite podjele razvojnih i etiopatogenetskih čimbenika.
- 5 Navedite osnove biopsihosocijalnog modela u dječjoj psihijatriji.
- 6 Navedite sažeto integrativni etiopatogenetski model nastanka psihičkih poremećaja.
- 7 Definirajte što su to individualni čimbenici, a što okolišni čimbenici.
- 8 Definirajte što su to rizični, a što protektivni čimbenici.
- 9 Definirajte što su to predisponirajući, precipitirajući, kao i čimbenici koji održavaju poremećaj.
- 10 Navedite što je to koncept adaptacije, koncept vulnerabilnosti/otpornosti s obzirom na suočavanje / mehanizme obrane, kao i s obzirom na početak psihičkog poremećaja?

10.7. LITERATURA

1. *Achenbach TM, Rescorla LA, McConaughy S i sur.* Achenbach system of empirically based assessment. Burlington, VT: ASEBA; 2006.
2. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Begić D.* Psihopatologija. Drugo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
4. *Begić D.* Razlikovanje psihički normalnog i abnormalnog. U : Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 24-30.
5. *Bürgin D.* Konzepte ueber Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf psychischer Stoerungen unter Beruecksichtigung von Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. Muenchen: CIP Medien; 2009, str. 49-62.
6. *Bürgin D.* Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
7. *DC:0-5tm.* Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R). Washington: DC: Author; 2016.
8. *Engel G.* The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-136.
9. *Engel G.* The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980;137:535-544.
10. *Ermann M.* Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
11. *Freud A.* Das Ich und seine Abwehrmechanismen Frankfurt: Fischer; 1963/1993.
12. *Havighurst R.* Developmental tasks and education. New York: McKay; 1972.
13. *Lazarus RS.* Psychological stress and the coping process. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1966.
14. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
15. *Oerter R, Montada L.* Entwicklungspsychologie. 6 izdanje. Weinheim: Beltz; 2008.
16. *Remschmidt H.* Entwicklungspathologie. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 27-32.
17. *Resch F.* Entwicklungspsychopathologie des Kindes und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1996.
18. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
19. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Epidemiologija, koncept komorbiditeta

Katarina Dodig-Ćurković, Marina Bježančević

SADRŽAJ

11.1. Epidemiologija u dječjoj psihijatriji	162
11.1.1. Uvod, osnovni koncepti	162
11.1.2. Incidencija, kumulativna incidencija	162
11.1.3. Prevalencija	163
11.1.4. Opći psihijatrijski morbiditet	163
11.1.5. Rizični i zaštitni čimbenici	165
11.1.5.1. Razdoblje prije začeća te prenatalni period	166
11.1.5.2. Dojenačka dob i rano djetinjstvo	166
11.1.5.3. Djetinjstvo	166
11.1.5.4. Adolescencija	166
11.1.5.5. Rizični čimbenici koji su neovisni o dobi	167
11.2. Koncept komorbiditeta	167
11.2.1. Uvodni aspekti	167
11.2.2. Različiti koncepti komorbiditeta	168
11.2.3. Kritike koncepta komorbiditeta i terapijske perspektive	168
11.3. Upute za roditelje/nastavnike	169
11.4. Često postavljena pitanja	169
11.5. Pitanja	170
11.6. Literatura	170

11.1. Epidemiologija u dječjoj psihijatriji

11.1.1. Uvod, osnovni koncepti

Epidemiologiju možemo definirati kao studiju distribucije bolesti u humanoj populaciji, kao i studiju čimbenika koji utječu na tu distribuciju (Fombonne 2018). Naime, fokus epidemiologije jest istraživanje načina pojavljivanja bolesti tako da se identificiraju čimbenici koji mogu biti potencijalno uzročni s početkom poremećaja u pojedinaca. Epidemiologija se u osnovi temelji na **opservacijskim** (neeksperimentalnim metodama). **Deskriptivna epidemiologija** većinom se bavi određivanjem čestote bolesti za potrebe javnog zdravstva ili pak u svrhu praćenja. **Analitička** ili **uzročna epidemiologija** fokusira se na identifikaciji uzročnih čimbenika kod pojedine bolesti. **Klinička epidemiologija** obuhvaća aktivnosti koje se koriste epidemiološkim metodama za studiju različitih aspekata bolesti, kao što je prirodni tijek bolesti, te čimbenike koji pospješuju prestanak ili perzistenciju pojedine bolesti, kao i ponovno pojavljivanje (relapsi) ili druge ishode (npr. mortalitet). Jedan dio kliničke epidemiologije može se koristiti eksperimentalnim metodama (npr. randomiziranim studijama), u kojima istraživači mogu manipulirati različitim varijablama

(randomizacija) tako da pokušaju otkriti uzročne povezanosti. Međutim, u dječjoj psihijatriji nisu tako česte randomizirane studije, nego su više prisutne **korelativne i asocijativne studije** (traženje povezanosti između varijabli), koje nam ipak indirektno i spekulativno mogu govoriti o uzročnim posljedicama. O tome vidjeti detaljnije u drugim udžbenicima koji se bave ovom problematikom (Kazdin 2003). U posljednjih tridesetak godina epidemiologija se razvila kao zasebna disciplina, koja ima svoje koncepte i pristupe. Često se koriste različitim metodama: medicinsko i biološko znanje, kao i statističke metode. Najčešće se pojavnost bolesti u literaturi mjeri na tri načina: incidencijom, kumulativnom incidencijom (proporcija incidencije) te prevalencijom.

11.1.2. Incidencija, kumulativna incidencija

U **tablici 11.1.** su prikazane pojedine definicije termina.

Incidencija je broj novooboljelih u pojedinaca koji su prethodno bili bez bolesti, a koji se opserviraju tijekom jednog razdoblja (opservacijski period). Važno je znati da opservacijski period može biti različit kod pojedinaca (mjereno jedinica vremena npr. mjese-

Tablica 11.1.

Osnovni epidemiološki koncepti

Modificirano prema Currin i sur. 2005; Fombonne 2018; Smink i sur. 2014.

	Definicije	Primjeri
Incidencija	Izračunava se kada se broj novooboljelih stavi u odnos s određenom jedinicom vremena svih promatranih pojedinaca	U Velikoj se Britaniji od 1994. do 2000 godine nalazi incidencija anoreksije nervoze (broj novooboljelih) od 4,7 na 100 000 osoba.
Kumulativna incidencija	Izračunava se kao broj novooboljelih na jednu zatvorenu populaciju kroz jedno fiksno promatrano vrijeme.	Ako se u 8 braće/sestara od 100 dijagnosticirane djece s autizmom razvije autizam od rođenja do treće godine (opservacijsko je vrijeme tri godine), kumulativna incidencija za autizam u ovom visoko rizičnom uzorku jest 0,08 ili 8 % u prve tri godine.
Prevalencija	Izračunava se kao proporcija broja pojedinaca koji imaju bolest s obzirom na populaciju/ uzorak u određenoj točki vremena (fiksno vrijeme).	Prevalencija intelektualnih teškoća u općoj populaciji je oko 1 % (APA, 2013);
Životna prevalencija (lifetime prevalencija)	Uključuje sve osobe koje imaju određenu bolest, bez obzira na to kada se pojavila bolest, odnosno koliko je bilo epizoda ili je li sada osoba u remisiji itd.	Za anoreksiju nervozu u dobi od 19 do 20 godina, prema DSM-5 kriterijima, u žena je 1,7 % ili 0,017.

cima ili godinama). Primjerice, ako se promatra sedam pojedinaca, međutim, svatko od njih ima različito jedinično vrijeme promatranja (npr. jedan se promatra u dvama jediničnim vremenima, drugi pojedinac sedam jediničnih vremena itd.) te ako od njih, u četvero razvije bolest, dobiva se sljedeća kalkulacija incidencije: 4 podijeljeno s ukupnim brojem jediničnih vremenskih perioda za sve promatrane pojedince, npr. 38 mjeseci (ukupan broj jedinica vremena). Rezultat bi bio dakle 4 podijeljeno s 38; ili 0,105. Dakle, incidencija se izračunava tako da se broj novooboljelih stavi u odnos s određenom jedinicom vremena svih promatranih pojedinaca (Fombonne 2018). Često se u literaturi navode podatci o incidenciji na sljedeći način, npr. u velikoj Britaniji od 1994. do 2000. godine nalazi se incidencija anoreksije nervoze (broj novooboljelih) od 4,7 na 100 000 osoba (Currin i sur. 2005). Incidencija stoga varira na način ako se promatra fiksirano broj novooboljelih i manje vremenskih jedinica, kao i ako se naglo pojave novi slučajevi u populaciji (npr. nagla pojava novooboljelih od gripe). Uobičajeni primjer incidencije jest **rata mortaliteta**, koje sa sobom nosi intuitivno značenje. Primjerice, ako je mladim ljudima 30 suicida na 100 000 stanovnika u jednoj godini ili 0,0003 u godini, to znači da, ako se promatra 100 000 osoba tijekom jedne godine, da će njih 30 počiniti suicid tijekom opserviranog vremena. Međutim, rata mortaliteta biti će drukčija ako se npr. promatra samo 2000 pojedinaca tijekom deset godina promatranja. S obzirom na to da je načelno incidenciju teško interpretirati, u literaturi se često primjenjuje **kumulativna incidencija**. **Kumulativna incidencija** računa se kao broj novooboljelih na jednu zatvorenu populaciju tijekom jednoga fiksno promatranog vremena (Fombonne 2018). Na primjer, ako se u 8 braće/sestara od 100 dijagnosticirane djece s autizmom razvije autizam od rođenja do treće godine (opservacijsko je vrijeme tri godine), kumulativna incidencija za autizam u ovom visoko rizičnom uzorku jest 0,08 ili 8 % u prve tri godine. Dodatno valja napomenuti da će, ako se ovaj uzorak promatra do pete godine, a u međuvremenu se pojavi još 7 novodijagnosticiranih, kumulativna incidencija biti 0,15 tijekom prvih pet godina promatranja, odnosno 15 %. Jedna varijanta kumulativne incidencije jest i mjera **proporcije preživljavanja** (preživljavanje vs. smrtni ishod; remisija vs. relaps).

11.1.3. Prevalencija

Prevalencija se računa kao status pojedinaca s bolesti unutar populacije, a ne kao broj novooboljelih

u toj populaciji. Prevalencija nije dinamičko mjerilo s obzirom na vrijeme kao incidencija. Prevalencija se izračunava kao proporcija broja pojedinaca koji imaju bolest u odnosu prema populaciji/uzorku u određenoj **točki vremena (fiksno vrijeme)** (Fombonne 2018). Prevalencija kao broj oboljelih uključuje i prije i kasnije oboljele, tako da duljina pojedine bolesti utječe na prevalenciju. S druge strane, ako je riječ o bolesti koja je ubrzano letalna ili ako se može brzo izliječiti, ukupan broj oboljelih bit će manji, odnosno prevalencija te bolesti bit će manja. Tako da na prevalenciju ne utječe samo broj novooboljelih, nego i prirodni tijek bolesti, prikladnost tretmana, letalnost itd. Prevalencija može biti koristan **pokazatelj morbiditeta** pojedinih dijagnostičkih kategorija te se može rabiti pri planiranju službi mentalnog zdravlja. U psihijatriji se često uzima prevalencija u određenoj točki vremena, naime, kao fiksno vrijeme npr. u 3 mjeseca, 6 mjeseci ili u 12 mjeseci. S obzirom na to da je u psihijatriji često teško odrediti početak poremećaja, može se primjenjivati i (cjelo)životna prevalencija (**lifetime prevalencija**) (Fombonne 2018), koja uključuje sve osobe koje su npr. imale depresivnu epizodu, bez obzira na to kada se pojavila bolest, odnosno koliko je bilo epizoda ili je li sada osoba u remisiji itd. Primjer može biti da je **životna (lifetime) prevalencija** za anoreksiju nervozu u dobi od 19 do 20 godina, prema kriterijima DSM-5, u žena 1,7 % ili 0,017 (Smink i sur. 2014).

11.1.4. Opći psihijatrijski morbiditet

Epidemiologija je važna disciplina za praćenje zdravlja u populaciji, odnosno ima implikacije za zaštitu mentalnoga zdravlja. Praćenje vitalne statistike, kao što su morbiditet i mortalitet, može nam biti vrlo korisno u planiranju preventivnih programa te dostupnosti zdravstvenih i drugih službi. Nadalje, mogu se pratiti i trendovi incidencije definiranih psihijatrijskih bolesti npr. anoreksije i autizma, što je vrlo izazovno područje. Konačno, upućena je na istraživanje rizičnih čimbenika, odnosno rizična ponašanja (Fombonne 2018).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je psihičko zdravlje kao stanje dobrobiti u kojemu pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može produktivno i plodno raditi te je sposoban pridonositi zajednici (SZO 2005). Narušenost psihičkoga zdravlja može negativno djelovati na opisane kapacitete i izbore, vodeći do umanjenog funkcioniranja na individualnoj razini, no utječući i na širu sliku i zajednicu.

Psihičko zdravlje djece od posebne je važnosti s obzirom na spoznaju da polovica svih psihičkih bolesti nastupa prije 14. godine života, a tri četvrtine do srednjih 20-ih godina (SZO 2017(b)). Neliječeni psihički poremećaji negativno utječu na razvoj djeteta, na školski uspjeh i životni potencijal. Djeca sa psihičkim poremećajima izložena su stigmati, izolaciji i diskriminaciji. Upravo je stigma i jedan od najčešćih razloga zbog kojeg se većina djece kasno javi na dijagnostiku i liječenje, pa je upravo zato i povećan rizik od poteškoća u kasnijoj životnoj dobi. Za brojne je poremećaje i dokazano da rana intervencija znatno pospješuje učinak terapije i sprječava progresiju poremećaja kroz adolescenciju i poslije, a i kroz odraslu dob. Najočitiiji je primjer upravo i anoreksija nervoza, pri kojoj je, ako se u prvoj godini pojave simptoma intervenira, mogućnost izlječenja čak 80 %. Nažalost, upravo se zbog stigme i zakašnjele intervencije u većini slučajeva mogućnost izlječenja smanjuje na samo 20 %.

Stoga je upravo dječja dob temelj za prevenciju i pravodobno liječenje psihičkih bolesti kako bi što manji dio psihičkih bolesti bio prenesen u odraslu dob. Iako se adolescencija do sada tradicionalno smatrala relativno zdravim životnim razdobljem koje zahtijeva manje pozornosti u usporedbi s ostalim razdobljima, novije spoznaje dokazuju kako adolescencija nije lišena ozbiljnih zdravstvenih briga. Organizacije na svjetskoj razini upozoravaju na problematiku i daju preporuke za strategije promocije, prevencije i liječenja psihičkih bolesti u mladima. No unatoč globalnoj prepoznatosti važnosti psihičkog zdravlja, dvije trećine zemalja nema dostupne statističke podatke o psihičkim poremećajima, a u zemljama koje imaju podatke, oni su često dostupni samo za odraslu populaciju (za dob 5 – 17 godina dostupni u samo 6,7 % tih zemalja) (Ersikine i sur. 2017; SZO 2017(a)). Ne samo da je većina statističkih podataka o bolestima u djece nedostupna nego je i većina takvih psihičkih poremećaja djece neprepoznata i neliječena (v. poslije).

Epidemiologija u dječjoj psihijatriji započela je šezdesetih godina sa slavnom studijom **British Isle of Wight** (Rutter i sur. 1970; Rutter i sur. 1976). Ona je svojim revolucionarnim dizajnom (upitnici, velik uzorak, longitudinalno praćenje, mutlipli informanti, nekoliko faza istraživanja itd.) potaknula druge istraživačke grupe u cijelom svijetu.

Opći psihijatrijski morbiditet odnosi se na najvažnije poremećaje u dječjoj dobi, a to su **eksternalizirajući i internalizirajući poremećaji**, dok se u poje-

dinim poglavljima ove knjige pojedinačno navode zasebni podatci o prevalenciji. Većina međunarodnih istraživanja koja su mjerila prevalenciju psihičkih poremećaja u djece u fiksno promatranom vremenu (3, 6 i 12 mjeseci; *cross-section* ili presječni dizajn), navodi rezultate od 9,5 do 25,4 % (Ford i sur. 2003; Jeffers i Fitzgerald 1991), ili, zaokruženo, od 10 do 20 %. Međutim, ovomu treba dodati da u ove preglede nisu bili uključeni neurorazvojni poremećaji, kao što su intelektualne teškoće, specifični razvojni poremećaji govora i jezika i autizam, a nisu uzeti u obzir ni poremećaji koji počinju u kasnijoj adolescenciji (psihotični poremećaji, bipolarni afektivni poremećaj, poremećaji jedne) (Fombonne 2018). Tomu treba pridodati da neuropsihijatrijska stanja iz djetinjstva često uzrokuju invalidnost te da su **vodeći uzrok invalidnosti** mladih u svim regijama u svijetu.

Dodatno zabrinjavajući podatak jest također podatak iz uzorka u zajednici da **samo 10 do 30 %** djece sa psihičkim poremećajima ima kontakt sa službama mentalnog zdravlja, odnosno da se liječe. Najčešće se u ove službe upućuju djeca s agresivnim ponašanjem, međutim, na upućivanje u službe mentalnog zdravlja utječe i niz drugih čimbenika, kao što su roditeljska psihopatologija, drugi kontekstualni čimbenici, kao i disfunkcionalna obiteljska dinamika itd. Stoga je potrebno uzeti u obzir razlike između djece koja imaju kontakt sa službama mentalnog zdravlja u odnosu prema djeci koja imaju istu psihopatologiju, ali nemaju kontakt sa službama mentalnoga zdravlja (Fombonne 2018).

Dob početka pojedinih psihičkih poremećaja u dječjoj dobi vrlo je različit, što može različito mijenjati stopu prevalencije (Fombonne 2018). Primjerice, pojedini se poremećaji dijagnosticiraju samo u prve tri godine (regulacijski poremećaji), neki poremećaji tek nakon pete godine (enureza), neki tipično počinju u adolescenciji (npr. psihotični poremećaji). Različita dob pri početku bolesti također može utjecati na različite ishode, npr. poremećaj ponašanja koji počinje u dječjoj dobi s obzirom na adolescentnu dob može imati više neurobiheviornalnih oštećenja, te lošiju prognozu. Da bi se izbjegao učinak različitog početka pojedinih psihičkih poremećaja, obično se stoga u literaturi upotrebljuje **cjeloživotna prevalencija**.

Suicidalnost čini treći vodeći uzrok smrtnosti adolescenata, nakon ozljeda u prometu i respiratornih infekcija. Od fatalnih posljedica samoozljeđivanja približno 67 000 adolescenata svake godine premine, a procjenjuje se da se oko 10 % svih adolescenata samoozljeđuje (SZO 2017(b)). Podatci o samoozljeđi-

vanju za Hrvatsku nisu dostupni, a dostupan je registar samoubojstava. U Hrvatskoj je stopa samoubojstava 2016. godine iznosila 16,4/100 000, a stopa izvršenih samoubojstava u dobi od 15 do 19 godina 6,5/100 000 (HZJZ 2017). Za dob do 14. godine stopa ne prelazi 1 slučaj na 100 000 stanovnika, a u 2016. godini nije zabilježen nijedan slučaj za tu dob. Pilot-projekt probira i rane detekcije psihičkih odstupanja/poremećaja proveden 2016. godine u predškolskim ustanovama i osnovnim školama grada Zagreba rezultirao je podacima koji su u skladu sa SZO-ovim podacima o učestalosti psihičkih poremećaja u djece do 18 godina – u oko 11 % djece u dobi od 5 godina te gotovo 20 % djece u ranoj adolescenciji utvrđeni su problemi psihičkoga zdravlja srednjeg do visokog intenziteta (Boričević-Maršanić i sur. 2017). Kroz brojne projekte preko nacionalnih programa posljednjih se godina nastoji u prvi plan staviti važnost problematike psihičkoga zdravlja mladih. Dječja i adolescentna psihijatrija u Hrvatskoj je deficitarna i čini razvojnu struku za koju je potrebno osigurati mogućnost širenja postojeće mreže kako bi se unaprijedila zdravstvena skrb (Dodig-Ćurković i sur. 2016).

11.1.5. Rizični i zaštitni čimbenici

Važnost promatranja rizičnih čimbenika može biti višeslojna. Prvo, nije važno samo utvrditi prisutnost pojedinih rizičnih čimbenika nego pokušati rekonstruirati međusobni utjecaj različitih čimbenika u svojem tijeku, te na taj način pokušati dobiti sliku o etiologiji. Dakle, treba izbjegavati pojednostavnjenje da samo jedan rizični čimbenik može uzrokovati pojedini poremećaj. Osim rizičnih čimbenika, potrebno je uzeti u obzir i zaštitne (protektivne) čimbenike (v. poglavlje 10 o razvojnoj psihopatologiji). Drugo, razvojem novih tehnika longitudinalnog dizajna moguće je pratiti pojedinačne tijekove (Fombonne 2018). Najčešće se u literaturi u mladih osoba prate **rizična ponašanja**, kao što su ozljede, agresivno ponašanje, uporaba alkohola i cigareta, korištenje drogama, rizično seksualno ponašanje, suicidalno ponašanje itd. (Kuzman 2009).

Rizične čimbenike za razvoj psihičkog poremećaja čine sve varijable koje povećavaju vjerojatnost da se pojedinog djeteta ili adolescenta razvije psihički poremećaj. Kod psihičkog zdravlja djece bitna je i prisutnost zaštitnih (protektivnih) čimbenika, koji djeluju suprotno te smanjuju vjerojatnost razvoja psihičkog poremećaja. Brojni čimbenici (biološki, genski, socijalni, demografski, okolišni) mogu djelovati kao rizični ili kao zaštitni čimbenik, a sama bolest nastaje kao pro-

Tablica 11.2.

Shematski pregled rizičnih i zaštitnih čimbenika.

Modificirano prema Patel i Goodman 2007

Rizični čimbenici

biološki	izloženost toksinima i drugim štetnim tvarima (alkohol, nikotin) genska predispozicija za nastanak psihičkog poremećaja trauma glave hipoksija pri rođenju i druge poslijeporođajne komplikacije infekcija HIV-om malnutricija uporaba opojnih sredstava druge bolesti
psihološki	poremećaji učenja seksualno, fizičko i emocionalno zlostavljanje urođene osobine ličnosti
socijalni	obiteljski – sukobi u obitelji, smrt člana obitelji, nedosljedan odgoj djece
	školski – vršnjačko zlostavljanje (<i>bullying</i>), neuspjeh u školi, neuspjeh škole da pruži poticajnu i sigurnu okolinu
	čimbenici iz zajednice – diskriminacija, izloženost nasilju, narušeni društveni odnosi, preseljenje

Zaštitni čimbenici

razvijene socijalne vještine
razvijena sposobnost rješavanja problema
sposobnost učenja iz vlastitih pogrešaka
dobro fizičko zdravlje
razvijeno samopoštovanje
obiteljska podrška
pozitivni uzori

dukt više, a ne jednog uzročnog čimbenika. Smatra se da psihijatrijska bolest nastaje kao posljedica akumulacije više rizičnih čimbenika u prisutnosti relativnog manjka zaštitnih čimbenika. Dodatno su u međudnosu tako da, što je više rizičnih čimbenika, više je i patologije, a što je više zaštitnih čimbenika, više je i pozitivnih rezultata (Sameroff 2000). Izloženost nepovoljnim čimbenicima u formativnim stadijima utječe na psihičko dobro stanje godinama ili čak desetljećima nakon. U **tablici 11.2.** sažeto su prikazani rizični i zaštitni čimbenici.

Rizični i zaštitni čimbenici manifestiraju se kroz različite životne stadije, ili su pak neovisni o tome.

11.1.5.1. *Razdoblje prije začeća te prenatalni period*

Psihičko zdravlje pojedinca može biti pod utjecajem okolnosti ili događaja koji su se odigrali prije rođenja, čak i prije samog začeća. Neželjene trudnoće ili trudnoće tijekom adolescencije mogu povećati vjerojatnost rizičnoga zdravstvenog ponašanja u trudnoći te psihičkih problema u djetinjstvu (Kieling i sur. 2011). Genealoške studije i studije blizanaca upozorile su na povećano nasljedno opterećenje kod nekih duševnih poremećaja kao što su autizam, shizofrenija, bipolarni afektivni poremećaj, depresija, opsesivno-kompulzivni poremećaj, hiperkinetski poremećaj, alkoholizam. Također, istraživanja su pokazala da su to složeni (poligeniski) nasljedni poremećaji, odnosno razvoj poremećaja uvjetovan je većim brojem gena malog učinka i okolišnim čimbenicima. Među bitnim stečenim biološkim rizičnim čimbenicima za ovu su dob značajni: infekcije majke, deficiti u prehrani majke, manjak specifičnih mikronutrijenata (npr. joda), razvojne malformacije, metabolički i hormonalni disbalansi, uporaba duhana, alkohola i psihoaktivnih tvari u trudnoći. Za perinatalno razdoblje najvažniji rizični čimbenici jesu traumatska oštećenja mozga, oksidativni stres, infekcije, autoimunski procesi, biološke posljedice stresa (Filaković 2014).

11.1.5.2. *Dojenačka dob i rano djetinjstvo*

Za emocionalno i socijalno uredan razvoj djeteta od ključne su važnosti povezanost i privrženost dojenčeta s majkom ili drugim primarnim odgojiteljem. Odvajanje od njege (npr. zbog roditeljske odsutnosti ili odbacivanja) vodi anksioznosti, stresu i nesigurnosti. Postporođajna depresija također može pridonijeti slabijem uspostavljanju privrženosti i posljedičnom narušenom razvoju. Roditelji slabih roditeljskih vještina, s teškoćama povezivanja s djetetom mogu stavljati svoju djecu u povećan rizik za kasnije ponašajne poteškoće. Rizik čine i zanemarivanje, zlostavljanje, pothranjenost te somatske bolesti. Sam razvoj mozga usmjeren je genima, ali oblikovan iskustvima, osobito onima koja se pojavljuju tijekom prvih godina života koje su osjetljivo i kritično razdoblje. Rijetko koje rano iskustvo ima toliku važnost i ostavlja tolike posljedice kao zlostavljanje i zanemarivanje a da je ujedno i dostupno prevenciji. Zlostavljanje djeluje kao stresor koji pokreće kaskadu fizioloških i neurohumoralnih reakcija koje mijenjaju puteve razvoja mozga, postav-

ljajući podlogu za pojavu psihijatrijskih simptoma u genski osjetljivih pojedinaca (Teicher i sur. 2016). Promjene mozga zbog zlostavljanja vrlo su specifične, ovise o vrsti i vremenu izloženosti, a povezane su s kasnijim negativnim medicinskim i psihijatrijskim posljedicama.

11.1.5.3. *Djetinjstvo*

Djetinjstvo je vitalno životno razdoblje za razvoj životnih vještina. Podržavajuće roditeljstvo, sigurnost stanovanja i pozitivno okruženje za učenje ključni su zaštitni čimbenici u razvoju i zaštiti psihičkoga zdravlja ovoga životnog razdoblja. Rizici za psihičko zdravlje uključuju nasilje ili konflikte unutar obitelji, negativne životne događaje, te nizak osjećaj povezanosti s obrazovnom okolinom. Izloženost ovakvim rizicima u znatnom opsegu (dugotrajno fizičko ili seksualno zlostavljanje, teško vršnjačko zlostavljanje, gubitak roditelja) mogu uzrokovati traumu koja će imati važan učinak na ostatak života toga djeteta te povećati sklonost za razvoj svih psihijatrijskih bolesti (Kessler i sur. 2010). Socioekonomski uvjeti u kojima djeca odrastaju također imaju prediktivni utjecaj na posljedične izbore i prilike u adolescenciji te u odrasloj dobi. Loši uvjeti stanovanja i života mogu umanjiti prilike za produktivno učenje i socijalne interakcije, kao i povećati izloženost djece bolestima i ozljedama. Djeca roditelja sa psihičkim poremećajima ili ovisnika o psihoaktivnim tvarima u visokom su riziku za doživljavanje obiteljskih nesuglasica i psihijatrijskih poteškoća (Matteblat i Renschmidt 2008; SZO 2004). Međugeneracijski prijenos psihičkih poremećaja rezultat je interakcija genetskih, bioloških, psiholoških i socijalnih rizičnih čimbenika koji se pojavljuju tijekom trudnoće i ranoga djetinjstva.

11.1.5.4. *Adolescencija*

Adolescencija je također kritičan formativni stadij života, koji čini prijelaz iz djetinjstva u odraslu dob. U razdoblju adolescencije postoji povećana sklonost za pojavljivanje psihičkih poremećaja, ili oni već nastali postaju očiti. Negativna iskustva, stanja ili okruženja koja utječu na psihičko dobro stanje mlađeg djeteta jednako vrijede i kod adolescenata. No uz te iste postoje i dodatni specifični rizici. Kao primjer navodimo uporabu duhana, alkohola i psihoaktivnih tvari, čiji se nastup obično pojavljuje tijekom adolescencije, a u riziku su djeca izložena narušenim obiteljskim odno-

sima ili djeca s ponašajnim problemima (Fisher i sur. 2011). Uporaba štetnih tvari posebno je opasna i štetna za adolescente čiji su mozak i tijelo još uvijek u razvoju. Adolescenti su također podložni i pritisku vršnjaka te utjecaju medija. Oni u prosjeku oko 9 sati na dan provedu koristeći se nekim od oblika zabavnih medija – televizija, internet, računalne igrice (uključujući i sadržaje na mobilnom telefonu) (Common Sense Media 2015). Brojnim metaanalizama i drugim važnim istraživanjima potvrđen je štetan kratkoročni i dugoročni učinak izloženosti nasilju preko elektroničkih medija. Izlaganje nasilnim sadržajima povećava agresivne misli, osjećaj ljutnje, fiziološko uzbuđenje, agresivno ponašanje, a desenzitivira nasilje i smanjuje prosocijalno ponašanje i empatiju, čineći time rizični čimbenik za poremećaje u ponašanju, pogotovo kod mladeži koja je već u nekom od rizika za razvoj psihijatrijskog poremećaja (Anderson i sur. 2017; APA 2015). Dokazana je i povezanost prekomjernog korištenja internetom i ovisnosti o internetu sa samoozljeđivanjem te suicidalnim ponašanjem. Iako se internet može rabiti u konstruktivne svrhe kao što je traženje podrške i strategija suočavanja s problemima, može imati negativan utjecaj u smislu normaliziranja samoozljeđivanja i netraženja profesionalne pomoći. Produkt interneta jesu i komunikacijski kanali koji se mogu zloupotrijebiti u smislu internet-skog zlostavljanja (*cyber-bullying*), što u kombinaciji s općenitim korištenjem internetom povećava rizik od samoozljeđivanja, suicidalnih misli i depresije (Marchant i sur. 2017; Padmanathan i sur. 2018).

11.1.5.5. **Rizični čimbenici koji su neovisni o dobi**

Ovise o širem sociokulturalnom i geopolitičkom kontekstu u kojem je dijete rođeno i u kojem živi. Osnovne sociodemografske karakteristike pojedinca uokvirene su socijalnim normama i običajima, pa stoga spol pojedinca, etnička pripadnost i mjesto boravka utječu na razvoj psihičkoga zdravlja. Rasizam ili diskriminacija specifične grupe povećava izloženost te grupe socijalnom isključivanju i ekonomski nepogodnijem položaju, stavljajući ih tako u veći rizik od stresa, anksioznosti i drugih čestih mentalnih poremećaja. Slično tomu, društveno definirana uloga i status žene u mnogim zajednicama izlaže žene većem pritisku, što udruženo s drugim čimbenicima poput nasilja u obitelji i zlostavljanja vodi do veće stope depresije i anksioznosti ženskog spola. Pojedinci izloženi nasilju, oružanim borbama i prirodnim katastrofama ranjiva

su skupina sa znatno povećanim rizikom od psihološkog distresa i morbidnosti, kao i oni koji su bili prisiljeni preseliti se. Ratna zbivanja u Hrvatskoj bila su praćena velikim brojem izbjeglica i prognanika, a djeca su činila polovicu prognanog i izbjeglog stanovništva. Istraživanje Vidović i sur. (1993) pokazalo je da je 64 % prognane djece nakon odlaska iz ugroženih područja pokazivalo različite simptome i poremećaje ponašanja koje nisu pokazivali prije toga. Najčešće smetnje bile su poremećaj hranjenja, poteškoće spavanja, separacijske poteškoće, noćni strahovi i drugi strahovi. U skupini djece prognanika četiri godine nakon progonstva Grgić i suradnici (2005) našli su da 17,9 % djece ima povišen ukupan rezultat na Ljestvici za depresivnost. Siromaštvo i povezana stanja nezaposlenosti, niska razina obrazovanja, zaklutost u pravima i materijalnim dobrima i beskućništvo su snažni rizici za psihičku bolest. Smatra se da psihička bolest i siromaštvo međusobno djeluju u negativnom krugu; ljudi koji žive u siromaštvu u većem su riziku za oboljenje od psihičke bolesti, a u osoba sa psihičkom bolesti veća je sklonost da će postati ili ostati u siromaštvu (Lund i sur. 2011).

11.2. **Koncept komorbiditeta**

11.2.1. **Uvodni aspekti**

Komorbiditet označuje prisutnost više nego jednog poremećaja u jedne osobe u istom definiranom razdoblju (Fombonne 2018) i važan je u promatranju prevalencije poremećaja. Općenito gledano, ovdje se ne može utvrditi uzrokuje li poremećaj A poremećaj B, ili obratno, nego jednostavno da ta dva poremećaja postoje istodobno. Međutim, koncept komorbiditeta nadilazi samo pitanje prevalencije i epidemiologije, nosi sa sobom također važne kliničke aspekte, aspekte liječenja i drugo, pa će se oni ovdje ukratko opisati. Pojavnost više psihičkih poremećaja u djece i adolescenata (komorbiditet) gotovo je više pravilo nego iznimka, naime, epidemiološka i klinička istraživanja jednoznačno pokazuju da je pojavljivanje dviju ili više dijagnoza u dječjoj dobi prije pravilo nego iznimka, a pojedini autori govore da je to oko 45 % (Lehmkuhl i Döpfner 2013).

Povećanje broja komorbiditeta dolazi iz jednog načina razmišljanja koje se temelji na biološkim i genskim nalazima (npr. potencijalni „treći“ zajednički biološki ili genski čimbenik koji je odgovoran za oba pore-

mećaja). Nadalje, proizlazi iz promatranja dijagnoza u dimenzionalnom smislu, ili nejasnim proširivanjima na način spektra ili kontinuuma (npr. OKP spektar), odnosno s posebnim naglaskom na poremećaje „ispod praga“ (*subthreshold*). Broj komorbiditetnih poremećaja povećava se povećanjem „terapija koje se primjenjuju kod specifičnih poremećaja“ (njem. *Stoerungsspezifisch*), npr. izolirano liječenje impulzivnosti kod *borderline* razvojnog poremećaja. Na taj način, ako su specifičniji simptomi na kojima se provodi terapija, to više postoji mogućnost komorbiditeta (Lehmkuhl i Döpfner 2013).

Ovdje se klinički može nadodati razlika koncepta komorbiditeta i diferencijalne dijagnoze. Diferencijalna dijagnoza razlikuje pojedine psihičke poremećaje, npr. opsesivne misli o hranjenju nisu OKP poremećaj, nego su jedni od simptoma anoreksije nervoze, uz druge njezine simptome. Međutim, ako u pacijentice postoje kriteriji anoreksije nervoze (uključujući opsesije o hranjenju), uz neke druge opsesije, npr. opsesije simetrije, opsesije tragičnih događanja itd., onda može postojati komorbiditet anoreksije i OKP poremećaja. Brojni su slični primjeri o diferencijalnoj dijagnozi i komorbiditetu u dječjoj psihijatriji.

11.2.2. Različiti koncepti komorbiditeta

U tablici 11.3. prikazani su različiti koncepti komorbiditeta.

Načelno i pojednostavnjeno rečeno, može postojati jedna kauzalna povezanost između poremećaja (A djeluje na B, ili obratno), ili pak postoji zajednički **treći čimbenik** koji je u pozadini, npr. genska vulnerabilnost, a koji se onda manifestira različitim kliničkim slikama npr. hiperkinetskim poremećajem i tikovima; ili pak sljedeća mogućnost, može postojati jedna neovisna povezanost. Kada pokušavamo dovesti u etiološku vezu različite čimbenike, onda govorimo o **kauzalnom komorbiditetu**, naime, o uzročnim povezanostima više poremećaja; preko genskih, socijalno-interaktivnih i kognitivnih mehanizama (Lehmkuhl i Döpfner 2013).

Većina studija u vezi s komorbiditetom bavi se kvantificiranjem dvaju ili više poremećaja u istom razdoblju prema zadanim kriterijima. Ovdje razlikujemo **simultani vs. sukcesivni komorbiditet**. **Klinička perspektiva** pokazuje npr. da poremećaj B utječe na poremećaj A, primjerice tijekom ADHD-a teži je ako postoji i poremećaj ponašanja. **Epidemiološka perspektiva**

Tablica 11.3.

Različiti koncepti komorbiditeta.

Modificirano prema Lehmkuhl i Döpfner 2013.

Vremenski tijek	Primaran vs. sekundaran Simultan vs. sukcesivan Istovremeno
Perspektiva promatranja	klinička epidemiološka obiteljsko-genetska slučajna pojavnost
Povezanost dvaju poremećaja kod komorbiditeta	kauzalna izmjenjujuća zajednički (treći) etiološki čimbenik produkt kompleksnih čimbenika slučajnost preklapanje simptoma „pretjerana diferenciranost“

govori da prisutnost jednog poremećaja povećava pojavljivanje drugih poremećaja kroz model vulnerabilnosti. **Obiteljsko-genetska perspektiva** govori o tome da više poremećaja upućuje na slične genske čimbenike. **Slučajni komorbiditet** govori o slučajnoj pojavnosti, naime, kao komorbiditet u jednoj vremenskoj točki obično se pretpostavlja slučajna prisutnost više poremećaja. **Razvojno uvjetovani komorbiditet** govori npr. da ADHD povećava mogućnost kasnije ovisnosti ili poremećaja ponašanja. **Dijagnostički komorbiditet** pokazuje kada su određeni simptomi individualni i specifični. **Prognostički komorbiditet** govori o tome da se, ako neki poremećaji predisponiraju, razvije neki drugi poremećaj. **Životnodugotrajni komorbiditet** govori o prisutnosti više dijagnostičkih skupina (klastera), kada se u duljem razdoblju nalazi više psihičkih bolesti (Lehmkuhl i Döpfner 2013).

11.2.3. Kritike koncepta komorbiditeta i terapijske perspektive

Poteškoće su koncepta komorbiditeta raznolike. Prvo, postoje preklapajući simptomi u klasifikacijama, npr. hiperkinetskog poremećaja i manične epizode, odnosno bipolarnog afektivnog poremećaja. Drugo, umjetnom podjelom poremećaja u podgrupe (supkategorije) posljedično automatski dolazi do visokog komorbiditeta i povećanja dijagnoza. Treće, razvojni komorbiditet, npr. djeca s opozicionalnim (suprotstavljajućim) ponašanjem vode do poremećaja ponašanja,

što ne mora uvijek biti slučaj. I konačno, četvrto, jedan je poremećaj dio sveobuhvatnog poremećaja, npr. specifični razvojni poremećaj ili hiperkinetski poremećaj dio je npr. autizma ili autističnoga spektra poremećaja (Lehmkuhl i Döpfner 2013). Europski autori ovdje daju jasnije smjernice da ne treba biti više od triju dijagnoza, odnosno da se trebaju liječiti „prvo dominantne dijagnoze, a poslije druge“.

Praktična važnost koncepta komorbiditeta jest da djeca s komorbiditetom imaju više zahvaćenih oštećenja u različitim područjima funkcionalnosti, više potražuju institucije i rezultati su liječenja lošiji (Lehmkuhl i Döpfner 2013). Koegzistencija više poremećaja može iritirati i može otežati razumijevanje pojedinih poremećaja. Klinički je važno primijeniti prikladnu terapiju. Pojedini autori ovdje daju jasan savjet: „Liječi ono što je primarno ili dominantno“ ili „Ako ti nije jasno što treba liječiti i postoji konfuzija o složenosti, liječi ono što je primarno i jednostavnije“. Na primjer, ako se prikazuje dijete sa složenom simptomatologijom, a ima intelektualne teškoće, „liječi prvo intelektualne teškoće, a onda druge komorbiditete“.

11.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Epidemiologiju možemo definirati kao studiju distribucije bolesti u humanoj populaciji, kao i studiju čimbenika koji utječu na tu distribuciju. Naime, fokus epidemiologije jest istraživanje načina pojavljivanja bolesti tako da se identificiraju čimbenici (rizični i zaštitni) koji mogu biti potencijalno uzročni s početkom poremećaja u pojedinaca.
- ✓ Najčešće se pojavnost bolesti u literaturi mjeri na tri načina: incidencijom, kumulativnom incidencijom (proporcija incidencije) te prevalencijom.
- ✓ Svjetska zdravstvena organizacija definirala je psihičko zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može produktivno i plodno raditi te je sposoban pridonositi zajednici.
- ✓ Psihičko zdravlje djece od posebne je važnosti s obzirom na spoznaju da polovica svih psihičkih bolesti nastupa prije 14. godine života, a tri četvrtine do srednjih 20-ih godina.

- ✓ Većina međunarodnih studija koje su mjerila prevalenciju psihičkih poremećaja u djece navode rezultate da 10 do 20 % ima značajne psihičke poteškoće.
- ✓ Dodatno zabrinjavajući podatak jest također podatak iz uzorka u zajednici, da samo 10 do 30 % djece sa psihičkim poremećajima ima kontakt sa službama mentalnog zdravlja, odnosno da se liječe.
- ✓ Suicidalnost čini treći vodeći uzrok smrtnosti adolescenata, nakon ozljeda u prometu i respiratornih infekcija.
- ✓ Komorbiditet označuje prisutnost više nego jednog poremećaja u jedne osobe u istom definiranom razdoblju.

11.4. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Zašto su važni epidemiološki podaci iz literature o prevalenciji psihičkih poremećaja u djece i adolescenata?

ODGOVOR: Riječ je o znanstvenim istraživanjima u dječjoj psihijatriji koja traju već unatrag pedesetak godina. Jasno je potvrđeno da je prevalencija psihičkih poremećaja od 10 do 20 % i da su posrijedi ozbiljni poremećaji. Psihičko zdravlje djece je od posebne važnosti s obzirom na spoznaju da polovica svih psihičkih bolesti nastupa prije 14. godine života, a tri četvrtine do srednjih 20-ih godina. Dodatno zabrinjavajući podatak jest također podatak iz uzorka u zajednici, da samo 10 do 30 % djece sa psihičkim poremećajima ima kontakt sa službama mentalnog zdravlja, odnosno da se liječe. Neliječena djeca sa psihičkim smetnjama imaju niz simptoma, uz umanjenje svoje funkcionalnosti, utječu na svoju obitelj, te imaju progresiju u odraslu dob. Stoga su rana detekcija i rana intervencija imperativ. Konačno, čak i financijski donose dugoročno uštedu cijelom društvu.

■ **PITANJE:** Uzrokuje li cjepivo autizam? Koji su spojevi u cjepivu štetni? Koji su medicinski utemeljeni dokazi za štetnost cjepiva?

ODGOVOR: Dva potencijalno uzročna čimbenika u posljednjem su desetljeću dobili znatnu pozornost medija, a to su cjepivo protiv ospica, zaušnjaka i rubeole (MMR) te konzervans timerosal koji sadržava živu. No malo i nedovoljno je poznato, kako se od 2001.

godine timerosal više ne rabi u izradi, a ni drugi živini spojevi, kao ni drugi toksični teški metali. I kada ga je bilo, taj živin spoj nije bio toksičan. Kao kemijski stabilizator sada se upotrebljuje spoj koji sadržava aluminij, daleko od toksičnih količina – u voću i povrću prirodno ima mnogo više aluminija nego u cjepivima. Unatoč medijskim kampanjama i širenjem dezinformacija, niz neovisnih relevantnih istraživanja nije uspio dokazati povezanost MMR cjepiva ili izloženost timerosalu/aluminiju s nastankom autizma.

■ **PITANJE: Koliko je bitna okolina za normalan čovjekov psihički razvoj? Što bi se dogodilo kada ne bismo bili pod utjecajem društvenih pravila i normi?**

ODGOVOR: Čovjek je društveno biće te su za rani normalni psihički razvoj ključne društvene interakcije. Najbolja su potvrda „feralna” ili „divlja” djeca, koja su zbog različitih okolnosti odrastala izvan društva uz minimalne ili nikakve kontakte s ljudima, odgajana od životinja. Takva su se djeca ponašala i reagirala sukladno životinjskom okruženju u kojem su odrastala, nesposobna naučiti ljudski govor i prihvatiti socijalne norme. Znanstvena podloga tomu jest da se tijekom djetetova ranog razvoja socijalne interakcije odražavaju na strukture mozga, posebno na takozvani socijalni režanj kore velikog mozga, predmotorički režanj i donji tjemeni režanj, koji su, među ostalim, zaduženi za razumijevanje i predviđanje reagiranja drugih ljudi, učenja jezika i empatiju.

11.5. Pitanja

- 1 Navedite osnove pojmove incidencije, kumulativne incidencije i prevalencije.
- 2 U kojoj se životnoj dobi pojavljuju psihički poremećaji?
- 3 Koji postotak djece i adolescenata boluje od psihičkog poremećaja u Hrvatskoj te u svijetu?
- 4 Koji čimbenici vode do nastanka psihičkog poremećaja?
- 5 Jesu li psihijatrijski poremećaji nasljedni?
- 6 Koji su specifični rizični čimbenici u razdoblju adolescencije?
- 7 Navedite osnovne pojmove o komorbiditetu.

11.6. LITERATURA

1. Anderson CA, Bushman BJ, Bartholow BD i sur. Screen Violence and Youth Behavior. *Pediatrics* 2017;140 (Supplement 2) S142-S147.
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. American Psychological Association (APA). Task Force on Violent Media. Technical report on the review of the violent video game literature. 2015. Dostupno na: <http://www.apa.org/pi/families/violent-media.aspx>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
4. Boričević Maršanić V, Zečević I, Paradžik Lj i sur. Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba – rezultati probnog projekta. *Socijalna psihijatrija* 2017;45(3):169-186.
5. Common Sense Media. VJR Consulting. The Common Sense census: media use by tweens and teens. 2015. Dostupno na: https://www.commonsensemedia.org/sites/default/files/uploads/research/census_researchreport.pdf. Pristupljeno 1. 5. 2018.
6. Currin L, Schmidt U, Treasure J i sur. Time trends in eating disorders incidence. *Br J Psychiatry* 2005;186:132-135.
7. Dodig-Čurković K, Franić T, Boričević Maršanić V i sur. Mentalno zdravlje djece u Hrvatskoj – treba li nam uopće dječja i adolescentna psihijatrija? *Paediatr Croat* 2016; 60(Suppl 1):108-112.
8. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G i sur. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2017; 26: 395-402.
9. Fombonne E. *Epidemiology*. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 205-225.
10. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(10):1203-1211.
11. Filaković P. *Psihijatrija*. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014.
12. Fisher J, Cabral de Mello M, Izutsu T i sur. Adolescent Mental Health in Resource-Constrained Settings: A review of the evidence of the nature, prevalence and determinants of common mental health problems and their management in primary health care. *Int J Soc Psychiatry* 2011;57(1 Suppl): v-vii, 9-116.
13. Grgić M, Vidović V, Soldo-Butković S i sur. Depression and perceived family functioning in Croatian displaced children. *Društvena istraživanja* 2005;14:597-608.
14. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ). 2017. Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj. Dostupno na: www.hzjz.hr. Pristupljeno 1. 5. 2019.
15. Jeffers A, Fitzegard M. *Irish Families under stress*. Vol. 2. Dublin: Eastern Health Board; 1991.
16. Kazdin AE. *Research Design in Clinical Psychology*. 4 izdanje. Boston MA: Allyn & Bacon; 2003.

17. *Kessler R, McLaughlin K, Green J i sur.* Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry* 2010; 197(5), 378-385.
18. *Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M i sur.* Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011;378:1515-1525.
19. *Kuzman M.* Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *Medicus* 2009;18(2):155-172.
20. *Lehmkuhl G, Döpfner M.* Komorbiditetaet. U: *Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M i sur., ur. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Hogrefe Verlag: Goettingen; 2013, str. 437-443.
21. *Lund C, De Silva M, Plagerson S i sur.* Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011; 378: 1502-14.
22. *Marchant A, Hawton K, Stewart A i sur.* A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS ONE* 2017; 12(8): e0181722.
23. *Matteblat F, Remschmidt H.* The children of mentally ill parents. *Deutsches Arzteblatt International* 2008;105: 413-418.
24. *Padmanathan P, Biddle L, Carroll R i sur.* Suicide and self-harm related internet use. *Crisis* 2018;31:1-10.
25. *Patel V, Goodman A.* Researching protective and promotive factors in mental health. *International journal of epidemiology* 2007;36(4):703-7.
26. *Rutter M, Tizard J, Whitmore K.* Education, Health and behavior. New York: Robert E. Krieger Publishing; 1970.
27. *Rutter M, Tizard J, Yule W i sur.* Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychol Med* 1976; 6:313-332.
28. *Sameroff AJ.* Developmental systems and psychopathology. *Dev Psychopathol* 2000;12(3):297-312.
29. *Smink FR, van Hoeken D, Oldenhinkel AJ i sur.* Prevalence and severity of DSM V eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord* 2014;47:610-619.
30. *SZO.* Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization; 2004.
31. *SZO.* Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization; 2005.
32. *SZO.* Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: WHO; 2017(a).
33. *SZO.* Global Health Observatory. Geneva: WHO; 2017(b).
34. *Teicher MH, Samson JA, Anderson CM i sur.* The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience* 2016;17: 652-666.
35. *Vidović V, Moro Lj, Begić N i sur.* Children in war and exile: Emotional reactions and signs of distress. *Medica Jadertina* 1993;23:13-20.

Djeca i žalovanje

Mirjana Graovac

SADRŽAJ

12.1. Uvod	173
12.2. Pregled nekih teorijskih doprinosa o žalovanju u djece	173
12.3. Reakcije djeteta na gubitak	174
12.4. Razumijevanje koncepta smrti u djece	174
12.4.1. Uvodni aspekti	174
12.4.2. Kako djeca različite dobi razumiju smrt	175
12.5. Čimbenici koji utječu na ekspresiju žalovanja u djece	176
12.6. Faze žalovanja	177
12.7. Rad žalovanja u djece	177
12.8. Razlike u žalovanju u djece i u odraslih	177
12.9. Upute za roditelje/nastavnike	178
12.10. Često postavljena pitanja	178
12.11. Pitanja	178
12.12. Literatura	179

12.1. Uvod

Žalovanje ili rad žalovanja možemo definirati kao psihofiziološki odgovor na gubitak bliske osobe s preokupacijama o umrloj osobi, te postupnim otpuštanjem od ove povezanosti, karakteriziran manjkom interesa u vanjski svijet, praćeno osjećajima tuge, poremećajima spavanja i drugim fenomenima (Peters 1990). Riječ je o normalnoj, fiziološkoj pojavi. Mitovi o žalovanju u djece govore da djeca ne žaluju. Odrasli često imaju predrasude vezane za vlastitu percepciju da dijete ne žaluje, poput – dijete nije svjesno gubitka, dijete ne osjeća gubitak ako o tome ne govori ili ne plače, bolje je ne pričati o tome, za dijete je najbolje da zaboravi, odrasli ne smiju plakati pred djetetom i drugo.

Istraživanja fenomena žalovanja u djece govore suprotno – sva djeca žaluju, neovisno o svojoj dobi. Djeca pokazuju žalovanje na drukčiji način, ali jednako snažno kao i odrasli. Ponašanja djece koja žaluju mogu biti vrlo različita – neka su djeca vrlo tiha i ne plaču, druga su vrlo glasna, pokatkad i agresivna, neka traže samoću i mir, druga traže društvo. Neovisno o vanjskoj ekspresiji i ponašanju djeteta, svako dijete koje žaluje treba puno razumijevanja, pažnje, strpljenja i ljubavi.

Gubitak i emocionalna reakcija na gubitak nije „privilegij“ odraslih. Spektar je mogućih gubitaka u dječjoj dobi širok, uključuje osobe, stvari, igračke. Djecu ne možemo „zaštiti“ od gubitaka, pa ni od gubitaka koji su vezani za umiranje i smrt. Djeca su vulnerabilnija kada žaluju, a žalovanje u djece nema vremensko ograničenje (Himmelstein 2004). Vidjeti [tablicu 12.1.](#) o najčešćim mitovima i pogrešnim uvjerenjima o žalovanju u djece.

12.2. Pregled nekih teorijskih doprinosa o žalovanju u djece

Danas je prihvaćeno mišljenje da djeca mogu žalovati, kao što mogu biti depresivna i kao što mogu oboljeti od svih depresivnih poremećaja kao i odrasli. U prošlosti nije bilo tako. Kroz povijest i razvoj psihoanalitičke teorije psihoanalitičari su se bavili pitanjima žalovanja u odraslih, ali i pitanjima sposobnosti djeteta da prolazi kroz proces žalovanja. A. Freud i Burlingham (1965) i Nagera (1970) smatrali su da malo dijete nije sposobno za proces pravog žalovanja. Bowlby (1960) i Furman (1964) imali su drukčije stajalište, smatrali su

Tablica 12.1.

Mitovi i pogrešna uvjerenja o žalovanju u djece.

Modificirano prema Himmelstein i sur. 2004; Schulz 1999.

- Djeca ne žaluju.
- Djeca su premala da bi shvatila smrt i gubitke.
- Odrasli trebaju zaštititi djecu od svih gubitaka i boli.
- Pospješuj samo lijepa sjećanja na umrlog.
- Ne treba izražavati različite osjećaje (npr. bijesa ili krivnje).
- Odlazak na sprovod uzrujat će djecu.
- Ne treba dopustiti djetetu da dotakne mrtvacu.
- Treba im navesti sve činjenice o smrti naglo i odmah.

da je proces žalovanja u djeteta sličan žalovanju u odrasle osobe. U svojem članku posvećenu problematici žalovanja Bowlby (1960) je govorio o privrženosti i tjeskobi odvajanja. Bowlby je smatrao da su procesi koji se odigravaju u situacijama odvajanja u ranom djetinjstvu, istovjetni s procesima koji se zbivaju u odraslih u situacijama gubitka objekta, dakle pri žalovanju. A. Freud (1960) navodi kako „proces žalovanja“ u analitičkom smislu označuje napor osobe da prihvati činjenicu u vanjskome svijetu – gubitak investiranog objekta, a to pokreće promjene u unutarnjem svijetu – povlačenje libida od izgubljenog objekta i identifikaciju s izgubljenim objektom. Kako je za prihvaćanje vanjske realnosti potrebna odgovarajuća sposobnost psihičkog aparata (npr. sposobnost prihvaćanja realnosti, prihvaćanje načela realnosti, djelomična kontrola id-nagona od ega), A. Freud je suzdržana da djetetovu reakciju na gubitak opisuje u terminima žalovanja te smatra da se o žalovanju u djeteta može govoriti kada ono dostigne stupanj razvoja u kojem se objekt doživljava postojanim (konstantnost objekta) (v. poglavlje 4). U komentaru Bowlbyjeva članka o žalovanju, Schur (1960) navodi da je, za opise reakcija odvajanja u djeteta (u psihoanalitičkom smislu), koncept depresije dovoljno širok kako bi ponudio spektar mogućih djetetovih reakcija na doživljeni gubitak objekta, i smatrao je nepotrebnim pozivati se na žalovanje u odraslih. Komentirajući Bowlbyjev članak, Spitz (1960) navodi da postoje razlike u psihičkim zbivanjima u djeteta i u odraslih, bilo da je riječ o procesima separacije, o depresiji ili o žalovanju. Iako žalovanje u djece i žalovanje u odraslih potiču slični čimbenici, dijete žaluje na drukčiji način nego odrasli. Razumijevanje ovih razlika moguće je ako poznamo i prihvaćamo razvojne procese, razlike u kognitivnom, emocionalnom i socijalnom razvoju djeteta duž razvojnih

Tablica 12.2.

Razvoj potpunog shvaćanja koncepta smrti.

Modificirano prema Himelstein i sur. 2004; Wilis 2002.

Koncept smrti	Pitanja djece koja upućuju na nepotpuno razumijevanje	Implikacije nepotpunog razumijevanja
Nepovratnost (engl. <i>irreversibility</i>) (smrt bi značila da opet ne mogu oživjeti)	Kad će se moj umrli kućni ljubimac natrag vratiti? Može li netko opet postati opet živ nakon što je umro?	Prevenira otpuštanje od umrlog, što je prvi stupanj žalovanja.
Konačnost (engl. <i>finality</i>) (smrću prestaju sve životne funkcije)	Je li tko gladan ako je mrtav? Boli li nekoga ili je tužan kada je mrtav?	preokupacija fizičkom patnjom umrlog
Neizbježnost za sva živa bića (engl. <i>universality</i>) (sva će živa bića umrijeti)	Hoće li svi umrijeti? Umiru li djeca? Hoću li i ja umrijeti? Kada ću ja umrijeti?	smrt kao kazna za neke misli ili akcije
Uzročnost (engl. <i>causality</i>) (realistično shvaćanje uzroka smrti)	Umiru li ljudi zato što su zločesti? Zašto je uginuo moj pas?	može uzrokovati snažne osjećaje krivnje

linija, kao i razvoj specifičnih obrana u pojedinim fazama djetetova psihološkog razvoja (Schulz 1999).

12.3. Reakcije djeteta na gubitak

Danas znamo da je doživljaj gubitka u djece različit od doživljaja gubitka u odraslih. Naime, djeca su ovisnija o svojoj neposrednoj okolini, o odraslima koji se o njima brinu, te je stoga za njih gubitak vrlo često povezan s intenzivnim osjećajima nesigurnosti i bespomoćnosti. Osim toga, mlađa djeca nemaju razvijene kognitivne kapacitete koji bi im pomogli u razumijevanju onoga što se dogodilo. Zbog toga su, kako navodi Pregrad (1996), odrasle osobe izrazito važne djetetu koje tuguje kako bi mu pružile osjećaj zaštićenosti i sigurnosti, te na način koji je djetetu razumljiv objasnile što se događa u okolini tugujućeg djeteta.

Iskustvo gubitka (smrt bliske osobe), kako navode Corr (1997) i Fitzgerald (1992), jedinstveno je i individualizirano. Unatoč tomu, u situaciji kada je dijete suočeno s gubitkom, na percepciju, razumijevanje i ponašanje djeteta utječu brojni čimbenici: ponajprije dob djeteta i aktualna razvojna faza, zatim crte djetetove ličnosti, prijašnja iskustva s gubitkom (smrću), priroda i kvaliteta odnosa s osobom koju je izgubila, uzrok smrti umrle osobe, obrasci interakcija i komunikacija unutar obitelji, stabilnost obiteljskog života nakon gubitka, kapaciteti za prepoznavanje i ispunjavanje

djetetovih potreba, sposobnost za izražavanje i dijeljenje osjećaja i sjećanja, roditeljski stilovi za suočavanje sa stresom, dostupnost konzistentnih odnosa s drugim odraslim osobama, ali i širi socijalni i kulturološki odnosi. Wilis (2002) naglašava kako djeca svih dobnih skupina, isto kao i odrasli, trebaju vrijeme, ali i kapacitet za razumijevanje koncepta smrti i umiranja.

12.4. Razumijevanje koncepta smrti u djece

12.4.1. Uvodni aspekti

Djeca ne mogu razumjeti koncept smrti onako kako ga razumiju odrasli. Razumijevanje svijeta oko sebe i pojava u tom svijetu dijete temelji na postignutom stupnju kognitivnog i emocionalnog razvoja koji je ovisan o njegovoj dobi. Stoga se i razumijevanje koncepta smrti mijenja usporedo s rastom, razvojem i sazrijevanjem djeteta. Prema Wilis (2002), razumijevanje pojmova kao što su **nepovratnost**, **konačnost**, **neizbježnost** i **uzročnost** izravno je povezano s dostignutim razvojnim stupnjem djeteta u vrijeme kada se ono susreće sa pojmom smrti (v. tabl. 12.2.).

Nepovratnost (engl. *irreversibility*) za dijete je veoma težak pojam. Djetetu je teško razumjeti da smrt **nije** nešto što se dogodilo i nakon toga se može „vratiti na prijašnje stanje“. Razumijevanje svijeta i pojava oko

sebe dijete temelji na vlastitu iskustvu koje mu govori da se igračke, kada se pokvare, mogu popraviti, a kada se razbiju, mogu se zalijepiti. Pojam smrti kao nepovratne pojave malo dijete ne može shvatiti. Djetetovo razumijevanje pojma **konačnosti** (engl. *finality or nonfunctionality*), da je smrt nepovratno i trajno stanje, proistječe iz djetetova (ne)poimanja vremena. Kako dijete raste i sazrijeva, ono razvija i postupno usvaja koncept vremena. Pojmovi stalnosti i konstantnosti dobivaju realnije značenje usporedo s odrastanjem djeteta. S druge strane, djeca nemaju iskustvo o životnom ciklusu da bi razumjela smrt kao prirodan proces, **neizbježan** za sva živa bića (engl. *universality*). Razumijevanje **uzročnih relacija** (engl. *causality*) težak je zadatak za djecu jer ona ne razumiju da neke stvari i pojave oko njih nastaju pod utjecajem prirodnih čimbenika, a da te prirodne čimbenike nije moguće kontrolirati.

12.4.2. Kako djeca različite dobi razumiju smrt

Razumijevanje smrti u djece razvija se usporedo s kognitivnim i emocionalnim sazrijevanjem djeteta. Na drukčiji bi se način moglo reći da slično kao i kod koncepta vlastitog tijela (i bolesti) tako postoji i određeni razvojni koncept odnosa prema smrti (v. **poglavlje 50**). Jedno od prvih istraživanja koje se bavi ovom problematikom jest poznata studija Marie Nagy (1948) u kojoj se opisuju tri stadija dječjeg razumijevanja smrti. Prvi stadij obuhvaća djecu u dobi 3 – 5 godina, u kojemu djeca shvaćaju smrt kao puki odlazak osobe s jednoga mjesta, vjeruju da se ta (umrla) osoba samo premjestila na drugo mjesto i nastavlja živjeti negdje drugdje. U drugome stadiju, koji obuhvaća djecu u dobi 5 – 9 godina, djeca vjeruju da se smrt može potpuno izbjeći. U trećem stadiju, u dobi 9 – 10 godina, djeca dosegnu razumijevanje da je smrt trajna, neizbježna i da utječe na sva živa bića. Slično ovoj podjeli, Barbara Kane (1979), oslanjajući se na Piagetove stadije (1988), navodi sljedeće stadije razumijevanja smrti: 1. strukturni stadij (3 do 5 godine); (preoperacionalni stadij prema Piagetu); dijete pomalo shvaća da postoji smrt; dominira konkretizam: smrt kao odvajanje, nemogućnost pokreta, nema funkcionalnosti; odnosno smrt kao putovanje u drugu zemlju; netko npr. može umrijeti, ali to ima značenje kao da je otputovao i da će se jednom vratiti; 2. funkcionalni stadij (od 6. do 12 godine); (konkretno operacionalizirani stadij) smrt se shvaća kao nemogućnosti povratka;

pojavljuje se univerzalnost; bolja procjena prošlosti, sadašnjosti i budućnosti; 3. stadij apstrakcije – od 12 godina nadalje; dominira formalno-operacijsko mišljenje; nije više vezano za konkretno mišljenje; smrt se shvaća kao dijalektična nužnost, dakle bez smrti nema ni života; može prevladavati narcistička problematika adolescenta i opsjednutost smrću.

Karen Schultz (1999) navodi razvojne i emocionalne karakteristike djece koje utječu na njihovo izražavanje tuge. Dob djeteta, razvojne i emocionalne karakteristike određene djetetovom dobi oblikuju koncept djetetova poimanja smrti, a posljedično i moguće emocionalne reakcije djeteta na gubitak. Do treće godine života dijete se senzorno i motorički razvija. U toj djetetovoj dobi ne postoji koncept smrti. Smrt i odsutnost za njih imaju isti učinak. Moguće djetetove reakcije u situaciji gubitka jesu uznemirenost, tjeskoba, nesigurnost i separacijska anksioznost, kao i reakcija djeteta na tugu skrbnika.

U dobi između treće i pete godine razvojne i emocionalne karakteristike djeteta jesu egocentričnost, magičnost, animizam i artifizijelnost (autorično razjašnjenje – sve je izrađeno kako bi služilo djetetu), moralizam (loše stvari događaju se lošim ljudima). Dijete spomenute dobi smrt razumijeva reverzibilnom, poput odlaska na spavanje (poistovjećenje smrti i sna), odlaska na izlet, likova iz bajki ili crtića koji oživljavaju. U toj dobi dijete očekuje da se umrla osoba uskoro vrati i da sve bude kao što je bilo prije. Moguće djetetove reakcije na gubitak jesu ustrašenost, osjećaj krivnje, strahovi od daljnjeg napuštanja. Dijete te dobi može pokazivati jaku vezanost za roditelja ili drugu blisku odraslu osobu. Ono može biti ljuto na pokojnika (jer je otišao i ne vraća se), može biti zabrinuto za umrlog (da mu je hladno, da je gladan, ustrašen). Smrt percipira kao nešto loše ili kao kaznu, pa dijete može biti zabrinuto za sebe ako mu se kaže, ili ako misli, da nije dobro. Dijete može pokazivati tjeskobu i strahove pri odlasku na spavanje ili pri udaljavanju od kuće. Nije rijetkost da djeca u takvim situacijama elaboriraju tjeskobu i strahove putem tijela, pa počinju manifestirati neke od tjelesnih simptoma (glavobolja, trbobja, umor, slabiji apetit i slično). Malo dijete teško može shvatiti da se smrt može dogoditi njemu bliskoj osobi, pa se, u situaciji kada se to dogodi, brani negacijom ili psihosomatskim reakcijama. U dobi od 7 do 12 godina dijete razmišlja logičnije, ali konkretnije, raste socijalizacija djece. Djeca te dobi počinju razumijevati smrt kao ireverzibilnu, ali kapricioznu i neprirodnu.

U adolescenciji je sposobnost za razumijevanje konačnosti i prirode smrti uspostavljena i potpuna. Adolescenti najčešće u osami izražavaju emocije. Nerijetko imaju osjećaj besmisla i gubitka kontrole nad svojim životom. Razvojna zadaća separacije od roditelja u situaciji gubitka (smrti) bliske osobe je na kušnji, adolescenti su ambivalentni i u raskoraku između razvojne zadaće i potrebe odvajanja i pripadanja obitelji. Nije rijetko da adolescenti u tim situacijama „uskoče“ u ulogu odraslog. Snažni osjećaji krivnje pojavljuju se u onih adolescenata koji su bili u lošim odnosima i/ili sukobima s umrlom osobom.

12.5. Čimbenici koji utječu na ekspresiju žalovanja u djece

Djeci je potreban rad na žalovanju, kao i odraslima. Djeca prolaze iste faze procesa žalovanja – od prorade boli do prihvaćanja smrti. Međutim, progresivni kognitivni i emocionalni razvoj djece, kao i specifičnosti njihovih psiholoških obrana oblikuju izražavanje žalovanja u djece. Stupanj kognitivnog i emocionalnog razvoja djeteta utječe ne samo na poimanje i percepciju gubitka (smrti) već i na ekspresiju emocija. Najčešći mehanizmi obrane u djece jesu **regresija i poricanje**. Ove obrane, uz dječju maštu, kao i limitiranu ekspoziciju dječjeg selfa prema snažnim emocijama, oblikuju njihovo tugovanje na specifičan način, različit od odraslih.

Nadalje, kada je riječ o djeci koja tuguju, ne smije se izgubiti iz vida djetetova prirodna potreba za podrškom roditelja, kao i potreba djeteta za ponovnim interpretiranjem gubitka (smrti) na sljedećem stupnju djetetova kognitivnog i emocionalnog sazrijevanja. Stoga je proces žalovanje u djece intermitentnog (koji se javlja na mahove) i prolongiranog tipa jer svaki novi razvojni korak traži od djeteta ponovnu reinterpretaciju gubitka (smrti).

Roditelji koji i sami žaluju najčešće se brinu o tome kako će njihova djeca preboljeti gubitak (smrt) bliskog člana obitelji. Tretman, podrška i edukacija roditelja, koji su i sami u procesu žalovanja, pomaže ne samo njima – odraslima nego posredno i njihovoj djeci. Psihološke poteškoće s kojima se dijete suočava u situaciji gubitka (smrti) bliskog člana obitelji nije moguće izbjeći, ma koliko to bilo teško, jer se, u suprotnom u budućnosti, tijekom daljnjih faza razvoja u djetinjstvu, adolescenciji ili u odrasloj dobi mogu razviti neki od poremećaja depresivnog spektra. Time se naglašava

važnost autentične obiteljske atmosfere u situaciji gubitka, u kojoj članovi obitelji dopuštaju djetetu izražavanje svoje tuge i žalosti, bilo izrazom lica, riječima ili djelima. Veoma je važno da manifestacije djetetove žalosti budu prihvaćene unutar obitelji, ali isto tako i da obitelj nastavi njegovati raniji ritam obiteljskog života, poznat i blizak djetetu. Također je važno promicati stabilnost i dosljednost i u drugim područjima djetetova života izvan obitelji (škola, sport, druženje s vršnjacima). Djecu je najprije potrebno ohrabriti kako bi, sukladno svojoj dobi, razumjela koncept smrti.

Djeca u ranome djetinjstvu često postavljaju pitanja o smrti, znatiželjna su. Ona pitaju što je smrt, kako je osoba umrla, što joj se dogodilo, pitaju o vlastitoj sigurnosti, hoće li i ona umrijeti i tko će se onda o njima brinuti. Mala djeca trebaju jednostavne i konkretne odgovore na svoja pitanja. Nejasni, nedorečeni i dvosmisleni odgovori odraslih, kojima se želi ublažiti stvarnost, najčešće postižu suprotan učinak i zbunjuju dijete.

Djeci u srednjem djetinjstvu također treba pružiti priliku za razgovore – o smrti, preminulom, sprovodu, djetetovu odnosu s preminulim. Važno je pomoći djetetu da dobije cjelovitiju sliku o preminulom, jer će, u suprotnom, dijete teško moći izraziti svoje emocije (npr. idealizacija preminulog može blokirati osjećaje bijesa, dok isključivo negativni aspekti umrlog mogu blokirati osjećaje tuge).

S obzirom na to da je žalovanje u djece ciklični proces koji prati kognitivni i emocionalni razvoj djeteta, dijete treba priliku za ova ponavljanja i specifičan rad žalovanja. Članovi obitelji djeteta trebaju biti osjetljivi za ove djetetove potrebe, za reinterpretacijama gubitka, jer je ponavljanje velik dio „rada žalovanja“.

Neki su dani posebno snažno povezani s osjećajima tuge vezane za gubitak bliskog člana obitelji – godišnjice, blagdani, rođendani itd. U takvim, ali i u drugim prigodama kada dijete zatraži, razgovori o bliskoj osobi koje više nema, razgledavanje fotografija obiteljskih albuma, odlazak na groblje itd., postaju dio obiteljskih rituala koji djetetu pokazuju da gubitak nije zaboravljen u rutini i tempu svakodnevnog života. Sjećanja na osobu koju je obitelj izgubila daje priliku djetetu za reinterpretaciju gubitka u svjetlu djetetovih novih kapaciteta za kognitivno razumijevanje.

Konačno, na ekspresiju žalovanja, osim prije navedenih intrapsihičkih i interpersonalnih utjecaja, mogu djelovati i drugi čimbenici: posebnosti veze između umrlog i djeteta (npr. ambivalencija /zlostavljanje/;

međusobne ovisnosti); okolnosti smrti umrle osobe (iznenadna smrt, nasilna, sa socijalnom stigmom /suicid, AIDS itd.); kao i socijalni okoliš (potpora šire socijalne sredine, posebnosti etničkog pripadanja, obiteljska stabilnost, religijska uvjerenja itd.) (Schultz, 1999). Posebno pitanje može biti praćenje umiruće djece, palijativna skrb djece (opisano je u poglavlju 51 Psihosocijalno značenje pojedinih tjelesnih bolesti).

12.6. Faze žalovanja

Slično kao i odrasli, djeca prolaze kroz faze žalovanja ili zadaće žalovanja koje uključuju **šok i poricanje, ljutnju i ogorčenost, osjećaje krivnje, te tugu i depresiju**, ali u skladu s njihovim emocionalnim i kognitivnim sposobnostima, na stupnjevit i cikličan način (v. tabl. 12.3.).

Tablica 12.3.

Faze i zadaće žalovanja u djece.

Modificirano prema Schultz 1999; Worden 1991.

- Prihvaćanje smrti („Što je bilo dobro u vašem odnosu; što je bilo teško u vašem odnosu“); „Biti mrtav znači ne vidjeti i ne čuti.“
- Emocionalna prorada bijesa, krivnje, straha, bespomoćnosti (igra, crteži; pisanje pisma, strah od napuštanja)
- Prilagodba na nove uloge

12.7. Rad žalovanja u djece

Emocionalni razvoj djeteta prati razvojne procese. Dijete često ne zna objasniti kako se osjeća i ne zna izraziti svoje osjećaje. Stoga je veoma važno pomoći djetetu da bi ono moglo naučiti prepoznati i izraziti svoje osjećaje. Pogrešno je stajalište da je djeci, kada im je previše teško, bolje ne pokazivati osjećaje i ne govoriti o njima.

Mlađa djeca često svoje osjećaje izražavaju kroz stvaralaštvo i igru. Igra je, kao i san, kraljevski put u nesvjesno. Igra i stvaralaštvo protektivni su čimbenici djetetova mentalnog zdravlja. Dijete kroz igru i vlastitu kreaciju lakše izražava svoje osjećaje. Dječjoj igri i kreaciji odrasli trebaju „dodati“ riječi koje djeca ne mogu izgovoriti. Djecu je lakše upoznati kroz igru, promatranjem dječje igre mogu se „iščitati“ djetetove poruke. Terapijske se intervencije, dakle najčešće, u djece provode putem igre.

Ljutnju, krivnju, tjeskobu i bespomoćnost, u situacijama u kojima su ovi osjećaji povezani s gubitkom i tugom, djeca izražavaju najteže. Okolina (obitelj, terapeut) najprije treba djetetu omogućiti izražavanje osjećaja. Preko igre ili stvaralačke igre dijete lakše izražava ove neugodne osjećaje. Djetetu treba pokazati da su njegovi osjećaji prihvaćeni i sadržani. Na odraslima je da djetetu pomognu u procesu suočavanja s krivnjom jer je djetetu o krivnji iznimno teško govoriti. Svoju ljutnju dijete može „premjestiti“ na druge osobe u obitelji (npr. na preživjelog roditelja) ili izvan obitelji (liječnika, učitelja, prijatelja). Osjećaji straha mogu se različito prezentirati u pojedinim razvojnim fazama djeteta, premda dijete kadšto „preskoči“ ekspresiju straha u nekoj od njih. Važno je naglasiti da djetetu treba pomoći u situacijama i razvojnim fazama u kojima dijete manifestira svoj strah. Nadalje, s djetetom je potrebno razgovarati i o njegovim fantazijama i o „krivim konkretnim povezanostima“, pri čemu je važno prepoznati podležeću emociju fantazije ili djetetova „kriva povezivanja uzroka“.

Dijete teško može žalovati samo. U situaciji gubitka dijete treba svoju obitelj kako bi odrasli sadržavali i „mentalizirali“ situaciju gubitka koja pokatkad može biti i traumatična. U procesu prihvaćanja gubitka dijete treba članove svoje obitelji kako bi se prilagodilo i prihvatilo gubitak. Dijete treba odrasle koji se brinu o njemu kako bi se poticali njegovi razvojni potencijali u smjeru nastavka razvojnih procesa tijekom djetinjstva i poslije tijekom adolescencije.

12.8. Razlike u žalovanju u djece i u odraslih

Da bismo razumjeli iskustvo djeteta u procesu žalovanja, bitno je upozoriti na razlike u žalovanju u djece i u odraslih. Najprije, žalovanje u djeteta obično je **ciklično**. Sa svakim novim stadijem razvoja dijete na neki način ponovno prerađuje svoje ranije osjećaje i ponašanja povezana s gubitkom (smrti). Nadalje, dok odrasli posjeduju potencijal kako bi se izrazili i zatražili ono što im je potrebno, djeca se često osjećaju zburnjena i ne razumiju zapravo – zašto se osjećaju onako kako se osjećaju. Nerijetko je prezentacija djetetova neprihvatljivog ponašanja zapravo samo ekspresija njihove zburnjenosti onime što se dogodilo. Nadalje, koncept vremena dijete gradi kako odrasta. Djeca nemaju životno iskustvo i ne razumiju da se stvari s vremenom mijenjaju, da teške situacije obično postaju lakše kako

vrijeme prolazi (ali uz vlastitu razradu i potporu drugih, kao i uz potporu šire socijalne i kulturalne sredine). Zadaća žalovanja u djece jest, kao i u odraslih, prihvaćanje gubitka (smrti), prorada neugodnih osjećaja vezanih za gubitak i prilagodba na nove uloge.

Procesi žalovanja u djece protječu stupnjevito, ciklično, prateći njihove razvojne procese. Rastući, sazrijevajući i odrastajući, djeca ugrađuju, korak po korak, komadiće vlastita iskustva u mozaik koji je određen njihovom razvojnom razinom, kognicijom, emocijama, te ozračjem u njihovim obiteljima, kao „alatima“ za razumijevanje gubitka (smrti) u radu žalovanja.

12.9. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Istraživanja fenomena žalovanja u djece govore da sva djeca žaluju, neovisno o svojoj dobi. Djeca pokazuju žalovanje na drukčiji način, ali jednako snažno kao i odrasli.
- ✓ Ponašanja djece koja žaluju mogu biti vrlo različita.
- ✓ Neovisno o vanjskoj ekspresiji i djetetovu ponašanju, svako dijete koje žaluje treba mnogo razumijevanja, pažnje, strpljenja i ljubavi.
- ✓ Gubitak i emocionalna reakcija na gubitak nije „privilegij“ odraslih. Spektar mogućih gubitaka u dječjoj je dobi širok, a uključuje osobe, stvari, igračke.
- ✓ Djecu ne možemo „zaštititi“ od gubitaka, pa ni od gubitaka koji su vezani za umiranje i smrt. Djeca su vulnerabilnija kada žaluju, a žalovanje u djece nema vremensko ograničenje.
- ✓ Odrasle su osobe izrazito važne djetetu koje tuguje kako bi mu pružile osjećaj zaštićenosti i sigurnosti, te na djetetu razumljiv način objasnile što se događa u okolini tugujućeg djeteta.

12.10. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Mogu li djeca i adolescenti žalovati?

ODGOVOR: Danas svakako smatramo da svako dijete i adolescent žaluje. Djeca pokazuju žalovanje na drukčiji način nego odrasli. Djeca se ne mogu zaštititi

od gubitaka, tema smrti i drugih pitanja, jer o tome čuju od druge djece, iz medija, kroz životno iskustvo, u školi itd. Dječje žalovanje može biti dugotrajnije i podložno je stalnoj proradi. Razlikuje se žalovanje u djece od žalovanja u adolescenata.

■ PITANJE: Trebaju li se djeca susresti s bliskom osobom koja umire ili je umrla?

ODGOVOR: Djeca trebaju imati iskustvo vlastita života na način da s vremenom razumiju da su umiranje i smrt sastavni dio života. Djeca će najvjerojatnije vrlo cijeniti ako su neko vrijeme provela s bliskom umirućom osobom. Djeca se mogu poslije žaliti zašto su bila isključeni iz procesa umiranja bliske osobe, odnosno sudjelovanje pri umiranju pospješuje žalovanje kao normalan proces. Slično prije rečenomu, dijete također može imati potrebu da već umrlu blisku osobu vidi, dodirne je, da se oprostí od nje, sudjelujući u obiteljskom ritualu, i uz potporu drugih bliskih osoba.

■ PITANJE: Trebaju li djeca prisustvovati sprovodu i drugim ceremonijama opraštanja?

ODGOVOR: Djeca mogu imati psihološke koristi od sudjelovanja na sprovodima, kao znak ritualiziranog opraštanja u kojemu sudjeluje i obitelj i šira zajednica. Djeca mogu imati pitanja, na koja treba s taktom odgovarati o opaženim reakcijama žalovanja.

12.11. Pitanja

- 1 Navedite definiciju žalovanja.
- 2 Navedite neke mitove i pogrešna uvjerenja o žalovanju u djece.
- 3 Koji sve elementi sudjeluju u potpunom shvaćanju koncepta smrti u djeteta?
- 4 Koje su zadaće ili faze žalovanja u djece?
- 5 Koji čimbenici sudjeluju u emocionalnoj ekspresiji žalovanja u djece?

12.12. LITERATURA

1. *Bowlby J.* Attachment and Loss: Vol.3. Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books; 1980.
2. *Bowlby J.* Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1960; 15:9-52.
3. *Buzov I.* Psihoanaliza žalovanja. Zagreb: Jumenaj; 1989.
4. *Corr CA, Nabe CM, Corr DM.* Death and Dying, Life and Living. 2nd ed. Pacific Grove, Calif: Books/Cole Publishing Company; 1997.
5. *Erikson EH.* Identification and the Life Cycle. New York: IUP; 1958.
6. *Fenichel O.* Psihoanalitička teorija neuroza. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1961.
7. *Freud A.* Discussion of dr. John Bowlby's Paper. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1960; 15:53-62.
8. *Freud A, Burlingham D.* Infants Without Families. New York: Int Univ Press; 1965.
9. *Furman RA.* Death and Young Child. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1964; 19:321-333.
10. *Fitzgerald H.* The Greaving Child: A Parent's Guide. New York: Fireside; 1992.
11. *Graovac M.* Psihodrama. U: Kozarić-Kovačić D, Frančičković T, ur. Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 221-232.
12. *Graovac M.* Žalovanje u djece. U: Rudan V, Marčinko D, ur. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 13-21.
13. *Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D.* Pediatric Palliative Care. *N Engl J Med* 2004; 350:1752-1762.
14. *Jurčević S, Vlastelica M, Urlic I.* Denial and dissociation as coping strategies in mothers' postmortem identification of their sons. *Am Imago* 2005; 62: 395-418.
15. *Kane B.* Children's Concepts of Death. *The Journal of Genetic Psychology. Research and Theory on Human Development* 1979; 134(1): 141-153.
16. *Nagera H.* Children's Reactions to the Death of Important Objects. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1970; 25:360-400.
17. *Nagy M.* The child's theories concerning death. *J of Genetic Psychology* 1948; 73:3-27.
18. *Piaget J.* Razvojna psihologija Jeana Piageta. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
19. *Pernar M, Frančičković T.* Psihološki razvoj čovjeka. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2008.
20. *Peters UH.* Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4 izdanje. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1990.
21. *Pregrad J.* Gubitak i tugovanje u djece. U: Pregrad J, ur. Stres, trauma, oporavak. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 1996, str. 177-186.
22. *Profaca B.* Podrška djetetu u tugovanju. U: Pregrad J, ur. Stres, trauma, oporavak, Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 1996, str. 201-208.
23. *Schulz K.* Bereaved Children. *Can Fam Physician* 1999; 45:2914-2921.
24. *Schur M.* Discussion of dr. John Bowlby's Paper. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1960; 15:63-84.
25. *Spitz R.* Discussion of dr. John Bowlby's Paper. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1960; 15:85-94.
26. *Volkan VD.* Typical findings in pathological grief. *Psychiat Quart* 1970; 4: 231-250.
27. *Wilis C.* The Greaving Process in Children: Strategies for Understanding, Educating and Reconciling Children's Perception of Death. *Early Childhood Education J* 2002; 29(4):221-225.
28. *Worden WJ.* Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. New York, NY: Springer Publishing Company; 1991.

II. Dijagnostika

Dijagnostički proces, plan liječenja

Ivan Begovac

SADRŽAJ

13.1. Uvodno o dijagnostičkom procesu	183
13.1.1. Teoretski modeli kod dijagnostičkog procesa	183
13.1.2. Razlozi dijagnosticiranja, dijagnostički proces	184
13.1.3. Čimbenici dijagnostičkog procesa i koraci	186
13.1.4. Posebne situacije dijagnostičkog procesa	187
13.1.5. Povjerljivost i zaštita podataka	187
13.1.6. Određivanje težine psihičkog poremećaja u dječjoj dobi	187
13.2. Plan liječenja	187
13.3. Upute za roditelje/nastavnike	187
13.4. Često postavljena pitanja	188
13.5. Pitanja	189
13.6. Literatura	189

13.1. Uvodno o dijagnostičkom procesu

Dijagnostika kroz dijagnostički proces ima zadaću prepoznati psihičke poremećaje u djece i adolescenata, ali i snage i sposobnosti, razjasniti uzroke i različite čimbenike, kao i procijeniti potrebu za liječenjem (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Ovdje se dijagnostika i dijagnostički proces shvaćaju u svojemu najširem smislu, koji je najsveobuhvatniji termin, a koji bi se približno mogao poistovjetiti s formulacijom (dijagnostičkom) u angloameričkih autora (v. poglavlje 14 o psihijatrijskom intervjuu i pripadajuće tablice, a posebno [tablicu 14.1.](#)). Da bismo znali nešto dijagnosticirati, potrebno je definirati što je to psihički poremećaj. Psihički poremećaji i bolesti mogu se definirati kao odstupanja od pojedine norme, odnosno odstupanja od normalnog razvoja, primjerice stanja poremećenih životnih funkcija koja se manifestiraju početkom nastanka, svojim tipičnim tijekom i eventualnim vremenskim završetkom; te koja sprječavaju da dijete aktivno sudjeluje i suočava se u odnosu prema dobnim tipičnim životnim aktivnostima (Mattejat i Schulte-Markwort 2013) (v. posebno poglavlje 10 o razvojnoj psihopatologiji).

13.1.1. Teoretski modeli kod dijagnostičkog procesa

U angloameričkih autora, kako je prije rečeno, termin formulacije približno se može poistovjetiti s ovdje navedenim terminom dijagnostičkog procesa. U spomenutih autora formulacija se definira kao naracija koja ima kliničku svrhu (Henderson i Martin 2018). Temeljne sastavnice formulacije slično su navedene poslije u tekstu, kada se govori o dijagnostičkim koracima (v. poslije). Više teorijskih koncepata se mogu primijeniti kod formulacije (odnosno dijagnostičkog procesa), i nekoliko njih će biti naveden u tekstu koji slijedi.

Biopsihosocijalni model dobro je poznat u medicini, a bitno je napomenuti da nije ni potpuno neutralan jer se suprotstavlja isključivo biomedicinskom, psihološkom ili sociološkom reduccionizmu. Primjerice, važna **biološka domena** mogao bi biti podatak o psihijatrijskim bolestima u obitelji, **psihološka domena** mogla bi biti evaluacija npr. emocionalnog razvoja, dok bi tipični **socijalni čimbenici** bili usmjerenost na obiteljsku konstelaciju, kulturu, pripadajuću religiju itd. Dječji bi psihijatar tijekom formulacije trebao

dobiti dojam o tome koliko je koji od ovih čimbenika relativno prisutan u pojedinog pacijenta, odnosno koji je vjerojatno najvažniji.

Model četiri P⁴ angloameričkih autora odnosi se na podjelu čimbenika u četiri skupine: predisponirajući (vulnerabilnost) (Zašto ja?), precipitirajući (stresori, okidači) (Zašto sada?), perpetuirajući (oni koji održavaju poremećaj) (Zašto se nešto nastavlja?), te protektivni (zaštitni) (Na što se mogu osloniti?). O ovim je aspektima već pisano u poglavlju o razvojnoj psihopatologiji (v. posebno poglavlje 10 o razvojnoj psihopatologiji), tako da se ovdje neće dublje ulaziti u to. U literaturi također postoje nastojanja kombiniranja biopsihosocijalnog modela i „modela četiri P“ (Henderson i Martin 2018).

„**Model četiriju perspektiva**“ (ne treba pomiješati s prije navedenim „modelom četiri P“) govori o sljedećim perspektivama: 1. model bolesti; 2. model dimenzije; 3. model ponašanja te 4. model životne priče (Henderson i Martin, 2018). **Model bolesti** klasično se temelji na formulaciji koja uzima u obzir biomedicinsko gledanje da postoji klinički entitet sa svojom specifičnom etiologijom i određenom prognozom. Tipično je pitanje što to pacijent ima. Način pristupa jest liječenje, uvjet liječenja je pacijentova suradljivost. Problem ili kritika ovoga pristupa mogla bi biti da su primijenjeni lijekovi toksični. Kod **modela dimenzije** središnja se tema temelji na nekoj psihološkoj vulnerabilnosti (npr. raspon /dimenzije/ intelektualnih teškoća; ili raspon temperamenta). Takve se vulnerabilnost ne može „izliječiti“, već je potrebna prilagodba vođenjem. Tipično bi pitanje bilo što to pacijent sada jest. Način pristupa jest vođenje, a uvjet liječenja lokacija snaga. Problem ili kritika takvog pristupa moglo bi biti to da je vođenje odviše paternalističko. **Model ponašanja** govori da se neadaptabilno ili neželjeno ponašanje treba umanjivati različitim načinima liječenja. Tipično bi pitanje bilo što to pacijent sada radi. Način pristupa je prekidanje (maladaptabilnog) ponašanja, a uvjet liječenja želja za promjenom. Problem ili kritika takvog pristupa moglo bi biti da je zaustavljanje nekog ponašanja stigmatizirajuće. **Model životne priče** uzima u obzir rekonstrukciju naracije putem terapije razgovorima. Liječenje se uobičajeno provodi prolaženjem kroz emocionalna stanja i napreduje putem interpretacija. Tipično bi pitanje bilo što to pacijent želi. Način pristupa ponovno je rekonstruiranje, a uvjet liječenja je uvid. Problem ili kritika takvog pristupa moglo bi biti da interpretacije mogu katkada biti neprijateljske (Henderson i Martin,

2018). Pluralističko gledanje na formulaciju pokušalo bi se prilagoditi pojedinom pacijentu (npr. model bolesti mogao bi se više odnositi na pojedinca koji ima shizofreniju ili bipolarni afektivni poremećaj (BAP); model dimenzije i model ponašanja npr. na osobe s intelektualnim teškoćama koje pokazuju samoozljeđujuće ponašanje; model životne priče na pacijente s različitim emocionalnim poremećajima itd.). Osim pluralističkog gledanja na etiologiju, također je potrebno uzeti u obzir i pluralističko gledanje na pojedine različite kulture (Henderson i Martin 2018), ali se u ovu problematiku ovdje neće dublje ulaziti.

13.1.2. Razlozi dijagnosticiranja, dijagnostički proces

U dječjoj psihijatriji postoji potreba dijagnosticiranja zbog različitih, ali jasnih razloga (v. tabl. 13.1.)

Tablica 13.1.

Zašto dijagnosticirati u dječjoj psihijatriji?

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

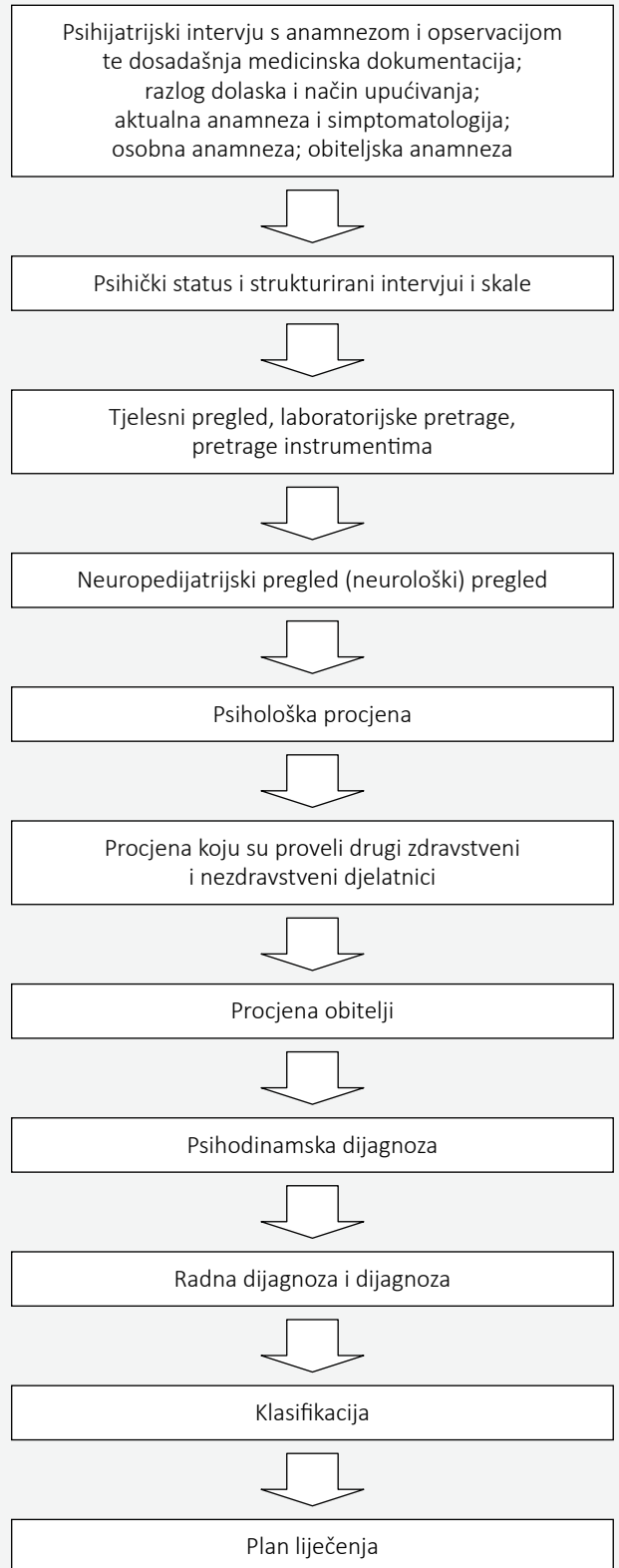
1. Djeca s jednom zajedničkom dijagnozom mogu se odvojiti od druge djece s drugom dijagnozom. To je važno za znanstvena istraživanja ovih poremećaja, kao i zbog sličnog liječenja tih poremećaja. Idealno, dijagnoza bi trebala identificirati poremećaj sa svojom etiologijom, sličnim tijekom i sličnim odgovorom na liječenje. Međutim, čak ni u općoj medicini navedeni ideali nisu dosegnuti.
2. Ista bi dijagnoza trebala implicirati određeni uzrok poremećaja.
3. Dijagnoza bi trebala biti pomoć u komunikaciji. Dijagnoza može biti korisna zbog praktičkih razloga jer se stručnjaci u malo riječi mogu orijentirati o pojedinom pacijentu u smislu opisa kliničke slike, npr. u slučaju premještanja jednog pacijenta iz jedne institucije u drugu.
4. Dijagnostika, osim psihopatologiji, u posljednje vrijeme sve veću pažnju posvećuje sposobnostima djece i adolescenata. Ovako dječja i adolescenata psihijatrija sudjeluje u zaštiti duševnoga zdravlja djece i adolescenata.
5. Dijagnostika nije po sebi sama sebi svrhom, već ima jasnu terapijsku implikaciju. Dijagnoza služi terapiji. Ona, u pravilu, govori o praktičnim aspektima terapije, npr. organski uzrokovan psihički poremećaj zahtijeva drukčiji pristup nego npr. akutna stresna reakcija.

Na slici 13.1. prikazan je slijed dijagnostičkog procesa i plana liječenja, a pojedini su elementi prikazani u drugim pojedinim poglavljima.

Slika 13.1.

Slijed dijagnostičkog procesa i plana liječenja.

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.



Donošenje dijagnoze u dječjoj psihijatriji može biti vrlo delikatan posao. Naime, već liječnik iz primarne zaštite, dakle liječnik obiteljske medicine ili pedijatar moraju na uputnici navesti uputnu dijagnozu iz psihijatrijske domene. Nadalje, dječji psihijatar ne može napisati nalaz prvog pregleda ako nije navedena (radna) dijagnoza, a to u našoj zemlji rade liječnici, odnosno doktori medicine. Kod određenih dijagnoza može postojati dilema, npr. da li napisati djetetu dijagnozu autizma, dijagnozu intelektualnih teškoća ili adolescentne psihoze. Ako se ne napiše takva dijagnoza, može se roditeljima pružiti kratkotrajno olakšanje, koji onda imaju nadu da je možda riječ o prolaznom psihičkom poremećaju, dok se, s druge strane, tim roditeljima i djetetu onemogućuje konkretna vrsta terapije ili druge okolnosti koje proizlaze iz ovog statusa (npr. četverosatno radno vrijeme za majku) itd. Isto tako može biti zamjerka roditelja da im nitko od stručnjaka nije pravodobno znao objasniti o kojoj je dijagnozi riječ te da su „tek na vlastitom plaćenom pregledu u inozemstvu” dobili dijagnozu. S druge strane, donošenje dijagnoze odmah nakon nekoliko pregleda može imati prednosti jer se roditelja informira o aspektima bolesti i pruža se što prije terapija. Također, ovo može imati negativne posljedice za roditelje jer smatraju da je riječ o „definitivnoj” dijagnozi koja je povezana s vrlo teškom prognozom, ili sa „stigmatizirajućom dijagnozom” ili „ishitrenom” dijagnozom, te nezadovoljni pristupom mogu odbiti daljnju suradnju s ovim liječnikom. Ovdje treba raditi s roditeljima na prihvaćanju dijagnoze, što može biti zahtjevan rad za svakog roditelja, te u odbacivanju vlastitih predrasuda o psihičkim bolestima radi bolje kasnije terapije. Dakle, u dijagnostici je potrebna jedna srednja, umjerena mjera u svojem pristupu dijagnosticiranju, uz empatiju i senzitivnost prema roditeljima s kojima treba raditi i koji trebaju biti suradnici u dijagnostici i liječenju. Nadalje, treba raditi na tome da se sustavno destigmatiziraju psihijatrijske dijagnoze jer se one često temelje na predrasudama i diskriminaciji u društvu (Remschmidt 2011). Dobar primjer umanjivanja predrasuda u posljednjih dvadesetak godina jest pristup epilepsiji gdje je znatno smanjena stigma dijagnoze u društvu. Sljedeći primjer kontroverze jest dijagnoza „adolescentne krize” koja bi trebala ciljati na to da se adolescent nalazi u stanju krize te da se to stanje određenom kriznom intervencijom može i otkloniti. Međutim, obično su se pod time razumijevali različiti psihopatološki simptomi koji su zapravo nejasni, općeniti, i

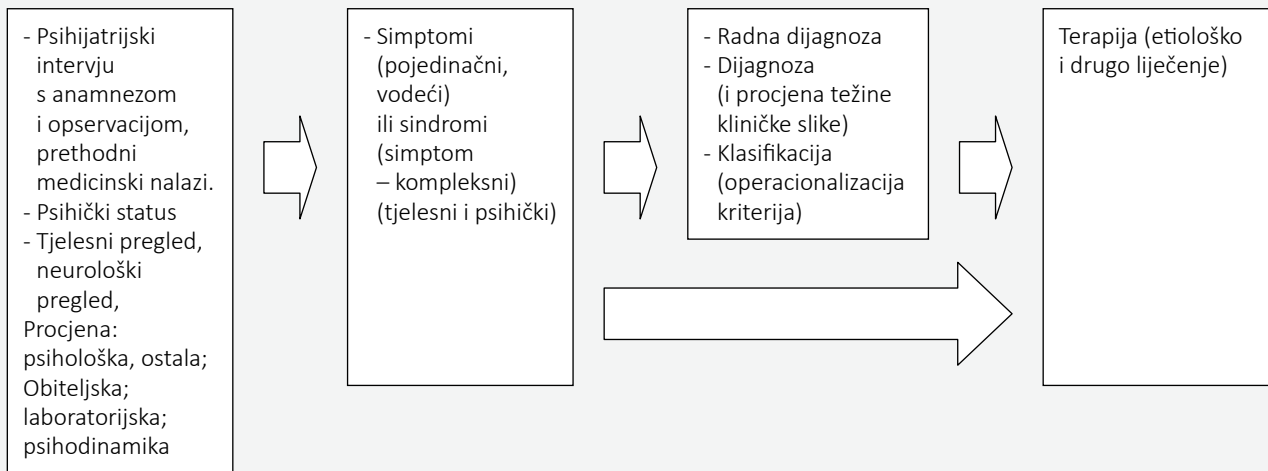
na neki način ništa određeno ne govore. Ako se ovaj adolescent pošalje nekom drugom dječjem psihijatru ili psihijatru na pregled, dotadašnja donešena dijagnoza će biti od malo koristi.

Donošenje dijagnoze u Hrvatskoj zadaća je liječnika. Međutim, u sveobuhvatnoj dijagnostici, osim dječjih psihijatara, sudjeluje niz drugih stručnjaka: drugi liječnici (pedijatri, liječnici školske medicine, neuropedijatri, liječnici opće medicine, drugi liječnici), psiholozi, edukatori rehabilitatori, logopedi, socijalni radnici, medicinske sestre, učitelji i drugi stručnjaci. Kod takve, **multidisciplinarnе dijagnostike** važno je da se svi sudionici više temelje na konkretnom, na onome što je viđeno i percipirano, a manje na onome kako se neko ponašanje interpretira (Remschmidt 2011). Važno je kako se vode pismene zabilješke o pacijentima, dekurzusi npr. medicinskih sestara, ovdje je potrebna osjetljivost na psihičko, na opažano i u kojem se kontekstu nešto događa. Ovdje je potreban oprez kako se piše medicinska dokumentacija, preferira se pisanje vlastitim riječima, uz izbjegavanje pisanja vlastitih interpretacija opaženoga ili neprovjerenih informacija (Remschmidt 2011). **Multimodalnom dijagnostikom** nazivamo postupak kada isto dijete promatramo na više različitih razina npr. dječji psihijatar promatra i procjenjuje emocionalnu dimenziju, psiholog procjenjuje kognitivnu dimenziju, dok edukator rehabilitator procjenjuje poteškoće učenja kod jednog te istog djeteta (obično to dakle rade multidisciplinarno različiti stručnjaci). Slično ovomu, **multimodalnom terapijom** nazivamo postupke kada se u istoga djeteta koristimo terapijama koje su usmjerene na različite razine funkcioniranja (npr. dječji psihijatar usmjeren je na psihoterapijsko liječenje, dok je edukator rehabilitator orijentiran na poteškoće učenja koristeći se tehnikama fokusiranja pažnje itd.). Dijagnostika se koristi različitim izvorima informiranja (**multi-informativna**), odnosno uključuje informacije koje dobivamo od samog djeteta/adolescenata, njihovih roditelja, njihovih učitelja te drugih važnih osoba (v. [tabl. 14.2.](#) u posebnom poglavlju 14).

Donošenje dijagnoze zahtijeva praktično i kliničko iskustvo, osobne karakteristike terapeuta (dobra interakcija s djetetom i roditeljima, empatija i takt za drugoga, samorefleksija, rad na sebi, psihoterapijsko vlastito iskustvo, suradnju s drugim kolegama i drugo), kao i teoretsko znanje koje je u skladu s modernom znanosti (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011). Pojedini autori smatraju da je dijagno-

Slika 13.2.**Dijagnostički proces i plan liječenja.**

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.



stički proces zapravo proces rješavanja problema u kojemu važnu ulogu ima povratna procjena donesene dijagnoze (Mattejat i Schulte-Markwort 2013), te zagovaraju postupan proces od „tvrdih” podataka (objektivnih podataka), prema „mekanim” podacima koji uključuju subjektivne doživljaje. U dijagnostičkom procesu terapeut se ne bi trebao držati samo jednoga teorijskog pristupa dijagnostici, već bi trebao biti otvoren za različite teoretske konstrukte. Nikako se ne bi smjelo dogoditi da je terapeut pod jakom dominacijom nekog teorijskog pravca (**tzv. mitski pacijent**), ne uvažavajući konkretnog pacijenta i konkretne opservacije (Bürgin, 1993).

Dijagnostički proces može biti podložan greškama i podvrgnut znanstvenoj provjeri. Lažno negativne procjene označuju pacijente koji imaju probleme, a dijagnosticiraju se kao „zdravi”, dok su lažno pozitivne procjene kada se „zdrav” pacijent označuje kao „bolesan”. Senzitivnost dijagnostičkog procesa označuje se kao postotak ispravnih pozitivnih procjena, dakle koliko je zaista bolesnih osoba te koliko ih dijagnosticiramo kao bolesne. Specifičnost dijagnostičkog postupka označuje se postotkom ispravno negativnih procjena u smislu da se zaista zdrave osobe i dijagnosticiraju kao zdrave. Više čimbenika može sudjelovati u greškama u dijagnostičkom procesu (Mattejat i Schulte-Markwort 2013), kao što su npr. okolnosti pregleda, aktualno stanje pacijenta, kao i čimbenici u vezi s terapeutom u smislu nepostojanja dovoljnoga teorijskog znanja, generaliziranje samo jednog čimbenika

itd. Stoga su potrebni kontinuiran rad na usavršavanju procesa dijagnostike i određena srednja mjera u dijagnostičkom pristupu između „subjektivnog” i „objektivnog”.

13.1.3. Čimbenici dijagnostičkog procesa i koraci

Dijagnostički proces prikazan je na [slici 13.2.](#), a sastoji se od više elemenata.

Prvi je korak procjena pojedinačnih simptoma ili sindroma, odnosno sastoji se od psihijatrijskog intervjua s anamnezom i opservacijom, gdje nam je posebno važno kakav je način dolaska djeteta na pregled i njegove okolnosti, te kako dijete i roditelj doživljavaju svoj poremećaj; koje je težine prezentirana simptomatologija; koji su stresori posebno prisutni u djeteta i roditelja; procjena medicinske dokumentacije, psihički status, tjelesni pregled, neurološki pregled, psihološka procjena, ostala dijagnostika (drugi liječnici, edukator rehabilitator, logoped, socijalni radnik, učitelj, medicinska sestra); obiteljska procjena; laboratorijska dijagnostika i primjena instrumenata; te psihodinamska dijagnostika. Drugi se korak sastoji od procjene tjelesnih i psihičkih dobivenih pojedinačnih ili vodećih simptoma (npr. strah, depresivno raspoloženje, povraćanje) ili procjena kompleksa simptoma ili sindroma (npr. depresivni sindrom). Treći je element donošenje radne dijagnoze, definitivne dijagnoze, procjena težine pojedine dijagnoze i operacionalizirana procjena krite-

rija prema postojećim klasifikacijama. Četvrti element jest predložena terapija, odnosno plan liječenja. Načelno, dijagnostički termini traju minimalno pola sata (zbog nemogućnosti koncentracije maloga djeteta), a mogu trajati i do jedan sat ili više. Načelno je dobro uzeti dijete i obitelj u više termina, tako da dijagnostički proces kod dječjeg psihijatra može ukupno trajati do pet sati (pet termina).

Dijagnoze su općenito nespecifične i ne govore o mogućoj etiopatogenezi, npr. kod istih dijagnoza, npr. izražene enureze, mogu biti prisutni genski čimbenici, ali može postojati i jedan intezivan intruzivni odnos u obitelji ili pak rivalitet između braće/sestara itd., kao i to da, s druge strane, kod sličnih etiopatogenetskih čimbenika, npr. disfunkcija u obitelji, neka djeca mogu razviti tikove, a druga djeca npr. anksiozni poremećaj.

Ishod dijagnostičkoga procesa može biti procjena da dijete ili roditelj nemaju psihički poremećaj, odnosno da nemaju potrebe za daljnjom terapijom. U tom je slučaju eventualno potrebno praćenje ili pokatkad ni to nije potrebno. Ako dijagnostički proces uputi na psihički poremećaj, potrebno je napraviti plan liječenja.

13.1.4. Posebne situacije dijagnostičkog procesa

Postoje posebne situacije, kada se traži dijagnostička procjena te se modificira proces dijagnostike. Ovakve posebne situacije razlikujemo s obzirom na to tko je poslao dijete na procjenu (npr. centar za socijalnu skrb, kakva je uloga roditelja u toj situaciji itd.); s obzirom na to o kojem se pitanju traži procjena (npr. je li riječ o uobičajenoj kliničkoj procjeni, kada je dijagnostičar primarno terapeut; je li posrijedi hitno stanje i hitan ambulantni pregled (v. posebno poglavlje 26); radi li se o posebnim pitanjima npr. u smislu procjene zlostavljanja djeteta; ili se postavlja konkretno forenzičko pitanje); te s obzirom na pitanje cilja procjene u smislu procjene sadašnjeg statusa (npr. drugo mišljenje, ekspertno mišljenje), dijagnostika tijekom poremećaja ili dijagnostika i evaluacija dosadašnjih intervencija (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U slučaju posebnih situacija u smislu forenzičke dijagnostike treba modificirati način dijagnostike (v. druge udžbenike o forenzičkom intervjuu). Pri takvim posebnim situacijama, npr. davanje mišljenja nadležnom centru za socijalnu skrb, pojedini terapeuti zagovaraju **minimalističko davanje procjene** i pismenog nalaza na način da se daje mišljenje samo u vezi s onim o čemu se traži procjena.

13.1.5. Povjerljivost i zaštita podataka

Svakako je važno da dječji psihijatar u skladu sa svojim znanjem donese dijagnozu. Medicinsku dijagnozu u pisanim dokumentima potrebno je smatrati povjerljivom i dječji psihijatar će procijeniti komu će se uručiti medicinska dokumentacija, što je u skladu s općim propisima o medicinskoj dokumentaciji.

13.1.6. Određivanje težine psihičkog poremećaja u dječjoj dobi

Korisno je na kraju težinu nekog psihičkog poremećaja u dječjoj dobi odrediti u tri kategorije: lagano izražen, umjereno izražen i vrlo izražen psihički poremećaj (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Lagano izražen poremećaj označuje kada pacijent ima izražene simptome, međutim, u različitim životnim područjima može funkcionirati. Ovakav stupanj obično zahtijeva ambulantnu terapiju. Umjereno izražen poremećaj označuje kada su izraženi simptomi, ali pacijent ne funkcionira na većini svojih životnih područja. U tom je slučaju potrebnije intenzivnije liječenje tipa dnevne bolnice. I konačno, vrlo izražen poremećaj označivao bi izraženost simptoma, uz zahvaćenost svih područja funkcioniranja. U tom je slučaju, u pravilu, indicirano stacionarno liječenje. Dodatno se mogu rabiti i liste koje mjere težinu simptomatologije, odnosno razinu funkcionalnosti.

13.2. Plan liječenja

Unutar plana liječenja potrebna je procjena svih čimbenika koje smo dobili tijekom dijagnosticiranja, a posebno se to odnosi na način kako dijete i roditelj doživljavaju svoje probleme. S liječničke strane slijedi postavljanje **indikacija** za pojedine vrste terapija te procjena jesu li lječidbene metode provedive (Steinhausen 2010). Može se dati okvirno vrijeme koliko će terapija trajati.

13.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Potrebno je prihvatiti da se liječnici koriste dijagnostikom radi boljeg planiranja terapije. Dijagnostika nije sama sebi svrhom. Ona treba služiti terapiji.
- ✓ Postoji osjetljivost pristupa dijagnosticiranju psihičkih poremećaja u dječjoj dobi. S jedne

strane, ako se prijevremeno dà neko mišljenje (dijagnoza), može doći do nezadovoljstva; s druge strane, ako se mišljenje dà prekasno, onda se djetetu uskraćuje prikladna terapija.

- ✓ Roditelji i nastavnici suradnici su u dijagnostici i planu liječenja.
- ✓ Dijagnostički je proces dugotrajan i uključuje različite aspekte, ali teži pružanju prikladne terapije.
- ✓ Danas često u dijagnostici sudjeluju različiti stručnjaci (multimodalna dijagnostika), međutim, dijagnozu može donijeti samo liječnik (dječji psihijatar, pedijatar, liječnik primarne zaštite itd.).
- ✓ Multimodalni pristup u terapiji znači da u liječenju istoga djeteta sudjeluju različiti stručnjaci.
- ✓ Treba sustavno raditi na destigmatizaciji psihijatrijskih dijagnoza u javnosti.

13.4. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Treba li primijeniti terapiju u djeteta kojemu nije određena dijagnoza?

ODGOVOR: Ovo je vrlo intrigantno pitanje. S jedne strane, želi se naglasiti da bi dijete moglo dobiti već intervenciju, bez obzira na dugotrajniju dijagnostiku, što bi moglo biti prednost za dijete. Ovdje se u posljednje vrijeme zagovara npr. liječenje supkliničkih oblika, kao i atipičnih oblika. S druge strane, ako se daju intervencije bez dijagnoze, što je vrlo dubiozno, tada je to bez ikakve kontrole primijenjenih terapija, kao i bez ikakve kontrole ishoda liječenja. Koliko je poznato autoru ovog poglavlja, u Hrvatskoj nije moguće davati intervenciju bez donesene dijagnoze (pa makar to bila radna dijagnoza), što se čini kao dobar i opravdani trend. Danas ni dijagnostički proces ne bi trebao trajati dulje vrijeme, najdulje oko nekoliko tjedana. Danas postoji mogućnost praćenja, revidiranja dijagnoze, redovitih kontrola itd.

■ PITANJE: Što kada kliničar dvoji u vezi s dijagnozom nekog djeteta?

ODGOVOR: Ako je kliničar potpuno zbunjen različitim podacima, te ako dvoji u vezi s diferencijalnom dijagnozom, može slijediti jednostavno pravilo: Česti

su poremećaji učestaliji, dok su rijetki poremećaji manje učestali.

■ PITANJE: Kako voditi medicinsku dokumentaciju?

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Nema pravilne dijagnostike ako nema prikladne medicinske dokumentacije. Pri pisanju medicinske dokumentacije treba biti svjestan da je ovdje riječ o visoko formaliziranom postupku koji je podložen kontrolama, kao i mogućim pravnim posljedicama. Zato se pri dijagnosticiranju, kao i pri promatranju tijeka bolesti (npr. tzv. dekurzusi) moraju rabiti stručni izrazi i napisati onako kako pokazuje pacijentovo ponašanje. Potrebno je pritom izbjegavati odviše subjektivne vlastite interpretacije tog ponašanja.

■ PITANJE: Kakva je uloga medicinskih sestara / medicinskih tehničara u pisanju medicinske dokumentacije?

ODGOVOR: Odgovor je jednak kao i kod prethodnog pitanja. U pisanim nalazima treba navoditi jasna ponašanja i objektivna zapažanja, a ne treba navoditi vlastite interpretacije događanja.

■ PITANJE: Koliko bi prosječno trebala trajati dijagnostika npr. djeteta s autističnim spektrom poremećaja?

ODGOVOR: Ovdje treba ozbiljno pristupiti problemu. Treba imati osjećaja za vrijeme i ne treba bez razloga odgađati dijagnostiku. Prvi pregled kod dječjeg psihijatra trebalo bi održati u roku od jednog mjeseca. Nakon toga se dijagnostički proces treba završiti u roku od nekoliko tjedana. Ispravna je dijagnostika preduvjet rane intervencije. Rana se intervencija odmah nastavlja na dijagnostiku. S vremenom slijede reevaluacije primijenjene terapije.

■ PITANJE: Što je to zlatni standard dijagnostike?

ODGOVOR: Riječ je o nepreciznom pojmu u psihijatriji i psihologiji. Za dječjeg je psihijatra zlatni standard u dijagnostici djece i adolescenata klinički intervju, odnosno ni jedan dodatni instrument ne može nadomjestiti intervju. Kada se kaže da je zlatni standard dijagnostike neki strukturirani test (npr. strana situacija za mjerenje privrženosti), onda se implicira važnost ove procedure, međutim, može dovesti do zbrke pojmova i praktičnih procedura kako nešto dijagnosticirati u dječjoj dobi.

13.5. **Pitanja**

- 1 Navedite zašto je potrebno dijagnosticirati u dječjoj psihijatriji.
- 2 Navedite od čega se sastoje dijagnostički proces i preporučena terapija.
- 3 Navedite slijed dijagnostičkog procesa i plana liječenja.
- 4 Tko u Hrvatskoj može donijeti dijagnozu?
- 5 Navedite delikatnost davanja „prijevremene“ i „prekasne“ dijagnoze.
- 6 Što to znače multimodalna dijagnostika i terapija?

13.6. **LITERATURA**

1. *Bürgin D.* Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
2. *Henderson SW, Martin A.* Formulation and integration. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 284-290.
3. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
4. *Remschmidt H.* Diagnostischer Prozess- Weg zur Diagnose. U: Remschmidt H, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung*. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag; 2011, str. 101-104.
5. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.

Psihijatrijski intervju

Ivan Begovac

SADRŽAJ

14.1. Uvod	191
14.2. Preparatorna (pripremna) faza i prvi pregled	191
14.3. Psihijatrijski intervju – općeniti pristup	194
14.4. Zajednički intervju i pregled djeteta/adolescenta i roditelja	196
14.5. Psihijatrijski (psihoterapijski) intervju s djetetom/adolescentom	196
14.6. Psihijatrijski intervju s roditeljima	199
14.7. Strukturirani dijagnostički psihijatrijski intervju	200
14.8. Upute za roditelje/nastavnike	201
14.9. Često postavljena pitanja	201
14.10. Pitanja	203
14.11. Literatura	203

14.1. Uvod

Uvodno bi se moglo reći da u ovom području postoje različiti termini, koji se katkada u literaturi ne uporabljaju jednoznačno. U [tablici 14.1.](#) prikazani su različiti termini u području dijagnostike koji se rabe u literaturi, ali i u ovoj knjizi.

Naime, u **angloameričkoj literaturi** uporabljaju se različiti širi i užii termini, koji će pobliže biti objašnjeni u tekstu koji slijedi. **Formulacija** (engl. *formulation*), prema angloameričkoj literaturi, vjerojatno je **najširi pojam** koji uključuje intervju s anamnezom, psihološku procjenu, psihički status, procjenu (*assessment* – u užemu smislu) te plan liječenja. Dakle, **formulacija (dijagnostička)** (engl. *diagnostic formulation*) pokazuje na koji je način djetetova klinička prezentacija shvaćena u djetetovim odnosima, kao i u biologiji, socijalnoj mreži i razvojnom statusu (DC:0-5tm 2016). Ili, drukčije rečeno, formulacija je pročišćavanje djetetove i obiteljske nijansirane životne priče u smisleni sinopsis (Henderson i Martin 2018). Formulacija razlikuje **znakove** (engl. *signs*) i **simptome** (engl. *symptoms*). Znakovi se definiraju kao nešto objektivno (npr. opservira se pacijentova agitacija), dok se simptomi definiraju kao nešto subjektivno (npr. pacijent se osjeća depresivno) (Kaplan i Sadock 1998). Pokatkad ova razlika nije toliko jasna u psihijatriji, u usporedbi s ostatkom medicine. U ovom tekstu i u cijeloj knjizi neće se ova dva termina pojedinačno razlikovati. Zajedno znakovi i simptomi čine pojedine sindrome kod pojedinih poremećaja. Nadalje, formulacija vodi prema daljnjem **planu liječenja (intervenciji)**, koje uzima u obzir rizične (predisponirajuće, precipitirajuće, održavajuće) i protektivne čimbenike identificirajući koji se mogu modificirati, uz stavljanje prioriteta kliničkih čimbenika koji će se dotaknuti liječenjem. **Procjena (klinička)** (engl. *assessment - clinical*) vje-

rojatno je užii pojam od formulacije te je rezultat dobivanja informacija iz medicinske dokumentacije, uzimanja anamneze od djeteta i skrbnika putem intervju, psihičkog statusa, te provođenja neformalnih ili više strukturiranih opservacija djetetova ponašanja (DC:0-5tm 2016). **Dijagnoza** je najuži pojam, koji uključuje identifikaciju i klasifikaciju specifičnog poremećaja u djeteta (DC:0-5tm 2016). Važno je nadodati da se procjenjuju individue, a da se klasificiraju poremećaji.

Međutim, u **ovoj knjizi** odvojeno će se rabiti termini psihijatrijski i psihoterapijski intervju, anamneza, psihički status, dijagnoza kao dijagnostički proces (koji bi približno odgovarao terminu formulacije u angloameričkoj literaturi) i plan liječenja, te klasifikacija poremećaja kao operacionalizacija pojedinih kriterija poremećaja (shvaćeno u užemu smislu). Termin **procjena** u ovom će se tekstu upotrebljavati u sličnom smislu kao i kod angloameričkih autora, a označuje proces procjene koji se odnosi na pojedinca. Termin **klasifikacija** u ovom se tekstu, kao i u drugim tekstovima u knjizi, upotrebljava u smislu operacionalizacije kriterija sistema klasifikacije, a približno odgovara zapravo terminu dijagnoza (i klasifikacija) prema angloameričkim autorima. Stoga je potrebno pri čitanju ovog teksta, kao i drugih poglavlja u ovoj knjizi, uzeti u obzir da će se različiti termini upotrebljavati u užem ili širem smislu, ili će se rabiti istodobno oba pristupa. Ovdje će se u tekstu navesti posebnosti psihijatrijskog i psihoterapijskog intervju, dok će se u drugim poglavljima govoriti o drugim aspektima dijagnostičkoga procesa.

14.2. Preparatorna (pripremna) faza i prvi pregled

Može se reći da postoji već i **preparatorna (pripremna) faza**, odnosno vremenska faza i prije prvog

Tablica 14.1.

Različiti termini u području dijagnostike.

Modificirano prema DC:0-5tm 2016; Henderson i Martin 2018; Remschmidt 2011.

	Termini koje rabe angloamerički autori	Termini rabljeni u ovoj knjizi
Najširi termin i srodni termini	formulacija (dijagnostička)	dijagnostički proces (u širem smislu)
Uži termin i srodni termini	klinička procjena (u užemu smislu)	procjena – psihijatrijska (općenito)
Najuži termin i srodni termini	Dijagnoza: identifikacija i klasifikacija specifičnog poremećaja djeteta	Klasifikacija: operacionalizacija kriterija različitih klasifikacijskih sustava

kontakta, a pojedini autori navode njezinu iznimnu važnost (Bostic i sur. 2018). Odlazak dječjem psihijatru može biti „stigmatizirajući“, jer se pogrešno misli da će se netko okrivljavati, dok je primjerice odlazak pedijatru manje „stigmatizirajući“, jer se njega smatra kao pomoćnika u razvoju djeteta. Međutim, problem je u „intraprosihičkoj stigmati“ jer sama djeca ili roditelji ne žele priznati da imaju problem. Pojedini autori zagovaraju jasne preliminarne pismene smjernice (engl. *sample letter for parents*), koje daju osnovne informacije o tome što bi to trebao biti odlazak dječjem psihijatru (Bostic i sur. 2018). U takvim se smjericama navodi važnost povjerljivosti podataka, te važnost podataka koji se dobivaju od roditelja, a koji od djeteta (adolescenta), te njihovo poštovanje, a navode se i razlike s obzirom na pedijatrijski pregled (u prvom kontaktu nema tjelesnog pregleda, ni nekih tjelesnih pretraga uzimanjem uzoraka krvi itd.). Obično će se pri zajedničkom sastanku roditelja i djeteta (i adolescenta) navesti okolnosti potrebne povjerljivosti koje ima terapeut s djetetom ili adolescentom, međutim, odmah će se jasno i navesti malobrojne situacije koje su iznimke kod statusa povjerljivosti (pitanje suicidalnosti, heteroagresivnosti). Ovdje se može također spomenuti da inicijalni pregled mogu potaknuti i školske stručne službe ili centri za socijalnu skrb, koji mogu imati različita i katkada i nerealistična očekivanja od toga što znači psihijatrijska procjena, a istodobno imaju i očekivanja kako se to treba provesti npr. u smislu višemjesečne stacionarne dijagnostičke opservacije (Bostic i sur. 2018).

Telefonski poziv kadšto je vrlo indikativan. Dovoljno je do **15 minuta** da educirana osoba preko telefona dâ važne informacije. Pojedini autori u tom smislu zagovaraju i posebne strukturirane informacije (engl. *pre-intake survey*), prije inicijalnog pregleda (ako je to moguće provesti), koje se mogu dobiti telefonom, o osnovnim informacijama tko zove, o kome je problem, o čemu je riječ, je li posrijedi hitno stanje i krizna intervencija, te stoga postoji li potreba upućivanja u nadležne hitne službe, ali i o tome koje su moguće snage i sposobnosti u vezi s daljnjim dijagnostičkim procesom (Bostic i sur. 2018). Djetetu i adolescentu telefonski se može ponuditi da na prvi pregled donesu svoje omiljene igračke ili vlastite crteže ili pak omiljene predmete i knjige, što inicijalno može ojačati terapijski savez, kako s djetetom i adolescentnom, a tako i s roditeljem. Ovo može biti vrlo važna informacija za roditelje jer mogu shvatiti da psihijatrijski pregled uvažava i snage i sposobnosti, a ne samo psihopatologiju.

Prvi kontakt (pregled) počinje dakle već dobivanjem termina, ili telefonskim pozivom, kada se obično javi medicinska sestra ili administrator, pa je stoga potrebno da osobe koje daju takve, prve informacije o terminu budu emocionalno tople i susretljive. Dodatno takve osobe moraju biti iskusne u davanju jasnih i točnih informacija jer se katkada u telefonskom razgovoru mora procijeniti je li dijete/adolescenta potrebno uputiti na hitnu službu. Kod roditelja i djeteta/adolescenta već tada mogu postojati fantazije kako će izgledati ovaj, prvi intervju. Neki će roditelji unaprijed tražiti preporuku za nekog liječnika, neki će tražiti neke informacije na internetu o pojedinom liječniku kojemu su naručeni zbog potrebe za osjećajem veće sigurnosti. Dolazak na **šalter za dječju psihijatriju** također zahtijeva od medicinske sestre ili administratora susretljivost, brižnost, otvorenost u komunikaciji i srdačnost jer to na neki način priprema dijete na jedno novo iskustvo s obzirom na to da je riječ o pristupu djetetu/adolescentu u sada njemu nepoznatoj sredini. Pojedini će autori reći da psihijatrijski pregled već počinje kod šaltera. Boravak u čekaonici djeteta/adolescenta s roditeljem također može biti objekt opservacije i može dati važne informacije o interakciji između roditelja i djeteta/adolescenta (Greenspan 2003). Primjerice, neko se dijete jako privija uz majku pokazujući svoj veliki strah od nepoznate situacije i strah od odvajanja, ili pak drugo dijete koje se slobodnije ponaša i aktivno otkriva novi prostor čekaonice.

Načelno govoreći, kada je riječ o adolescentima i njegovim roditeljima, otprilike nakon 10. – 12. godine života, što se procjenjuje dobno već u čekaonici, preporuka je da **adolescent prvo sam ulazi u sobu terapeuta**, dok se roditelje zamoli da malo pričekaju u čekaonici, te im se kaže da će poslije biti pozvani na razgovor (Lempp 2014; Lewis 1996). Na ovaj se način daje važnost adolescentu da je ono što on govori važno, te da je on ravnopravan i važan sudionik u procesu dijagnostike i liječenja, odnosno da je on dovoljno kompetentan da daje informacije o svojim problemima. Naime, važno je da sam adolescent shvati koji su njegovi problemi, odnosno da ih sam verbalizira. Većina će roditelja prihvatiti ovakav način pregleda. Ako dođu u sobu zajedno roditelji i adolescent, postoji opasnost da roditelji svojim viđenjem stvari preplave intervju, odnosno da adolescent ne može doći do riječi. Pokatkad može biti korisno da terapeut uzme u obzir konkretnost sadašnje situacije, kao i moguće strahove od nove situacije, u smislu da kaže: „Znam da ti je

Tablica 14.2.

Multiinformativni pristup dijagnostičkog procesa u dječjoj dobi.

Modificirano prema Bostic i sur. 2018; Leckman i Taylor 2015; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Volkmar i Martin 2011

	Najvažniji informanti	Ciljevi procjene
Razlog dolaska, glavna tegoba, i način upućivanja	uobičajeno roditelj, škola, zdravstveni i nezdravstveni djelatnici (edukatori rehabilitatori, socijalni radnici),	razjašnjavanje različitih perspektiva; što to dovodi pacijenta na pregled; stvaranje terapijskog saveza
Djetetove sposobnosti	roditelj, dijete, članovi obitelji, škola,	jasnoća djetetove pozicije u obitelji; stvaranje povjerenja i terapijskog saveza
Aktualna anamneza i simptomatologija	roditelj, dijete, prethodni medicinski nalazi	poveznica s nastajanjem simptoma; procjena uspješnosti prethodnih tretmana
Problem iz prošlosti	dijete, roditelji	rabe se dodatno intervjui, dodatni strukturirani intervjui, skale
Razvojna, školska i medicinska anamneza	roditelj, škola, zdravstveni i nezdravstveni djelatnici (edukatori rehabilitatori, socijalni radnici)	prisutnost razvojnih ili medicinskih stanja, kao i traumatskih stanja
Obiteljska anamneza i obiteljska dijagnostika	roditelj, škola, zdravstveni i nezdravstveni djelatnici (edukatori rehabilitatori, socijalni radnici)	obiteljska vulnerabilnost, genogram
Socijalna i školska anamneza	roditelj, dijete, članovi obitelji	dobivanje šire kliničke slike, eventualno potrebne intervencije
Procjena sigurnosti	dijete, roditelji	procjena aktualne suicidalnosti ili heteroagresivnosti
Psihički status	dijete	psihijatrijska procjena
Tjelesni pregled	dijete	medicinska procjena
Neurološki pregled (neuropedijatrijski) pregled	dijete	neurološka procjena
Psihološka dijagnostika	dijete	psihološka procjena

možda smiješno i čudno što sada pričaš sa mnom” (Lempp 2014). Ovakve rečenice demistificiraju „odlazak psihijatru”, odnosno „susret s psihijatrom” i umanjuju tjeskobu.

Nadalje, ako je riječ o manjem djetetu, negdje do deset godina života, preporuka je da **dijete zajedno pri prvom pregledu dođe s roditeljem u sobu terapeuta**. Na primjer, dijete se postavlja na mjesto nasuprot terapeutu, pozdravlja ga se, daje mu se izbor da nacrti nešto što želi, dobivaju se podatci od roditelja te se dijete polako uključuje u razgovor. Kasnije, u sljedećim terminima, dijete samo dolazi u sobu, dok roditelji čekaju u čekaonici. Pojedini terapeuti preferiraju da na pregled prvo dolaze roditelji, bez pratnje djeteta/ ado-

lescenta. U tom se slučaju informacije koje se dobivaju od roditelja odvajaju od onih koje se dobivaju od djeteta/adolescenta (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Načelno, važno je znati koji su podatci dobiveni od samoga djeteta/adolescenta, a koji od roditelja, ili pratnje, te ih kao takve treba i navesti u medicinskoj dokumentaciji.

Ciljevi pregleda i intervjua bit će da se procijeni funkcioniranje djeteta/adolescenta u njegovoj složenosti i njegovim odnosima koje uključuju obitelj, školu, vršnjake, kao i širu kulturološku i socijalnu sredinu, istodobno detektirajući mogući psihički poremećaj. Može se reći da se intervju djece/adolescenta razlikuje od intervju a od odraslih osoba, jer se, u načelu, dijete/

Tablica 14.3.

Roditelji i djeca kao važni davatelji informacija.

Modificirano prema Bostic i sur. 2018; Lempp 2014.

Roditelji	Djeca i adolescenti
<ul style="list-style-type: none"> - eksteralizirajući poremećaji (agresija, opozicionalno /suprotstavljajuće/ ponašanje) - tikovi, hiperkinetski sindrom, OKP poremećaji 	<ul style="list-style-type: none"> - internalizirajući poremećaji (depresija, anksioznosti, opsesivne misli) - u adolescenata posebno: zloraba supstancija, seksualno ponašanje, delinkventno ponašanje

adolescent ne žali na neki problem; nadalje, dolazak stručnoj osobi obično inicira roditelj ili npr. škola. Problem koji se prezentira može biti više dio poremećene obiteljske disfunkcije negoli da je problem samo u djetetu. Osim toga, intervju se razlikuje jer ovisi o djetetovoj dobi: u predškolskog će djeteta biti važnija heteroanamneza, igra s djetetom, te promatranje djeteta, dok će u školskog djeteta i adolescenta sve važnija biti verbalizacija kao način prenošenja informacija (Volkmar i Martin 2011). I, konačno, terapeut mora poznavati osnove razvoja djece da bi uopće mogao ustvrditi je li riječ o razvojno očekivanim doživljavanjima i ponašanjima, o „prolaznim razvojnim smetnjama”, radi li se o atipičnim ili supkliničkim oblicima (koje pokatkad također treba liječiti, npr. atipični autistični spektar poremećaja, supklinički oblici anoreksije nervoze ili PTSP-a itd.), ili je posrijedi već definiran poremećaj koji ispunjava kriterije (v. poglavlje 10 o razvojnoj psihopatologiji) (Volkmar i Martin 2011). Preporučuje se da kliničar ima konceptulani model kako će provesti intervju i procjenu, a u tekstu koji slijedi će se pokušati dati koherentni prikaz kako to sprovesti.

U dječjoj i adolescentnoj psihijatriji uobičajeno je da se informacije dobivaju iz više izvora, od samog djeteta, od roditelja, od osoba iz pratnje, od pedagoga te od drugih osoba (**multi-informativni pristup**). U tablici 14.2. prikazano je koje se informacije dobivaju od različitih ili istih najvažnijih davatelja informacija.

Pojedine informacije u anamnezi bit će dobivene više od roditelja ili drugih osoba, pojedine i od roditelja i od djeteta, dok se neke informacije i nalazi temelje isključivo na informaciji (i nalazu) dobivenoj od djeteta/adolescenta. Slično prije navedenome mogu se razlikovati po tome o kojim će problemima (psihičkim poremećajima) više informacija davati roditelj, a o kojima dijete i adolescent (v. tabl. 14.3.).

14.3. Psihijatrijski intervju – općeniti pristup

Klinički je intervju osnovno sredstvo u psihijatrijskoj procjeni djece i adolescenata i ne može se nadoknaditi nijednom drugom metodom. Moglo bi se reći da je to zaista „romantični klinički intervju“ jer ima svoju subjektivnu vrijednost koja je neprocjenjiva. Osobni je susret u intervjuu nešto jedinstveno što se kreira između terapeuta i djeteta/adolescenta i njegovih roditelja. Osobni susret između dviju (ili više) osoba, osim dijagnostičke funkcije, imat će i poruku djetetu/adolescentu i cijeloj obitelji da je njihove probleme prepoznao netko drugi i da su našli sugovornika koji ih je razumio, sugovornika koji će im dati određeni osjećaj povjerenja i sigurnosti (Mattejat i Schulte-Markwort 2013) i koji će pokušati u zajedničkom daljnem procesu naći rješenje i umanjiti poteškoće, odnosno patnje zbog nastalog problema. Ovako klinički intervju, čak ako se održi tek samo jedan sastanak, može, osim dijagnostičkog učinka, imati i terapijsku važnost. Pojedini autori stoga govore da prvi pregled zapravo treba više biti orijentiran terapijski, prema uspostavljanju odnosa između terapeuta i djeteta/adolescenta i roditelja, odnosno motivacijski, a ne dijagnostički u smislu nabiranja podataka iz anamneze. Ne treba zaboraviti ni činjenicu da vrlo često u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji imamo činjenicu da je klinički intervju uopće prvi kontakt sa stručnjacima iz područja psihijatrije ili psihologije, a djetetu i adolescentu i roditelju taj susret može dati uopće sliku o psihijatriji/psihologiji kao strukama. Sam intervju nikako nije samo jedan razgovor, često se razumijeva pod kliničkim intervjuom zapravo više razgovora (Volkmar i Martin 2011).

Važan je **okvir intervjuja (setting)** (utvrđen prostor, vrijeme seansi), gdje se i kada se održava intervju. Kod

dječjih je psihijatar *setting* njegova soba, to je njegov minimalni prostorni uvjet da se može provoditi intervju, kao i eventualna kasnija psihoterapija. Po mogućnosti bi se trebalo uvijek održavati u istoj sobi. Naravno da se podrazumijeva da u istoj sobi ne rade dva dječja psihijatra. Slično kao što je kirurgu operacijska dvorana uvjet za operaciju, tako je i dječjem psihijatru njegova soba preduvjet za dijagnostiku i terapiju. Sljedeće pitanje može glasiti: Kako treba izgledati soba dječjeg psihijatra? Načelno se može reći da soba dječjeg psihijatra treba biti **prijateljska prema djeci**, a vanjski bi izgled trebao poticati da se dođe do „unutarnjega psihološkog prostora” djeteta/ adolescenta. Različiti autori navode koje sve igračke ili pribori trebaju biti u sobi. Obično je u jednom kutu sobe kut s igračkama ili kućica na kat, koja ima različite lutkice, te soba za lutke zajedno s kuhinjom, dnevnim boravkom i sličnim figuricama. Svakako je korisno imati na raspolaganju obične papire, bojice, flomastere ili eventualno vodene boje, glinamol da se dijete može izraziti preko ovih medija. Za manju djece može biti posebna soba određena za terapiju igrom, gdje će na podu biti strunjača te druge igračke koje su više namijenjene manjoj djeci. Uobičajeno je da budu i neke životinje koji će simbolizirati agresivnost, npr. dinosauri, gušteri, kao i neke plišane igračke, ili pak igračke za igrokaz koje se mogu staviti na ruku itd. Važno je dakle da igračke daju mogućnost djetetu da se igra, odnosno da se potakne projekcija djeteta (jedna je igračka zla vještica, druga je igračka dobar lik itd.). Mogu se također naći i različite igračke koje potiču djetetovu kreativnost i maštu: konstrukcijske igre, imitacijske igračke, autići, slagalice itd. Pojedini dječji psihijatri imaju u svojoj sobi pano s mnogobrojnim crtežima, što također može djeci pomoći da se osjećaju ugodnije, jer mogu prema crtežima pretpostaviti što se to uopće ovdje radi.

Često djeca/adolescenti imaju različite predodžbe o tome kako je to kada dođu k dječjem psihijatru (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Djeca mogu imati pogrešne predodžbe o psihijatrijskom intervjuu, da je to možda kazna jer su bili „zločesti”, ili da će zbog svojeg neposlušta biti odvojeni od svojih roditelja, a mogu biti i opterećena „različitim tajnama”, te na početku treba o tome raspraviti s djetetom, kao i njegovim roditeljima (Volkmar i Martin 2011). Zato je važno da se terapeut ukratko predstavi, te da djetetu objasni što se ovdje radi. Korisno je djetetu reći da je riječ o „doktoru za probleme”, „doktoru za razgovore”, „doktoru za osjećaje” ili je pak ovo odjel „za probleme zabri-

nutosti ili strahove”. Može se djetetu reći nešto u smislu: „Evo, mi ovdje pričamo, crtamo, igramo se, i pokušavamo riješiti problem.” „Želiš li da prestane tvoj problem?” Ako dijete potvrdno odgovori, onda može slijediti rečenica: „Eto, ako budeš dolazio ovamo k meni, pokušat ćemo tvoj problem riješiti” (uspostavljanje terapijskog saveza s djetetom – v. poslije u tekstu). Kako se vidi iz prije rečenoga, potrebno je biti vrlo fleksibilan, ali i opservirati djetetovo emocionalno stanje. Stalno se treba pitati je li situacija intervju emocionalno preteška za dijete.

Važno je pokatkad djetetu i roditeljima objasniti da je ovdje riječ o povjerljivim temama, te da liječnika veže liječnička tajna u vezi s podacima koje dobije (Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011). Ova informacija može umanjiti tjeskobu djeteta i roditelja. Postoji otvoreno pitanje o povjerljivosti sadržaja koje iznose djeca i adolescenti tijekom intervjuu ili posljedične psihoterapije. Ovdje također treba poštovati potrebu djeteta/adolescenta glede povjerljivosti u odnosu prema svojim roditeljima, ali uz paralelni rad s roditeljima s kojima će se u redovitim terminima raspravljati o ojačavanju njihove funkcije kao roditelja.

Pojedini autori navode **osnovne principe vođenja intervjuu** s djecom/adolescentima, kao i s roditeljima (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Empatija je sposobnost terapeuta da se uživi u djetetove osjećaje, u ono kako se osjeća tijekom intervjuu, je li dijete izrazito anksiozno, boji li se da će biti primorano ostanu u bolnici. Također je važna i empatija s roditeljima, no ne bi se smjelo dogoditi da roditelji osjete od terapeuta napad na svoje odgojne stilove te da ih se smatra nesposobnima za roditeljstvo. Sljedeći princip jest osjećaj sigurnosti koju terapeut treba pružiti. Fleksibilnost tijekom razgovora ili tijekom igre u intervjuu sljedeći je važan čimbenik kod intervjuu. Primjerice, nije prikladno biti potpuno rezerviran u smislu apstinencije terapeuta, od terapeuta se očekuju takt u odnosu prema aktivnostima, kao i ravnoteža u međusobnom odnosu. Fleksibilnost se može zrcaliti i u temama koje dolaze u intervjuu. Ako se primijeti da je dijete/adolescent tjeskobno, ili da ima osjećaje srama, može se pokušati sa slobodnijim temama, kao što su hobiji, interesi. Ako se utvrdi da je riječ o znatnom i opterećujućem problemu, onda se može izravnije odmah dotaknuti problem (Lempp 2014). Korisno je pokatkad pitati za konkretan primjer neke teme, osjećaja, umjesto općenito govoriti o problemima; naime,

adolescenti su skloni gledati na svijet „na filozofski način”. Sljedeći princip jest obraćanje s obzirom na djetetovu dob. Na primjer dijete u predškolskoj dobi više preferira svoje izražavanje putem igre, dok će adolescent biti više orijentiran na verbalizaciju. I konačno, zadnji bi princip mogao biti u autentičnosti terapeuta. Ovdje se podrazumijevaju autentičnost i „istinitost” odnosa terapeuta prema djetetu i roditeljima. Nijedno pretjerivanje u ovome smislu nije umjesno, npr. da se terapeut ponaša „infantilno” ili da se ponaša odviše „udaljeno”.

Psihijatrijski se intervju obično obavlja dakle na fleksibilan način, svaki ga terapeut kreira na svoj poseban način, a obično postoji nestrukturiran način. I često su ovdje poželjna otvorena pitanja (npr. Ima li još nešto o čemu što nismo popričali, a pada ti na pamet?). Dodatno se mogu primjenjivati određene (dijagnostičke) liste tijekom intervjua, koje će specificirati konkretnu problematiku. Pitanje je treba li tijekom intervjua voditi bilješke o pacijentu i obitelji, ali to ovisi o stilu terapeuta. Ukupno gledano, intervju može biti sastavljen od manje strukturiranih dijelova, kao i od više strukturiranih dijelova (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Važno je svakako da bude faza otvorenog i nestrukturiranog razgovora s pacijentom i roditeljima.

Djeca i adolescenti često kod terapeuta osjete izvornu znatiželju i pažnju koju dobivaju. Ovakav se terapijski stil stječe iskustvom, kada se svako pojedino dijete intervjuira na neki novi način. U prvim se intervjuima ne preporučuje da se konfrontiraju moguće manipulacije, nelogičnosti u izjavama ili potencijalne laži i konfabulacije (Lempp 2014).

Često se u praksi događa da je zapravo ona **prva rečenica poteškoće** koju bolesnik navodi zapravo jako važna i može postati „lajtmotiv” čitave kasnije dugotrajnije terapije. Za terapeuta je korisno dati poruku djetetu/adolescentu/cijeloj obitelji da će im pokušati pomoći. Pokatkad će terapeut dati „ponudu” djetetu/adolescentu da još nekoliko puta obave razgovor, da se malo upoznaju, pa će se poslije dogovoriti kako će dalje. Ovdje se smatra da je vrlo korisno da terapeut u sebi odvagane mogućnost hoće li prvi pregledi imati više dijagnostičku dimenziju, koja isto nije tako rijetka, ili će terapeut odmah procijeniti da će vjerojatnije biti riječ o dugotrajnijoj i zahtjevnijoj terapiji. Sukladno ovomu, to će se i na prikladan način priopćiti djetetu / adolescentu / cijeloj obitelji, kada za to dođe prikladan trenutak.

14.4. Zajednički intervju i pregled djeteta/adolescenta i roditelja

Pri prvom (inicijalnom) intervjuu pojedini autori preporučuju da se prvo obavi zajednički intervju djeteta/adolescenta i roditelja (Bostic i sur. 2018), premda se kliničaru može ostaviti na izbor kako će kreirati intervju. Primjerice drugi će kliničar pri inicijalnom kontaktu prvo razgovarati s adolescentom, zatim zajedno s adolescentom i roditeljima, te u nekom drugom terminu odvojeno s roditeljima.

Zajednički intervju djeteta/adolescenta i roditelja može biti koristan radi uspostavljanja pozitivnog primarnog ozračja, ali i da se raspravi o pitanjima povjerljivosti razgovora i odnosa liječnik – pacijent, kako u odnosu prema drugima, tako i u odnosu prema roditeljima. Jasno se također treba reći kod zajedničkog intervjua da se, postoji li izvanredna okolnost opasnosti za dijete ili okolinu (autoagresija i heteroagresija), povjerljivost neće moći odnositi na takve situacije (Bostic i sur. 2018).

14.5. Psihijatrijski (psihoterapijski) intervju s djetetom/adolescentom

Osnovni princip zadobivanja povjerenja djeteta/adolescenta jest stvaranjem **opuštajuće atmosfere** tijekom intervjua (Leckman i Taylor 2015). Uobičajeno se stoga može i formulirati pitanje upućeno djetetu/adolescentu: „Jesi li ikada bio kod psihijatra/psihologa?“, „Kako se sada osjećaš, osjećaš li se sada tjeskobno?“, „Je li ti sada malo lakše, nakon što smo malo popričali?“ (u sredini intervjua); „Možda ti je sada čudno što si sada tu i što razgovaraš sa mnom.”

Vođenje intervjua označuje i određenu umjetnost i uključuje kreativnost i fleksibilnost terapeuta (Nikolić 1990). Za intervju se može reći da je jedno „putovanje” kroz životnu sudbinu naših pacijenata, ili „plovidba u nepoznato”, ili pak „partija šaha” koja ima svoje otvaranje, središnjicu i završnicu. Na početku intervjua potrebno je ostvariti inicijalni pozitivan kontakt. Poneka djeca imaju poteškoća odvojiti se od svoje majke (roditelja) te sama ostati u sobi s terapeutom. U početku intervjua potrebno je djetetu objasniti zašto je tu, dati mu osjećaj sigurnosti i verbalizirati njegovu tjeskobu, ali mu i reći da se ništa strašno ovdje neće dogoditi. Posebno su u intervjuu s djetetom/ adolescentom prisutne početne teme oko aktualne simptomatologije, o školi, socijalnim odnosima i obitelji (Leckman i

Taylor 2015; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Razlog dolaska na pregled može biti dobar početak za verbalizaciju. Primjerice, adolescentu treba reintrojicirati njegove vlastite ambivalencije, strahove, kao i želje za promjenom. Potrebno je da terapeut pažljivo slijedi tok misli djeteta/adolescenta. Pokatkad se može dogoditi da naoko bezazlene i nevažne stvari zapravo dovedu do vrlo važnih tema kao što su odnosi među vršnjacima, odnosi prema drugima, odnosi prema roditeljima, koliko postoji povjerenja itd. Podatci u vezi sa školom mogu zrcaliti kognitivna postignuća, ali i emocionalnu dinamiku u smislu „Volim povijest zato što mi je profesor kao osoba super, jer zanimljivo priča” ili međusobne vršnjačke odnose. Socijalni su odnosi važna tema u djece/adolescenta u smislu izmjene vršnjačkih iskustava izvan obiteljskog sustava. Tema o obitelji, nadalje, zrcali međusobne odnose pojedinih članova. Djetetu/adolescentu mogu se postavljati konkretnija pitanja kao npr.: „U svakoj obitelji postoji neki razlog da se roditelji ljute, ali je to u svakoga pojedinog djeteta drukčije; možeš li reći na koji je to način kod tebe?”. Tijekom cijelog vođenja intervjua ne treba nikako dijete/adolescenta forsirati na davanje odgovora i u tome treba imati svoju mjeru. Tijekom intervjua djetetu se mogu ponuditi igračke ili slobodni crtež u smislu projektivnog testa, kao i druge projektivne tehnike. Sam crtež može dati vrlo dragocjene podatke o djetetu. D. Winnicott (1971) koristio se „črčkarijama” u male djece. One funkcioniraju tako da dijete povuče jednu crtu, zatim terapeut, i tako dalje dok se ne dođe do nekog oblika te se počne stvarati priča o tom crtežu. Ova se tehnika posebno pokazala korisnom u inhibirano-anksiozne djece. Prije navedene metode važne su zato što mogu dati uvid u djetetovu mogućnost da se samoregulira, odnosno da stvori jednu priču ili scenarij (Volkmar i Martin 2011).

Pojedini autori sumiraju prije rečeno u smislu da se koriste različitim tehnikama tijekom intervjua. To mogu biti poticajna pitanja, projektivne tehnike (verbalne projektivne tehnike: s kim bi dijete najradije bilo na pustom otoku; ili koje bi bile tri magične želje itd.), izravna pitanja, otvorena pitanja, kao i interaktivne tehnike (promatranje ponašanja pri intervenciji tijekom intervjua) (Volkmar i Martin 2011). Izravnija pitanja mogu zahvaćati teme zlorabe droga, seksualnosti, kao i rizičnih ponašanja, tako da ovdje treba imati poseban takt (Bostic i sur. 2018). Primjerice, može biti korisnije jednostavno pitanje: „Jesi li katkada upotrebljavao alkohol ili droge?”. Ako adolescent odgovori da se time više ne koristi, onda se može

odmah nastaviti s pitanjem: „Koji je bio razlog da si tako odlučio?“, naglašavajući njegovu autonomiju u toj odluci. O pitanjima u vezi sa seksualnošću treba nježno pitati: „Jesi li imala/imao romantične osjećaje prema nekome?”; „Kako je to tada bilo?”. Ovakav je način ispitivanja otvoren i za homoseksualne veze adolescenta koje nisu rijetkost. Što se tiče rizičnog ponašanja, ovdje se također uporabljuje taktično pitanje: „Kad sada sebe pogledaš unatrag, jesi li sebe katkad doveo u neku opasnu situaciju?”. Mora se svakako imati balans između slobode ekspresije djeteta i roditelja, s jedne, kao i potrebe da se dođe do relevantnih informacija (Volkmar i Martin 2011).

Povremeno će se morati dati prioritet pojedinim pitanjima, kao što je npr. evaluacija suicidalnosti ili psihotičnih simptoma, koji će zahtijevati promptno reagiranje i izravnija pitanja, ali koje će se također provesti s velikom osjetljivošću (Volkmar i Martin 2011).

Pojedini autori preporučuju pojedina dijagnostički važna pitanja koja se mogu primijeniti na nestrukturirani način, ali njih se ne treba nikako doslovno primijeniti (v. tabl. 14.4.).

Slična se pitanja mogu primijeniti i s roditeljima, ali, naravno, na način prikladan njima (Volkmar i Martin 2011).

Intervju s djetetom/adolescentom **završava** evaluacijom intervjua. Intervju treba zaključiti međusobno usklađenim završetkom, osjećajem da su i psihoterapijski dotaknute neke teme, da je u intervju dotaknuta i motivacija, da je kreiran pozitivan terapijski savez, te da je djetetu i roditelju prenesena poruka da postoje nada i „umjereni optimizam” u rješavanju različitih problema i poremećaja. Naime, iz literature je poznato da je do 70 % terapija u dječjoj dobi uspješno, te taj podatak i te kako daje razloga za optimizam. Intervju je potrebno zaključiti pisanim nalazom dobivene anamneze, opservacije stanja, opisom pacijentova subjektivnog stanja, uvidom u dotadašnju medicinsku dokumentaciju te konačno završava psihičkim statusom (v. posebno poglavlja 17 i 19). U intervjuu ćemo dobiti različite dimenzije psihopatologije, međutim, važno je intervju kreirati tako da se istaknu i pozitivne osobine djeteta/adolescenta i roditelja, otvarajući na taj način mogućnost bolje suradnje, a o ovim će se temama raspraviti i s roditeljima (Volkmar i Martin 2011). Konačno, upućivanje specijalistu uključuje i odmjeraivanje ima li dijete/adolescent psihički poremećaj ili ga nema? Koja će se dijagnoza upisati na liječnički nalaz? Na koji će se način to pripočeti djetetu/adolescentu, a

Tablica 14.4.

Pojedina pitanja tijekom intervjua koja se mogu postaviti djetetu.

Modificirano prema Lempp 2014; Nikolić 1990; Volkmar i Martin 2011.

Razlog dolaska	Znaš li zašto si došao ovamo na pregled?
Odnos prema simptomima i poremećaju	Što misliš zašto imaš simptome? Imaš li neku ideju zašto su nastali? Što si poduzeo u vezi sa svojim simptomima? Želiš li da se nešto promijeni (motivacija za promjenom)? Želiš li da prestanu tvoji simptomi? Što ti je do sada najviše pomoglo? (procjena dosadašnjih terapijskih nastojanja) Zamisli da tvoji problemi nekim čudom nestanu. Na koji ćeš način primijetiti da nema više simptoma? Ako nema simptoma, što ćeš prvo učiniti? Što misliš da se može poduzeti da se u malim koracima ostvari ovo čudo? Kako ti je bilo prije tvojih simptoma? Kada ti je bilo zaista dobro? (procjena tijeka poremećaja)
Odnos prema terapeutu	Znaš li kako se ja zovem? Znaš li za što sam ja doktor? Znaš li što se ovdje radi na pregledu? Osjećaš li se malo neugodno i ustrašeno ovdje na pregledu?
Dosadašnja anamneza	Opiši neki najljepši događaj u svojem životu. Opiši ako želiš najstresniji događaj u svojem životu.
Emocionalna stanja	Osjećaš li se katkada tužno, bijesno ili zabrinuto? Koliko traju takva emocionalna stanja i na koji način ona prođu?
Procjena odnosa prema roditeljima i drugim osobama (vršnjacima)	Tko je najvažnija osoba za tebe? Nabroji imena svojih prijatelja? Koji su ti najbolji prijatelji? Što ti misliš po čemu su oni dobri prijatelji? Jesi li nedavno bio na rođendanu kod svojeg prijatelja?
Obiteljska anamneza i konstelacija	Komu si najviše privržen u obitelji? Koliko misliš da te tvoji roditelji razumiju? Osjećaju li se i drugi članovi obitelji kao ti? Nedostaje li ti netko iz obitelji? Tko je šef kod kuće? Kakav odnos imaš prema bakama, djedovima?
Projektivna pitanja	Zamisli da postoji čudo, pa da dođe vila koja bi ti ispunila tri želje. Navedi koje bi to želje bile.
Odnos prema budućnosti	Što bi mogao raditi u odrasloj dobi?
Snage i sposobnosti	Što voliš raditi? U čemu si zaista dobar? Imaš li neki hobi ili se baviš nekim sportom ili aktivnostima?
Završetak intervjua, terapijski savez, davanje nade	Želiš li da prestane tvoj problem? Zajedno ćemo se potruditi da tvoj problem prestane.

na koji način roditeljima? Konačno, koja će se terapija pokušati primijeniti?

S obzirom na to da je poznato da postoji veliki postotak odustajanja od daljnje dijagnostike i terapije, tako da je često jedan klinički intervju jedina terapijska intervencija u određenom životnom razdoblju određenog djeteta/adolescenta, ovo još više upućuje na važnost kliničkog intervjua. Istodobno, daje se mogućnost djetetu/adolescentu da se, ako se odluči u budućnosti, opet obrati istoj stručnoj osobi npr. za nekoliko godina, ali tada će to biti uz manje straha i nepoznanica.

Intervju s djetetom razlikuje se od intervjua s adolescentom (Leckman i Taylor 2015). Praktično je da u

djeteta prvi intervju bude zajednički s roditeljem, te da poslije, u sljedećim terminima, bude samo s djetetom. Dijete je osjetljivije na separaciju od svojih roditelja. Nadalje, s manjim se djetetom intervju može početi temom što dijete voli raditi i čime se baviti, pa se na ovaj, igrajući način može započeti intervju (Volkmar i Martin 2011). Korisno je da terapeut bude u ravnopravnom položaju s djetetom na način da bude u istoj razini očiju (**engl. eye-level**), tako da sjede na istim malim stolcima, ili da terapeut sjedi na podu kao što to i dijete čini, što potiče međusobnu interakciju. Otvorena pitanja (**engl. open ended**) vjerojatno su prikladnija u pristupu malom djetetu, npr. „Ima li nešto što te

najviše zabrinjava?” Dijete možemo zamoliti da brojčano izrazi svoj strah na razini od 0, kada nema straha, do 10, kada je strah najveći, što pomaže boljoj diferencijacija vlastitih osjećaja i njihovoj verbalizaciji. Nadalje, potrebno je pokušati kontekstualizirati djetetov osjećaj na način da se pokuša povezati njegov pojedini osjećaj npr. osjećaj straha ili ljutnje s određenim kontekstom, odnosno situacijom, npr. u smislu koji je događaj prethodio navedenom osjećaju.

Intervju s adolescentom nosi sa sobom svoje posebnosti u smislu potrebe adolescenta za vlastitom autonomijom. Premda se na početku može činiti da adolescent nevoljko govori o sebi, nakon inicijalnoga stvorenog povjerenja adolescent može otkriti mogućnost da otvoreno govori o sebi. Nije rijetkost u praksi zapravo da sâm adolescent traži od svojih roditelja, da im roditelji nađu neku stručnu osobu s kojom bi oni htjeli popričati, što također govori u prilog tomu da adolescenti imaju kapaciteta i refleksije govoriti o sebi, kao i želje da izravnije rade na svojim problemima (npr. pitanja seksualnosti, egzistencijalna pitanja, o suicidalnosti, drogama, delinkventnom ponašanju itd.). Adolescenti često vole govoriti o svojim herojima, filmovima, knjigama, glumcima, glazbi koju obožavaju, o različitim filozofijama, što nam može dati važne podatke o njihovim interesima, zabrinutostima i stilovima.

Pojedini autori i u djece i u adolescenata daju preporuke o stvaranju dobrog **terapijskog (radnog) saveza** na početku dijagnostike, odnosno to bi bio dobar uvod u kasniju psihoterapiju. Terapijski je savez komponenta psihoanalitičkog odnosa, nalazi se u području svjesnog, štoviše, za mnoge psihoanalitičke autore on je potreban preduvjet za razvoj prijenosnih (transfernih) odnosa (nesvjesnih procesa). S druge strane, terapijski savez definira se u svojem širem smislu kao međusobni dogovor o kolaborativnom radu u psihoterapiji (Begovac 2014). Razvoj se podupire trima procesima: podudaranjem ciljeva terapije (engl. *goals*), dogovorom o zadaćama terapije (engl. *tasks*) i povezanošću između terapeuta i klijenta (engl. *bond*) (Bordin, 1994). Koncept terapijskog saveza različito je definiran, uz napomenu da će psihoanalitički i psihodinamski orijentirani psihoterapeuti biti više usmjereni na nesvjesne aspekte odnosa u terapijskom procesu, dok će kognitivno-bihevioralno i humanistički orijentirani terapeuti biti više usmjereni na suradnju i konsenzus, odnosno na svjesne i racionalne komponente saveza. Kako god gledano, međusobni dogovor uključuje dakle jasni okvir terapije (*setting*), pravila, neposredna očekivanja od terapije, te učvršćuje moti-

vaciju za terapijom. Razvoj „dovoljno dobrog“ saveza na početku terapije vitalan je za budući terapijski uspjeh. Terapijski savez na neki način demistificira međusobni odnos, odnosno umanjuje tjeskobu pacijenta. Primjerice, potreban je dogovor o frekvenciji seansi, gdje će se provoditi dijagnostička procjena/terapija, može se uvodno reći da će biti dugotrajnija terapija (npr. kod poremećaja jedenja koji traju već unatrag nekoliko mjeseci), da će trebati određeno vrijeme da se umanje simptomi i da se poboljša funkcionalnost, da neki rezistentni simptomi neće odmah nestati (npr. tikovi) itd.

Kao odgovor na prijenos (transfer) djeteta/adolescenta moguća su različita **iskusenja protuprijenosa (kontratransfera)** kod terapeuta (osjećaji koje ima terapeut s obzirom na prijenos pacijenta, a koji imaju veze s važnim osobama iz djetinjstva terapeuta). Primjeri su protuprijenosa da se terapeut isključivo stavlja na stranu djeteta/adolescenta u smislu nesvjesnog poticanja njegove agresivnosti i *acting-outa* (jer je sam terapeut imao problema u kanaliziranju svoje agresije u djetinjstvu), zatim potpuna identifikacija s regresijom pacijenta, adolescentovo seduktivno ponašanje i neprimjerena reakcija terapeuta, ili pak jasno sukobljavanje s djetetom/adolescentom itd. (Lewis 1996).

14.6. Psihijatrijski intervju s roditeljima

U intervjuu s roditeljem zapravo su prisutne sve teme koje se uzimaju u anamnezi, dakle oko razloga dolaska, djetetovih sposobnosti, aktualne simptomatologije, o razvojnim temama, školi, medicinskim stanjima, socijalnim odnosima i obitelji (Leckman i Taylor 2015; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Posebno nam mogu dati neke informacije koje nije moguće lako dobiti od djeteta, ili se pak informacije mogu dopuniti informacijama na drukčiji način koje su prije dobivene od djeteta/adolescenta. Posebnosti dijagnostičkog intervjua s cijelom obitelji je opisana u drugom poglavlju (v. poglavlje 24 o dijagnostici obitelji).

Roditelji obično započinju razgovor o razlogu dolaska na prvi pregled. Treba pustiti roditelje da slobodno iznesu svoje mišljenje o djetetu (slobodna naracija), kao i o nastanku poremećaja u djeteta (princip prihvatanja) (Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011). Važno pitanje ovdje jest na koji način roditelji razumiju djetetove poteškoće. Imaju li neku ideju, poveznicu, kontekst ili situaciju koju povezuju sa simptomima? Ovdje može biti postavljeno i pitanje zašto su se upravo sada obratili za pomoć. Poneki se roditelji osjećaju vrlo bes-

pomoćno i nemaju nikakvu predodžbu o tome što se to događa. Važno ih je potaknuti na mogućnost različitih alternativa gledanja na istu problematiku (poticanje različitih perspektiva i gledišta). Važno je dobivanje podataka o **međusobnom odnosu između roditelja i djeteta/ adolescenta**, kao i drugih članova obitelji. Postoji li međusobno razumijevanje? Nadalje, stimulira se i pojačava roditeljska uloga u smislu ponovnog stvaranja većih roditeljskih kompetencija. Intervju je također način da roditelj preformulira dotadašnje roditeljske vještine, te da pokuša promijeniti dotadašnji stil. Uloga je terapeuta da iskoristi ovaj „blaženi trenutak“ kada je roditelj kod njega u sobi, te da iskoristi taj trenutak da pokuša razumjeti i roditeljski dio povezan sa simptomatologijom djeteta. Na drukčiji način rečeno, roditelja se potiče da se orijentira prema stimulaciji razvoja. Roditelje treba ohrabrivati u smislu novog učenja u odnosu prema novim okolnostima, jer npr. biti roditelj manjeg djeteta i biti roditelj jednog adolescenta nosi sasvim nove izazove, koje roditelji trebaju učiti i uvijek nanovo prorađivati. Ako su roditelji nepovjerljivi, neprijateljski nastrojeni ili tjeskobni, to više su potrebne jasne upute, pravila, kao i jasni odgovori. Da bi se umanjila povremena napeta situacija, korisne su katkada rečenice: „Ja sam liječnik, ja Vama dajem savjete kako na to gledam, Vi malo razmislite o tome, pa sami donesite mišljenje o tom problemu.“ Na taj način se daje manevarski prostor roditeljima i omogućuje im se postupna promjena stajališta.

Sljedeća tema u intervjuu može biti kakva je bila reakcija okoline (obitelji, škole, vršnjaka) na simptome djeteta/ adolescenta, te da li svi oni dalje održavaju ili štoviše pojačavaju navedenu simptomatologiju. U tom je smislu korisno (a tako i pri intervjuu kod djeteta/ adolescenta), da se ne govori općenito o problematici, već da se na jednom konkretnom problemu pokuša sagledati situacija. Terapeut onda kaže: „Možda bi nam bilo lakše kada bismo opisali jedan konkretan problem koji se dogodio.“ Navođenjem konkretnog problema općenito se demistificiraju problemi, i daje se više prostora i terapeutu za procjenom ovog problema iz više kutova gledanja.

Često se roditelji osjećaju krivima ili imaju osjećaj srama kada se moraju obraćati stručnim osobama, npr.: „Što sam ja to kao roditelj loše napravila/napravio da moje dijete ima smetnje, i da moram ići dječjem psihijatru.“ Ovdje se vlastita ličnost, kao i djetinjstvo roditelja vrlo brzo pojavljuje u razgovoru, što govori o transgeneracijskim mogućim problemima. Primjerice, jedna majka kaže kako je ona odrasla u domu za nezbrinutu

djecu, nije imala uz sebe svoju majku, pa se sada jako trudi da svojoj kćeri pruži ono što ona nije iskusila u djetinjstvu. Ovo može biti normalna reakcija, međutim, u stanjima prisutnih problema može dovesti do razočaranja u sebe i umanjiti roditeljske kompetencije.

Roditelj je posebno koristan u davanju podataka o razvoju djeteta i medicinskim smetnjama. Dobivanje anamnestičkih podataka o ovim temama nije samo davanje običnih informacija nego i stjecanje uvida u interakciju između roditelja i djeteta, kao i zauzetosti roditelja, a može i bolje osvijetliti obiteljsku dinamiku u toj obitelji. Često se majke mogu osjećati bespomoćno i usamljeno u obitelji, usmjerujući se samo na djetetove teškoće. Posebno korisna roditeljska pitanja jesu ona o trudnoći, porođaju, stresovima u toj dobi, te o najranijoj djetetovoj dobi i majčinu emocionalnom stanju u to vrijeme. Poneki roditelji žele neke posebne podatke povjeriti liječniku, a ne žele da se to kaže djetetu/adolescentu, pa to treba poštovati do određene mjere, međutim, to može biti vrlo delikatna situacija.

Nalaze se prednosti vođenja zajedničkog intervjua s oba roditelja, međutim, pojedini autori ističu i prednosti vođenja odvojenih intervjua sa svakim roditeljem posebno, npr. kad su roditelji razvedeni, kao i općenito radi dobivanja drukčijeg uvida u obiteljsko funkcioniranje (Leckman i Taylor 2015).

Slično kao i u djeteta/adolescenta i s roditeljima se uspostavlja **terapijski savez**. Ovo je iznimno važno jer pokatkad roditelji mogu nesvjesno ometati provođenje dijagnostike i posljedične terapije s djetetom/adolescentom. U dječjoj psihijatriji to je posebno zanimljivo zato što ovdje paralelno mora biti uspostavljen terapijski savez i s djetetom/ adolescentom kao i s roditeljima. Protuprijenosni osjećaji terapeuta u odnosu prema roditeljima također ovdje mogu biti na kušnji. Primjeri mogu biti npr. neprijateljski osjećaji prema roditeljima, odbacivanje roditelja, mesijanski osjećaji spašavanja djeteta/adolescenta od neprikladnih roditelja, pretjerana identifikacija s ulogom roditelja itd.

14.7. **Strukturirani dijagnostički psihijatrijski intervjui**

U svijetu se primjenjuju polustrukturirani i strukturirani dijagnostički intervjui, koji mogu imati kliničku, ali češće imaju znanstvenu svrhu. Važno je napomenuti da strukturirani intervjui ne mogu zamijeniti uobičajeni psihijatrijski intervju, koji je prije naveden u tekstu, već može biti samo njegova dopuna. Najčešći su dijagnostički intervjui navedeni u [tablici 14.5](#).

Tablica 14.5.**Najvažniji strukturirani dijagnostički psihijatrijski intervjui.**

Modificirano prema Ambrosini i sur 2000; Matzner i sur. 1997; Reich 2000; Reich i sur. 1997; Tatsanis i sur. 2018; Weller i sur. 1999.

- Structured clinical interview for DSM-4 childhood diagnoses (KID-SCID)
- Children's interview for psychiatric symptoms (ChIPS)
- Diagnostic interview for children and adolescents (DICA)
- Schedule for Affective disorders and schizoprenia for school-aged children (K-SADS)

Za dodatne detalje vidi druge reference (Angold i sur. 2018). Psihološka procjena i skale opisane su u drugim poglavljima u knjizi (v. posebno poglavlje 21 o psihološkoj procjeni, kao i druga poglavlja).

14.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Ne treba nepotrebno stigmatizirati ulogu dječjega psihijatra. Dječji je psihijatar „doktor za razgovore“, „doktor za osjećaje“, „doktor za probleme“, „doktor za zabrinutosti i strahove“, ni više ni manje od toga. Razgovor zaista može pomoći.
- ✓ Ako postoji neki problem u djeteta/adolescenta, prirodno je da će osoba sama pokušati riješiti svoj problem ili uz pomoć svojih najbližih (roditelj, prijatelji, nastavnici, vršnjaci). Međutim, ako problem i dalje perzistira, ne treba se libiti javiti se dječjemu psihijatru radi profesionalne pomoći.
- ✓ Dječji psihijatar neće nikako zamijeniti ulogu roditelja u brizi za dijete. Zajedničkim naporima djeteta, roditelja i terapeuta pokušat će se pomoći djetetu da nadvlada svoj problem.
- ✓ Važno je imati ideju zašto je nastao neki problem u djeteta/adolescenta.
- ✓ Nikako nije prihvatljivo optuživati roditelje za psihičke poremećaje u djeteta. Roditelji se nalaze u vrlo delikatnoj situaciji, sebe preispituju, često se osjećaju krivima i sramno.
- ✓ Roditelji su važni suradnici u dijagnostici i eventualnoj daljnjoj terapiji različitih smetnji. Anamnestička pitanja o dinamici u obitelji ne

smjeraju na to da se „optuže“ roditelji, nego da se nađe rješenje za probleme djece i cijele obitelji.

- ✓ Dječji psihijatar nudi alternativu, različitu perspektivu gledanja na problem. Eventualna napetost može nastati u odnosu prema roditeljima, ali je roditeljima potrebno objasniti da je ovdje dječji psihijatar osoba koja kao liječnik daje svoje mišljenje, a da je na njima da pokušaju pronaći novo rješenje za djetetove/adolescentove probleme.
- ✓ Postoji „umjereni optimizam“ u liječenju djece sa psihičkim smetnjama jer se u literaturi navodi da je do 70 % terapija u dječjoj dobi učinkovito.

14.9. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE: Zašto se kaže da je psihijatrijski pregled zlatni standard dijagnostike u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji?**

ODGOVOR: Psihijatrijski je pregled osobni susret, on je nešto jedinstveno što se kreira između terapeuta i djeteta/adolescenta i njegovih roditelja. Dakle, riječ je o nečemu subjektivnome, te je stoga neprocjenjivo. Osobni susret između dviju (ili više) osoba, osim dijagnostičke funkcije, dat će i poruku djetetu/adolescentu te cijeloj obitelji da je netko drugi prepoznao njihove probleme i da su našli sugovornika koji ih razumije, sugovornika koji će im dati određeni osjećaj povjerenja i sigurnosti. Da bi se provodio psihijatrijski intervju, dječji su psihijatri završili studij medicine, pripravnici staž, kao i predviđenu specijalizaciju. Sve navedeno specijalistu omogućuje korištenje psihijatrijskim intervjuom te donošenje dijagnoze u djeteta. Zato se može govoriti o „romantičnom kliničkom intervjuu“.

■ **PITANJE: Zašto se kaže da psihijatrijski intervju može imati terapijsku važnost?**

ODGOVOR: Prvi pregled (prvi intervju) kod dječjeg psihijatra može imati zapravo većinom terapijsku ulogu. Naime, prije svega je potrebno ponuditi djetetu sigurnost, zaštitu, toplinu i razumijevanje. Dijete (a tako i roditelji) treba osjetiti da pred sobom ima osobu koja ga želi saslušati i razumjeti. Psihijatrijski intervju nikako ne znači samo jedan pregled, nego to može biti i do pet termina. U kasnijim će se terminima prikupiti što više

podataka o djetetu i roditeljima da bi se dobila cjelovitija slika o potencijalnom psihičkom poremećaju.

■ **PITANJE: Zašto je važan okvir ili „setting“ prostora u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji?**

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Prikladna soba (ordinacija) za dječjeg psihijatra slično je kao operacijska dvorana za kirurga. Samo po sebi razumije se da u jednoj sobi može biti samo jedan dječji psihijatar. Takva soba mora biti „prijateljska prema djeci“, dijete se mora osjećati relaksirano, ugodno i sigurno.

■ **PITANJE: Kakva je uloga crteža pri psihijatrijskom intervjuu?**

ODGOVOR: Sažeto rečeno, uloga crteža u psihijatrijskom intervjuu, kao i u dijagnostici od iznimne je važnosti. Postoji nestrukturirani i strukturirani način poticanja crtanja u djece. Primjerice, djetetu će se reći da nacрта što mu padne na pamet, ili mu se pak može zadati da nacрта svoju obitelj. Često su crteži put u osjećajno, kao i u nesvjesno. Nakon što dijete nešto nacрта, pita ga se da ispriča priču o tom crtežu. Time se potiču naracija, scenarij, kao i mogućnost prenošenja unutarnjeg svijeta terapeutu. Često su u crtežima motivi usamljenosti, strahova, opsesivnosti, ali i simptomi zadovoljstva i veselja. Oni mnogo puta zrcale i obiteljsku dinamiku. Osim u dijagnostičke svrhe, crteži se mogu iskoristiti i u posljedičnoj psihoterapiji, gdje će biti prisutni i prijenosni odnosi.

■ **PITANJE: Što učiniti kada se dogodi da tijekom intervju a dođe do otvorenih neprijateljstava između roditelja i adolescenta/djeteta?**

ODGOVOR: Ovdje je riječ o delikatnom pitanju. S jedne strane, uloga se dječjeg psihijatra može shvatiti kao da je na strani roditelja koji žele „disciplinirati“ svojeg adolescenta te su ga stoga i doveli do stručne osobe, ali ne žele sebe mijenjati. S takvog gledišta adolescent može misliti da je dječji psihijatar roditeljska „produžena ruka“ ili „roditeljski špijun“, čije je djelovanje u funkciji roditeljskog podupiranja. S druge strane, uloga se dječjega psihijatra može shvatiti kao da je isključivo na strani djeteta/adolescenta i da podupire njegovo neprihvatljivo ponašanje. Ovu dilemu treba riješiti na umjereniji način, nalaženjem srednjega rješenja, pokazati da stručna osoba nije protiv nijedne strane, nego da pokušava naći rješenje za sve. To nikako nije lak zadatak. S jedne strane, treba dati za pravo roditeljima u njihovim odgojnim zadacima, ali, s druge strane, treba uzeti u obzir i emocionalne potrebe djeteta/adolescenta, te njihove osjećaje i ponašanja

koja prate takve probleme. Adolescentima danas nikako nije lako u proradi svojih razvojnih zadataka, u svojoj socijalnoj afirmaciji itd. S obzirom na njihovu neravnopravnost odnosa (generacijsko razlikovanje), ako nema nikakve alternative, onda se „blaga prednost“ daje adolescentima, čija je ličnost u razvoju i koja je obično „slabija“ strana.

■ **PITANJE: Što učiniti kada roditelj zahtijeva informacije o tijeku liječenja u adolescenta, tražeći uvid i u neke sadržaje koji se navode u intervjuu ili psihoterapiji?**

ODGOVOR: Riječ je o delikatnom pitanju. S jedne strane, potrebno je imati redovite termine s roditeljima, u vezi s informacijama, te paralelno raditi s roditeljima. U tim je terminima fokus na ojačavanju njihove funkcije kao roditelja. S druge strane, treba se pridržavati povjerljivosti sadržaja onoga što adolescent govori u individualnoj terapijskoj seansi. Nakon nekoga vremena roditelj će prihvatiti da nije riječ o nekoj nepovjerljivosti prema njemu, već da je za uspješno provođenje psihoterapije jedino moguće poštovati povjerljivost sadržaja koji adolescent govori svojem terapeutu. Iznimno, u slučaju izrazite opasnosti za sebe (suicidalnost) ili drugoga (heteroagresivnost), može se kontaktirati roditelj da bi ga se izvjestilo o nastaloj situaciji.

■ **PITANJE: Kako treba završiti intervju?**

ODGOVOR: Intervju treba zaključiti međusobno usklađenim završetkom, osjećajem da su neke teme dotaknute i psihoterapijski, da je u intervjuu dotaknuta i motivacija, da je kreiran pozitivan terapijski savez, te da je djetetu i roditelju prenesena poruka da postoje nada i „umjereni optimizam“ u rješavanju različitih problema i poremećaja.

■ **PITANJE: Zašto je važan intervju s roditeljem?**

ODGOVOR: Važno pitanje ovdje jest na koji način roditelji razumiju djetetove poteškoće. Imaju li neku ideju, poveznicu, kontekst ili situaciju koju povezuju sa simptomima? Ovdje može biti postavljeno i pitanje zašto su se upravo sada obratili za pomoć. Poneki se roditelji osjećaju vrlo bespomoćno i nemaju nikakvu predodžbu o tome što se to događa. Važno ih je upozoriti na mogućnost različitih alternativnih gledanja na istu problematiku (poticanje različitih perspektiva i gledišta). Nadalje, stimulira se i pojačava roditeljska uloga u smislu ponovnog stvaranja većih roditeljskih kompetencija. Intervju je također način da roditelj preformulira dotadašnje roditeljske vještine te da pokuša promijeniti dotadašnji stil.

14.10. **Pitanja**

- 1 Navedite definiciju psihijatrijskog intervjua.
- 2 Kakve funkcije ili ciljeve može imati psihijatrijski intervj u djece i roditelja?
- 3 Koje su razlike između psihijatrijskog intervjua u djeteta i odrasle osobe?
- 4 Kako se dječji psihijatar na jednostavan način može predstaviti djetetu, za što je on doktor?
- 5 Navedite koje su razlike u intervjuu u djeteta u odnosu prema adolescentu.
- 6 Navedite što to znači multi-informativni pristup u dijagnostici u djece.
- 7 Navedite pri kojim su poremećajima roditelji važni davatelji anamnestičkih informacija za razliku od djece i adolescenata.
- 8 Navedite koje se informacije iz anamneze i statusa većinom temelje na informacijama roditelja, a koje informacije se temelje na informacijama i statusu koje daju djeca.
- 9 Navedite nekoliko tipičnih rečenica koje se upućuju djetetu da bismo saznali podatke o razlogu dolaska, emocionalnom stanju, obiteljskoj anamnezi, kao i odnosu prema terapeutu i terapiji.
- 10 Navedite što je to radni terapijski savez u dječjoj psihijatriji.
- 11 Navedite koji su mogući protuprijenosni osjećaji pri intervjuu u susretu s djetetom/ adolescentom i njihovim roditeljima.

14.11. **LITERATURA**

1. *Ambrosini PJ*. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(1):49-58.
2. *Angold A, Costello EJ, Egger H*. Structured interviewing. U: *Martin A, Bloch MH, Volkmar FR*, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 342-354.
3. *Begovac I*. Savez u individualnoj psihoterapiji. U: *Kozarić-Kovačić D, Frančišković T*, ur. *Psihoterapijski pravci*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 31-35.
4. *Bordin ES*. Theory and research on the therapeutic working alliance. *New directions*. U: *Horvath AO, Greenberg LS*, ur. *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley; 1994, str. 13-37.
5. *Bostic JQ, Potter MP, King RA*. Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. U: *Martin A, Bloch MH, Volkmar FR*, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 299-320.
6. *DC:0-5tm*. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R), Washington, DC: Author; 2016.
7. *Greenspan SI*. The clinical interview of the child. 3 izdanje. Washington: American psychiatric publishing, 2003.
8. *Henderson SW, Martin A*. Formulation and integration. U: *Martin A, Bloch MH, Volkmar FR*, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 284-290.
9. *Kaplan HI, Sadock BJ*. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 8 izdanje. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998.
10. *Leckman JF, Taylor E*. Clinical assessment and diagnostic formulation. U: *Thapar A, Pine DS, Leckman JF I sur.*, ur. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Sixth edition. The Atrium: Wiley & Sons; 2015, str. 407-418.
11. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
12. *Lewis M*. Child and Adolescent Psychiatry. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
13. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
14. *Matzner F, Silva R, Silvan M i sur*. Preliminary test-retest reliability of the KID-SCID, Scientific Proceedings, American Psychiatric Association Meeting; 1997.
15. *Nikolić S*. Tehnike pregleda. U: *Nikolić S*, ur. *Mentalni poremećaji u djece i omladine 2*. Zagreb: Školska knjiga; 1990, str. 343-378.
16. *Reich W*. Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(1):59-66.
17. *Reich W, Welner Z, Herjanic B*. Diagnostic interview for children and adolescents-IV (DICA-IV). North Tonawada, NY: Multi-health systems, Inc; 1997.
18. *Remschmidt H*. Diagnostischer Prozess- Weg zur Diagnose. U: *Remschmidt H*, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung*. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag; 2011, str. 101-104.
19. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
20. *Tsatsanis KD, Hart L, Powell KK*. Psychological and neuropsychological assessment of children. U: *Martin A, Bloch MH, Volkmar FR*, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 321-335.
21. *Volkmar FR, Martin A*. Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
22. *Weller EB, Weller RA, Fristad MA i sur*. ChiPS- Children's Interview for psychiatric syndromes. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; 1999.
23. *Winnicott DW*. Therapeutic Consultations in Child Psychiatry. New York: Basic Books; 1971.

Pojmovnik psihopatoloških termina u dječjoj i adolescentnoj dobi

Ivan Begovac

SADRŽAJ

15.1. Uvod	205
15.2. Prikazane tablice s pojmovima	205
15.3. Upute za roditelje/nastavnike	229
15.4. Često postavljena pitanja	229
15.5. Pitanja	230
15.6. Literatura	230

15.1. Uvod

Ovo poglavlje na tablični način želi prikazati pojedine psihopatološke pojmove, kako se trebaju međusobno razlikovati, te je stoga u tom smislu jedinstveno poglavlje u odnosu prema drugima u ovoj knjizi. Za detaljnije informacije potrebno je pogledati udžbenike iz područja psihopatologije. Posebnosti u djece i adolescenata u usporedbi s odraslom osobom jest u različitim pojmovima koji se upotrebljavaju u dječjoj dobi, kao i u tome da postoji veća orijentacija na strahove i emocionalnost negoli na „klasične“ psihopatološke pojmove koji su povijesno došli iz kliničkog proučavanja odraslih, shizofrenih pacijenata. Nadalje, u ovom su poglavlju navedeni neki termini koji su više tipični za dječju dob, dodani su i neki novi termini kao što je procjena socijalne interakcije (dijadni odnosi), a navode se i termini o trijadnim odnosima, koji su tradicionalno došli iz istraživanja dojenčadi. U tekstu su povremeno stoga napisani komentari o tome koji se pojmovi rjeđe (ili nikako) upotrebljavaju u dječjoj dobi. Ovo poglavlje pokušava definirati pojedine psihopatološke pojmove, međutim, nastavlja se na poglavlje o psihičkom statusu u dojenačkoj, školskoj dobi i adolescenciji (v. posebna poglavlja 17 i 19), u kojem se navode pojedina pitanja o pojedinim psihopatološkim terminima, pa su ta dva poglavlja komplementarna. U tekstu su pojmovi, osim na hrvatskom, navedeni i na njemačkom jeziku, te na engleskom, gdje je to bilo moguće.

Pojedini su psihopatološki pojmovi u tekstu podijeljeni na pojedine tablice, međutim, u praksi je moguće da pojedini pojam može biti pridodan i drugim, širim konceptima. U tekstu je posebno navedeno šesnaest područja psihopatoloških pojmova, koji su, prema mišljenju autora, od posebne važnosti za dječju i adolescentnu dob. Navedeni se redoslijed ne mora praktično slijepo slijediti jer ovisi o situaciji intervjua.

Načelno, procjena dolje navedenih psihopatoloških pojmova može se raditi tijekom intervjua (anamneza i opservacija) s djetetom i/ili roditeljima, ali se može odnositi i na „druge kontekste“, što se uobičajeno odnosi na podatke unatrag 6 mjeseci (Döpfner i sur. 1999). Mora se uzeti u obzir i djetetova dob. Općenito se opsesivni fenomeni ne utvrđuju prije 6. godine života. Preporuka je da se ne utvrđuju također fenomeni kvalitativnog poremećaja percepcije, formalni poremećaji mišljenja, sumanutosti i senzitivnost/nepovjerljivost, ego poremećaji prije 10. godine života, osim

ako nema naznaka za intelektualne teškoće, autizam ili psihotične poremećaje (psihotični poremećaji u djece ne dijagnosticiraju se prije 6. godine života). Poremećaji svjesnosti, orijentacije i pojedinih kognitivnih funkcija ispituju se samo ako postoje naznake za intelektualne teškoće, autizam ili psihotične poremećaje (Döpfner i sur. 1999).

15.2. Prikazane tablice s pojmovima

Tablica 15.1.

Područja psihopatoloških pojmova.

Modificirano prema AMDP 2007; APA 2013; Döpfner i sur. 1999; Scharfetter 1991; WHO 1993.

1	Poremećaji interakcije
2	Nagoni, vitalne, temeljne (bazične) aktivnosti (motivacija, volja), psihomotorika (motorika), impulzivnost, abnormalne navike
3	Strahovi, anksioznost, hipohondrija, opsesije,
4	Poremećaj raspoloženja i afekata
5	Poremećaj svijesti
6	Poremećaj orijentacije
7	Poremećaj pažnje i pojedinih kognitivnih funkcija
8	Kvalitativni poremećaji percepcije
9	Formalni poremećaji mišljenja
10	Sumanutosti
11	Ego poremećaji
12	Smanjena inteligencija i pojedini razvojni poremećaji
13	Opozicionalno (suprotstavljajuće) - disocijalno (nedruštveno) ponašanje
14	Jedenje
15	Tjelesni poremećaji
16	Drugi poremećaji

Tablica 15.2.**Poremećaji (socijalne) interakcije
(njem. Interaktion; engl. interaction; odnosno procjena dijadnih odnosa).**

Modificirano prema AMDP 2007; APA 2013; Döpfner i sur. 1999.

Pojam	Definicija i opis
Prekomjerno prilagođen (njem. <i>Ueberangepasst</i> ; engl. <i>over adapted</i>)	Pacijent pokušava stvarne ili očekivane namjere drugih podložiti sebi s obzirom na vlastite želje, potrebe ili mišljenja. Primjerice, ispričava se za nešto što misli da nije bilo očekivano, ili se dijete igra onako kako to drugi očekuju, ili pak stalno povlađuje drugima.
Posramljen/nesiguran (njem. <i>Scheu/unsicher</i> ; engl. <i>ashamed/insecure</i>)	Posramljenost i nesigurnost (inhibiranost) mogu biti opisane kod pacijentovih različitih interakcijskih situacija ili na osnovi nekih ponašajnih osobina kao što su crvenilo lica, manjak kontakta oči u oči, netečan i tih govor, izbjegavanje određenih situacija.
Socijalno povučen / izoliran (njem. <i>Sozial zurueckgezogen</i> / <i>isoliert</i> ; engl. <i>social withdrawal</i>)	Pacijent pri pregledu ne zauzima gotovo ikakav kontakt prema ispitivaču/skrbniku. Povlačenje od drugih ljudi. U manjoj mjeri ima udjela u svakodnevnim interakcijama u obitelji, školi ili u vršnjačkoj grupi. Dijete ostaje samo u svojoj sobi ili u svojoj sobi na odjelu. Može nastati povezan s različitim poremećajima: socijalna anksioznost, depresija, kod autizma / shizoidnog poremećaja ili psihotičnih poremećaja.
Bez distance / otkočenog ponašanja (njem. <i>Distanzgemindert</i> / <i>enthemmt</i> ; engl. <i>lack of distance / disinhibited behavior</i>)	Pacijent nema pri interakciji dobru i prema osobi prikladnu interpersonalnu distancu. Ulaženje u socijalne aktivnosti. Uključuje tjelesni kontakt prema ispitivaču te drugim ljudima. Pacijent pita ispitivača o njegovim privatnim podacima, govori mu „ti“. Prilazi drugim ljudima kao da su to poznate osobe i traži od njih neprikladne zahtjeve.
Manjak empatije (njem. <i>Verminderte empathie</i> ; engl. <i>lack of empathy</i>)	Manjak sposobnosti da se uživi u osjećaje i raspoloženja drugoga. Nedostatak doživljavanja osjećaja drugih osoba, npr. veselja, radosti ili žalosti. Upadna je unutarjna neosjetljivost, nedostatak rezonancije i manjak sposobnosti za ekspresijom emocija. Može biti izolirani simptom ili u različitim poremećajima: kod autizma, organskih psihosindroma, disocijativnih poremećaja, afektivnih poremećaja, disocijalnih poremećaja, poremećaja ličnosti i shizofrenih psihoza. Pitanje: „Čini li Vam se da se Vaše dijete ne može uživjeti u osjećaje drugih?“
Poremećaj socijalne interakcije/komunikacije (njem. <i>Stoerung der sozialer Gegenseitigkeit/Kommunikation</i> ; engl. <i>disorder of social interaction/communication</i>)	Poremećaj socijalne komunikacije (uključuje pragmatičku uporabu jezika). Vidjeti poslije kod razvojnih poremećaja.

Tablica 15.3.

Nagoni, vitalne, temeljne (bazične) aktivnost (motivacija, volja), psihomotorika (motorika), impulzivnost, abnormalne navike
 (njem. *Antriebs- und psychomotorische Stoerungen, Impulsivitaet, Abnorme Gewohnheiten*;
 engl. *disorders of drive and psychomotility, impulsivity, abnormal habits*).

Modificirano prema AMDP 2007; APA 2013; Begić 2014; Döpfner i sur. 1999; Peters 1990; Remschmidt 2011; Scharfetter 1991; Steinhausen 2010.

Pojam	Definicija i opis
Nagonska, vitalna, temeljna (bazična) aktivnost (općenito) (njem. <i>Antrieb</i> ; engl. <i>drive</i>)	Nagonska aktivnost označuje životnu snagu, koja utječe na kretanje svih psihičkih funkcija s obzirom na tempo, intenzitet i trajanje. Nagonska aktivnost uključuje životnost, polet, inicijativu, motivaciju, pripadanje, potporu, pažnju, snagu, duh poduzimanja. Nagonska se aktivnost ponajprije manifestira kroz razinu aktivnosti, na psihomotoriku, motivaciju i volju.
Nagonski siromašan (njem. <i>Antriebsarm</i> ; engl. <i>lack of drive</i>).	Manjak energije, inicijative i interesa, bez spontanosti. Spontana je motorika umanjena ili manjak poleta ili inicijative u razgovoru, npr. pacijent se ne bavi više svojim hobijima.
Nagonski zakočen (njem. <i>Antriebsgehemmt</i> ; engl. <i>inhibition of drive</i>)	Energija ili inicijativa od pacijenta su doživljeni kao zakočeni ili blokirani. Ovdje nije riječ o siromaštvu nagona, nego o tome da su potrebni dulje vrijeme, snaga i napor da se provedu neke aktivnosti, sam pacijent dosta se trudi da pobijedi tu blokadu. Primjerice pacijent navodi planove i želje, pokušava ih dosegnuti. Za razliku od siromaštva nagona, intencionalnost ovdje nije poremećena.
Povećani nagon (njem. <i>Antriebsgesteigert</i> ; engl. <i>increased drive</i>)	Povišenje energije, inicijativa i interesa. Aktivnosti pacijenta mogu biti prema cilju orijentiranim aktivnostima, ali one ne moraju biti obvezno smislene. Pacijent ima mnogo planova koje slijedi.
Smanjena motorička aktivnost / hipokinezija (njem. <i>Verminderte koerperliche Aktivitaet/ Hypokinese</i> ; engl. <i>hypokinesis</i>)	Redukcija ili usporenje motoričkih tijekova i aktivnosti, uključujući i govor. Hipokinezija može uzrokovati katatoni stupor . Osiromašene i usporene fiziološke popratne kretnje, voljne muskulature, kao i reaktivnih pokreta, pretežno uzrokovani neurološkim poremećajima (ekstrapiramidna problematika). Pokreti mogu zaostajati, katkad i zastati. Mimika i geste se osiromašuju. Govor postaje tiši.
Povišena motorička aktivnost / motorički nemiran, hiperkinezije (njem. <i>Motorisch unruhig</i> ; engl. <i>motor restlessness</i>).	Povišena motorička aktivnost, a na koju se ne može utjecati ni socijalnim kontekstom ni zabranama. U djeteta se ovo pokazuje kao neprimjerena motorička aktivnost putem fine i grube motorike (pokreti prstiju, ruku, ramena, nogu, stalno okretanje na stolcu, stalno ustajanje, hodanje uokolo, trčanje), pa sve do besciljne i neorijentirane motoričke aktivnosti. U adolescenciji i odrasloj dobi može biti raspon od hiperkinezije do katatone pobuđenosti (agitacije) . Pacijenti su motorički aktivni, hodaju, a može biti riječ i o izoliranim pojavama (grebanje, pokreti nogu pri sjedenju). Može nastati u kontekstu različitih poremećaja (hiperkinetski poremećaj, afektivni poremećaji, anoreksija nervoza, intelektualne teškoće, autizam, poremećaj privrženosti itd.).
Impulzivnost (njem. <i>Impulsivitaet</i> ; engl. <i>impulsivity</i>)	Nedovoljno kontrolirajući tijek misli i aktivnosti. Ovo se može očitovati tako da pacijent upada u riječ pitanjima, da ne može čekati, da druge stalno prekida i smeta ili isto tako mnogo govori a da ne reagira na socijalne okolnosti. Pojedini autori impulzivnost stavljaju uz povezanost s pažnjom i motoričkom aktivnosti (v. kod pažnje). Više se odnosi na emocionalni aspekt.
Motorički tikovi (njem. <i>Motorische Tics</i> ; engl. <i>motor tics</i>)	Varijabilni, nevoljni, ponavljajući, neritmični motorički pokreti, koji uključuju određene grupe mišića, koji naglo nastaju i nemaju nikakav jasniji smisao. Jednostavni motorički tikovi obuhvaćaju npr. treptanje, zamahivanje glavom, pokrete ramenima.
Vokalni tikovi (njem. <i>Vokale tics</i> ; engl. <i>vocal tics</i>)	Nevoljni, ponavljajući glasovi, koji naglo nastaju i nemaju neki jasniji smisao, npr. hračkanje, lajanje, šmrkanje, siktanje ili pak ponavljanje pojedinih riječi ili glasova (eholalija), ponavljanje vlastitih riječi nekoliko puta (palilalija), uporaba opscenih riječi (koprolalija).

Tablica 15.3.

Nastavak

Pojam	Definicija i opis
Parakinezije (njem. <i>Parakinesen</i> ; engl. <i>parakinesia</i>).	Riječ je o heterogenim motoričkim fenomenima. Parakinezije su kvalitativno abnormalne, većinom kompleksni pokreti, koji zahvaćaju geste, mimiku i govor. - Stereotipije su repetitivne, naizgled pod pritiskom (nagonom) da se izvrše, i nefunkcionalni motorički obrazac ponašanja. Označuju manifestacije na području govora i motorike, koje se kroz dulje vrijeme uvijek u istoj formi ponavljaju. U stereotipije se ubrajaju verbigeracije (stereotipije riječi), eholalija (eholalično ponavljanje), vrtnje tijelom , vrtnje glavom (uz udaranje glavom), uzimanje predmeta u usta , „ vlastito nunanje “, ehopraksija (automatizirano ponavljanje radnji), spontano i aktivno zauzimanje položaja tijela (engl. <i>posturing</i> ; spontano i aktivno održavanje položaja /tijela/ nasuprot težini, npr. fenomen psihološkog jastuka, kada pacijent spontano leži u krevetu s podignutom glavom kao na jastuku); katalepsija (ispitivačevo pasivno uvođenje nekog položaja koji se održava, nasuprot gravitaciji; obično u neobičnom položaju tijela) i „ flexibilitas cerea “ (voštana pokretljivost ili savitljivost; na početku postoji lagani otpor ispitivaču da se stavi u određeni položaj udova, glave i tijela, slično savijanju svijeće). Automatizirano smijanje može se isto tako ovamo ubrojiti. Automutilacije se ne ubrajaju ovamo, nego u drugu kategoriju. - Zapovjedni automatizmi označuju situaciju kada pacijent automatski izvodi kretnju s obzirom na zadani podražaj. Negativizam označuje stanje kada pacijent upravo ne čini ono što se od njega očekuje ili traži (pasivni negativizam), ili radi upravo suprotno od onoga što se od njega traži (aktivni negativizam). Negativistične se pacijente može samo djelomično potaknuti na željene radnje ako im se to zabrani ili ako se traži upravo suprotno (zapovjedni negativizam).
Maniriran/bizaran (njem. <i>Manieriert/ bizarr</i> ; engl. <i>mannerisms</i>).	Uobičajene životne kretnje i čini (geste, mimika, govor) čine se promatraču neobičnima, ekscentričnima, pozerskima i punima figura (slikovit, nakićen), a pokatkad se provode uz igrajuću notu. Pacijenti se mogu ponašati bizarno. Pod manirizmom razumijevamo neprirodno, napuhano (pompozno; izvještačeno; pretjerano), sjajno (veličanstveno, raskošno), u smislu uzvišenosti i uobraženosti (značajnosti). Primjerice dominira neprirodnost, afektiranost, umjetan, jogunast, stiliziran i pun fraza. Pojedini autori povezuju maniriranost i teatralnost (demonstrativnost) u isti koncept. Pojedini autori ubrajaju u poremećaj interakcije.
Teatralnost /demonstrativan (njem. <i>Theatralisch</i> ; engl. <i>histrionics</i>)	Mimičke ili govorne ekspresije koje se čine situacijski neprikladne, neistinite ili teatralne, a kojima je svrha da traže pažnju. Pacijenti odaju dojam da se žele predstaviti drugima u smislu čudnovatosti pokazivanja. Čini se kao da pacijent igra neku ulogu. Pojedini autori maniriranost i teatralnost povezuju u isti koncept. Pojedini autori ubrajaju u poremećaj interakcije.
Mutizam (njem. <i>Mutistisch</i> ; engl. <i>mutism</i>)	Škrtost na riječima, tiho govorenje, pa sve do negovorenja (potpune nijemosti). Budan pacijent priča malo ili nikako. Pojedini autori ubrajaju ga u poremećaje govora ili interakcije.
Logoroičnost (njem. <i>Logorrhöisch</i> , engl. <i>logorrhea</i>)	Povećanje tijeka govora. Može biti oštar (engl. <i>stringent</i>) i logičan, ne mora biti uvijek ubrzan. Drugi ne uspijevaju prekinuti pacijenta, a on to ne uzima na znanje. Pojedini autori ubrajaju je u poremećaje govora ili interakcije.
Abulija (njem. <i>Abulie</i> ; engl. <i>abulia</i>)	Abulija se definira kao manjak voljnog nagona. Nesposobnost zaključivanja i odlučivanja. Pacijent načelno ima želju za djelovanjem, ali je ta želja vrlo slaba, tako da ne dolazi do djelovanja. Ovamo možemo ubrojiti i hipobuliju, kao manjak volje. Pojedini autori ne rabe više ove termine u psihopatologiji. Rjeđe se upotrebljava u dječjoj dobi. Sličan termin jest manjak voljne spontanosti (engl. <i>avolition</i>), kao negativni simptom kod shizofrenije.
Hiperbulija (njem. <i>Hyperbulie</i> ; engl. <i>hyperbulia</i>)	Prekomjerna funkcionalnost volje. Primjer su izdržavanje tjelesnih bolova, a primjer može biti i potreba za činjenjem u osoba u maničnoj epizodi. Pojedini autori ne rabe više ovaj termin u psihopatologiji. Rjeđe se uporabljuje u dječjoj dobi.
Abnormalne navike (njem. <i>Abnorme Gewohnheiten</i> ; engl. <i>abnormal habits</i>)	Ponavljanje nedovoljno kontrolirane aktivnosti, koje ima karakter reduciranja napetosti ili funkciju ugođe kao npr. grizenje noktiju ili sisanje prsta.

Tablica 15.4.

Strahovi, anksioznost, hipohondrija, opsesije
(njem. *Furcht, Angst, Hypochondrie, Zwaenge*; engl. *Fear, anxiety, hypochondriasis, obsessions*).

Modificirano prema APA 2013; AMDP 2007; Döpfner i sur. 1999; Peters 1990; WHO 1993.

Pojam	Definicija i opis
Anksioznost, tjeskoba (njem. <i>Angst</i> ; engl. <i>anxiety</i>)	Afektivno stanje pri kojemu se očekuje jedna opasnost (prijetnja), na koju se psiha treba pripremiti. Ima svoje popratne tjelesne simptome. Pojedini autori razlikuju anksioznost (engl. <i>anxiety</i>) od straha (engl. <i>fear</i>), premda se uporabljaju i često u sličnom smislu. Čini se da je anksioznost širi pojam od straha. Anksioznost uključuje usmjerenost na neki objekt (strah od objekta, realan strah, strah), kao i neodređenu anksioznost (bezobjektna ili slobodno flotirajuća).
Strah (njem. <i>Furcht</i> ; engl. <i>fear</i>)	Afekt tjeskobe od pojedinog određenog objekta ili prepoznatljive opasnosti, koju individua shvaća kao prijetnju (opasnost). Dodatno može imati popratne tjelesne simptome.
Separacijska anksioznost (njem. <i>Trennungsangst</i> ; engl. <i>separation anxiety</i>)	Strah da će se skrbniku nešto dogoditi ili da će otići i da se neće vratiti ili pak da će kroz nesretne okolnosti (izgubiti se / kidnapiranje) dogoditi dulja separacija od skrbnika. Separacijski strah ometa dijete u polaženju vrtića ili škole ili dijete ne može samo spavati.
Izolirane fobije (njem. <i>Umschriebene Phobie</i> ; engl. <i>specific phobia</i>)	Izraženi, stalni i „neutemeljeni“ strahovi od specifičnih objekata ili situacija s izbjegavajućim ponašanjem, npr. od životinja, tame, grmljavine, zatvorenih prostora, ozljeda, insekata, injekcija, liječnika, bolnice.
Socijalna anksioznost (fobija) (njem. <i>Soziale Angst</i> ; engl. <i>social anxiety</i>)	Izražena i stalna anksioznost od jedne ili više socijalnih situacija u kojima se dijete suočava s odraslima ili vršnjacima, ili ih drugi mogu izložiti procjeni. Pacijent ima strah da će pokazati ponašanje koje će biti ponižavajuće ili neugodno (sramno). Pokazuje se npr. pri govorenju u javnosti, pred razredom ili u kontaktu s drugim spolom.
Strah od neuspjeha (njem. <i>Leistungsangst</i> ; engl. <i>Fear of failure</i>)	Relativno nejasan pojam. Vjerojatno je potrebno ubrojiti ga u socijalnu anksioznost (fobiju). Strah od zatajenja u nekim postignućima (u školi, pri ispitu, u razredu, sudjelovanje u nastavi, kod sporta) s tendencijom izbjegavanja ovakvih situacija.
Agorafobija (njem. <i>Agoraphobie</i> ; engl. <i>agoraphobia</i>)	Izražen i stalan strah od napuštanja vlastite kuće, strah od odlaska u dućane, biti u gomili ljudi ili biti na otvorenim mjestima (trgovima) ili sam putovati u sredstvima javnog prijevoza (tramvaj, autobus). Postoji ograničenje u dodatnom strahu da se osoba neće moći povući na neko sigurno mjesto. Može postojati strah od naglih tjelesnih simptoma kao što su vrtoglavica, proljev ili povraćanje. Vodi do izbjegavanja određenih situacija, npr. odlazak u školu ili na posao ili pak u kupnju (npr. strah nešto kupiti od blagajnice).
Panične atake (njem. <i>Panikattacken</i> ; engl. <i>panic attacks</i>)	Ponavljajuće teške atake (napadaji) anksioznosti, koje se ne odnose na specifične situacije i koje nastaju „bez nekog posebnog“ „okidača“ i ne mogu se unaprijed predvidjeti. Nastupa izbijanjem znoja, lupanjem srca, bolovima u prsima, osjećajima gušenja, vrtoglavicom, drhtanjem ili osjećajima otuđenja. Često postoji strah da će osoba umrijeti, strah od gubitka kontrole ili da će poludjeti. Pojedini napadaji unutar nekoliko minuta dolaze do svojeg maksimuma i traju barem nekoliko minuta. Panične atake vode obično do brzog napuštanja mjesta uz stalan strah od novih ataka (strah od novog napadaja).
Generalizirana anksioznost (njem. <i>Generalisierte Angst</i> ; engl. <i>generalized anxiety</i>)	Kroz određeno dulje vrijeme prisutna, slobodno flotirajuća (difuzna) anksioznost, koja nije vezana za neke situacije ili objekte, a pacijent nema kontrole nad svojim stanjem. Prisutni su pojedini simptomi zabrinutost npr. oko budućnosti, postoje motorička napetost (tjelesni nemir, glavobolje zbog napetosti) i vegetativna pobuđenost (znojenje, bolovi u trbuhu, osjećaji vrtoglavice) ili poremećaji spavanja. Zabrinutosti i tjeskoba obuhvaćaju svakodnevne događaje i aktivnosti (školske zadaće, vlastite sposobnosti, školski uspjeh, zdravlje članova obitelji, zadaće unutar obitelji) ili pak brige o katastrofama. Strahovi ili tjelesni simptomi uzrokuju oštećenja u važnim područjima života i funkcijama. Generalizirana anksioznost nastupa izolirano, ali i unutar psihotičnih poremećaja.

Tablica 15.4.

Nastavak

Pojam	Definicija i opis
Hipohondrija (njem. <i>Hypochondrie</i> ; engl. <i>hypochondriasis</i>)	Uključuje veliku tjeskobu. Visoka tjeskobna usmjerenost na vlastito tijelo, vlastito zdravlje, koja uključuje prekomjernu percepciju da postoji tjelesna bolest, dakle riječ je o prekomjernom i pogrešnom davanju značenja vlastitim tjelesnim funkcijama bez znaka organske bolesti. U pravilu, postoje minimalno tjelesni simptomi na koje se pacijenti žale (za razliku od somatizacije). Ovamo se ubrajaju i pogrešno nazvana fobija od AIDS-a, srčana fobija (njem. <i>Herzphobie</i>), kao i fobija od karcinoma, a zapravo se oni ne ubrajaju u fobije, nego u hipohondriju (v. dalje).
Prisilne misli (njem. <i>Zwangsgedanken</i> ; engl. <i>Obsessive thoughts</i>)	Nametajuće misli i predodžbe (slike), koje su ponavljajuće i stalne i koje blokiraju tok misli, te koje se doživljavaju kao besmislene ili pretjerane, a pacijent ih se ne može osloboditi. Često se od pacijenta doživljavaju kao mučne (npr. zaraza od bakterija, da će se nešto loše dogoditi). Smatraju se ego distonima, dakle egu neprihvatljivima. Pacijent je svjestan da su to njegove misli, te da ne dolaze izvana (za razliku od shizofrenih).
Opsesivni impulsi (njem. <i>Zwangsimpulse</i> ; engl. <i>compulsive impulses</i>)	Nametajući impulsi, koji imaju za posljedicu izvršenje određenih aktivnosti koje se smatraju besmislima ili pretjeranima. Na primjer, nešto kontrolirati, sebe ili drugoga ozlijediti ili izreći opscene riječi. Pojedini autori ubrajaju impulse i misli u isti koncept.
Opsesivne aktivnosti, kompulzije (njem. <i>Zwangshandlungen</i> ; engl. <i>compulsive actions</i>)	Nametnute i stalne aktivnosti koje se doživljavaju kao besmislene ili pretjerane. Ovamo se uključuju i rituali, npr. rituali pranja ruku, uređivanje, kontroliranje ili misaone aktivnosti: npr. moliti se, brojiti, riječi tiho ponavljati. Obavljanje tih aktivnosti dovodi do smanjenja tjeskobe i napetosti. Doživljavaju se kao ego distone (egu neprihvatljive).
Senzitivnost/ nepovjerljivost (njem. <i>Misstrauen</i> ; engl. <i>suspiciousness</i>)	Percepcije su na neprikladan način usmjerene na sebe. Ponašanje drugih ljudi u odnosu prema sebi shvaća se kao tjeskobno, nesigurno ili neprijateljsko, uz sumnjičavost pacijenta. Pojedini autori ovaj koncept ubrajaju među poremećaje misli i opažanja, ili pak među strahove, a nemaju sumanutu kvalitetu.

Tablica 15.5.**Poremećaj raspoloženja i afekata****(njem. *Stoerungen der Stimmung und der Affektivitaet*; engl. *disturbances of mood and affect*).**

Modificirano prema AMDP 2007; Begić 2014; Benham 2000; Döpfner i sur. 1999; Kaplan i Sadock 1988; Peters 1990; Scharfetter 1991

Pojam	Definicija i opis
Emocija (njem. <i>Emotion</i> ; engl. <i>emotion</i>)	U psihičkom statusu u odraslih osoba emocija se definira kao kompleksno stanje osjećanja, s različitim psihičkim, somatskim i ponašajnim (bihevioralnim) komponentama. Emocija bi, prema ovoj definiciji, bila najširi termin.
Raspoloženje (njem. <i>Stimmung</i> ; engl. <i>mood</i>)	Raspoloženje se definira kao dugotrajnija emocija koju doživljava i navodi sama osoba ili je pak opserviraju drugi.
Afekt (njem. <i>Affekt</i> ; engl. <i>affect</i>)	Afekt bi se definirao kao ekspresija emocije koju opserviraju drugi. Afekt podrazumijeva kvalitativni aspekt tijekom različitih osjećajnih stanja (engl. <i>feeling states</i>), kao što su prikladnost, dubina i površnost, intenzitet te labilnost. U dječjoj će se dobi pod terminom afekt razumijevati oba koncepta: i kvalitativni aspekt emocionalne ekspresije i specifična emocija.
Depresivno raspoloženje (njem. <i>deprimiert</i> ; engl. <i>depressed mood</i>).	Negativno obojeno raspoloženje (stiješnjeno, utučeno, potišteno). Opisuje se spektar osjećaja od tužnog, plačljivog, raspoloženje neugodnosti, stiješnjivosti, brige, jada ili bespomoćnosti, pa sve do opisa unutarnje muke. Može se opažati utučeno raspoloženje, pa sve do intenzivne pokretljivosti ili pak zakočenosti u bolu.
Disforičan (njem. <i>Dysphorisch</i> ; engl. <i>dysphoria</i>)	Zlovoljno raspoloženje. Pacijent je mrzovoljan, ojađen, ćudljiv, čangrizav, s osjećajem nevoljkosti, nezadovoljan, ljutit. Utječe tako da se ljudi iz okoliša povlače od ovakve osobe. Pojedini autori disforiju i iritabilnost povezuju u jedan koncept.
Iritabilan (podražljiv) (njem. <i>Gereizt</i> ; engl. <i>irritability</i>).	Pacijent reagira neprimjereno ubrzano ili žestoko s bijesom ili agresijom. Pojedini autori povezuju iritabilnost i disforičnost u jedan koncept.
Anhedonija (njem. <i>Anhedonie</i> ; engl. <i>anhedonism</i>)	Nesposobnost da se osoba raduje ugodnim aktivnostima ili da postoji orijentacija na buduće ugodne stvari. Pojedini autori anhedoniju ubrajaju u poremećaje nagona, dok je drugi autori svrstavaju među poremećaje raspoloženja i afekta. Vrlo sličan pojam jest nagonski siromašan. Nalazi se kao negativni simptom kod shizofrenije, ali se može naći i kod depresije.
Manjak samopoštovanja / osjećaji nedostatnosti (insuficijencije)/ (njem. <i>Insuffizienzgefuehle</i> ; engl. <i>Feeling of inadequacy</i>)	Osjećaji nesposobnosti, bez vještine, neprikladnosti, neatraktivnosti i bezvrijednosti. Vjera je u vlastito postignuće ili u vlastitu vrijednost je umanjena ili izgubljena. Dominiraju osjećaji nesposobnosti, nema vještine, pacijent je nesposoban donositi odluke, glup, bez razumijevanja, ružan itd.
Beznadnost/očajanje (njem. <i>Hoffnungslos</i> ; engl. <i>Hopelessness</i>)	Pesimistično raspoloženje, sumnja, svuda se vide samo problemi, paraliziranost i manjak orijentiranosti na budućnost. Vjera je u pozitivnu budućnost smanjena ili potpuno odsutna (sve se vidi crno). Svaka se promjena vidi kao pogoršanje. Pojedini autori ovamo pridodaju i očajanje.
Osjećaji krivnje (njem. <i>Schuldgefuehle</i> ; engl. <i>Feelings of guilt</i>)	Pacijent se osjeća odgovoran za neku aktivnost, misao ili želju, za koju on sam smatra da je bila pogrešna. Ima osjećaj da je nešto loše napravio, te da je prekršio neke norme. Zbog sitnica ili malih grešaka sebi se pripisuju pritužbe. Treba ga razlučiti od sumanutih osjećaja krivnje. Pojedini autori ovamo pridodaju i samookrivljavanje.

Tablica 15.5.

Nastavak

Pojam	Definicija i opis
Siromaštvo afekta (njem. <i>Afektarm</i> ; engl. <i>Blunted affect</i>)	Otupjelost i anestezija afekta. Spektar (broj) pokazanih afekata je smanjen ili je intenzitet pokazanih osjećaja umanjen. Pacijentovi lice i glas su bez mimike. Pacijent pokazuje samo mali spektar afekata npr. bijes, mržnja, nervozu, žalovanje. Postoji mala afektivna prikladnost u smislu emocionalne indiferentnosti, ravnodušnosti, površnosti afekta. Nalazi se u depresivnog, ali i u maničnog pacijenta, kao i kod poremećaja ličnosti. Može i ne mora biti povezano s osjećajem patnje. Pojedini autori uz ovaj koncept vežu i termin „osjećaj bezosjećajnosti”. Pojedini autori povezuju zaravnjenost afekta sa siromaštvom afekta, dok drugi autori povezuju zaravnjenost afekta više sa krutosti afekta (vidi drugi termin). Rjeđe se koristi u adolescentnoj dobi.
Osjećaj gubitka osjećaja (osjećaji praznine) (njem. <i>Gefuehl der Gefuehllosigkeit</i> ; engl. <i>Feeling of loss of feeling</i>)	Pacijent subjektivno osjeća redukciju ili gubitak afektivnog života i to osjeća kao prazninu i hladnoću osjećaja. Navodi da nema osjećaje, da je prazan, ne samo za radost nego i za žalovanje. Pacijent navodi da bi plakao, ali da i to ne može. Sličan je pojmu udaljenosti ili zaravnjenosti afekta.
Afektivna labilnost (njem. <i>Affektlabil</i> ; engl. <i>Affective lability</i>)	Brzo mijenjanje afekata i raspoloženja, koji nastaju na poticaj izvana (povećanje afektivne otklonjivosti) ili koji nastaju spontano (emocionalna nestabilnost). Afekti su obično kratkog trajanja i često se izmjenjuju.
Afektivna inkontinencija (njem. <i>Affektinkontinent</i> ; engl. <i>Affective incontinence</i>)	Riječ je o prekomjernim afektima na najmanji mogući poticaj, pacijent ih ne može kontrolirati i povremeno imaju prekomjernu snagu (manjak afektivne kontrole). „Bezrazložno“ plakanje, „otkočenost“. „Izljevi bijesa“ ubrajaju se također ovamo.
Krutost afekta (njem. <i>Affektstarr</i> ; engl. <i>Affective rigity</i>)	Rigidnost i paraliza afekta. Manjak afektivne sposobnosti modulacije; riječ je o manjku sposobnosti amplitude afekata (afektivno zaravnjenje), npr. ispitivač mora poticati pacijenta da izazove modulaciju afekta. Mogu biti prisutni različiti afekti, ali nisu modulirani. Rjeđe se uporabljuje u dječjoj dobi. Vidi termin siromaštvo afekta.
Apatija / gubitak interesa (njem. <i>Apathie</i> ; engl. <i>apathy</i>)	Vrlo sličan pojmu poremećaja vitalnih osjećaja. Manjak ili gubitak vršnjačkih aktivnosti i interesa ili nedostajuća prilagodba na nove aktivnosti ili interese. Deficit energije, snage i sposobnosti da se izvrše svakodnevne aktivnosti. Osjećaj bezosjećajnosti, manjak aktivnosti. Manjak spontane aktivnosti. Pojam se odnosi na psihičke, a ne na tjelesne sadržaje. Pojedini autori navode ovaj termin kao negativni simptom kod shizofrenije. Termin apatija kod pojedinih autora odgovara zajedničkim terminima avolicije i asocijalnosti pri shizofreniji. Termin avolicije sličan je terminu abulije.
Poremećaj vitalnih osjećaja (njem. <i>Stoerung der Vitalgefuehle</i> ; engl. <i>Felt loss of vitality</i>)	Nedostatak općeg osjećaja snage, energije i životnosti, ubrzani psihički umor, kao i tjelesna nelagoda. Izolirane tjelesne smetnje ne ubrajaju se ovamo. Vrlo sličan pojmu apatije. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi.

Tablica 15.5.

Nastavak

Pojam	Definicija i opis
Osjećaj unutarnjeg nemira (njem. <i>Innerlich unruhig</i> ; engl. <i>inner restlessness</i>)	Pacijent osjeća unutarnju uzbuđenost, pritisak, pobuđenost, užurbanost, napetost ili nervozu.
Euforičan (njem. <i>Euphorisch</i> ; engl. <i>euphoria</i>)	Stanje prekomjernog dobrog osjećanja, zadovoljstva, vedrine, optimizma, povišenih vitalnih osjećaja. Ovamo neki autori pridodaju osjećaj povišenog samopoštovanja.
Povišeni osjećaj samopoštovanja (njem. <i>gesteigertes Selbstwertgefuehl</i> ; engl. <i>exaggerated self-esteem</i>)	Pozitivan osjećaj povišene vlastite vrijednosti, snage ili postignuća. Pacijent se usudi poduzimati novo, osjeća se pametno i sposoban je za postignuće u odnosu prema drugima. Pojedini autori povišeni osjećaj samopoštovanja i euforičnost shvaćaju kao jedan koncept.
Osjećaj ustrašene zbunjenosti (njem. <i>Ratlos</i> ; engl. <i>perplexity</i>)	Raspoloženje osobe koja se ne snalazi u situaciji, svojoj okolini ili u budućnosti. Nema osjećaj razumijevanja i izgleda „zapanjena“, perpleksna (začudena, bespomoćna), nema nikakvog savjeta. Riječ je o zbroju mimike, gesta i riječi. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi.
Žalbeno/jadikujući (njem. <i>Klagsam/jammrig</i> ; engl. <i>complaintiveness</i>)	Predočuju se intenzivno u izražaju boli, brige i tjeskobe kroz riječi, mimiku i geste. Pacijenti plaču, uzdišu, jauču, žale se ili lamentiraju. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi.
Osjećaji osiromašenja (njem. <i>Verarmungsgefuehle</i> ; engl. <i>Feeling of impoverishment</i>)	Pacijent se boji da će mu nedostajati životna sredstva te da će osiromašiti. Treba se razlučiti od sumanutih osjećaja osiromašenja. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi.
Ambivalentan (njem. <i>Ambivalent</i> ; engl. <i>ambivalence</i>)	Zajednička prisutnost suprotnih osjećaja, misli ili impulsa u pacijenta, koji istodobno postoje i često se doživljavaju mučno.
Paratimija (njem. <i>Parathymie</i> ; engl. <i>Parathymia</i>)	Izražaj osjećaja i navedeni sadržaj doživljavanja nisu sukladni (paradokсни afekti, neprimjerena osjećajna reakcija). Često se upotrebljuje za „afektivnu neadekvatnost“, npr. pacijent, smješkajući se, govori kako je prošle noći bio proganjan. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi.
<i>La belle indiferece</i> – prekrasna ravnodušnost	Nalazi se tipično pri konverziji. Pacijent nije zabrinut za svoje tjelesno stanje. Primjerice, neka djevojka ima danima izraziti tremor svojih nogu. Na pitanje terapeuta je li zabrinuta zbog toga, ona odgovara: „Ne nisam. Kako je to došlo, tako će i otići.“ Pitanje je čemu pridodati ovaj koncept. Pojedini autori dvoje u opravdanost specifičnosti tog koncepta kao specifičnog kod konverzije, i ne služe se njime u praksi.

Tablica 15.6.**Poremećaj svijesti****(njem. *Bewusstseinsstoerungen*; engl. *disorders of consciousness*).**

Modificirano prema AMDP 2007; Begić 2014; Scharfetter 1991.

Pojam	Definicija i opis
Općenito	Stanje svjesnosti uvijek se odnosi na cjelokupno doživljavanje i ponašanje, međutim, ispituje se preko pojedinih funkcija, npr. aktivnost, jasnoća svijesti (vlastita percepcija i intencija), cilj orijentiranosti prema okolini, pažnja, senzoričko-osjetno (senzibilno) zaključivanje, suradljivost, fiksiranost pri razgovoru, reaktivnost (reagibilnost) na vanjske podražaje, orijentacija, mišljenje, voljna aktivnost i djelovanje.
Poremećaj budnosti / smanjenje razine svijesti (njem. <i>Bewusstseinsverminderung</i> ; engl. <i>Lowered vigilance</i>)	Kvantitativni poremećaj svjesnosti. Poremećaj budnosti; sličan je pojam vigilancija; jasnoća svjesnosti; lagano (pacijent je pospan) do teško, pacijent se budi tijekom perceptivnih podražaja), stupnjevi od somnolencije (njem. <i>Somnolenz</i> ; engl. <i>drowsiness, somnolence</i>), sopor (njem. <i>sopor</i>) i koma (njem. <i>Koma</i> , engl. <i>coma</i>); Somnolencija uključuje pospanost, usporenost. U soporu se pacijent budi uz jake podražaje, nema verbalizacije. U komi se pacijent ne može više probuditi.
Zamućenost svijesti (njem. <i>Bewusstseinstruebung</i> ; engl. <i>Clouded consciousness</i>)	Kvalitativni poremećaj svjesnosti. Poremećaj sposobnosti da se razumiju različiti aspekti vlastite osobe i okoline, međusobno povežu, odgovarajuće se drugima priopće i da smisleno djeluju. Odnosi se na cjelokupno doživljavanje, ali se ispituje u pojedinim funkcijama, npr. odvratanje od okoline, otežano zaključivanje, odvratanje pažnje ili otežana pažnja. Praćeno je inkoherentnim mišljenjem, obmanama osjetila, sumanutim idejama, afektivnim uzbuđenjem, strahom, motoričkom hiperaktivnošću. Tipično se nalazi kod delirija, ili intoksikacija.
Suženo stanje svijesti (njem. <i>Bewusstseinenengung</i> ; engl. <i>Narrowed consciousness</i>)	Kvalitativan poremećaj svjesnosti. Suženje svijesti cijelog doživljavanja i ponašanja na pojedine teme. Metafora je kao „zraka svjetlosti doživljavanja svijesti“. Pacijent se čini orijentiran na pojedina unutrašnja ili vanjska događanja. Karakteristična je odsutnost reakcije na vanjske poticaje. Nalazi se pri sumračnim stanjima (njem. <i>Daemaerzustand</i> ; engl. <i>twilight state</i>), akutnih stresnih situacija (šok), kod paničnog napadaja, hipnoze, kao i prilikom koncentracije pri rješavanja nekog teškog problema.
Prošireno stanje svijesti (njem. <i>Bewusstseinsverschiebung</i> ; engl. <i>Expanded consciousness</i>)	Kvalitativan poremećaj svjesnosti. Pacijent navodi da je cjelokupan doživljaj svjesnosti proširen, osjeća se budniji, životniji i otvoreniji. Osjećaji se intenzivnije doživljavaju. Može nastati u meditativnim stanjima, pod utjecajem droga, kod shizofrenije i manije.

Tablica 15.7.**Poremećaj orijentacije****(njem. *Orientierungsstoerung*; engl. *Disturbances of orientation*).**

Modificirano prema AMDP 2007; Begić 2014; Remschmidt 2011; Scharfetter 1991.

Pojam	Definicija i opis
Orijentacija – općenito	Orijentacija je znanje o vremenu, mjestu, situaciji i vlastitoj osobi.
Poremećaj vremenske orijentiranosti (njem. <i>Zeitliche orientierungsstoerung</i> , engl. <i>Time</i>)	Podatci o datumu (dan, mjesec, godina), o danu u tjednu i/ili godišnjem dobu djelomično se ili potpuno ne zna.
Poremećaj orijentacije s obzirom na mjesto (njem. <i>Oertliche orientierungsstoerung</i> ; engl. <i>place</i>)	Trenutačno se mjesto boravka ne zna ili se daju nejasne izjave.
Poremećaj orijentacije s obzirom na situaciju (njem. <i>Situative orientierungsstoerung</i> ; engl. <i>situation</i>)	Trenutačna je situacija djelomično ili nikako shvaćena u svojem značenju i smislenoj povezanosti, npr. pacijent ne zna zašto se nalazi na pregledima u bolnici.
Poremećaj orijentacije prema vlastitoj osobi (njem. <i>Orientierungsstoerung ueber die eigene Person</i> ; engl. <i>self</i>)	Vlastita životna situacija (biografija) djelomično se zna ili se uopće ne zna. Sadržava podatak o datumu rođenja, mjestu rođenja, dobi, imenu, situaciji stanovanja, kao i ulozu u dobi i socijalnom kontekstu (škola, zvanje).

Tablica 15.8.

Poremećaj pažnje i kognitivnih funkcija
(*njem. Störung der Aufmerksamkeit und kognitiver Funktionen;*
engl. disorders of attention and cognitive functions).

Modificirano prema AMDP 2007; Döpfner i sur. 1999; Remschmidt 2011; Scharfetter 1991.

Pojam	Definicija i opis
Poremećaji pažnje (<i>njem. Konzentrationsstörungen, oder Unaufmerksamkeit / ablenkbar;</i> <i>engl. Concentration</i>)	Odnosi se na trajanje i usmjerenost pažnje. Poremećaj se odnosi na otklon kroz vanjske podražaje, koji vode do vremenskog prekida aktivnosti ili se očituje u smanjenoj sposobnosti da se pacijent koncentrira na jednu aktivnost ili razgovor. Posljedice mogu biti umor i usporenje ili pravljenje više grešaka. Zadaće i aktivnosti mogu se teško organizirati, odnosno upute se mogu samo djelomično provesti. Primjerice, dijete ne može održati pažnju na školsku zadaću jer ga ometaju različiti podražaji. U odraslih osoba ne može npr. navesti mjesec unatrag; ili npr. od 81 oduzimati uvijek 4 manje. Pojedini autori uz poremećaje pažnje navode i impulzivnost (v. pojam impulzivnosti).
Poremećaj poimanja (<i>njem. Auffassungsstörungen;</i> <i>engl. apperception</i>)	Uključuje niz kompleksnih kognitivnih funkcija. Poremećaj sposobnosti da se percepcije u njihovu značenju shvate i smisleno zajedno povežu (sinteza); u daljnjem pak smislu uključivanje u područje vlastitog iskustva (misaona prorada jedne percepcije); npr. objašnjenje poslovice; slikovitih priča i basni. Misli se o kognitivnoj proradi dobivenih informacija. Može biti djelomično prisutno ili nikako. Poteškoće dovođenja u red pojedinosti u više klase. Ovamo se ubraja i konkretizam, kao nemogućnost apstraktno- simboličkog načina razmišljanja. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi, eventualno u adolescenata.
Poremećaji zapamćivanja (kratkoročne memorije, neposrednog pamćenja) (<i>njem. Merkfähigkeitsstörung;</i> <i>engl. memorization</i>)	Sposobnost da se pamte svježije informacije unatrag oko 10 minuta, npr. pacijentu se navedu tri brojke ili pojma, te se traži da se oni nakon desetak minuta ponove. Pojedini autori u djece taj koncept sjedinjuju s poremećajem dugoročne memorije.
Poremećaji dugoročne memorije (<i>njem. Gedächtnisstörungen,</i> <i>engl. retention</i>)	Sposobnost doživljaja i iskustva pamćenja, koje traje dulje od 10 minuta, odnosno mogućnost dozivanja zapamćenog. Ovdje se navode iskustva, trajanja unatrag oko 60 minuta; ili starija sjećanja. Ovamo ubrajamo amnezije (sadržajne ili vremenski ograničene rupe u sjećanju) i nesposobnost da se uredno vremenski poslože sadržaji sjećanja. Pojedini autori u djece ovaj koncept sjedinjuju s poremećajem kratkoročne memorije.
Konfabulacije (<i>njem. Konfabulationen;</i> <i>engl. Confabulation</i>)	Rupe u sjećanju popunjavaju se naglim idejama. Za isto se pitanje daju različiti odgovori (za razliku od laži), pacijent ni to ne primjećuje. Uvijek ide zajedno s poremećajem memorije. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi.
Paramnezije (<i>njem. Paramensien;</i> <i>engl. Paramnesias</i>)	Riječ je o pogrešnim sjećanjima ili varkama sjećanja. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi. Radi se o heterogenoj grupi poremećaja: <ul style="list-style-type: none"> - pogrešno ponovno prepoznavanje, odnosno tobožnje doživljavanje nečega poznatog (<i>deja vu fenomeni</i> – doživljaj da je već prije viđeno, slušano, doživljeno, a zapravo nije); kao i doživljavanje tobožnje stranosti (<i>jamais vu fenomeni</i> – nikada viđeno, slušano, doživljeno /a zapravo se zna da je to osoba doživjela/) - ekmnezije (poremećaj vremenskog slijeda događaja, npr. prošlost se doživljava kao sadašnjost) - hipermnezije (povećanje sposobnosti sjećanja) - flashbackovi (ponovna sjećanja) - intruzije (stalna sjećanja na traumatske događaje) - lažna sjećanja (<i>engl. false memory syndrome</i>)

Tablica 15.9.

Kvalitativni poremećaji percepcije
(njem. *Sinnestaeuschungen*; engl. *disorders of perception*).

Modificirano prema AMDP 2007; Döpfner i sur. 1999; Peters 1990; Scharfetter 1991; Toelle 1991.

Pojam	Definicija i opis
Halucinacije (općenito) (njem. <i>Halluzinationen</i> ; engl. <i>hallucinations</i>)	Osjetilne percepcije koje imaju karakter realnosti kao u slučaju prave percepcije a da ne postoji perceptivni podražaj.
Pseudohalucinacije (općenito) (njem. <i>Pseudohalluzination</i> ; engl. <i>pseudohallucination</i>)	Pacijent shvaća pogrešni realitetni (subjektivni) karakter svoje percepcije (stvaran ili ne), odnosno kritična je procjena realnosti održana ili ako te percepcije opisuju kao određene slikovite unutarnje predodžbe, kao pri smanjenju intenziteta halucinacija. Pacijent ima osjećaj pasivnosti s obzirom na predodžbe. Pokatkad se tijekom razgovora mogu naći prijelazi između halucinacija i pseudohalucinacija.
Iluzije (njem. <i>Illusionen</i> ; engl. <i>illusions</i>)	Iluzija ima jedan perceptivni podražaj. Pogrešna percepcija (pogrešno shvaćanje) realnih predmeta, zvukova, osoba ili situacija. Kod iluzije se realni predmeti, zvukovi, osobe ili situacije trenutačno pogrešno percipiraju, za razliku od sumanutog opažanja, gdje je percepcija uredna, ali se pridodaje sumanuto značenje. Primjer iluzije jest da ustrašena osoba u šumi pogrešno vidi neku prijeteću osobu umjesto grma; ili zvuk automobila vojnika čuje kao prolazak tenka.
Slušne (verbalne) halucinacije (njem. <i>Stimmenhoeren</i> ; engl. <i>verbal hallucinations</i>)	Pacijent čuje glasove (fonemi) a da nitko ne govori. Glasovi se mogu direktno obraćati pacijentu, davati mu naloge, komentirati njegovo ponašanje ili u obliku govora i protugovora pričati o njemu. Glasovi se doživljavaju kao da dolaze izvana, ali mogu biti i glasovi koji dolaze iz vlastita tijela. Ovamo se ubrajaju i kada pacijent čuje vlastite misli (njem. <i>Gedankenlautwerden</i>).
Druge slušne halucinacije (njem. <i>Andere akustische Halluzinationen</i> ; engl. <i>other auditory hallucinations</i>)	Pacijent čuje različite zvukove, a da oni nisu prisutni u okolini (npr. akoazme ili pacijent čuje glazbu, uzdisanja drugih itd.).
Optičke halucinacije; (njem. <i>Optische Halluzinationen</i> ; engl. <i>visual hallucinations</i>)	Vizualne percepcije bez odgovarajućeg podražaja; npr. mogu se vidjeti dijelovi svjetlosti, dijelovi nekih predmeta, osobe ili cijele scene; ovamo se ubrajaju i doživljaji dvojnika (heautoskopija, kada se vidi vlastiti oblik).
Tjelesne halucinacije (njem. <i>Koerperhalluzinationen</i> ; engl. <i>bodily hallucinations</i>)	Taktilne percepcije bez odgovarajućih podražaja ili poremećaji osjećanja tijela (cenestezijske). Taktilne su percepcije npr. kada pacijent percipira primjerice hladnoću na svojoj koži. Poremećaj osjećanja tijela (cenestezijske) kvalitativno su abnormalne (pokatkad bizarne), nove ili strane, i često negativno obojene tjelesne senzacije, npr. u pacijentovoj glavi mozak vrluda tamo-amo.
Mirisne i okusne halucinacije (njem. <i>Geruchs- und Geschmackshalluzinationen</i> ; engl. <i>olfactory or gustatory hallucinations</i>)	Okusne i mirisne percepcije bez odgovarajućeg podražaja. Ove su dvije vrste halucinacija često zajedničke.

Tablica 15.10.

Formalni poremećaji mišljenja (njem. *Formale Denkstoerungen*; engl. *Formal disorders of thinking*).

Modificirano prema AMDP 2007; Begić 2014; Döpfner i sur. 1999; Scharfetter 1991.

Pojam	Definicija i opis
Inhibirano mišljenje (njem. <i>gehemmt</i> ; engl. <i>inhibited thinking</i>)	Blokirano od pacijenta subjektivno se doživljava kao zakočeno ili blokirano, nepravilno, otežano, kao u smislu nekog unutrašnjeg otpora. Pojedini autori ovamo u jedan koncept pridodaju i usporeno mišljenje.
Usporeno mišljenje (njem. <i>Verlangsam</i> ; engl. <i>retarded thinking</i>)	Promatrač opaža da je mišljenje usporeno, viskozno, tromo, otežano, uz dulje stanke ili uz zapreke. Pojedini autori ovamo u jedan koncept pridodaju i inhibirano mišljenje.
Opširno mišljenje (njem. <i>Umstaendlich</i> ; engl. <i>Circumstantial thinking</i>)	Mišljenje koje ne razlikuje bitno od nebitnog. Govor je preopširan. Postoji stalnost i ako se promijeni tema razgovora. Međutim, slijed misli ostaje očuvan.
Suženo mišljenje (njem. <i>Eingeengt</i> ; engl. <i>restricted thinking</i>)	Fiksacija na jednu temu ili na nekoliko njih, ili pak na nekoliko ciljnih predodžbi; pacijent teško prelazi na neku drugu temu, postoji „manjak psihičke pokretljivosti“, ili se stalno vraća na staru temu, npr. depresivni bolesnik stalno govori o probavnim smetnjama. Pacijentu nedostaje pregled o čemu se govori, da se koriste različita stajališta.
Perserveracije misli (njem. <i>Perserverierend</i> ; engl. <i>perservation</i>)	Inzistiranje na prije rečenim riječima i podacima; a koji nisu više smisleni s obzirom na aktualnu povezanost, npr. pacijent stalno ponavlja riječ „ključ“ koju je prije u razgovoru naveo.
Ruminacije misli (njem. <i>Gruebeln</i> ; engl. <i>ruminaton</i>)	Stalne preokupacije većinom neugodnim temama; pacijentu te teme nisu strane, nisu opsesivne (nisu ego distone) i teško se odvaja od takvih tema; pacijenti ih doživljavaju kao neugodne i s mukom; većinom je riječ o svakodnevnim temama.
Pritisak misli (njem. <i>Gedankendraengen</i> ; engl. <i>Pressured thinking</i>)	Pacijent je izložen pritisku velikih i različitih iznenadnih ideja ili misli i ne može ih urediti niti kontrolirati. Ideje mogu biti smislene ili besmislene, nagomilavaju se ili dolaze automatski. Mišljenje nije usporeno. Rjeđe se termin rabi u dječjoj dobi.
Bijeg ideja (njem. <i>Ideenfluechtig</i> ; engl. <i>Flight of ideas</i>)	Ideje koje nemaju više ciljnu predodžbu. Cilj ideja stalno se mijenja ili je izgubljen. Pacijent ide slijedom asocijacija ili s obzirom na određenu percepciju. Ne mora biti usporeno. Ispitivač na neki način slijedi tijek, za razliku od inkohherentnog/disociranog mišljenja. Termin ubrzano mišljenje Njemački autori povezuju s bijegom misli ili ga definiraju drugim već prije opisanim terminima, dok ga drugi autori izdvajaju kao samostalni termin (Begić, 2014).
„Govorenje u stranu” (njem. <i>Vorbeireden</i> ; engl. <i>tangential thinking</i>)	Pacijent odgovara sadržajno na nešto drugo, premda se ima dojam da je ispravno razumio pitanje. Primjerice pacijenta se pita „Zašto ste došli u kliniku“, a on odgovara: „Jučer je bilo lijepo vrijeme“.
Naglo zakočeno / prekid misli (njem. <i>gesperrt</i> / <i>Gedankenabreissen</i> ; engl. <i>blocking</i>)	Nagli prekid bez nekog razloga nakon jednoga tekućeg misaonog tijeka, te to pacijent doživljava kao prekid i šutnju, „izgubi se nit“, a okolina kao zakočeno, te nastavlja s nekom drugom temom. Ispitivač to opservira kao „zakočeno“, a pacijent subjektivno kao blokirano.
Inkohherentno / disocirano mišljenje (njem. <i>inkohaerent/zerfahren</i> ; engl. <i>incoherence</i>)	Misli i govor gube razumljivu povezanost, rečenica je sastavljena od niza nepovezanih riječi, grupa riječi ili dijelova misli. Može voditi do paragramatizma i parasintakse (teži oblici), pa sve do potpune nerazumljivosti, besmislenom mješavinom riječi ili slogova (raspad govora; shizofazija). Daljnji fenomeni koji su povezani jesu paralogija: kontaminacija (miješanje heterogenih sadržaja); kondenzacija (njem. <i>Verdichtung</i>) povezanost više ideja u jednu; te supstitucija (zamjena jednog pojma drugim) i dolazi do potpunog raspada mišljenja (prijelaz na nebitne teme; skokovito i ekscentrično (afektivno kruto) mišljenje;
Neologizmi (njem. <i>Neologismus</i> ; engl. <i>neologism</i>)	Stvaranje novih riječi ili izraza, koji nisu razumljivi s obzirom na jezične konvencije i često nisu neposredno razumljivi. U ekstremnom slučaju pacijent se koristi posebnim, umjetnim jezikom.

Tablica 15.11.

Sumanutosti (njem. *Wahn*; engl. *delusion*).

Modificirano prema AMDP 2007; APA 2013; Döpfner i sur. 1999; Scharfetter 1991; Toelle 1991.

Pojam	Definicija i opis
Sumanutost – opći pojam (njem. <i>Wahn</i> ; engl. <i>Delusion</i>)	Opća definicija: sumanutost nastaje na razini opće promijenjenosti doživljavanja i čini se kao pogrešna procjena realnosti, koja nastaje apriorno (bez obzira na iskustvo) i održava se na subjektivnoj (privatnoj) definiranosti, unatoč suprotnosti realnosti i iskustvu drugih ljudi iz okoline, odnosno socijalnom miljeu. Sumanuta doživljavanja (njem. <i>Wahnvorstellung</i>), u koje ubrajamo sumanutu iznenadnu misao (njem. <i>Wahneinfall</i>) i sumanutu ideju (njem. <i>Wahnidee</i>), razlikuju se od sumanutog opažanja, u kojemu postoji prisutan perceptivni podražaj. U sličnom tonu DSM-5 sumanutosti definira kao fiksna uvjerenja koja nisu podložna promjeni unatoč konfliktnim dokazima.
Sumanuto raspoloženje (njem. <i>Wahnstimmung</i> ; engl. <i>Delusional mood</i>)	Riječ je o difuznoj emocionalnoj napetosti (promjeni raspoloženja) koja prethodi izraženoj jasnoj sumanutosti. Prisutni su atmosfera pogodnosti, doživljaj očekivanja u promijenjeno doživljenom svijetu, kao i u promijenjenom doživljaju sebe. Obično dominira raspoloženje neugodnosti, nepovjerenja, promijenjenosti, opasnosti, straha, sumnjičavosti, smetenosti, pokatkad i povišenost, euforija i optimizam. U sumanutom raspoloženju ne postoji još sumanuti sadržaj.
Sumanuto opažanje (njem. <i>Wahnwahrnehmung</i> ; engl. <i>delusional perception</i>)	Realne percepcije zadobivaju abnormalno značenje, većinom povezano sa samim pacijentom a da ne postoji racionalni ili emocionalni povod. Dakle, riječ je o urednoj percepciji, međutim, o njezinoj pogrešnoj interpretaciji. Primjerice, pacijent pri jelu vidi kapljice na siru i on to tumači tako da se i on u životu mora „znojiti“ i „mučiti“.
Sumanuta iznenadna ideja (njem. <i>Wahneinfall</i> ; engl. <i>sudden delusional ideas</i>)	Čisto misaona, novonastala sumanuta predodžba ili vjerovanje. Ovdje nema povezanosti s nekom percepcijom.
Sumanute ideje (njem. <i>Wahngedanken</i> ; engl. <i>delusional ideas</i>)	Uvjerenja (misli) koja dolaze iz sumanutih opažanja ili sumanutih naglih ideja. Na primjer, žuti automobili već mjesecima kruže gradom i oni me promatraju. Znam da me oni već dulje vrijeme imaju pod nadzorom.
Sistematizirana sumanutost (njem. <i>Systematischer Wahn</i> ; engl. <i>Systematized delusions</i>)	Riječ je o stupnju povezanosti (logičnim ili paralogičnim) pojedinih sumanutih simptoma s drugim sumanutim fenomenima, halucinacijama, ego poremećajima ili s drugim ne-bolesnim promijenjenim percepcijama i doživljavanjima. U težim slučajevima sumanutost je vrlo razvijena, strukturirana i „zrela“. Ne postoje više „otvorena pitanja“.
Sumanuta dinamika (njem. <i>Wahndynamik</i> ; engl. <i>delusional dynamics</i>)	Riječ je o količini afekata (afekt koji prati sumanutost), koje prate već izražene sumanutosti. Posrijedi je npr. velika izraženost ako pacijent sa sumanutošću krivnje očajno plače i jadikuje.
(Sumanute) ideje odnosa (njem. <i>Beziehungswahn</i> ; engl. <i>delusions of reference</i>)	Sumanuta povezanost događanja u odnosu prema vlastitoj osobi. Ovamo uključujemo i sumanutost zaljubljenosti.
Sumanutosti oštećenja i proganjanja (njem. <i>Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn</i> ; engl. <i>delusions of persecution</i>)	Pacijent smatra je on cilj nečijeg neprijateljstva. Osjeća se ugroženo, oštećeno, izrugivano, ismijano.
Sumanutosti ljubomore (njem. <i>Eifersuchtswahn</i> ; engl. <i>delusions of jealousy</i>)	Sumanuto uvjerenje da je pacijent od svojeg partnera zavaravan i prevaren. Rjeđe se rabi u dječjoj dobi.

Tablica 15.11.

Nastavak

Pojam	Definicija i opis
Sumanutosti krivnje (njem. <i>Schuldwahn</i> ; engl. <i>delusions of guilt</i>)	Sumanuto uvjerenje da je nešto loše učinjeno i preuzimanje krivnje na sebe.
Sumanutost osiromašenja (njem. <i>Verarmungswahn</i> ; engl. <i>delusions of impoverishment</i>)	Sumanuto uvjerenje da neće biti dovoljno sredstava za održavanje najpotrebnijeg za život.
Hipohondrijska sumanutost (njem. <i>Hypochondrischer Wahn</i> ; engl. <i>hypochondriac delusions</i>)	Pacijentovo sumanuto uvjerenje da boluje od teške tjelesne bolesti. Pokatkad se točno navode bolesti kao što su npr. rak, AIDS ili sifilis.
Sumanutost veličine (njem. <i>Groessenwahn</i> ; engl. <i>delusions of grandeur</i>)	Sumanuto vlastito precjenjivanje i vlastito preuveličavanje. Može se odnositi na to da pacijent nadilazi druge osobe glede inteligencije, ljepote, bogatstva, talentiranosti, podrijetla itd.
Drugi sumanuti sadržaji (njem. <i>Andere Wahninhalte</i> ; engl. <i>other delusions</i>)	Uključuju sumanute teme koje nisu obuhvaćene prije navedenim kategorijama. Ovamo ubrajamo sumanuto uvjerenje da je osoba trudna, bizarna sumanutost npr. u smislu da će pacijent prisustvovati sastanku s izvanzemalcima itd.

Tablica 15.12.

Ego poremećaji
(njem. *Ich- stoerungen*; engl. *disorders of ego*).

Modificirano prema AMDP 2007; Döpfner i sur. 1999; Scharfetter 1991.

Pojam	Definicija i opis
Ego poremećaji – opći pojam (njem. <i>Ich- stoerungen</i> , engl. <i>disorders of ego</i>)	Ego poremećaje definiramo ako postoji poremećaj granica između ega i okoline ili poremećaj doživljaja personalne jedinstvenosti. Dodatno ovamo možemo ubrojiti fenomene, koji se od strane pacijenta doživljavaju kao da dolaze izvana s obzirom na vlastito tijelo, mišljenje ili aktivnosti. Pojedini autori ovu grupu ubrajaju u poremećaje mišljenja i percepcije.
Derealizacija (njem. <i>Derealisation</i> ; engl. <i>derealization</i>)	Okolina ili vrijeme doživljavaju se strano, nestvarno promijenjeni, „kao kroz maglu ili tkaninu”, gubi se osjećaj povjerenja npr. „sve je nekako promijenjeno, ljudi se čine kao marionete“, posebno i čudovišno. Za razliku od sumanutosti, ovdje ostaje jedan „kao da” doživljaj. Derealizacija se može pojavljivati zajedno sa sumanutim raspoloženjem. Pojedini autori derealizaciju i depersonalizaciju ubrajaju u jedan koncept.
Depersonalizacija (njem. <i>Depersonalisation</i> ; engl. <i>depersonalization</i>)	Poremećaj jedinstvenosti vlastitog doživljavanja ličnosti u trenutku ili identiteta u vremenu svojeg životopisa. Pacijenti sebe doživljavaju kao strane, neistinite, bez povjerenja u sebe, slične sjeni, bez života, promijenjene, nejedinstvene ili slične drugima. Primjerice, pacijent u stanju napadaja straha više ne doživljava svoje tijelo, kao da tijelo ne pripada više njemu. Ovamo ubrajamo i predodžbu promijenjenosti tjelesnih obilježja (npr. veći ekstremiteti). Fenomen tranzitivizma označuje stanje kada pacijent vlastite doživljava i načine ponašanja pridaje drugim osobama. Fenomen apersonalizacije jest kada pacijent na vlastitom tijelu doživljava drugu osobu. Pojedini autori derealizaciju i depersonalizaciju ubrajaju u jedan koncept.
Emitiranje (širenje) misli (njem. <i>Gedankenausbreitung</i> ; engl. <i>Thought broadcasting</i>)	Misli ne pripadaju više samom pacijentu, već drugi imaju udio u njima. Drugi mogu znati što on to misli ili čuju njegove misli (njem. <i>Gedankenlesen</i> ; drugi čitaju misli). Međutim, ako on zaista čuje svoje misli, onda su to slušne halucinacije (njem. <i>Gedankenlautwerden</i>). Ovamo se ne ubrajaju pacijentovi strahovi da drugi imaju osjećaj kako se on osjeća, kao što je to npr. roditelj kao bliska osoba.
Oduzimanje misli (njem. <i>Gedankenentzug</i> ; engl. <i>Thought withdrawal</i>)	Pacijentu se misli „odnose“, „oduzimaju“ ili krađu.
Nametanje misli (njem. <i>Gedankeneingebung</i> ; engl. <i>Thought insertion</i>).	Pacijent doživljava svoje misli i doživljavanja kao da je od drugoga utjecan, učinjen, upravljani, pod utjecajem nekoga, nadodan ili nametnut. Na primjer, pacijent izjavljuje da netko to izvana čini, da on mora stalno misliti na seksualne stvari.
Drugi doživljaji stranog utjecaja (njem. <i>Andere Fremdbeeinflussungserlebnisse</i> ; engl. <i>other feelings of alien influence</i>)	Osjećanja, namjere, ponašanja ili tjelesne funkcije doživljavaju se kao da se nameću. Primjerice, pacijent se doživljava kao marioneta koja je upravljana izvana. Ovamo se ne ubrajaju osjećaji npr. adolescenta da je pod utjecajem roditelja ili medija. Ono što se odnosi na misli treba se odnositi (kodirati) na emitiranje, oduzimanje ili nametanje misli.

Tablica 15.13.

Smanjena inteligencija i pojedini razvojni poremećaji
(*njem. Intelligenzminderung; und Entwicklungsstörungen;*
engl. Intellectual disabilities and neurodevelopmental disorders).

Modificirano prema APA 2013; Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016; Döpfner i sur. 1999; WHO 1993.

Pojam	Definicija i opis
Smanjenje inteligencije (<i>njem. Intelligenz minderung;</i> <i>engl. Intellectual Disabilities</i>)	Riječ je o intelektualnim teškoćama, o naznakama usporenog razvoja psihičkih sposobnosti ili oštećenja sposobnosti u području kognicije, jezika i sposobnosti prilagodbe, kao i motoričkog razvoja. Približna (općenita) procjena djetetova kognitivnog razvoja u smislu prosječnosti, zastoja ili preranog razvoja?
Poremećaj socijalne interakcije i komunikacije (uključuje pragmatičku uporabu jezika) (<i>njem. Störung der sozialer Gegenseitigkeit und Kommunikation;</i> <i>engl. disorder of social interaction and communication</i>)	Više se odnosi na dijadnu interakciju. Oštećenost komunikacije u socijalnom kontekstu, npr. dijeljenje informacija. Oštećena sposobnost promjene komunikacije s obzirom na prilagodbu na kontekst ili potrebu slušača. Oštećenje praćenja pravila diskursa, konverzacije i pričanja priča (narativnost). Oštećenje pragmatskog jezika – razmišljanje onoga što nije eksplicitno rečeno i razumijevanje figurativnog ili dvosmislenog značenja jezika. Oštećenje učinkovite komunikacije, socijalne participacije, socijalnih odnosa, odnosno komunikacija u socijalnom kontekstu. Pojedini autori ovu točku ubrajaju u poremećaj (socijalne) interakcije. Naime, oni to navode kao nemogućnost uporabe kontakta oči u oči, mimike, držanja tijela i gesti za regulaciju socijalnih interakcija. Postoji manjak socijalno-emocionalne izmjene, koji se očituje oštećenjem ili devijantnim reakcijama na emocije drugih. Nadalje, postoji manjak modulacije ponašanja u odnosu prema socijalnom kontekstu ili labilna integracija socijalnog, emocionalnog i komunikativnog ponašanja. Nema odnosa prema vršnjacima koji uključuju zajedničke interese i aktivnosti. Ovo se obilježje odnosi na sve kontekste, ali ne i na pojedine situacije. Potrebna je opservacija interakcije i komunikacije, a korisni su i specifični testovi.
Poremećaj interakcije u trijadnim odnosima (unutar obitelji i izvan obitelji) (<i>njem. Störung der Interaktion in triadischen Beziehungen;</i> <i>engl. disorder of interaction in triadic relationships</i>)	Na horizontalnoj je osi afilijacija (prijateljsko vs. neprijateljsko), dok su na okomitoj osi fleksibilnost vs. rigidnost. Afilijacija bi označivala dva pola: prijateljski odnos vs. neprijateljski odnos u trijadama. Fleksibilnost trijada označivala bi dovoljnu mogućnost međusobne prilagodbe, dok bi rigidnost trijada označivala nemogućnost promjene.
Poremećaj artikulacije govora (<i>njem. Artikulationsstörung;</i> <i>engl. Difficulties of articulation</i>)	Oštećeno je izgovaranje pojedinih glasova. Usporeno ili odstupajuće izgovaranje glasova, koje se očituje izvrtanjem, izostavljanjem ili zamjenama slova, što rezultira neprikladnim slijedom slova. Govori se o poremećaju ako su odstupanja veća s obzirom na dob ili inteligenciju. U dobi od četiri godine pogreške su u djeteta česte, međutim, dijete može biti drugima razumljivo. U dobi od 6 do 7 godina većinom su sva slova usvojena. Potrebna je opservacija spontanog govora.

Tablica 15.13.

Nastavak

Pojam	Definicija i opis
Specifični poremećaj ekspresivnog jezika (njem. <i>Expressive Sprachstoerung</i> ; engl. <i>expressive language disorder</i>)	Oštećen je fond riječi (vokabular i semantika), postoje poteškoće pri stvaranju rečenica, (pogreške u gramatici, odnosno u morfologiji i sintaksi, kao i u diskursu). Riječ je o poremećaju samo ako teškoće nisu sukladne dobi ili ako ne postoje intelektualne teškoće. Postoji poremećaj ekspresivnog jezika, djeca „slabo ili kasno pričaju“, dok je razumijevanje jezika održano – nedostaje spontani govor, ili se čini kao brzoglav, riječi su izmijenjene (parafazije), postoje agramatizam i disgramatizam. Slično je i kod motorne afazije.
Specifični poremećaj receptivnog jezika (njem. <i>Rezeptive Sprachstoerung</i> ; engl. <i>Receptive language disorder</i>)	U osnovi je riječ o deficitu razumijevanja jezika s promjenama sličnim kod ekspresivnog poremećaja, dakle s manjkom fonda riječi (vokabular i semantika), postoje poteškoće u stvaranju rečenice (pogreške u gramatici, odnosno u morfologiji i sintaksi, kao i u diskursu). Dakle, postoje parafazije, oštećeno ponavljanje, neologizmi, oštećenje čitanja, i oštećenje spontanog jezika. Riječ je o poremećaju samo ako teškoće nisu sukladne dobi ili ako se ne radi o intelektualnim teškoćama. Slično je i kod senzoričke afazije. Važno je standardizirano istraživanje receptivnih vještina.
Mucanje i eksplozivni govor (njem. <i>Stottern und Poltern</i> ; engl. <i>Stuttering or childhood-onset fluency disorder and cluttering</i>)	Riječ je o poremećaju fluentnosti govora, odnosno o vremenskom obrascu govora. Mucanje je poremećaj tijeka govora s toničkim (s inhibicijama), kloničkim (ponavljanjima) i kombiniranim toničko-kloničkim oblikom. Pod eksplozivnim se govorom razumijeva nagli tijek govora s pokatkad nejasnom artikulacijom, s gutanjem i s oštećenjem glasova, riječi i cijelih dijelova rečenica, monotonom melodijom jezika, s poremećajem tijeka govora te pri nalaženju riječi. Govor je neuredan, neritmičan, s naglim poskakivanjima zaleta govora.
Poremećaj motoričkih funkcija u djeteta (njem. <i>Stoerung der Motorik</i> ; engl. <i>Developmental Coordination Disorder</i>)	Motoričke sposobnosti u obliku svakodnevnih aktivnosti i motoričke koordinacije smanjene su s obzirom na dob i razinu inteligencije. Može biti izraženo usporenjem motoričkih točaka razvoja (hodanje, puzanje, sjedenje), kao i ispuštanje predmeta iz ruku, „nespretnosti“, slabijim sportskim postignućima i lošim grafičkim sposobnostima.
Poremećaj igre u djeteta (njem. <i>Spielstoerung</i> ; engl. <i>disorder of play in children</i>)	Igra u svojoj kreativnosti, sadržaju, intenzitetu i stalnosti ne odgovara dobi i razini inteligencije. Ovamo se ubraja stereotipna i perservirajuća igra, brza izmjena sadržaja igre i manjak njezine stalnosti.
Poremećaj školskih postignuća (njem. <i>Stoerung schulischer Fertigkeiten</i> ; engl. <i>Learning disorders</i>)	Školski neuspjeh s obzirom na temeljne (bazične) funkcije čitanja, pisanja i računanja . Naime, oni su ispod očekivane dobi, školskog razreda i razine inteligencije. Potrebno ga je razlikovati od uobičajenih normalnih oscilacija pri usvajanju školskih vještina.

Tablica 15.14.

Opozicionalno (suprotstavljajuće) – disocijalno (nedruštveno) ponašanje
(njem. *Oppositionell-dissoziales Verhalten*; engl. *Oppositional-dissocial behavior*).

Modificirano prema APA 2013; Döpfner i sur. 1999; WHO 1993.

Pojam	Definicija i opis
Dominantan (njem. <i>Dominant</i> ; engl. <i>dominant</i>)	Želje, potrebe i opravdani zahtjevi partnera u interakciji se zanemaruju ili se u nedovoljnoj mjeri njima obraća pozornost. Ovamo se ubrajaju i neuspješni pokušaji da se dominira nad drugima. Dijete npr. zahtijeva od drugog da slijedi njegove upute, ne uzima u obzir prijedloge drugih, ili ne dopušta da drugi dolaze do riječi ili pak zabranjuje drugima da govore.
Opozicionalno / suprotstavljajuće/ odbacujuće ponašanje (njem. <i>Oppositionell/verweigernd</i> ; engl. <i>oppositional/ rejected</i>)	Dobno neprikladno opozicionalno i neprikladno odbacivanje uputa ili granica od drugih.
Verbalna agresija (njem. <i>Verbale Aggression</i> ; engl. <i>verbal aggression</i>)	Pacijent psuje ili prijeti drugima. Njegova je ekspresija bez poštovanja i ozljeđujuća.
Fizička agresija (njem. <i>Koerperliche Aggression</i> ; engl. <i>physical aggression</i>)	Pacijent se tuče, udara, gazi, grize druge, prijeti oružjem (npr. jednim stolcem) ili ga uperuje u druge. Uzrokuje štetu drugim ljudima ili životinjama ili namjerno drugima nanosi bol ili ozljede. Ovamo se ubraja i seksualno nasilje.
Laganje / varanje (njem. <i>Luegen/ Betruegen</i> ; engl. <i>Lying/Cheating</i>)	Često laganje, iznevjeravanje obećanog ili prijevara drugih da bi se dobila materijalna sredstva i priskrbile pogodnosti ili da se izbjegnu zadaće. Primjerice, prepisivanje zadaće, dijete kaže roditeljima da nema zadaće itd.
Krađa (njem. <i>Stehlen</i> ; engl. <i>stealing</i>)	Pacijent oduzima (krade) unutar ili izvan obitelji novac ili druge vrijedne dragocjenosti. Pritom je svjestan da krši norme.
Bjegovi od kuće / markiranje iz škole (njem. <i>Weglaufen / Schuleschwaenzen</i> ; engl. <i>running away; school absenteeism</i>)	Stalno i nedopušteno udaljivanje od kuće, od škole ili od institucije u kojoj se liječi.
Oštećenje imovine / paljevine (njem. <i>Zerstörung von Eigentum / Feuerlegen</i> ; engl. <i>Destruction of property / setting fire</i>)	Oštećivanje ili uništavanje tuđeg vlasništva. Vandalizam, podmetanje požara s namjerom da se uzrokuje znatna šteta.

Tablica 15.15.

Jedenje
(*njem. Essverhalten; engl. eating behavior*).

Modificirano prema APA 2013; Döpfner i sur. 1999; WHO 1993.

Pojam	Definicija i opis
Abnormalno jedenje (njem. <i>Abnormes Essverhalten</i> ; engl. <i>abnormal eating</i>)	Najširi pojam. Uključuje sve ekstremlne abnormalnog jedenja (restriktivno jedenje, izbjegavajuće/restriktivno jedenje, prejedanje). Najčešće se nalazi kod poremećaja jedenja.
Restriktivno jedenje (njem. <i>Restriktives Essverhalten</i> ; engl. <i>restriction of eating</i>)	Restrikcija jedenja djetom ili postom (gladovanjem). Redukcija uzimanja hrane ili provedba restriktivne dijete bez medicinske indikacije, što posljedično vodi znatnom gubitku tjelesne mase. Može se pojaviti u okviru različitih poremećaja: izbjegavajuće/restriktivni poremećaj unosa hrane, poremećaji jedenja, afektivni poremećaji, opsesivni poremećaji, disocijativni poremećaji, shizofrene psihoze.
Izbjegavajuće/restriktivno jedenje (njem. <i>Vermeidendes/ restriktives Essverhalten</i> ; engl. <i>avoidant/ restrictive eating</i>)	Podtip restriktivnog jedenja. Posebno kontrolirano uzimanje hrane. Može uključivati ritualizirani ili birajući način jedenja s odbijanjem pojedinih jela ili ograničenje samo na pojedina jela. Nema namjerne dijete. Tipično je kod izbjegavajuće/restriktivnog poremećaja unosa hrane.
Vlastito uzrokovano smanjenje tjelesne mase (njem. <i>Selbst herbeigefuehrter Gewichtsverlust</i> ; engl. <i>self-induced weight loss</i>)	Znatna redukcija tjelesne mase uzrokovana namjernom redukcijom hrane, uz kompenzatorne mehanizme čišćenja (samoinduciranim povraćanjem ili laksancijama ili uzimanjem medikamenata koji smanjuju apetit ili diuretika bez medicinske indikacije), te prekomjernom tjelesnom aktivnosti. Poremećaj može nastati u okviru različitih sindroma: poremećaji jedenja, afektivni poremećaji, opsesivni poremećaji, disocijativni poremećaji, shizofrene psihoze itd.
Prejedanje i golem apetit (njem. <i>Essattacken und Heisshunger</i> ; engl. <i>binge eating and increased appetite</i>)	Neodoljiva potreba (apetit) za hranom, tako da pacijent u kratkom vremenu konzumira velike količine hrane. Golem apetit i napadaji prejedanja doživljavaju se kao gubitak kontrole. Pacijent zna da je ovakav način jedenja abnormalan i eventualno se koristi različitim metodama da bi regulirao vlastitu težinu (povraćanje, zloraba laksancija, diuretike, razdoblja gladovanja) te vježbanje.
Povećano uzimanje hrane (njem. <i>Erhoehte Nahrungsaufnahme</i> ; engl. <i>Increased food intake</i>)	Prekomjerno jedenje, koje vodi do jasnog povećanja tjelesne mase koje je veće od prosječnog. Uzrokuje debljinu koja nosi dodatne somatske komplikacije.
Ruminacija hrane (njem. <i>Rumination</i> ; engl. <i>Rumination</i>)	Voljno ponovno regurgitiranje hrane iz želudca u usta, koja je već progutana, te ponovno prožvakavanje iste hrane, te opet gutanje te hrane.
Pica (njem. <i>Pica</i> ; engl. <i>Pica</i>)	Stalno jedenje nejestivih tvari tijekom određenoga duljeg razdoblja. Ponašanje je neprikladno s obzirom na djetetov razvojni stupanj.

Tablica 15.16.

Tjelesni poremećaji
(njem. *Koerperliche Beschwerden*; engl. *somatic disturbances*)

Modificirano prema AMDP 2007; APA 2013; Döpfner i sur. 1999; WHO 1993.

Pojam	Definicija i opis
Gubitak apetita (njem. <i>Appetitverlust</i> ; engl. <i>loss of appetite</i>)	Smanjena potreba za hranom, smanjena uгода pri jedenju ili pijenju.
Povraćanje (njem. <i>Erbrechen</i> ; engl. <i>Vomiting</i>)	Povraćanje bez jasnoga medicinskog razloga kao npr. nakon jedenja pokvarene hrane. Povraćanje može biti funkcionalni simptom, ali i voljni čin.
Enureza (njem. <i>Einnaessen</i> ; engl. <i>Enuresis</i>)	Ponavljano nevoljno mokrenje. Može biti dnevna ili noćna ili kombinirana. Ne odnosi se na inkontinenciju kao kod neuroloških poremećaja ili epileptičkih napadaja. Odnosi se tek na simptom u djeteta starijeg od pet godina.
Enkopreza (njem. <i>Einkoten</i> ; engl. <i>Encopresis</i>)	Ponavljana defekacija u odjeću ili izvan zahoda. Intenzitet može varirati od lagano zaprljanih gaćica pa sve do velikih količina fecesa (izmeta). U pravilu se simptom odnosi na djecu nakon četvrte godine života.
Problemi spavanja (njem. <i>Schlafprobleme</i> ; engl. <i>sleep problems</i>)	Šarolika klinička slika poremećaja spavanja. Poremećaji spavanja nisu uzrokovani vanjskim okolnostima, npr. bukom.
Disocijacija (njem. <i>Dissoziation</i> ; engl. <i>dissociation</i>)	Disocijacija je djelomični ili potpuni gubitak normalnih integrativnih funkcija svjesnosti, pamćenja, identiteta ili percepcije okoline. Disocijacija u širem smislu može uključivati i motoriku (konverzija).
Konverzija (njem. <i>Konversion</i> ; engl. <i>conversion</i>)	Konverzija su simptomi ili ispadi koji se odnose na voljnu motoričku ili senzoričku funkciju, i kada postoji povezanost između simptoma/ispada i psihičkih čimbenika (traume, nerješivi ili nepodnošljivi konflikti ili poremećeni odnos), kao i da nisu namjerno izazvani ili da su artifičijelni. Konverzija uključuje paralize (npr. smetnje hoda). Ne odnosi se na poznatu neurološku bolest i u dokumentaciji nema dvojbe o tome. Uključuje psihogenu afoniju, sljepoću ili gluhoću, psihogenu epilepsiju te psihogene ispade osjeta (senzibiliteta). Ovamo se ne uključuju autonomni (vegetativni) poremećaji. Subjektivni osjećaj vrtoglavice ne uključuje se ovamo, jer nema neurološkog ispada, ali, ako postoji ataksija/abazija, onda se može uključiti.
Autonomne disfunkcije (njem. <i>Autonome Dysfunktionen</i> ; engl. <i>autonomic dysfunctions</i>)	Simptomi organskih sustava koji su pretežno autonomno (vegetativno) inervirani i kontrolirani: npr. srčano žilni sustav, gornji ili donji intestinalni trakt, respiratorni sustav, urogenitalni sustav i vegetativni živčani sustav. Obično je riječ o težim slučajevima, kada se ometa svakodnevno funkcioniranje ili kada se zahtjeva boravak u bolnici.
Bolovi (njem. <i>Schmerzen</i> ; engl. <i>Pain</i>)	Različiti bolovi, u kojima psihički čimbenici imaju važnu ulogu u početku, težini, egzacerbaciji ili održavanju ili ako ne mogu jasno biti objašnjeni s obzirom na organski uzrok. Najčešće je riječ o glavoboljama ili bolovima u trbuhu. Obično su posrijedi jače smetnje, tako da je poremećeno svakodnevno funkcioniranje.
Umor (iscrpljenost; neurastenija) (njem. <i>Fatigue</i> ; engl. <i>Fatigue</i>)	Izražen i stalan osjećaj umora, klonulosti i manjka postignuća. Simptomi se ne mogu bolje objasniti putem jednog organskog poremećaja. Riječ je o većem oštećenju, kada utječe na svakodnevnicu.

Tablica 15.17.

Drugi poremećaji**(njem. Andere Störungen; engl. other disturbances).**

Modificirano prema AMDP 2007; APA 2013; Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016; Döpfner i sur. 1999; Turban i sur. 2018 (a); Turban i sur. 2018(b); WHO 1993.

Pojam	Definicija i opis
Abnormalna vezanost za objekte (njem. <i>Abnorme Bindung an Objekte</i> ; engl. <i>abnormal bond to objects</i>)	Posebna vezanost za neuobičajene objekte (npr. slavine za vodu, pokretne stube, strujni prekidači). Zaokupljenost pojedinostima objekata ili nefunkcionalnim obilježjima igračaka (miris, ispitivanje površine, zvukovi ili vibracija). Mogu nastati iritacije ili afektivna stanja kod promjene malenih detalja u okolini (pokućstvo ili dijelovi odjeće).
Abnormalna naklonost / interesi (njem. <i>Abnorme Vorlieben / Interessen</i> ; engl. <i>abnormal preferences / interests</i>)	Dominantna i isključiva zaposlenost s neobičnim i usko ograničenim interesima (npr. sredstva javnog prijevoza, planovi vožnje, telefonski imenici).
Samoozljeđujuće ponašanje (njem. <i>Selbstverletzendes Verhalten</i> ; engl. <i>self-mutilation or self-harm</i>)	Voljne ili ponavljajuće ozljede vlastita tijela, npr. ozljede kože grebanjem ili posjekotine, gutanje opasnih predmeta, čupkanje kose (trihotilomanija), udaranje glavom u zid. Uključuje smanjenje napetosti. Ovamo se ne ubrajaju radnje sa suicidalnom namjerom. Obično je u ovakvim stanjima potrebna medicinska intervencija.
Suicidalne misli (njem. <i>Suizidgedanken</i> ; engl. <i>suicidal thoughts</i>)	Želje za smrću (engl. <i>intent to die</i>), namjere ili planovi da si pacijent oduzme život, npr. fantazije o smrti ili suicidalne misli, kao i konkretne namjere i planovi u vezi sa suicidom.
Suicidalne radnje (njem. <i>Suizidale Handlungen</i> ; engl. <i>suicidal acts</i>)	Sve pripreme ili pokušaji suicida. Potrebna je intervencija treće osobe da bi se spriječio izvršeni suicid.
Zloraba alkohola (njem. <i>Alkoholmissbrauch</i> ; engl. <i>alcohol abuse</i>)	Prekomjerna uporaba alkohola s prijetećim ili stvarnim oštećenjem psihičkog ili tjelesnog zdravlja. Ovamo se ubrajaju akutne intoksikacije, štetna uporaba, kao i ovisnosti.
Zloraba droga (njem. <i>Drogenmissbrauch</i> ; engl. <i>substance abuse</i>)	Uporaba droga ili medicinski neindicirani lijekovi s prijetećim ili stvarnim oštećenjem psihičkog i tjelesnog zdravlja. Ovamo se ubrajaju akutne intoksikacije, štetna uporaba kao i ovisnosti.
Poremećaj sheme tijela (njem. <i>Koerperschemastörung</i> ; engl. <i>distortion of body schema</i>)	Pogrešne percepcije cijelog tijela ili pojedinih njegovih dijelova, npr. predodžba da je netko debeo unatoč normalnoj tjelesnoj masi ili precijenjene ideje s obzirom na formu ili oblik pojedinih dijelova tijela. Primjerice, dolazi do gubitka tjelesne mase ili želje za operacijom.
Rodna disforija (njem. <i>Geschlechtsdysphorie</i> ; engl. <i>gender dysphoria</i>)	Psihološki stres s obzirom na doživljeni rod (ili spol) (zlovoljnost). Također je dijagnostička kategorija, prema DSM-5.
Seksualni funkcionalni poremećaji (njem. <i>Sexuelle Dysfunktionen</i> ; engl. <i>sexual dysfunctions</i>)	Poremećaji seksualne funkcije. Uključuje fazu želje, fazu uzbuđenja, fazu orgazma, fazu razrješenja te ostale funkcionalne poremećaje koji nisu povezani s fazama seksualnog uzbuđenja (v. posebno poglavlje 70).

Tablica 15.17.

Nastavak

<p>Parafilni poremećaji (njem. <i>Paraphile Störungen</i>; engl. <i>paraphilic disorders</i>)</p>	<p>Poremećaj seksualnog uzbuđenja i orgazma. Pri seksualnom uzbuđenju pacijenti uporabljaju predodžbe, impulse ili radnje, uz uporabu nepersonalnih predmeta za seksualno uzbuđenje; ponavljane seksualne radnje s ljudima kojima se nanosi realna ili simulirana patnja ili poniženje te ponavljane seksualne aktivnosti s partnerima bez njihova pristanka. Tipično kod parafilnog poremećaja postoji subjektivna patnja same osobe ili oštećenje funkcionalnosti, ili pak postoje seksualne aktivnosti s drugima bez njihova pristanka, premda i tu postoje važne iznimke (pristanak postoji kod seksualno mazohističkog poremećaja, fetišističkog poremećaja te transvestičnog poremećaja). Razlikujemo, prema DSM-5, osam poremećaja: Voajeristički poremećaj, Egzibicionistički poremećaj, Frotiristički poremećaj, Seksualni mazohistički poremećaj, Seksualni sadistički poremećaj, Pedofilni poremećaj, Fetišistički poremećaj te Transvestični poremećaj (v. posebno poglavlje 69).</p>
<p>Seksualizirano ponašanje (njem. <i>Sexualisiertes Verhalten</i>; engl. <i>sexualized behavior</i>)</p>	<p>Dobno i situacijski neprikladna dominantnost seksualnih tema, sadržaja ili načina ponašanja u socijalnoj interakciji ili u okupiranosti vlastitim tijelom (seksualizirano stupanje u kontakt s drugima).</p>
<p>Manjak osjećaja bolesti (njem. <i>Mangel an Krankheitsgefühl</i>; engl. <i>lack of feeling of illness</i>)</p>	<p>Pacijent se ne osjeća bolesno, a zapravo je bolestan. Ovdje se misli na pacijentov subjektivni (emocionalni) osjećaj. Tu nije dominantno odlučujući koncept bolesti koji ima pacijent. Primjerice, pacijent sa shizofrenijom ili anoreksijom osjeća se zdravo. Sličan je termin u operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi (v. posebno poglavlje 20). Naime, dimenzija: pritisak patnje (težine) definira se kao subjektivna mjera patnje, somatske/psihičke patnje ili psihičkog stanja. Ovdje se jasno kodira subjektivni osjećaj patnje bez obzira na moguću želju za promjenom.</p>
<p>Manjak uvida u bolest (njem. <i>Mangel an Krankheitseinsicht</i>; engl. <i>lack of insight</i>)</p>	<p>Pacijent kognitivno ne povezuje svoj bolesni doživljaj i ponašanje s bolešću, nego to povezuje s drugim čimbenicima. Dakle, ovdje je dominantno odlučujući kognitivni koncept bolesti. Primjerice, shizofreni pacijent akustične halucinacije ne pripisuje bolesti, nego utjecaju nekog radija. Sličan je termin uvid u biopsihosocijalne povezanosti (v. kod operacionalizirana psihodinamska dijagnoza). Dakle, pojam „uvida” (engl. <i>Insight</i>; njem. <i>Einsicht</i>) u mnogim je psihoterapijskim školama važan konstrukt. Ovdje se ovaj konstrukt odnosi na jedan širi kognitivni kontinuum od introspekcije do samorefleksije. Operacionalizirano gledano, ovdje se koncept definira kao mogućnost dobivanja različitih međusobnih povezanosti, odnosno sposobnosti razlikovanja različitih vanjskih okolnosti i unutarnjih psihičkih procesa. Načelno se ova dimenzija procjenjuje u dobi nakon 13. godine, kada već postoji razvijeniji kognitivni razvoj. Primjer visoko prisutne dimenzije jest kada adolescent spontano pozitivno odgovara na konfrontacije u smislu: „Da, meni također pada na pamet...”.</p>

15.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Dječji se psihijatri koriste različitim psihopatološkim terminima, kako bi definirali stanje pacijenta.
- ✓ Psihopatološki termini u dječjoj dobi se mogu razlikovati od termina koji se koriste u odrasloj dobi.
- ✓ Cilj definiranja psihopatoloških termina je ujednačavanje terminologije između stručnjaka.
- ✓ Psihopatološki termini imaju svoje dogovorene i jasne pojmove koji se upotrebljavaju.
- ✓ Svrha posebnih pojmova jest primjena prikladne terapije.
- ✓ Načelno se psihopatološki pojmovi upotrebljavaju u određenoj vremenskoj točki ili najviše unatrag oko šest mjeseci. To znači da različiti simptomi nisu nikako fiksirani, oni se mogu tijekom vremena mijenjati, odnosno umanjivati.

15.4. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kako definirati apatiju?

ODGOVOR: Pojam vrlo sličan pojmu poremećaja vitalnih osjećaja. Označuju je manjak ili gubitak vršnjačkih aktivnosti i interesa ili nedostajuća prilagodba na nove aktivnosti ili interese. Deficit energije, snage i sposobnosti da se izvrše svakodnevne aktivnosti. Osjećaj bezosjećajnosti, manjak aktivnosti, manjak spontane aktivnosti. Pojam se odnosi na psihičke, a ne na tjelesne sadržaje. Pojedini autori navode ovaj termin kao negativni simptom kod shizofrenije. Termin apatija kod pojedinih autora odgovara zajedničkim terminima avolucije i asocijalnosti pri shizofreniji. Termin avolucije sličan je terminu abulije. „Je li dijete pasivno, ne pokazuje vlastitu inicijativu, ne pokazuje zainteresiranost?“, „Osjeća li se dijete bez inicijative, bez snage i energije?“, „Da li dijete nema različitih interesa?“, „Je li djetetu teško poduzimati obične zadatke (npr. školske zadatke)?“ Ovaj termin koriste značajni dječji psihijatri npr. Beck Dvoržak 1984, Rene Spitz, 1945, vidi poglavlje 50.

■ PITANJE: Kako definirati anhedoniju?

ODGOVOR: Nesposobnost da se osoba raduje ugodnim aktivnostima ili da postoji orijentacija na buduće ugodne stvari. Redukcija intenziteta pozitivnih osje-

ćaja koju navodi pacijent, kao i redukcija sposobnosti iskustva ugone npr. hrana, novac. Pojedini autori anhedoniju ubrajaju u poremećaje nagona, dok je drugi autori svrstavaju među poremećaje raspoloženja i afekta. Vrlo sličan pojam jest nagonski siromašan. Nalazi se kao negativni simptom kod shizofrenije, ali se može naći i kod depresije. „Osjeti li se da dijete nema više veselja ili ugone u stvarima u kojima mnogi imaju ili u kojima je prije uživalo?“ Razlika između anhedonije i avolucije jest u tome da se prva više odnosi na hedonistički sistem ugone (bliže je osjećajima i raspoloženju), dok se avolucija više odnosi na manjak energije i inicijative (bliže je nagonskome). Sličnosti između anhedonije i avolucije mogu biti u mogućoj kombinaciji simptoma kada se kombiniraju redukcija osjećaja ugone i interesa.

■ PITANJE: Kako definirati disforičnost?

ODGOVOR: Zlovoljno raspoloženje. Pacijent je mrzovoljan, ojađen, ćudljiv, čantrizav, s osjećajem nevoljkosti, nezadovoljan, ljutit. Utječe tako da se ljudi iz okoliša povlače od ovakve osobe. „Osjeća li se dijete često zlovoljno i nezadovoljno i lako se uznemiri?“, „Da li ga zbog njegove zlovolje prijatelji izbjegavaju?“ Pojedini autori disforiju i iritabilnost povezuju u jedan koncept. Kod iritabilnosti (podražljivosti) pacijent reagira neprimjereno ubrzano ili žestoko s bijesom ili agresijom.

■ PITANJE: Kako definirati engleski izraz *blunted affect*?

ODGOVOR: Ovdje postoje barem tri mogućnosti konceptualizacije ovog termina. Prvo, Njemački autori to konceptualiziraju kao otupjelost i anestezija afekta. Spektral (broj) pokazanih afekata je smanjen ili je intenzitet pokazanih osjećaja umanjeno. Pacijentovi lice i glas su bez mimike. Pacijent pokazuje samo mali spektral afekata npr. bijes, mržnja, nervozu, žalovanje. Postoji mala afektivna prikladnost u smislu emocionalne indiferentnosti, ravnodušnosti, površnosti afekta. Nalazi se u depresivnog, ali i u maničnog pacijenta, kao i kod poremećaja ličnosti. Više se veže uz negativne simptome kod shizofrenije. Može i ne mora biti povezano s osjećajem patnje. Pojedini autori uz ovaj koncept vežu i termin „osjećaj bezosjećajnosti“. Pojedini autori povezuju zaravnjenost afekta sa siromaštvom afekta, dok drugi autori povezuju zaravnjenost afekta više sa krutosti afekta. Rjeđe se koristi u adolescentnoj dobi. Dakle, postoji redukcija ekspresiv-

nosti facijalne mimike, s manjkom kontakta oči u oči, vokalnih ili tjelesnih pokreta. Drugo, Begić (2014) radi gradaciju afekata na sljedeći način: afektivna bljedoća koja označuje smanjenje emocionalne reakcije u odnosu na nekadašnji intenzitet; afektivna krutost (rigidnost) - stanje izraženije emocionalne otupjelosti, riječ je o jačem smanjenju emocionalne reakcije (modulacije); te afektivna udaljenost (hladnoća, otupjelost), koja je potpuni izostanak emocionalne reakcije. To je potpuno otupjeli afekt uz gubitak emocionalne topline. I treće, drugi autori i kliničari (Ana Kaštelan- usmeno priopćenje) pod otupjelim afektom misle na jako smanjenu modulaciju u afektivnoj ekspresiji, znači stepenica prije zaravnjenosti (kad gotovo nema modulacije, nema amplituda). Ova autorica nadalje, osiromašen afekt koristi kada misli da je općenito emocionalni život pacijenta (i doživljavanje i ekspresija toga) siromašno, kao da nema emocionalnog života (ni unutrašnjeg). Obično tada bude vidljiv (u statusu) i otupjeli ili zaravnjeni afekt.

■ PITANJE: Kako definirati ubrzano mišljenje?

ODGOVOR: Ovdje ima u literaturi barem dvije konceptualizacije ovog termina. Begić (2014) pod ubrzanim (otkočenim) mišljenjem podrazumijeva nenormalno povećanje brzine misaonog duktusa i ubraja ga u formalne poremećaje mišljenja. Bolesnik misli brže nego što je to činio prije. Vidi se u maniji, hipomaniji, različitim intoksikacijama. Prema ovom autoru ubrzani duktus često je povezan, ali ne nužno, s logorejom i bijegom misli. Drugo, Njemački autori, i odrasli psihijatri i dječji psihijatri ne izdvajaju ubrzano mišljenje kao zasebni termin, jer su opisani drugim terminima. Oni više vezuju ubrzano mišljenje s bijegom misli, a tako je učinjeno i u ovoj knjizi. Bijeg misli Njemački odrasli psihijatri jasno razgraničuju od drugih srodnih termina: opširno mišljenje, inkohherentno/disocirano mišljenje, povećanog nagona i logoreja, a tako je učinjeno i u ovoj knjizi.

15.5. Pitanja

- 1 Navedite psihopatološke termine poremećaja interakcije.
- 2 Navedite psihopatološke termine poremećaja nagona.
- 3 Navedite psihopatološke termine poremećaja povezanih sa strahovima.

- 4 Navedite psihopatološke termine poremećaja raspoloženja i afekata.
- 5 Navedite psihopatološke termine opozicionalno (suprotstavljajuće) -disocijalnog (nedruštvenog) ponašanja.

15.6. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
2. *Arbeitsgemeinschaft fuer Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)*. Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8 izdanje. Goettingen: Hogrefe; 2007.
3. *Arbeitskreis OPD-KJ-2*. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
4. *Begić D*. Psihopatologija. Drugo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
5. *Benham AL*. The observation and assessment of young children including use of the infant-toddler mental status exam. U Zeanah Jr. CH, ur. Handbook of infant mental health. 2 izdanje. New York: The Guilford Press; 2000, str. 249-265.
6. *Döpfner M, Berner W, Flechtner i sur*. Psychopathologisches Befund-System fuer Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Goettingen: Hogrefe; 1999.
7. *Kaplan HI, Sadock BJ, ur*. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. 6 izdanje. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.
8. *Peters UH*. Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4 izdanje. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1990.
9. *Remtschmidt H*. Erhebung des psychischen Befundes. U: Remtschmidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag; 2011, str. 48-54.
10. *Scharfetter C*. Allgemeine Psychopathologie- Eine Einfuehrung. 3 izdanje. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1991.
11. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
12. *Toelle R*. Psychiatrie. 9 izdanje. Berlin: Springer Verlag; 1991.
13. *Turban JL, De Vries ALC, Zucker KJ*. Gender dysphoria and gender incongruence. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5 izdanje. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 632- 643.(a)
14. *Turban JL, de Vries ALC, Zucker KJ i sur*. Transgender and gender non-conforming youth, 2018 edition. Dostupno na: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.3-GENDER-IDENTITY-Edition-2018-REVISED.pdf>. Pristupljeno 1. 5. 2018. (b)
15. *World Health Organization*. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Anamneza i opservacija u novorođenčeta, dojenčeta, u dobi „trčkarala“ i u predškolskoj dobi

Ivan Begovac

SADRŽAJ

16.1. Definicija dojenačkog psihičkog zdravlja, razvojni aspekti	232
16.2. Uvodni aspekti anamneze, procjene, dijagnostičkog procesa	232
16.3. Intervju, anamneza	233
16.3.1. Uvodni aspekti o intervjuu	233
16.3.2. Razlog dolaska i aktualna simptomatologija	234
16.3.3. Anamneza i procjena rizika od zanemarivanja i zlostavljanja dojenčeta ili roditelja	234
16.3.4. Ranije procjene, testiranja, liječenja, dosadašnja medicinska dokumentacija	235
16.3.5. Osobna anamneza	235
16.3.6. Anamneza dijade	236
16.3.7. Anamneza trijade	236
16.3.8. Obiteljska anamneza, šira socijalna sredina	236
16.4. Upute za roditelje/nastavnike	236
16.5. Često postavljena pitanja	236
16.6. Pitanja	237
16.7. Literatura	237

16.1. Definicija dojenačkog psihičkog zdravlja, razvojni aspekti

Preporučuje se pročitati poglavlja o **razvoju djeteta, o prenatalnom razvoju te o perinatalnim poremećajima** (v. posebna poglavlja 3, 4, 5, 7, 8, 9 i 32). Opća definicija dojenačkoga psihičkog zdravlja opisuje se kao „kapacitet djeteta prema doživljavanju, regulaciji, i ekspresiji osjećaja; formiranje bliskih i sigurnih relacija, kao i istraživanje okoline i učenje“ (Zero to three 2001). Od roditelja se očekuju senzitivnost i responzivnost (emocionalni odgovor). Sve se ovo odigrava u kontekstu skrbičke okoline, koja uključuje obitelj, zajednicu, kao i kulturološka očekivanja (Mares i Woodgate 2017). Kada u ovom tekstu rabimo izraz „dojenče“, može se misliti na dijete u prvoj godini života, međutim, može se šire podrazumijevati i dijete do treće, odnosno do pete godine, slično drugim autorima u literaturi. O širim aspektima dojenačkoga psihičkog zdravlja vidjeti pregledna poglavlja drugdje u literaturi (Zeanah i Doyle Zeanah 2019). U tekstu će se upotrebljavati riječ **roditelj**, jer je uobičajeni termin, premda bi pravilnije bilo govoriti o **skrbniku (osoba koja se brine za dijete)**. Važan pristup u ovoj dobi jest da se uzima relacijska dimenzija odnosa dojenčeta s okolinom, kao i to da je pažnja ne samo na problemima (nedostacima) nego i na snagama, odnosno zaštitnim čimbenicima. U tom smislu, u literaturi je poznati termin „duhova iz prošlosti ili duhova iz dječje sobe“ (engl. *ghosts in the nursery*) koji su postulirali Selma Fraiberg i suradnici (1975), a govori o nepovoljnim vlastitim iskustvima iz djetinjstva roditelja koji se nastavljaju u njihovu odnosu prema djeci, dok se, s druge strane, kao opozit ovog koncepta navode „anđeli iz prošlosti ili dječje sobe“ (engl. *angels in the nursery*), koji mogu zaštitno djelovati na sadašnji odnos dojenče – roditelj (Lieberman i sur. 2005). U dojenčakov će nam dobi posebno biti važno znanje o normalnom razvoju (razvojni kontekst), a to se napose odnosi na procjenu djetetove interakcije, osjećaja i prezentiranih tema (Greenspan 2003). U tom smislu ovdje nam je važna opisna razina, što to promatramo, dok je druga razina procjena odgovara li način funkcioniranja u određenoj dobi. U **tablici 9.3.** sumarno su navedene djetetove razvojne zadaće do sedme godine života (v. posebno poglavlje 9).

16.2. Uvodni aspekti anamneze, procjene, dijagnostičkog procesa

Preporučuje se prethodno pročitati poglavlje o **psihijatrijskom i psihoterapijskom intervjuu**, kao i o

dijagnostičkom procesu (v. posebna poglavlja 13 i 14). Kao i drugdje u tekstu u ovoj knjizi, potrebno je razlikovati različite termine kod dijagnostičkog procesa (v. **tabl. 14.1.**). Kada govorimo o **anamnezi i procjeni dojenčeta i djeteta do sedam godina** (u tekstu koji slijedi radi jednostavnosti rabić će se samo termin dojenče, premda to uključuje i **novorođenče**), lakše je reći što to ona nije nego što to ona jest (Gilliam i sur. 2018). Svakako procjena nije mjera fiksirane inteligencije ili neke druge funkcije, ni putokaz za budući razvoj, ni prozor prema budućoj adaptaciji, a ne može niti odgovoriti na jasno različite etiopatogenetske utjecaje koji sudjeluju svojim učincima. Međutim, procjena dojenčeta, ako su je proveli iskusni kliničari, može biti vrlo korisna i može utjecati na primijenjeni plan liječenja (različiti raspon intervencija). Važno je dodatno naglasiti da procjenu dojenčadi može provoditi zaista iskusan kliničar, odnosno osoba pri kraju svojega profesionalnoga specijaliziranog treninga, a koji se posebno dodatno supspecijalizira za dojenačku dob. Procjena je povezana s nizom nesigurnosti i međusobnih utjecaja, tako da treba oprezno evaluirati dobivene rezultate.

Sljedeća dimenzija anamneze i procjene jest da se unaprijed smatra da roditelji žele u većini slučajeva najbolje svojem dojenčetu, odnosno da treba vjerovati roditeljima (Mares i Woodgate 2017). Roditelje se smatra važnim suradnicima u dijagnostičkom procesu i eventualnome kasnijem liječenju. Procjena i terapija odigravaju se u **multidisciplinarnom** ozračju u kojemu sudjeluje niz stručnjaka. Potrebno je održati više sastanaka da bi se dobili kvalitetniji anamnestički podatci, a važna je i opservacija prezentirane kliničke slike.

Najčešći razlozi dolaska u dojenačkoj dobi jesu poremećaji regulacije (pretjerano /ekscesivno/ plakanje, poremećaj spavanja, poremećaj jedenja, nenapredovanje u rastu). Za dob „trčkarala“ najčešći razlozi dolaska stručnim osobama jesu poremećaji ponašanja u obliku agresije, opozicionalnosti (suprotstavljanje), impulzivnosti i hiperaktivnosti. Nadalje, razlozi dolaska mogu biti specifično zaostajanje u nekim domenama djetetova razvoja. Nisu rijetki ni problemi interakcije između djeteta i skrbnika u njihovu međusobnom usklađivanju. Roditelji su suradnici u procjeni i primijenjenoj terapiji, često se oni mogu osjećati posramljeno ili pak osjećati krivnju, smatrajući da su oni svojim postupcima pridonijeli problemu ili poremećaju djeteta.

Svrha anamneze i procjene jest zajednički doći do razumijevanja temeljnih problema koji se nalaze u dje-

teta i roditelja. Potrebno je također razvojno procijeniti diferencijalnu dijagnozu te zajedno s roditeljima razviti terapijski plan liječenja. Treba poštovati roditelje u njihovim roditeljskim ulogama te, koliko je moguće, pokušati dobiti širi kontekst zbiljanja (Thomas i sur. 1997).

Povijesno bi se moglo reći da danas procjena dojenčeta, za razliku od drugih procjena u prošlosti, ima temelje na gledanju dojenčeta u njegovu interaktivnom aspektu (orijentirano u cjelokupnom kontekstu, inter-sistemno itd.), odnosno promatraju se zajedno jedinica dojenče – roditelj, kao i trijadni i obiteljski kontekst, za razliku od drugih pristupa, kada se isključivo gleda na procjenu samog djeteta, premda se u suvremenim shvaćanjima danas također gleda širi kontekst. Nadalje, danas je klasično gledanje na problem dojenčeta da se gleda s obzirom na različite funkcije tijekom razvoja (ili različite linije razvoja): 1. Motorički razvoj; 2. Komunikacija; 3. Kognitivni razvoj te 4. Socioemocionalni razvoj (Gilliam i sur. 2018). Načelno, razlikuje se nekoliko načina prikupljanja i procjena podataka (v. tablicu 16.1.).

Tablica 16.1.

Nekoliko načina prikupljanja anamneze i procjena podataka u dojenčeta

1. Intervju (što uključuje i anamnezu) s roditeljima,
2. Anamneza i procjena rizika za zanemarivanje i zlostavljanja za dojenče ili skrbnika,
3. Opservacija dojenčeta,
4. Opservacija roditelja,
5. Opservacija interakcije između roditelja i dojenčeta (dijadni aspekt), ali koja implicite uključuje i zasebno promatranje dojenčeta te roditelja,
6. Formalna opservacija i psihički profil (psihički status) (pisani nalaz) dojenčeta,
7. Anamneza i procjena trijadnih aspekata i obitelji

Ovo je vrlo važna tablica jer se procjenjuju različite dimenzije prikupljanja anamneze: gledanje pojedinačno na dojenče, pojedinačno na roditelja (što uključuje ličnost i eventualnu psihopatologiju roditelja), opservacija interakcije (dijadnog odnosa), psihički profil, kao i trijadni i obiteljski aspekti.

16.3. Intervju, anamneza

16.3.1. Uvodni aspekti o intervjuu

Preporučuje se pročitati posebno poglavlje o psihijatrijskom intervjuu (v. posebno poglavlje 14). Također

Tablica 16.2.

Neki aspekti intervjuu i prvog pregleda u dojenčeta

- Prikladan okvir pregleda u kojem se dijete dobro osjeća (*engl. child friendly*)
- Otvorenost, fleksibilnost
- Naracija, afekti
- Stvaranje terapijskog saveza
- Rad na strahovima i fantazijama roditelja pri dolasku na prvi pregled (sram, stigma)
- Aktivno slušanje, bez osuđivanja

je korisno pročitati posebna poglavlja koja govore o posebnosti psihijatrijskog intervjuu u dojenačkoj dobi (Seligman 2000). Pojedini aspekti intervjuu prikazani su u [tablici 16.2.](#)

Idealan klinički okvir (*setting*) podrazumijeva prikladnu sobu, sa strunjačom, te s prikladnim igračkama (Benham 2000). U prostoru može postojati dvosmjerno zrcalo za edukante, a korisno je i videosnimanje radi kasnije revizije procjene. Načelno se može reći da je vješto intervjuiranje najvažnija točka procjene. Od ispiti-vača se očekuju otvorenost, kao i fleksibilnost s obzirom na naraciju roditelja, ali uz primjenu dodatnih izravnijih pitanja koja služe razjašnjavanju. Nije važan samo sadržaj naracije nego i popratni afekt roditelja. Inicijalni je intervju krucijalan u stvaranju **terapijskog saveza** s roditeljem da bi roditelj osjetio izvornu (genuinu) zainteresiranost kliničara. Posebno treba biti svjestan da roditelj ima značajne strahove i fantazije pri dolasku na inicijalni pregled i treba ih biti svjestan. Naime, roditelj se može osjećati posramljeno ili krivo zbog potrebe da se obrati stručnoj osobi. Roditelj može imati latentne strahove da dijete ima npr. autizam ili neku drugu dijagnozu, te da će dijete ubuduće imati ozbiljne probleme. Važan element intervjuu stoga je aktivno slušanje (*engl. active listening*), odnosno pristup kliničara koji ne osuđuje (Gilliam i sur. 2018).

U [tablici 16.3.](#) prikazani su elementi anamneze, koji se dobivaju od roditelja.

Dakle, kako se vidi u tablici, u anamnezi su nam važni sljedeći elementi: razlog dolaska, aktualna simptomatologija i problematika, eventualna rizična stanja i pitanje sigurnosti dojenčeta; ranije procjene, testiranja, liječenja, dosadašnja medicinska dokumentacija; osobna anamneza; anamneza somatskog stanja i drugih somatskih čimbenika; anamneza dijadnih odnosa, anamneza trijadnih odnosa, obiteljska anamneza, te širi kulturalni i socijalno društveni odnosi. Intervju uključuje zajednički razgovor s roditeljem i djetetom, uz paralelnu

Tablica 16.3.**Anamneza u dojenčeta.**

Modificirano prema Gilliam i sur. 2018; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Thomas i sur. 1997.

Razlog dolaska i način upućivanja

- dan, vrijeme, pratnja, tko je uputio, razlog upućivanja (roditelji, pedijatar, vrtić, socijalni rad); Zašto je dijete došlo upravo k nama, zašto ne kod nekoga drugoga? Zašto upravo sada?
- **Aktualna anamneza i simptomatologija:** početak, situacijski kontekst (okidač, psihosocijalni stresor, kako je okolina reagirala na simptome), intenzitet, mjere, tijek, egzacerbacija; dosadašnji psihički problemi i poremećaji u dječjoj dobi i veza s aktualnom simptomatologijom
- Procjena rizika od zanemarivanja i zlostavljanja dojenčeta ili roditelja, kao i drugih rizika
- Ranije procjene, testiranja, liječenja, dosadašnja medicinska dokumentacija

Osobna anamneza:

- **Razvojna anamneza:** razvojna anamneza uključuje detaljne podatke, od trudnoće, rođenja, pa sve do današnjeg dana. Pojedini autori navode da se anamneza sastoji od motoričkog razvoja koji uključuje i tjelesne temeljne (bazične) funkcije, razvoj govora i jezika, kognitivnog razvoja, socijalnog razvoja (interpersonalni i seksualni razvoj), emocionalnog razvoja te razvoja morala. Na kraju se procjenjuje anamneza **traumatskih okolnosti**. Prije navedene funkcije možemo prikazati i kronološki. Ovdje se orijentiramo na **trudnoću (prenatalno razdoblje), rođenje, novorođenačko i dojenačko razdoblje (postnatalno razdoblje); stadij „trčkarala“, predškolsko vrijeme; profil premorbidne (primarne) ličnosti.**
- **Vrtić:** početak vrtića, odnos prema odgojiteljicama i vršnjacima; problemi u vrtiću
- **Sposobnosti i snage djeteta, podrška šire okoline;** dijete možemo pitati u čemu je ono dobro, te u čemu uživa. Ima li dijete hobije, interese, pojedine talente? Postoji li podrška šire sredine, susjedstva? Postoje li migracijska iskustva te kakva je integriranost u društvo? Postoji li pripadnost nekoj religiji, i kojoj?
- **Izloženost medijima**
- **Anamneza somatskog stanja i drugih somatskih čimbenika** (prikazani su u posebnom poglavlju 22)
- **Anamneza dijadnih odnosa (uključuje već sve prije navedene aspekte, kao npr. interakciju majka – dijete; interakcija dijete – otac; interakcija majka – otac; interakcija dijete – ispitivač; interakcija dijete – najbolji prijatelj itd.)**
- **Anamneza trijadnih odnosa (npr. dijete – majka – otac)**

Obiteljska anamneza i širi socijalni kontekst (polidijadni odnosi – v. dodatno poglavlje 24 o dijagnostici obitelji)

opservaciju ponašanja, a povremeno ćemo organizirati i odvojeni razgovor samo s roditeljima.

16.3.2. Razlog dolaska i aktualna simptomatologija

Važno je pitanje jesu li su se roditelji sami odlučili na pregled ili su bili savjetovani od pedijatra, vrtića, škole, pedagoga, socijalne službe ili drugih instanci, odnosno u kojoj mjeri imaju očekivanje u vezi s pomoći od profesionalaca. Ne treba samo pitati za djetetove probleme, potrebno je dobiti uvid u djetetove sposobnosti i snage da bi se upozorilo i na kompetencije te da bi se uspostavio dobar **terapijski savez** s roditeljima i djetetom. Klasično pitanje u tom smislu može biti zašto su se baš sada roditelji odlučili na inicijalni pregled. Što se tiče **aktualne anamneze i simptomatologije**, važno je pitati za početak simptoma, za situacijski kontekst (okidač, psihosocijalni stresor, kako je okolina reagirala na simptome), intenzitet, mjere, tijek, egzacerbaciju. Mogu biti korisni i podatci o dosadašnjim psihičkim problemima i pore-

mećajima u dječjoj dobi i veza s aktualnom simptomatologijom. Najčešće su različiti razlozi dolaska na prvi pregled, a opisani su u uvodu ovog teksta. U posebnom su poglavlju u tablicama prikazani najčešći poremećaji (tabl. 33.1.), kao i ostali poremećaji koji su mogući u dobi do sedam godina (tabl. 33.2.).

16.3.3. Anamneza i procjena rizika od zanemarivanja i zlostavljanja dojenčeta ili roditelja

Kao i u odraslije djece, uvijek je potrebno procijeniti rizik od zanemarivanja i zlostavljanja kod djeteta ili roditelja. Postoje li znakovi zanemarivanja ili zlostavljanja (v. posebna poglavlja 30 i 31 o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju)? Ovo može biti vrlo delikatna situacija za kliničara. U slučaju sumnje na zanemarivanje ili zlostavljanje, potrebno je primijeniti hitne zaštitne mjere, kao i druge mjere. U praksi može postojati još veći problem kada kliničari zapažaju neka nepovoljna stanja koja utječu na razvoj djeteta, a dugotrajnija su

(npr. dugotrajnija ovisnost roditelja, psihička bolest kod roditelja, adolescentni roditelji itd.), te ovdje također trebaju biti primijenjene različite intervencije.

16.3.4. Ranije procjene, testiranja, liječenja, dosadašnja medicinska dokumentacija

Slično kao i u starije djece, ako postoje prethodne procjene, testiranja i eventualna liječenja, to nam mogu biti vrlo važni podatci u sadašnjoj procjeni (Bostic i sur. 2018). U dojenčadi su obično važni nalazi četiriju vrsta specijalista ili stručnjaka: 1. dječji i adolescentni psihijatar; 2. pedijatar ili neuropedijatar; 3. nalaz psihologa; 4. nalaz logopeda ili edukatora rehabilitatora (npr. pri sumnji na autistični spektar poremećaja). Također mogu postojati nalazi i drugih stručnjaka: fizijatra, oftalmologa itd. Nije rijetka situacija u praksi da zbog različitih razloga roditelji ne prilože nalaze dosadašnjeg liječenja, što dovodi u pitanje cijeli sadašnji dijagnostički proces. S druge strane, pojedini roditelji donesu čitav fascikl s nizom opširnih nalaza, što zahtijeva dodatno posebno vrijeme za analizu i odgađa se za neki sljedeći termin kada je prisutan samo roditelj. Nerijetko, premda postoji niz nalaza, nedostaju pojedini nalazi prije navedenih četiriju vrsta stručnjaka, što se čini kao velik nedostatak dotadašnje procjene. Posebno se čini važnim tada usporediti starije nalaze sa sadašnjom kliničkom slikom, odnosno metodomama koje ćemo dobiti tijekom sadašnjega dijagnostičkog procesa. Zbog praktičnih, ali katkada i pravnih razloga potrebno je u medicinsku dokumentaciju zabilježiti koji su nalazi bili priloženi, a koji nisu, ako se poslije ustanovi da je bilo prethodne medicinske dokumentacije. U potpunosti medicinska dokumentacija može donijeti dosta dobrobiti roditeljima, npr. ostvarivanje prava majke na četvorosatno radno vrijeme kod djeteta s posebnim smetnjama.

16.3.5. Osobna anamneza

Osobna anamneza sastoji se od dobivanja podataka o razvoju i razvojnim zadaćama, o pohađanju vrtića, o socijalnoj situaciji, kontaktu i odnosima, o široj socijalnoj sredini; o stresnim životnim okolnostima; anamneza somatskog i neuropedijatrijskog stanja i drugih somatskih čimbenika (npr. prisutnost genskih stanja); anamneza o uzimanju lijekova, te uvid u premorbidnu (primarnu) ličnost: kognicija, emocionalnost, socijalne vještine, introvertirani, ekstrovertirani tip.

Posebno je važna **razvojna anamneza**. Ona uključuje detaljne podatke, od trudnoće, rođenja, pa sve do današnjeg dana. Kliničar treba dobiti podatke o različitim linijama djetetova razvoja, dakle koje uključuju socioemocionalni, komunikativni, kognitivni, motorni, ponašajni razvoj s posebnim naglascima na prethodne probleme, a koji bi mogli imati veze sa sadašnjim problemima; promatramo razinu djetetove autonomije; djetetove pozitivne sposobnosti i vulnerabilnosti, te djetetove prethodne odgovore na stresore.

Kronološki gledano, ovdje se orijentiramo na željenost **trudnoće**, tijekom trudnoće (alkoholizam majke tijekom trudnoće, lijekovi tijekom trudnoće, produžena trudnoća, porođaj vakuumom, krvarenja tijekom trudnoće), **rođenje** (eventualne bolesti mozga i živčanog sustava: meningitisi, encefalitisi, pojave paraliza, ozljede glave, nesreće itd.). **Prenatalno razdoblje i porođaj**: majka – placenta – fetus; somatski (npr. hormonalni) i motorički razvoj, mimika lica fetusa; razvoj mozga, međusobno usklađivanje; homeostaza i konflikti; „privrženost majka – fetus“; reprezentacije i reflektivnost roditelja; afektivna stanja; senzorički razvoj; okolnosti porođaja. **Novorođenačko i dojenačko razdoblje**: motorički razvoj; sisanje; koliko je dijete dojeno; senzorička faza; vizualno prepoznavanje majke; regulacija pijenja, jedenja, spavanja, budnosti, ciklusa aktivnosti od 0 do 2,5 mjeseci; oralna faza; simbioza; temeljno (bazično) povjerenje; napredovanje individuacije; gledanje skrbnika, socijalni smiješak s 3 mjeseca, „*face to face interakcija*“ bez drugih igračaka od 2,5 do 5,5 mjeseci; zajednička igra s predmetima od 5,5 do 9 mjeseci; pokazuje strah od stranca s 8 mjeseci; privrženost i odvajanje od primarnih skrbnika od 8 do 12 mjeseci, reakcije na separacije, osjećaj selfa; afektivno usklađivanje; senzomotorna faza; neverbalna komunikacija; razvoj govora (gugutanje, vokalizacije, slogovi, prve riječi); hospitalizacije i reakcije na njih, tko je čuvao dijete u ranoj dobi. **Dob „trčkarala“** (dob između druge i četvrte godine): motorički dijete počinje hodati i kretati se; faza individuacije (koherentni osjećaj selfa); faza autonomije; analna faza; faza konstantnosti objekta; početci temeljnoga rodnog identiteta; preoperacijska faza; simbolizacija; verbalni self – intenzivan razvoj govora od 18 do 24 mjeseci ili semantičko NE; Kakav je djetetov temperament? Polazak u vrtić? **Dob predškolskog djeteta od 4. do 6. godine**: daljnji razvoj motorike; preedipska faza; edipska faza, rodni identitet, rodne uloge, početak seksualne orijentacije; identifikacije; početak socijaliza-

cije s vršnjacima; preoperacijska faza, simbolizacija; magično mišljenje; kreiranje „teorije uma“; daljnji razvoj govora. U **tablici 9.3.** sumarno su navedene razvojne zadaće djeteta do sedme godine života (v. poglavlje 9 o razvoju).

16.3.6. Anamneza dijade

Pojedini podatci o **dijadnim odnosima** (npr. dijete – majka) već su dobiveni prethodnim pitanjima iz razvojne anamneze, što se može naturalistički (nestrukturirano) opisati. Dakle, opserviraju se dijadni aspekti, kao i važnost opservacije tijekom intervjua npr. međusobno emocionalno usklađivanje roditelja i djeteta, omjer davanja i primanja, koncept privrženosti (sigurna vs. nesigurna – v. posebno poglavlje 5) i drugi važni koncepti. Također se ovdje u anamnezi uzimaju podatci o reprezentacijama (balansirane vs. kaotične – vidi poglavlje 17 o dojenačkoj procjeni), kao i o reflektivnoj funkciji (niži bodovi kao manja reflektivnost te viši bodovi kao veća reflektivnost). Ovdje slijedi važna napomena da je za mjerenje privrženosti, reprezentacije i reflektivne funkcije potreban strukturirani trening.

16.3.7. Anamneza trijade

Slično anamnezi dijade, za anamnezu trijade (npr. dijete – majka – otac) podatci su već dobiveni prethodnim pitanjima iz razvojne anamneze. Slični se koncepti kao kod anamneze dijade procjenjuju, međutim, u trijadnom kontekstu. Mogu se prema operacionaliziranoj dijagnostici mjeriti koncepti: afilijacija (prijateljsko/neprijateljsko), dok su na okomitoj osi fleksibilnost vs. rigidnost (v. o operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi), međutim, potreban je strukturirani trening ove procjene.

16.3.8. Obiteljska anamneza, šira socijalna sredina

Pojedini podatci unutar obitelji, naime, dijadnih, trijadnih i polidijadnih odnosa, već su dobiveni tijekom uzimanja razvojne anamneze (interpersonalni, socijalni odnosi). Obiteljska je anamneza prikazana u drugom poglavlju (poglavlje 24 o obiteljskoj dijagnostici), a posebno u **tablici 24.4.** Pristup je ovdje sličan u dojenačkoj dobi, kao i u školskoj dobi i adolescenciji.

Dakle, evaluiraju se samo **osnove obiteljske anamneze ili procjene**, dok je obiteljskoj procjeni napisano opširnije posebno poglavlje (v. posebno poglavlje 24).

Načelno, anamnestički su važna sljedeća tri područja pri promatranju obitelji kao cjeline: individualne karakteristike pojedinaca (posebno djeteta, posebno roditelja); obilježja dijadnih i trijadnih interakcija te funkcioniranje obitelji kao cjeline (v. tablicu u drugom poglavlju 24, a napose **tabl. 24.3.**), o čemu će biti više govora u drugim poglavljima. **Osnove obiteljske anamneze ili procjene** čine nekoliko dimenzija: temeljni podatci (uključujući i ličnost roditelja te eventualnu psihopatologiju), stilovi, partnerski odnos, odnos roditelj – dijete, odnos dijete – roditelj, odnos između braće/sestara; trijadni odnosi, pojedini aspekti obitelji; stresori; šira socijalna sredina; genogram; problem djeteta s obzirom na obitelj; mogućnosti rješavanja; self- refleksija terapeuta i koterapeuta, radne hipoteze te indikacije.

16.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Dječji se psihijatri koriste jasno određenim metodama intervjua, anamneze, heteroanamneze, opservacijom interakcije roditelj – dijete; opservacijom djeteta; opservacijom roditelja, trijadnih odnosa, te uvidom u dosadašnju medicinsku dokumentaciju pri procjeni u dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“ i u predškolskoj dobi.
- ✓ Za procjenu u dojenačkoj dobi, kao i u dobi „trčkarala“ i u predškolskoj dobi mora se dobro poznavati normalan razvoj djeteta da bi se moglo odrediti ima li kakvih odstupanja, odnosno je li riječ o nekom poremećaju koji ispunjava određene kriterije.
- ✓ Za donošenje dijagnoze u dojenačkoj dobi najvažniji je klinički intervju, a mogu biti korisni i dodatni nalazi drugih stručnjaka.
- ✓ U dojenačkoj dobi malokad gledamo izdvojeno samo na dijete, nego više gledamo odnos dijete – roditelj kao jednu cjelinu, a gledamo i širi trijadni i obiteljski kontekst.

16.5. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Može li se danas uopće govoriti o dojenačkom psihičkom zdravlju?

ODGOVOR: Ovaj termin može biti kontroverzan, kao što može biti i pitanje jasne psihopatologije u doje-

načkoj dobi. Međutim, danas je neupitno da je važno psihičko zdravlje dojenčadi te da ono, posljedično, može biti i narušeno. U posljednjih tridesetak godina razne su istraživačke i kliničke grupe u svijetu jasno isticale na psihičko zdravlje dojenčadi, odnosno na moguću psihopatologiju. Slijedom toga, ozbiljne istraživačke i kliničke grupe razvile su značajne pristupe dijagnosticiranju u ovoj dobi, koje nikako ne treba zanemariti. Nastavljajući se na dijagnostiku, različite grupe autora također su razvijale intervencije u ovoj dobi. Fokus pri dijagnosticiranju i intervencijama može biti na djetetu, roditelju, interakciji roditelj – dijete (dijadni aspekt) ili na trijadne i obiteljske aspekte.

■ **PITANJE: Što su to „duhovi iz prošlosti ili duhovi iz dječje sobe“ (engl. *ghosts in the nursery*)?**

ODGOVOR: Termin „duhovi iz prošlosti ili duhovi iz dječje sobe“ (engl. *ghosts in the nursery*), koji su postulirali **Fraiberg i suradnici (1975)**, govori o nepovoljnim vlastitim iskustvima iz djetinjstva roditelja koji se nastavljaju u njihovu odnosu prema djeci. S druge strane, kao opozit ovog koncepta navode se „anđeli iz prošlosti ili anđeli iz dječje sobe“ (engl. *angels in the nursery*), koji su postulirali Lieberman i suradnici (2005), koji mogu zaštitno djelovati na sadašnji odnos dojenčice – roditelj.

■ **PITANJE: Kakva je uloga obiteljske anamneze i obiteljske procjene u dojenčeta?**

ODGOVOR: Sve ovisi o temeljnoj edukaciji stručnjaka. Minimalni pristup obiteljskoj anamnezi i obiteljskoj dijagnostici sažeto je naveden prije u tekstu. Dakle, dobivaju se osnovne informacije o brizi za dijete, kakav je redoslijed u obitelji, zapažanja roditelja o djetetu i očekivanja (fantazije), odnosno kakvo simboličko značenje ima dijete za pojedinog roditelja. Slijede podatci o stabilnosti obitelji/doma. Nadalje, slijede pitanja i procjena shvaća li se obitelj kao sistem potpore. Nadalje, dobivaju se podatci o široj socijalnoj sredini, kao i kulturološkim utjecajima. Ovisno o kliničkoj slici i dobivenim podacima iz anamneze, s vremenom fokus sve više može biti na radu s roditeljima. Dominantno se kod pojedinih poremećaja u dojenčeta provodi terapija para roditelj – dijete, uz eventualni dodatni rad s roditeljima. Ako je stručnjak dodatno zainteresiran za procjenu obitelji, može se primijeniti i dodatna obiteljska dijagnostika (opisana u posebnom poglavlju 24), koja je nekakva srednja mjera procjene obitelji i ne zahtijeva dodatni trening. I zadnja mogućnost, dakle treća mogućnost, jest kada stručnjak ima

dodatnu edukaciju iz neke tehnike obiteljske terapije, te će tada unutar te edukacije na najdublji način pristupiti procjeni obitelji.

16.6. Pitanja

- 1 Navedite definiciju psihičkoga zdravlja dojenčadi.
- 2 Navedite posebnosti intervjuja u dojenačkoj dobi.
- 3 Navedi osnovne dijelove anamneze za dojenačku dob.
- 4 Navedite osnove obiteljske anamneze u dojenčadi.
- 5 Navedite razliku između uzimanja anamneze i promatranja individue (djeteta ili roditelja), dijadnih interakcija te trijadnih i obiteljskih interakcija u dojenačkoj dobi.

16.7. LITERATURA

1. *Benham AL*. The observation and assessment of young children including use of the infant-toddler mental status exam. U: Zeanah CH jr, ur. Handbook of infant mental health. 2. izd. New York: The Guilford Press; 2000, str. 249-266.
2. *Bostic JQ, Potter MP, King RA*. Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 299-320.
3. *Fraiberg S, Adelman B, Shapiro V*. Ghosts in the nursery. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry 1975;14:387-421.
4. *Gilliam WS, Mayes LC, Londono Tobon A*. Clinical assessment of infants and toddlers. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 291-298.
5. *Greenspan SI*. The clinical interview of the child. 3. izd. Washington: American Psychiatric publishing inc; 2003.
6. *Lieberman AF, Padron E, Van Horn i sur*. Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. Infant mental health journal 2005; 26:504-520.
7. *Mares S, Woodgate S*. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. U: Rey JM, Martin A, ur. IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health. 2017. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
8. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.

9. *Seligman S.* Clinical interviews with families of infants. U: *Zeanah CH jr., ur. Handbook of infant mental health.* 2. izd. New York: The Guilford Press; 2000, str. 211-221.
10. *Thomas JM, Benham AL, Gean M i sur.* Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infant and Toddlers (0-36 Months). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;(36) 10:21-36.
11. *Zeanah CH, Doyle Zeanah P.* Infant mental health: The science of early experience. U: *Zeanah CH jr, ur. Handbook of infant mental health.* 4. izd. New York: The Guilford Press; 2019, str. 5-24.
12. *Zero to three.* Definition of infant mental health. Washington, DC: Zero to Three Infant mental health Steering Committee; 2001.

Dijagnostički proces u novorođenčeta, dojenčeta, u dobi „trčkarala“ i u predškolskoj dobi

Ivan Begovac

SADRŽAJ

17.1. Uvod	241
17.2. Opservacija pojedinaca, interakcije roditelj – dijete, trijada i cijele obitelji	241
17.2.1. Uvodni aspekti o opservaciji	241
17.2.2. Opservacija djeteta, roditelja, interakcija roditelj – dijete	241
17.2.3. Trijadna i obiteljska relacijska konstelacija	243
17.2.3.1. Uvodni aspekti	243
17.2.3.2. Koroditeljski sustav i procjena trijade	243
17.2.3.3. Pristup klasifikacije „od nula do pet“ (Zero to five)	244
17.2.3.4. Minimum anamneze i procjene obitelji	244
17.3. Formalna opservacija ili evaluacija dojenčeta, psihički status dojenčeta	244
17.3.1. Uvodni aspekti	244
17.3.2. Vanjsko ponašanje, tjelesni izgled	244
17.3.3. Odnos prema novoj situaciji intervjua i prema ispitivaču	246
17.3.4. Samoregulirajuće funkcije	246
17.3.5. Somatski, motorički, neurološki razvoj	246
17.3.6. Senzorički razvoj: vid, sluh, taktilnost i drugo	247
17.3.7. Raspoloženje (emocionalni ton) djeteta	247
17.3.8. Specifične emocije i zabrinutosti	247
17.3.9. Kapacitet za simboličku reprezentaciju, igra	248
17.3.9.1. Uvodni aspekti	248
17.3.9.2. Struktura igre	248
17.3.9.3. Sadržaji igre	248
17.3.10. Tematski razvoj	249
17.3.11. Mišljenje, percepcija	249
17.3.12. Jezik, govor	249

17.3.13. Razina kognitivnog statusa	249
17.3.14. Razvoj svijesti o sebi	250
17.3.15. Socijalni odnosi, komunikacija (stvaranje odnosa, dijadni odnosi, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija, traženje bliskosti, interes i eksploracija prema okolini)	250
17.3.16. Procjena trijada	250
17.3.17. Procjena obitelji (minimum procjene, dok će se na naprednijoj razini primjenjivati dublja procjena obitelji)	250
17.3.18. Vlastiti osjećaji terapeuta	252
17.4. Strukturirani intervjui, liste	252
17.5. Klinički primjeri	255
17.5.1. Primjer anamneze i opservacije interakcije majka – dijete i psihičkog statusa kod regulacijskog poremećaja s njegovim pismenim nalazom	255
17.5.2. Primjer anamneze opservacije interakcije majka – dijete i psihičkoga statusa kod autističnog spektra poremećaja s njegovim pismenim nalazom	255
17.5.3. Primjer anamneze i opservacije interakcije majka – dijete i psihičkoga statusa kod anksioznog poremećaja s njegovim pismenim nalazom	256
17.6. Multidisciplinarna dijagnostika, dijagnostički proces, klasifikacije, planiranje liječenja, intervencije	257
17.7. Upute za roditelje/nastavnike	258
17.8. Često postavljena pitanja	258
17.9. Pitanja	259
17.10. Literatura	259

17.1. Uvod

Posebno je važno prethodno pročitati poglavlje o anamnezi u dojenačkoj dobi, jer je to integrativni dio ovog poglavlja (v. posebno poglavlje 16). Također se preporučuje da se pročitaju poglavlja o razvoju, uključujući i prenatalni razvoj, kao i o perinatalnoj psihijatriji (v. posebna poglavlja 3, 4, 5, 7, 8, 9 i 32). U ovom će se poglavlju pažnja posvetiti opservaciji dojenčeta, opservaciji roditelja, opservaciji interakcije između roditelja i dojenčeta (dijadni aspekt); anamneza i procjena trijada i obitelji (trijadna i šira procjena obitelji); te formalna opservacija i psihički profil (psihički status) (pismeni nalaz) o dojenčetu.

17.2. Opservacija pojedinaca, interakcije roditelj – dijete, trijada i cijele obitelji

17.2.1. Uvodni aspekti o opservaciji

Opservacija je važna klinička vještina kada se mjeri razvoj dojenčeta i radi procjena. Posebnost ove opservacije jest u promatranju razvoja u mnogim domenama (funkcijama). Nadalje, potrebna je slobodno ledeća pažnja, odnosno otvorenost na sve što se može dogoditi, ali i uz kasniju mogućnost organiziranja onoga što je promatrano. Pojedini autori posebno navode barem četiri obrasca koje je potrebno opservirati: 1. dominantni afektivni ton sudionika; 2. uključenost u situaciju (znatiželja i interes); 3. uključenost u interakciju (dijete se koristi roditeljem ili ispitivačem) te 4. reakcija na promjene tijekom seanse npr. početna faza sastanka, središnji dio, završni dio u kvaliteti interakcija i emocija (Gilliam i sur. 2018).

Opservacija se u osnovi temelji na **naturalističkom promatranju** (promatranje spontanijih situacija), međutim, može se dodatno upotpuniti i **strukturiranim procedurama**, kao što je npr. da roditelj zamoli dijete da spremi igračke u sobi, što inače nalikuje načinima interakcije koji se događaju kod kuće. Opservacija koja se temelji na procjeni koja se koristi igrom posebno je korisna (v. poslije). Sveukupno bi ispitivač trebao dobiti uvid u to što je to tipično za ovu pojedinu obitelj. Ispitivač treba biti svjestan svoje prisutnosti tijekom pregleda, odnosno kako se dijete odnosi prema ispitivaču. Privija li se dijete uz roditelja tijekom ulaska u terapijsku sobu gledajući ispitivača? Opušta li se dijete s vremenom tijekom pregleda (zagrijavanje za ispitivača)? Kakve se misli, osjećaji i fantazije bude u ispitivaču (protuprijenosni osjećaji)? U dojenčeta nije

katkada važno samo promatranje, npr. da se dijete igra, nego je to važnija emocionalna kvaliteta onoga što dijete radi (radi li to s uzbuđenjem, pozitivnim afektom, energično, ili je to npr. sporo, preko volje, ili bez afektivne pratnje) (Gilliam i sur. 2018).

17.2.2. Opservacija djeteta, roditelja, interakcija roditelj – dijete

Može se izdvojeno promatrati dojenče, te posebno roditelj, ali je najvažnija domena promatranje interakcije dojenče – roditelj. Dakle, kliničko promatranje interakcije i odnosa važan je dio dijagnostike, a ono se može dopuniti i videosnimanjem. U **tablici 17.1.** sažeto su prikazani elementi opservacije interakcije roditelja i dojenčeta.

Tablica 17.1.

Procjena interakcije između roditelja i dojenčeta (procjena dijade).

Modificirano prema Gilliam i sur. 2018; Greenspan 2003; Thomas i sur. 1997.

Koristi li se dijete roditeljem za podršku i ohrabrivanje?

Emocionalno usklađivanje roditelja i responzivnost (emocionalni odgovor) u odnosu prema djetetovim emocionalnim stanjima?

Slanje i primanje pozitivnih interakcija

Procjena sigurne privrženosti između roditelja i djeteta

Afektivno odgovaranje roditelja s obzirom na djetetove napore tijekom opservacije

Ovo je vrlo važna tablica jer sažeto navodi **nestrukturirani način procjene** dijadnih interakcija, za što nije potreban neki dodatni trening. Kako je bilo rečeno u drugim poglavljima, pojedini autori naglašavaju pri procjeni uzimanje u obzir problema, ali i jakosti (snage), koji se više odnose na relaciju roditelj – dijete nego samo na probleme i snage u samog djeteta (Zeanah i sur. 2011). Procjena neposredne opservirane interakcije između roditelja i djeteta temeljna je komponenta u razvoju razumijevanja prirode odnosa između djeteta i roditelja. Ovdje je važno napomenuti da je teško raditi dijagnostičku procjenu za sve dobne skupine. Naime, pojedini autori razlikuju procjenu u dojenačkoj dobi od procjene dobi djeteta između dvije i pet godina.

Domena interakcije usredotočuje se na roditeljsku sposobnost da se usmjeri prema djetetu; da ima osjećaje prema djetetu (emocionalno usklađivanje i responzivnost /emocionalni odgovor/), te dovoljnu sposobnost da regulira djetetov emocionalni izražaj, da postavlja granice prema djetetu, te naglašavanje pozitivne interakcije. Temeljna je opservacija ponašanja i afektivna interakcija između djeteta i roditelja. Kontakt i odnosi očituju se međusobnom izmjenom emocija (djeteta i roditelja), dijete može pokazati raspon osjećaja, može pokazati radost, empatijske sposobnosti, privrženost, reakcije na kratke separacije, sluša li dijete svoje roditelje/odgojitelje, drži li se pravila, te kakvo je ponašanje tijekom promatranja? Ova opservacija počinje već uzimanjem anamneze, a može se nastaviti u sobi s igračkama, gdje se promatra kako se dijete koristi igračkama u odnosu prema roditeljima. Pojedini autori preporučuju barem oko 15 minuta da se roditelj igra s djetetom, kako to već čine kod kuće, da bi se dobila cjelovitija slika interakcije. Posebno će nas zanimati interaktivna igra. Koristi li se dijete roditeljem kao izvorom podrške i ohrabivanja? Potrebno je pokušati klinički i orijentacijski procijeniti razinu privrženosti između roditelja i djeteta, postoji li potreba da dijete dolazi blizu svojeg roditelja vs. eksplorativne aktivnosti. Ako se ne provodi strukturirano mjerenje privrženosti, korisnije je za kliničara da upotrebljuje opisne termine, a ne termine dobivene strukturiranim postupcima (npr. dezorganizirana privrženost). Prema mogućnostima, može se primijeniti mali pokus separacije roditelja izvan sobe terapeuta, te ponovno vraćanje roditelja, međutim, to nije obvezno. Ukupno nas mogu zanimati emocionalni odgovori roditelja s obzirom na djetetove aktivnosti tijekom procjene (Gilliam i sur. 2018; Thomas i sur. 1997).

Klasično se pri **dijadnom odnosu** može dakle promatrati više komponenti: **procjena dijade, reprezentacije, privrženost i reflektivna funkcija**, koje će biti navedeni u tekstu koji slijedi. Procjena dijade može se, kako je prije bilo rečeno, raditi na naturalistički način, prema opisu u prethodnom u tekstu, ili pak na strukturirani način (v. poslije u tekstu). Naime, na strukturirani način postoji pri procjeni dijade „paradigma smrznutog lica“ (*still face paradigm*), kao i modificirana Crowellova procedura (v. poslije u tekstu). Kod **procjene reprezentacija** pojedini autori, procjenjujući interakciju roditelj – dojenče navode poznati model koji već desetljećima vrijedi u ovom području (Stern-Bruschweiler i Stern 1989). U ovom se modelu nalaze

četiri komponente. Vidjeti o tome ilustraciju u Larrieu i surdnika (2019). Naime, u središnjem se dijelu nalazi **interaktivno ponašanje roditelja** (1) i **interaktivno ponašanje malog djeteta** (2). Ova dva središnja dijela međusobno imaju recipročan utjecaj. Nastavljajući se na ovaj osnovni model, dalje se postulira da iza interaktivnog ponašanja roditelja stoje **reprezentacije roditelja** (3) (postoji recipročni utjecaj s roditeljskim ponašanjem), te da iza ponašanja maloga djeteta stoje **reprezentacije djeteta** (4) (postoji recipročan utjecaj s djetetovim ponašanjem). **Roditeljske internalne reprezentacije** mogu se definirati kao **strukture memorije** za koje se pretpostavlja da utječu na vodeće percepcije, stajališta, atribucije, kao i ponašanja u roditeljskom odnosu (ponašanju) prema svojem djetetu (Zeanah i Barton 1989). Kao što je već u drugom posebnom poglavlju navedeno, reprezentacije se pojavljuju već tijekom trudnoće roditelja. Odlučujuća važnost takvih reprezentacija jest u tome da one daju predikciju kvaliteti odnosa privrženosti između djeteta i skrbnika (Vreeswijk i sur. 2012), odnosno isprepleću se koncepti reprezentacija i privrženosti. U literaturi postoji niz instrumenata za mjerenje koncepta internalnih reprezentacija roditelja (v. poslije u tekstu), a ovdje će se opisati jedan od najvažnijih (*Working model of the child interview* – WMCI) (Zeanah i sur. 1994; Zeanah i sur. 1996). WMCI procjenjuje roditeljske internalne reprezentacije prema pojedinom djetetu. Riječ je o polustrukturiranom intervjuu, navode se podatci o iskustvu trudnoće i porođaja, opće i specifične karakteristike ličnosti djeteta, kao i njihov odnos s djetetom, dojenačko problematično ponašanje i roditeljski odgovor na njega, te nadanja i strahovi u vezi s neposrednom budućnošću za vlastito dijete. Mogu se klasificirati četiri vrste reprezentacija, slično kako je to bilo navedeno u poglavlju o trudnoći, a koje su sukladne stilu privrženosti u odraslih osoba (v. tabl. 5.1. u posebnom poglavlju 5): 1. balansirane; 2. isključujuće (engl. *disengaged*); 3. zapletene, isprepletene (engl. *distorted*), te 4. poremećene, ometajuće, kaotične (engl. *disrupted*). Općenito govoreći, navedena istraživanja pokazuju da su fleksibilne, balansirane i pozitivne reprezentacije povezane sa sigurnom majčinom privrženosti, kao i bolje reguliranom interakcijom majka – dijete. Kod **procjene privrženosti** to se također može raditi na naturalistički način, ali je inače pri procjeni zlatni standard procjena „strane situacije“ (v. posebno poglavlje 5). **Reflektivno funkcioniranje** govori o mogućnosti majke da reflektira vlastita emo-

cionalna iskustva trudnoće i majčinstva, govori o prirodi odnosa s djetetom, o osjećaju vlastita selfa, kao i o odnosu trudnoće i majčinstva prema ocu svojeg djeteta i široj obitelji (Slade 2003). Reflektivna se funkcija obično definira kao kapacitet predočivanja mentalnog, subjektivnog, psihološkog stanja selfa i drugih (Slade 2005).

I konačno, ovdje nam dodatno može pomoći **operacionalizirana psihodinamska dijagnoza** (v. posebno poglavlje 20), koja može općenito procjenjivati interakciju roditelj – dojenče (**na objekt usmjeren dijadni aspekt**) (v. sliku 20.1.), te će se ovdje rabiti sljedeći opisi interakcije ili pridjevi: dopuštajući; zainteresirano posvećen; prijateljska interakcija, prijateljski poticajan, kontrolirajući, predbacujuće omalovažavanje, agresivno/neprijateljski; nezainteresirano odbijajuće. Primjer „predbacujućeg omalovažavanja” jest kada je dijete tijekom intervjua stalno zlovoljno, i pita zašto ispitivač pita tako „bedasta” pitanja, jer to su zapravo „sve gluposti”, ili **na subjekt usmjeren dijadni aspekt** (specifična konstelacija tijekom intervjua između roditelja i dojenčeta), kada se koristimo sljedećim opisima ili pridjevima: prihvaćanje tuđih impulsa ponašanja, otvoren i prostodušan; prijateljski u kontaktu; pun povjerenja i prilagodljiv; slijedenje vlastitih impulsa ponašanja; nezadovoljno podložan; bijesan/ustrašen u kontaktu; zlovoljno zatvoren. Primjer prijateljskog u kontaktu bio bi kada dijete „zrači” svojim licem na poticaj roditelja da sagrađe dvorac od kockica (v. sliku 20.2. u posebnom poglavlju 20). Potrebno je također navesti ograničenja ovih opisa ili pridjeva jer se oni odnose samo na dijete nakon treće godine života, kao i da je potreban strukturiran trening za ovladavanje vještine ove posebne dijagnostike, ali nam svejedno može biti od koristi u ovom poglavlju.

17.2.3. Trijadna i obiteljska relacijska konstelacija

17.2.3.1. Uvodni aspekti

Osim toga što je tradicionalno u području mentalnog zdravlja bio dominantan fokus na dijadnoj interakciji (dijada majka – dojenče), potrebno je, međutim, uzeti u obzir i širi skrbnički sustav (engl. *larger caregiving system*) (Larrieu i sur. 2019). U posljednjih dvadesetak godina posebnu pozornost zadobiva koroditeljski sustav (engl. *coparenting*) (v. poslije u tekstu), a začetci ovakvih nastojanja počinju od strukturne teorije obitelji koju je postulirao Minuchin (1974). Važno

je naglasiti da trijadni (ili koroditeljski) model ne zamjenjuje dijadnu procjenu, već se dijadna i trijadna (obiteljska) procjena mogu komplementarno dopunjivati.

17.2.3.2. Koroditeljski sustav i procjena trijade

Koroditeljski je sustav definiran kao postojanje dviju ili više osoba koje surađuju u njezi i razvoju djeteta (McHale i Irace 2011). Dakle, zajedničko roditeljstvo (engl. *coparenting*) općenito se može definirati kao savez (povezanost nekoliko članova) ili međusobna usklađenost roditelja, odnosno, šire, dviju odraslih osoba u skrbi oko djeteta. Temeljno shvaćanje ovdje jest da dijete odrasta u multipersonalnoj mreži odnosa (McHale i Lindahl 2011). Kao minimum odnosa kod koroditeljskog sustava nalazi se **trijadni odnos**. Ovdje se čitatelji upućuju na ilustraciju iz Larrieu i suradnika (2019). Ova je ideja poznata desetljećima psihoanalitičkim autorima, koji govore o triangularizaciji (npr. majka – otac – dijete u klasičnom smislu), kao jezgri interakcija (v. poglavlje 4 o razvoju). Psihoanalitički autori tada govore o mogućoj intenzivnosti i frekvenciji interakcija, npr. o dominantnosti interakcija majka – dojenče u zapadnoj kulturi vs. interakcije između dijade otac – dijete (Bürgin 1993). Ovdje se mogu dodati i konfliktne interakcije između para majka – dijete, para otac – dijete te para majka – otac. Važna su zapažanja pojedinih skupina autora da se trijadne interakcije stvaraju već od 3 do 4 mjeseca dojenčeta života (Larrieu i sur. 2019). Opravdano je vjerovati da zapravo trijadna iskustva započinju već i tijekom trudnoće, a ona se onda nastavljaju u dojenačkom razdoblju (Larrieu i sur. 2019).

U procjeni trijade ili koroditeljskog sustava uključen je intervju sa svakim skrbnikom posebno, kao i opservacija izravne interakcije članova obitelji (trijadnih interakcija). Ovdje može biti i korisno učiniti genogram obitelji (v. posebno poglavlje 24 o dijagnostici obitelji). Najčešće primijenjeni instrumenti jesu *Parenting alliance inventory* (Abidin i Brunner 1995), kao i skala koroditeljstva (McHale 1997). Jedna od zadaća prije navedenih instrumenata jest procjena roditeljskog para, tako da pojedina grupa autora ovdje pokušava razlikovati tri stupnja: 1. međusobne uključenosti / aktivnosti; 2. solidarnost i kolaboracija te 3. neriješeno nesuglasje unutar obiteljskih saveza (alijansi). Važno je naglasiti da kulturalni čimbenici mogu imati utjecaj na dijagnostičku procjenu.

17.2.3.3. *Pristup klasifikacije „od nula do pet“ (Zero to five)*

Ova je klasifikacija multiaksijalna (v. poglavlje 25 o klasifikaciji). Prvo, **na drugoj osi** ta alternativna klasifikacija uzima u obzir mogućnost procjene **relacije djeteta – skrbnik** (engl. *primary caregiving relationship adaptation*), bez obzira na to postoji li poremećaj unutar djeteta, unutar skrbnika ili zbog nemogućnosti usklađivanja djeteta i skrbnika. Dijeli se na četiri mogućnosti, od stupnja 1. do stupnja 4. Stupanj 1. označuje dobru adaptaciju do dovoljno dobrog odnosa, stupanj 2. označuje rizik od nedostatne adaptacije i može ili ne mora zahtijevati intervenciju, dok bi stupanj 3. i 4. označivali patološke stupnjeve. Kliničari se ohrabruju da također procijene rizične čimbenike i snage dimenzije skrbnika (npr. reflektivni kapacitet, tolerancija ambivalentnih osjećaja itd.), kao i rizične čimbenike i snage dojenčeta (djeteta) (npr. temperament djeteta, stil učenja itd.). Drugo, slično prije opisanomu, može se procjenjivati **šira skrbnička okolina** (engl. *broader caregiving environment*), ali je to koncept širi od koroditeljskog sustava (trijadnog), dakle koji uključuje multipersonalni obiteljski sustav. U njega su uključene osobe (djeca i odrasli) koji nisu uključeni u roditeljstvo, međutim, čija prisutnost i ponašanje utječu na roditeljstvo. Kliničari se ohrabruju da također procijene rizične čimbenike i snage dimenzije šire skrbničke okoline (npr. komunikacija – emocionalna, razrješenje konflikata, emocionalna uključenost itd.) (DC:0-5tm 2016).

17.2.3.4. *Minimum anamneze i procjene obitelji*

Dakle, ovdje se evaluiraju samo **osnove obiteljske anamneze ili procjene**, dok je o obiteljskoj procjeni napisano opširnije posebno poglavlje 24. Načelno, anamnestički su važna sljedeća tri područja pri promatranju obitelji kao cjeline: individualne karakteristike pojedinaca (posebno djeteta, posebno roditelja); obilježja dijadnih i trijadnih interakcija te funkcioniranje obitelji kao cjeline (v. [tablicu 24.3.](#) u poglavlju o dijagnostici obitelji), o čemu će biti više govora u drugim poglavljima. **Osnove obiteljske anamneze ili procjene** čine nekoliko dimenzija: osnovni podatci (uključujući i ličnost roditelja te eventualnu psihopatologiju), stilovi, partnerski odnos, odnos roditelj – dijete, odnos dijete – roditelj, odnos između braće/sestara; trijadni odnosi, pojedini aspekti obitelji; stresori; šira socijalna sredina; gegogram; problem djeteta u odnosu prema

obitelji; mogućnosti rješavanja; self- refleksija terapeuta i koterapeuta, radne hipoteze te indikacije. Kao što je to već navedeno kod anamneze u dojenčadi (v. posebno poglavlje 17), minimum anamneze i procjene obitelji uključuje podatke koji su navedeni u [tablici 24.4.](#) (v. posebno poglavlje 24 o dijagnostici obitelji). Naime, to može biti dobar operativni orijentir uzimanja anamneze i procjene obitelji, te se o ovome ovdje neće dalje elaborirati. Za **napredniju razinu** čitatelj se upućuje na procjenu obitelji u posebnom poglavlju 24.

17.3. *Formalna opservacija ili evaluacija dojenčeta, psihički status dojenčeta*

17.3.1. *Uvodni aspekti*

Kod psihičkog statusa dojenčeta važniji su nam opća interaktivnost djeteta, ponašanje pri igri, samoregulatorne aktivnosti (približni je analog nagoniska aktivnost u školskog djeteta), emocionalnost, jezik i govor, negoli klasične dimenzije poremećaja mišljenja kao što to imamo u odrasloj dobi. Riječ je o **nestrukturiranom ili strukturiranom načinu** procjene. Temeljni cilj promatranja jest individualno i interpersonalno ponašanje i emocionalna izmjena djeteta. U statusu se promatraju različite funkcije: razvojne, socijalne i emocionalne funkcije i obrasci ponašanja unutar obitelji, kao i u situaciji intervjua. Možemo se koristiti pojedinim pitanjima kakva se upotrebljavaju i u odraslije djece, međutim, postoje određene domene koje su tipične za dojenačku dob. U [tablici 17.2.](#) prikazani su elementi psihičkoga statusa.

U tekstu je naveden slijed procjene različitih domena, ali se on ne mora doslovno slijediti, odnosno u literaturi postoji različitost redoslijeda promatranja ovih domena.

17.3.2. *Vanjsko ponašanje, tjelesni izgled*

Dijete se može već na nekoliko minuta promatrati u čekaonici, a pregled se nastavlja u sobi terapeuta. U djeteta se može promatrati vanjski izgled, ima li neke dismorfne crte, je li dovoljno njegovano, kako je obučeno? Može se opservirati kako se dijete pozdravlja u čekaonici, kako se dijete drži, kako hoda, održava ravnotežu, kakva je djetetova fina koordinacija, gruba motorika (npr. bacanje lopte), govor, kvaliteta i ton glasa. Postoje li neobični motorički pokreti (tikovi, stereotipije)?

Tablica 17.2.***Psihički status u dojenčadi i dobi „trčkarala“ i predškolskoga djeteta.***

Modificirano prema Benham 2000; Fuhrmann i sur. 2008; Gilliam i sur. 2018; Greenspan 2003; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Thomas i sur. 1997.

Vanjsko ponašanje, tjelesni izgled

- Kakvo je ponašanje i kakav je vanjski izgled djeteta?

Odnos prema novoj situaciji intervjua i ispitivaču: Kakav je odnos prema terapeutu? Postoje li na početku strah, smrznutost, apatija, sram ili pak hiperaktivnost, impulzivnost, radoznalost? Nježno, povučeno, rezervirano? Na početku opreznost, lagano „zagrijavanje“, lagana zainteresiranost za igračke, te sve veća otvorenost prema ispitivaču – dobro integrirano dijete.

Samoregulirajuće funkcije

- Ciklus budnost – spavanje, regulacija jedenja, regulacija plakanja; Kakav je prijelaz između različitih stanja i stanja smirenosti? Neobična ponašanja ili stereotipije? Razina aktivnosti (aktivno, pasivno, radoznalo)? Kakav je raspon pažnje? Kakva je tolerancija na frustracije? Stupanj agresije/asertivnost?

Somatski, motorički i neurološki razvoj

- Opći tjelesni razvoj; fina i gruba motorika; tonus, koordinacija, tikovi, abnormalni pokreti, epileptički napadaji

Senzorički razvoj: vid, sluh, taktilnost itd.

Reakcija na senzoričke podražaje? Postoje li apatija, zatvaranje, izbjegavanje ili pak visoka podražljivost, tjeskoba, agresija, promjene ponašanja?

Raspoloženje (emocionalni ton) djeteta

- Povlačenje/posramljenje/dosada/depresivno? Ekspresije emocija (verbalno, neverbalno); raspon; odnos prema temama te intenzitet emocija. Vlastiti doživljaji i osjećaji terapeuta koji daju naznaku raspoloženja djeteta?

Specifične emocije i zabrinutosti

- ljutnja, kompetitivnost, zavist, bijes, suosjećanje, empatija, privrženost, brižnost, emocionalna glad, emocije koje izražavaju agresivne osjećaje, kao i emocije koje izazivaju pasivnu čežnju; diferenciranost djetetove ekspresije; znakovi tjeskobe, neraspoloženosti, žalosti; Ostaje li dijete u istom reprezentacijskom modusu, npr. igrajućem, kada prelazi s jedne emocionalne teme na drugu? Sposobnost regulacije emocija?

Kapacitet za simboličku reprezentaciju i igra

- Zrcali sve psihičke funkcije, od ponašanja, raspoloženja, kognicije, mogućnosti pažnje, simbolizacije do interaktivnosti. Koja je vrsta igre? Kakva je struktura igre? Kakav je sadržaj igre, koje teme dominiraju u igri (strahovi, agresije)?

Tematski razvoj

Postoji li logička organiziranost tema ili pak postoji neorganiziranost?

Mišljenje i percepcija

Dijete u predškolskoj dobi uobičajeno ne razlikuje fantaziju od realnosti. Bizarne ideje. Specifični strahovi. Nerazlikovanje sna od budnoga stanja. Disocijativna stanja.

Jezik, govor

Kakve su govorna vokalizacija (fond riječi) i razina ekspresivnog govora? Kvaliteta, volumen, raspon, ritam, intonacija, artikulacija? Razina receptivnog jezika? Razumije li dijete upute drugih?

Razina kognitivnog statusa

Procjena svih prije navedenih nalaza, a posebno igre, verbalne i simboličke funkcije, mogućnost rješavanja problema, općenita procjena djetetova kognitivnog razvoja u smislu prosječnosti, zastoja ili preranog razvoja. Za jasnu je procjenu potrebno detaljnije psihološko ispitivanje standardiziranim testovima.

Razvoj svijesti o sebi

Počinje već u prvoj godini, razvija se postupno tijekom druge godine (semantičko ne), još više se razvija u trećoj i četvrtoj godini.

Socijalni odnosi, komunikacija (stvaranje odnosa, dijadni odnosi, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija, traženje bliskosti, interes i eksploracija prema okolini): - Uskladenost djeteta i roditelja? Reakcije na separacije? Ima li „prijelazni objekt“? Eksploracija terapijske sobe, uz odnos prema roditelju? Postoje li mogućnost interakcije i viši aspekti komunikacije? Kakvo je privrženo ponašanje? **Kakve su reprezentacije roditelja i djeteta? Kakvo je reflektivno funkcioniranje? Neverbalna i verbalna komunikacija.** U preverbalne (neverbalne) djece važne su imitacije, geste; upiranje prstom; te sposobnost roditelja da razumije dijete? Kakva je interakcija djeteta prema drugoj djeci?

Procjena trijada: afilijacija (prijateljsko/neprijateljsko), fleksibilnost vs. rigidnost.**Procjena obitelji (minimum procjene, dok će se kod naprednije razine primjenjivati dublja procjena obitelji)**

Individualne karakteristike pojedinaca (posebno djeteta, posebno roditelja – npr. psihopatologija roditelja); obilježja dijadnih i trijadnih interakcija, te funkcioniranje obitelji kao cjeline.

Vlastiti osjećaji terapeuta

iscrpljeno, frustrirano, ljutito, depresivno, osvježavajuće, ushićeno

17.3.3. Odnos prema novoj situaciji intervjua i prema ispitivaču

Ovaj odnos može započeti već u čekaonici. Kako se dijete ophodi već u čekaonici? Je li nježno, povučeno, rezervirano? S druge strane, drugo dijete će bez određenih gesta s terapeutom jednostavno doći do igračaka. Nadalje, kako vas dijete pozdravlja? Je li dijete spremno otići u vašu sobu samo ili se privija uz majku. Koji je osjećajni ton između vas i djeteta u ovom, prvom trenutku? Postoji li iskrica znatizelje, ili pak kombinacija interesa i straha? Ako se dijete odmah prepusti terapeutu, te nedostaje određeni strah od stranca, dijete se ponaša preslobodno, to može biti znak rane deprivacije. S druge strane, kako prolazi intervjua, terapeut doživljava da se taj odnos razvija u smislu „zagrijavanja”, odnosno da se s vremenom stvara jedan emocionalni kontakt. Primjerice dijete je na početku oprezno, ustrašeno, pokazuje strah i oprez, a nakon toga pokazuje zabrinutost, npr. preko igračaka, a onda se konačno otvara terapeutu u smislu osjećaja određene topline, pa ćete tada pomisliti da je riječ o dobro integriranom djetetu. Ovakvo će dijete npr. lagano pogledavati terapeuta (ili jednostavno nešto pokazati, jednostavno će vokalizirati, ili pokazati neku drugu gestu) da vidi odobrava li terapeut da dijete priđe i koristi se igračkama. Ako terapeut odgovori na ove jednostavne geste, zatvara se ovaj krug komunikacije, odnosno razvio se jedan određeni odnos između djeteta i terapeuta. Sljedeća razina u odnosu čini djetetovu sposobnost da predočuje ili simbolizira iskustvo putem verbalizacije ili igre. Ako dijete počinje primjenjivati složenije obrasce u smislu logičkih povezivanja, pokazuje svoje sposobnosti reprezentiranja i višu razinu komuniciranja. Prihvaća li dijete ispitivača i postane mu ugodno ako mu ovaj ponudi komunikaciju? Je li dijete ustrašeno ili opsesivno, te se smjesti u jedan kut sobe? Drugo se dijete se ponaša impulzivno, sve dodiruje, ali ne započinje igru. Da li se dijete nakon nekog vremena relativno smiruje u sobi terapeuta? Kakve su reakcije na promjene, u smislu nestrukturiranih aktivnosti prema strukturiranima; ili kada se ispitivač počne igrati s djetetom; kada trebaju pospremati igračke; ili kada se opraštaju?

17.3.4. Samoregulirajuće funkcije

- Takve funkcije posebno promatramo u dojenčeta. Ovdje se podrazumijevaju različite funkcije (ili kapaciteti), kojima dijete ovladava putem veće samo-

kontrole, organizira se ponašanje, kao i sudjelovanje (engl. *engagement*) sa živim i neživim svijetom.

- **Regulacija trenutnoga stanja** s obzirom na dojenačku sposobnost regulacije stupnja pobuđenosti (engl. *arousal*)? Pojedini autori navode da postoji ukupno šest različitih stanja: mirno i duboko spavanje, aktivno (REM) spavanje, pospanost (engl. *drowsy*); budnost (engl. *alert*); nemirnost (engl. *fussy*) i plakanje. Koliko je dojenče uspavano, a koliko budno; ili pak intenzivno plače; u kakvom je dominantnom stanju; kakvi su prijelazi između različitih stanja? Postoji li kapacitet za smirivanje? Postoji li kapacitet za održavanje budnosti?

- **Neobična ponašanja:** stavlja li u usta predmete nakon prve godine? Vrtnje glavicom? Mirisanje predmeta? Vrtnje rukama; mahanje rukama; uvrtnje prstiju; nunanje; hodanje na prstima; zurenje u svjetlo ili vrtnje predmetima; repetitivne, perservirajuće ili bizarne verbalizacije ili ponašanje prema osobama ili predmetima? Čupkanje kose? Ruminacije? Afektivni respiratorni napadaji?

- **Razina aktivnosti** govori o djetetovoj općoj podražljivosti (engl. *arousal*), koja se manifestira motorikom. Razina aktivnosti? Kakva je djetetova aktivnost, može li se usredotočiti na ispitivača, na igračke, na igre ili crtanje? Je li dijete mirno, ili aktivno, zainteresirano za okolinu, želi li ustrajati u novome?

- **Raspon pažnje?** Kapacitet da održi pažnju na nešto, ili postoji velika distraktibilnost pažnje? Postoji li praćenje pogledom s 2 – 3 mjeseca života, koliko traje pažnja usmjerena na neke predmete? Puhanje mjehurića od sapunice ovdje može biti korisno.

- Kakva je **tolerancija na frustracije:** sposobnost da ustraje na nekom zadatku (npr. slaganje *puzzla*, slaganje Lego-kockica itd.), unatoč poteškoćama ili dolazi ubrzo do izljeva bijesa, ili povlačenja?

- Stupanj **agresije** ili pak pozitivno zauzimanje za sebe (asertivnost)? Agresivnost se može ispitivati također tijekom igre (v. dio o igri). Pojedini autori razlikuju različite tipove agresije (područna /engl. *territorial*/, obrambena, impulzivna ili namjerna /engl. *deliberate*/). Senzoričku regulaciju ispitujemo posebno (v. poslije).

17.3.5. Somatski, motorički, neurološki razvoj

- Ton muskulature i jačina; mobilnost u različitim pozicijama; neobični motorički obrasci npr. tikovi, epileptički napadaji; nedovoljna aktivnost kranijalnih

živaca npr. pokreti lica, jezika, očiju, uključujući hranjenje, gutanje i pogled.

- Kakva je djetetova koordinacija, npr. kakvo je djetetovo rukovanje? Kakav je djetetov ukupni tjelesni status, u smislu visine, mase, boje kože, općeg zdravlja? Slijedi procjena je li potrebno obaviti orijentacijski ili detaljan neurološki pregled. Djetetov crtež daje nam važne podatke o njegovoj finoj motorici te nas dalje upućuje na to koliko će biti potrebna dodatna procjena.

- **Gruba motorika** očituje se u dojenčadi držanjem glavice, sjedenjem, stajanjem. Kod „trčkarala“ i predškolskog djeteta: mogućnosti hoda, sagibanje, penjanje, bacanje i hvatanje lopte.

- **Fina motorika:** u dojenčadi: hvatanje i puštanje očituje se npr. premetanjem jednog predmeta iz ruke u ruku; postoji li pincetni hvat; lupanje, bacanje. U „trčkarala“ i predškolskog djeteta: pincetni hvat; slaganje nekih predmeta, šaranje; rezanje; kakva je grafomotorika; kakva je vizualno-motorna koordinacija; slaže li dijete *puzzle*; koristi li se malim dijelovima npr. Lego igračkama da napravi neku novu konstrukciju? Pogledaj [tablicu 7.1.](#) za razvoj motorike, kao i posebno poglavlje o neuropedijatrijskom pregledu (poglavlje 23).

17.3.6. **Senzorički razvoj: vid, sluh, taktilnost i drugo**

Također se opservira koliko dijete senzorički odgovora na različite podražaje (glas, vid, dodir). Primjerice, odgovara li dijete na neverbalne geste terapeuta; postoji li povećani osjetilni odgovor (hiperresponzivnost) ili premali osjetilni odgovor (hiporesponzivnost) na podražaje i tip odgovora? Apatija, zatvaranje, izbjegavanje ili pak visoka podržaljivost, tjeskoba, agresija, promjene ponašanja?

17.3.7. **Raspoloženje (emocionalni ton) djeteta**

- Postoji određena konfuzija u uporabi termina afekta (engl. *affect*), emocija (engl. *emotion*) i raspoloženja (engl. *mood*) (**Benham 2000**). U psihičkome statusu u odraslih osoba **emocija** se definira kao kompleksno stanje osjećanja, s različitim psihičkim, somatskim i ponašajnim (bihevioralnim) komponentama. Emocija bi, prema ovoj definiciji, označivala najširi termin. Raspoloženje se definira kao **dugotrajnija emocija** koju doživljava i navodi sama osoba ili je opserviraju drugi. **Afekt** bi se definirao kao **ekspresija**

emocije koju opserviraju drugi. Afekt podrazumijeva kvalitativni aspekt tijekom različitih osjećajnih stanja (engl. *feeling states*), kao što su prikladnost, dubina i površnost, intenzitet te labilnost (Kaplan i Sadock 1988). U dojenačkoj dobi, kao i ovdje u tekstu, pod terminom afekt razumijevat će se **oba koncepta**: i kvalitativni aspekt emocionalne ekspresije, kao i specifična emocija. Djeca tek od oko treće godine mogu izravno opisati kako se osjećaju, tako da kliničari mogu rabiti neke igračke (lutke, životinje, ali i nežive objekte npr. autiće itd.) za imenovanje emocija.

- Tijekom intervjuja promatra se inicijalno raspoloženje te kako se razvija tijekom intervjuja (početna faza, središnja faza, završna faza intervjuja). Nije lako procijeniti raspoloženje i afekt, jer dijete ne upotrebljava riječi za opisivanje osjećaja. Raspoloženje je često intuitivni dojam ispitivača, za razliku od školske djece i adolescenata. Povlači li se dijete, je li posramljeno, je li mu dosadno ili je depresivno? Sadržaj razgovora može također govoriti o raspoloženju. Na primjer trogodišnja djevojčica motorički je nedovoljno aktivna, rukuje se mlitavo, ulazi pasivno, sjedi inertno, igra nema temu, uništava igračke, dodatno su u temama igre teme bespomoćnosti i sve to govori u prilog općega lošeg raspoloženja. Vlastiti doživljaji terapeuta mogu biti odlučujući u procjeni djetetova raspoloženja. Povremeno se terapeuti osjećaju depresivno, umorno, iscrpljeno ili pak opet osnaženo. Kod raspoloženja možemo obratiti pozornost na **načine ekspresije emocija** (verbalno, neverbalno /facijalno, tijelom, pozicijom cijelog tijela/); **raspon ekspresije emocija**, a posebno kod odnosa roditelj – dijete; **spособnost** za reakciju, prema situaciji, sadržaju rasprave, kod igre i interpersonalnih odnosa; **trajanje emocionalnog stanja** (potrebne su multiple opservacije; labilnost afekta), **intenzitet ekspresivnog afekta**, a posebno u odnosu roditelj – dijete, kao i regulacija afekta; te odnos prema drugim temama, koji će biti naveden poslije u tekstu.

17.3.8. **Specifične emocije i zabrinutosti**

- Iz literature je poznato da se tzv. **diskretni afekti** uz facijalnu ekspresiju nalaze već u dojenačkoj dobi: interes, veselje, distres, gađenje, kao i iznenađenje (Izard 1978). **Socijalni smiješak** nalazi se već oko trećeg mjeseca, a tada mogu biti prisutni i osjećaji distresa. S vremenom se osjećaji sve više diferenciraju u specifične emocije kao što su strah, bijes ili žalost. Strah sve više dolazi do izražaja između 6. i 9. mjeseca (**strah**

od stranca i separacijska anksioznost). U praksi nije rijedak slučaj da roditelji imaju poteškoća u opisivanju razlika između „negativnih“ osjećaja: straha, bijesa te žalosti. Regulacija afekta ima odlučujuću ulogu u odnosu dojenčice – roditelja. Kliničar može promatrati koliko roditelj može regulirati različita osjećajna stanja npr. kod probne separacije i ponovnog ujedinjenja. Također, afekti konstituiraju temeljni osjećaj selfa (Stern 1995).

- Nadalje, mogu se promatrati ljutnja, kompetitivnost, zavist, bijes, suosjećanje, empatija, privrženost, brižnost, emocionalna glad, emocije koje izražavaju agresivne osjećaje, kao i emocije koje izazivaju pasivnu čežnju. U trogodišnjaka se može zapaziti manji raspon osjećaja u smislu posesivnosti, tvrdoglavosti, negativizma, mogu pokazati određeni kapacitet za interakciju s ispitivačem, znatiželju, zadovoljstvo i uzbuđenje. Međutim, u djeteta sa sedam godina ipak se očekuje veći raspon emocija, kao što su znatiželja, radoznalost, asertivnost te empatija. Ovdje se posebno usredotočujemo na diferenciranost djetetove ekspresije, djeca više uporabljaju riječi „ali“, „jer“, i slično. Anksioznost se u djece može raspoznati iz znakova neraspoloženosti i žalosti. Najbolji znak tjeskobe jest nagli prekid u razvoju tema, odnosa koji je u tijeku, ophođenja ili gesta. Na primjer, djevojčica se lutkama igra tate i mame kako se svađaju. Nakon toga, dijete naglo prekida igru, bježi na drugu stranu prostorije i počinje se ponašati neorganizirano bacajući stvari oko sebe, i ne može u tome prestati, makar joj ispitivač navodi da je jedno od pravila da se igračke ne uništavaju. Za razliku od navedenog primjera, drugo se dijete može ponašati organiziranije tako da se prvo lutkama igra kako se mama i tata svađaju, nakon toga to dijete crta ovu scenu, ali na manje zastrašujući način. Uzroci tjeskobe mogu biti različiti: može to biti strah od tjelesnog oštećenja, strah od odvajanja ili pak neki drugi strahovi. Važno je u slučaju anksioznosti uočiti ostaje li dijete u reprezentacijskom modusu ponašanja ili pak ide na regresivnije aspekte igre, npr. dijete se igra igre pretvaranja, igre čajanke, pa se prelazi u šetnju ZOO vrtom, i pritom se prelazi na slonove i lavove itd. (ovo je primjer gdje dijete ostaje u reprezentacijskom igrajućem modusu) (Greenspan 2003).

17.3.9. Kapacitet za simboličku reprezentaciju, igra

17.3.9.1. Uvodni aspekti

Djetetova igra zrcali sve psihičke funkcije, od ponašanja, raspoloženja, kognicije, mogućnosti pažnje, simbolizacije, interaktivnosti, pa sve do unutarnjih mentalnih stanja i konflikata, kao i unutarnju reprezentaciju svijeta oko sebe. Teme igara podložne su elaboraciji afekata, kao i agresivnih osjećaja. Igre mogu biti neverbalne, verbalne, s predmetima, od jednostavnijih pa do kompleksnijih igara. Ponašanje pri igri očituje se preko kreativnosti igre, igre uloga, konstruktivnosti igre, igre s pravilima, preko uključenja odraslih i vršnjaka u igru, igre u samoći, trajanja igre, početka i završetka igre, preko toga čuva li dijete ili uništava igračke te postoji li neobična uporaba igračkica.

17.3.9.2. Struktura igre

- U prvoj godini prevladavaju **senzomotorne igre**, npr. ispitivanje ustima, bacanja igračkica. Pri kraju prve godine (6 – 12 mjeseci) dolazi do sve veće eksploracije novih predmeta.

- Od 12 do 18 mjeseci dominiraju **funkcionalne igre**, npr. guranje auta; dijete se pokušava češljati; stavlja telefon na uho.

- Od 18. mjeseca postoji **rana simbolizacija**; dijete se pretvara u vezi s nečim; npr. pravi se da spava ili da jede, ili npr. „hrani“ majku; ili npr. „kuha čaj“. Koristi se npr. jednom kockicom da zamisli da je to auto, dijete se pretvara npr. kuhanjem ili jedenjem.

- Od 30. mjeseca postoji **kompleksna simbolizacija**, npr. dijete dramatičira i radi scenarije za cijele scene; uzima imaginarne osobe ili objekte; uključuje druge u svoje dramatičizacije i scenarije. Nadalje, sve više dolaze do izražaja imitacije npr. preuzimanje uloga; te rješavanje zadaća kao dio igre.

- Nakon prethodnih faza slijedi **imitacija drugih osoba**, okretanje uloga, kao i rješavanje problema kao dio igre.

17.3.9.3. Sadržaji igre

- Igre pobuđuju različite teme. Potrebno je da u sobi terapeuta budu različite igračke, ali opet ne smiju biti previše podražljive, npr. lutke, životinje, predmeti iz kuhinje, kao i autići. Također je korisno da budu zastupljeni gušteri, dinosauri, monstumi, pištolji za

mogućnost agresivne ekspresije. Ispitivač treba oprezno interpretirati igru jer može biti kombinacija ponovnog insceniranja (kao kod trauma), strahova i fantazija.

17.3.10. Tematski razvoj

- Ovdje se orijentiramo na ukupnu organizaciju glede prisutnosti ili odsutnosti logičke veze između pojedinih tematskih elemenata. U četvorogodišnjaka neće biti toliko prisutne ovakve logičke cjeline, međutim, u sedmogodišnjaka možemo očekivati više ovakvih veza. Dijete u edipskoj fazi razvoja može imati bogatstvo fantazija, a, ako one nedostaju, zapitat ćemo se zašto je to tako. Primjerice bogatstvo fantazija može se pokazati bogatstvom tema, koje se stalno dalje tematski razrađuju. Edipsku fazu može karakterizirati igra lutaka gdje se puca, dijete nakon toga stavlja jednu bebu na sigurno mjesto te se brine za nju. Sposobnost organizacije može se prikazati tako da jedna djevojčica npr. trpa sve lutkice u zahodsku školjku, nakon toga pomahnitalo udara jednu lutku, potom crta cijelu obitelj, gdje je ona blizu svojeg oca, nakon toga se lagano nasmiješi ispitivaču. Ili pak može postojati obrnuti slijed u smislu da dijete postaje sve neorganiziranije, npr. najprije se malo igra lutkama, zatim hoće otkinuti glavu jednoj lutki, pa uzima loptu te je počne bacati uokolo, igra postaje sve neorganiziranija, a dijete se ne može primiriti ni nakon upozorenja terapeuta. Nadalje, djeca u latenciji mogu pokazivati veću rigidnost i stereotipnost. Terapeut treba slijediti djetetove produkcije samo uz minimalne intervencije. Ovdje su nam također važni neverbalna komunikacija djeteta, geste, dubina, toplina i kvaliteta intimnosti, pozornost i fokus. Važne su nam i igre pretvaranja, odnosno strahovi koji prate ove igre (Greenspan 2003).

17.3.11. Mišljenje, percepcija

Klasični simptomi poremećaja mišljenja kako su prisutni u odrasloj dobi ovdje uobičajeno nedostaju. Granica između fantazije i realnosti vrlo je zamagljena. U predškolskoga djeteta s autističnim spektrom mogu biti prisutne bizarne ideje, žargon, idiosinkratičnost, perserveracije, izmjena zamjenica, eholalija.

Mogu biti prisutni **specifični strahovi**: strah od nekih predmeta, strahovi da će biti napušteni od roditelja. Općenito u djece mogu biti prisutni različiti **snovi i noćne more**: povremeno se mogu dobiti sadržaji u dobi od 2. do 3. godine, djeca ne mogu razlučiti zapravo da je to bio san, jednostavno kažu da je monstrum

došao u sobu. Mogu biti prisutna **disocijativna stanja**, npr. nagle epizode povlačenja i nepažnje; „ukočen i smrznuti pogled“, pogled i kontakt upućuju na „isključenost“, nesposobnost praćenja socijalnih situacija; teško je ovo katkada razlikovati od napadaja apsansa, a može doći u obzir i depresija, autizam ili gluhoća. Može biti važan kontekst: npr. dijete se smrzne pogledom, kada majka iziđe iz sobe; katkada je potrebna dodatna neurološka i audiološka dijagnostika. O pravim sumanutostima, kao i o formalnim poremećaji mišljenja može se govoriti tek od školske dobi. **Haluciacije** su vrlo rijetke u predškolskoj dobi, međutim, moguće su (nakon četvrte godine života), najčešće kod stanja intoksikacije ili drugih organskih stanja; ako su prisutne, onda su obično vizualne ili taktilne.

17.3.12. Jezik, govor

U **tablici 42.1.** (v. posebno poglavlje 42) prikazani su miljokazi (ključne točke ili *milestones*) razvoja ekspresivnog i receptivnog jezika do tri godine života. Kakva je govorna vokalizacija? Kvaliteta, volumen, raspon, ritam, intonacija, artikulacija, fond riječi? Razina ekspresivnog jezika? Koji je stupanj kompleksnosti; postoji li „žargon“, male fraze ili rečenice? Broj riječi? Postoje li generalizacije? Razina receptivnog jezika? Razumije li dijete upute drugih? Primjerice, slijedi li naredbe koje mu se govore; razumije li prijedloge? U preverbalne djece važne su imitacije, geste; upiranje prstom; te sposobnost roditelja da razumije dijete.

17.3.13. Razina kognitivnog statusa

Rani razvoj kognitivnih funkcija počinje rješavanjima problema. „Konstantnost predmeta“, prema Piagetu, razvija se između 9. i 12. mjeseca (senzomotorna faza), a označena je kada dijete može potražiti neki predmet koji je skriven od pogleda. Nakon 12 mjeseci dijete se sve više koristi kognicijom, odnosno dolazi do razumijevanja uzroka i posljedica (dijete stavlja neke predmete u veću igračku). U drugoj godini života nastavlja se proces imitacije, koji poslije može biti kasnije osnova za simboličku ili dramatizacijsku igru. Procjena svih prije navedenih nalaza, a posebno igre, verbalne i simboličke funkcije, mogućnost rješavanja problema, daje općenitu procjenu djetetova kognitivnog razvoja u smislu prosječnosti, zastoja ili preranog razvoja. Za jasnu procjenu potrebno je detaljnije psihološko ispitivanje standardiziranim testovima.

17.3.14. Razvoj svijesti o sebi

- Počinje već u prvoj godini, razvija se postupno tijekom druge godine (semantičko NE), a još više se razvija u trećoj i četvrtoj godini. Koliko dijete govori osobnu zamjenu „ja“?

17.3.15. Socijalni odnosi, komunikacija (stvaranje odnosa, dijadni odnosi, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija, traženje bliskosti, interes i eksploracija prema okolini)

Pojedini podatci o dijadnim odnosima (npr. dijete – majka) već su dobiveni prethodnim pitanjima iz razvojne anamneze, što se može naturalistički (nestrukturirano) opisati. U ovom se odjeljku više oslanjamo na osnove socijalne komunikacije te način komunikacije, odnosno koliko postoji interes prema okolini. Odnos prema roditeljima? Koliko se roditelji i dijete čine „emocionalno usklađeni“, kakav je omjer davanja i primanja? Kakav je kontakt djeteta dodir, očima, verbalizacijama? Da li dijete aktivno izbjegava kontakte? Koliko se dijete osjeća smireno u zagrljaju roditelja? Odvaži li se dijete uzeti neku igračku iz sobe terapeuta, provjerava li pogledom na licu roditelja smije li to učiniti, a, kada uzme igračku, nalazi li se blizu ili daleko od roditelja? Kakva je djetetova potreba za maženjem, ili postoji hostilnost? Kakve su reakcije na separacije i ponovne susrete, ima li dijete omiljenu igračku (prije-lazni objekt) kao npr. dekiću, plišanog medu? Kako se dijete ponaša ako je, osim roditelja, prisutna još neka druga osoba?

- Kakvo je privrženo (engl. *attachment*) ponašanje? Koliko dijete traži blizinu prema roditelju, traži li pomoć od roditelja, traženje sigurne baze? Kakve su reakcije na separacije, pa ponovno susretanje, kakva je djetetova eksplorativna sposobnost? Opiši dobnu tipična ponašanja u tim domenama. Poremećaji u ovoj domeni vide se u djece iz institucija ili pri zanemaranju ili zlostavljanju: inhibirano ambivalentno ponašanje, uz socijalno povlačenje, tjeskobu ili pak dezorganizirano, prekomjerno aktivno, impulzivno, sljep-ljujuće, difuzno i neselektivno vezanje za druge osobe u okolini.

Kakva je procjena reprezentacija roditelja i reprezentacija djeteta (balansirane vs. kaotične)? Balansirane bi reprezentacije bile npr. kada majka ima balansirane reprezentacije u odnosu prema svojem djetetu i nema upletanja majčine prošlosti u odnos sa sadašnjim

djetetom (negativna majčina iskustva iz vlastita djetinjstva). Kakva je procjena reflektivne funkcije (niži bodovi reflektivnosti vs. viši bodovi). Naime, niži bodovi, odnosno manja reflektivnost, označavali bi majčinu nemogućnost da se uživi u djetetova mentalna stanja? Ovdje slijedi važna napomena da je za mjerenje privrženosti, reprezentacija i reflektivne funkcije potreban strukturirani trening. Međutim, korisna je nestrukturirana procjena empatije i senzitivnosti roditelja.

Neverbalna i verbalna komunikacija. U preverbalne (neverbalne) djece važne su imitacije, geste; upiranje prstom; te sposobnost roditelja da razumije dijete. Idealno, komunikacija između djeteta i roditelja trebala bi biti **kontigentna** (roditelj je respozivan na djetetove kodove, prije negoli da je intruzivan ili nesenzitivan), **kolaborativna** (i dijete i roditelj aktivni su sudionici u interakciji i stvaraju ili repariraju svoju komunikaciju); emocionalno usklađena (roditelj ima sposobnosti identifikacije i usklađivanja u emocionalna stanja dojenčadi, kao i sposobnost organizacije svojeg odgovora) (Mares i Woodgate 2017).

17.3.16. Procjena trijada

Ovdje nam može pomoći operacionalizirana psihodinamska dijagnoza, kao i navedeni tekstovi u ovoj knjizi, međutim, oni mogu imati svojih ograničenja jer za ove je instrumente potreban strukturirani trening. Mogu se prema operacionaliziranoj dijagnostici mjeriti koncepti kod trijada: **afilijacija (prijateljsko/neprijateljsko)** se mjere na horizontalnoj osi, dok su na okomitoj osi **fleksibilnost vs. rigidnost** (v. poglavlje 20 o operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi).

17.3.17. Procjena obitelji (minimum procjene, dok će se na naprednijoj razini primjenjivati dublja procjena obitelji)

Kao što je to već navedeno kod anamneze u dojenčadi (v. posebno poglavlje 16), minimum anamneze i procjene obitelji uključuje podatke koji su navedeni u **tablici 24.4.** (v. posebno poglavlje 24 o dijagnostici obitelji), naime, to može biti dobar operativni orijentir uzimanja anamneze i procjene obitelji. Načelno, anamnestički su važna sljedeća tri područja pri promatranju obitelji kao cjeline: individualne karakteristike pojedinaca (posebno djeteta, posebno roditelja); obilježja dijadnih i trijadnih interakcija te funkcioniranje obitelji kao cjeline (v. **tablicu 24.3.** u posebnom poglavlju

Tablica 17.3.

Mogućnosti procjene skalama u novorođenčeta, razvojni testovi, kao i probirni testovi

Različita dob ili različite domene	Dob djeteta	Najvažnije domene koje mjeri test i napomene
<i>Procjena novorođenčeta</i>		
Brazelton Neonatal behavioral assesment scale - 4 (Brazelton i Nugent 2011)	novorođenče između 37. i 44. tjedna gestacije	neurološke funkcije; ponašanje; personalno-socijalnu funkciju; međutim, u praksi se rabi i kod prematurusa
<i>Razvojni testovi u dojenčeta i u dobi „trčkarala“</i>		
Bayley scales of infant development - III (Bayley 2006)	1 – 24 mjeseci	auditorni odgovor; kognicija; ekspresivni jezik/komunikaciju; receptivni jezik/komunikaciju; finu motoriku; grubu motoriku; personalno-socijalnu funkciju
Mullen scales od early learning (Mullen 1995)	0 – 68 mjeseci	finu motoriku; grubu motoriku; vizualna recepcija; ekspresivni jezik/komunikaciju; receptivni jezik/komunikaciju;
<i>Probirni testovi dojenčeta i u dobi „trčkarala“</i>		
Bayley infant neurodevelopmental screen (Aylward 1995)	3 – 24 mjeseci	kognicija, ekspresivni jezik/komunikaciju; receptivni jezik/komunikaciju;
Developmental observation checklist system (Hrescko i sur. 1994)	0 – 72 mjeseci	kognicija; ekspresivni jezik/komunikaciju; receptivni jezik/komunikaciju; personalno-socijalnu funkciju; finu motoriku; grubu motoriku; prilagodba; roditeljski stres i podrška (suport) ; temelji se na izjavama roditelja
Early screening profile (Harrison 1990)	24 – 72 mjeseci	kognicija; ekspresivni jezik/komunikaciju; receptivni jezik/komunikaciju; motorika; adaptacija; personalno-socijalnu funkciju ; artikulacija; Jedan od najboljih skrinskih instrumenata
The ages and stages questionnaire (ASQ-3) (Squires i Bricker 1999)	1 – 66 mjeseci	Socijalno-emocionalno ; komunikacija, fina motorika, gruba motorika, kognicija, personalno- socijalno
The ages and stages questionnaire: social emotional (ASQ-SE) (Squires i sur. 2015)	1 – 72 mjeseci	Socijalno-emocionalno ; socijalne, emocionalne i bihevioralne dimenzije: self-regulacija, suradljivost, komunikacija, adaptacija, autonomija, afekt, interakcija s ljudima
Infant behavioral questionnaire (Gartstein i Rothbart 2003; Putnam i sur. 2014)	3 – 12 mjeseci	temperament, više dimenzija
Early child behavior questionnaire (ECBQ) (Putnam i sur. 2006)	18 – 36 mjeseci	temperament, više dimenzija
Infant toddler social assessment (ITSEA) (Briggs-Gowan i Carter 1998; Carter i sur. 2003)	1 – 3 godina	više dimenzija socijalno-emocionalnih problema i sposobnosti

24), o čemu će biti više govora u drugim poglavljima. **Osnove obiteljske anamneze ili procjene** čine dakle nekoliko dimenzija: temeljni podatci (uključujući psi-

hopatologiju pojedinog roditelja itd.), stilovi, partnerski odnos, odnos roditelj – dijete, odnos dijete – roditelj, odnos između braće/sestara; trijadni odnosi,

pojedini aspekti obitelji; stresori; šira socijalna sredina; genogram; problem djeteta u odnosu prema obitelji; mogućnosti rješavanja; self-refleksija terapeuta i koterapeuta, radne hipoteze te indikacije.

17.3.18. Vlastiti osjećaji terapeuta

- Važno je pratiti vlastite osjećaje i fantazije. Osjeća li se ispitivač iscrpljeno, frustrirano, ljutito? Osjeća li se ispitivač depresivno ili pak osvježavajuće, ushićeno? Ispitivač se treba pitati o projektivnim mehanizmima koje su dijete i roditelj kreirali u ispitivaču.

17.4. Strukturirani intervjui, liste

U dojenačkoj dobi kao dodatak kliničkom intervjuu, anamnezi, opservaciji i psihičkom statusu mogu se primjenjivati strukturirani ili polustrukturirani intervjui i liste, međutim, oni sami po sebi ne mogu biti odlučujući za donošenje dijagnoze. Intervjui i liste u prenatalnom (perinatalnom) razdoblju prikazani su u posebnom poglavlju 32 (v. posebno [tabl. 32.4.](#)).

Načelno se razvojni testovi mogu podijeliti s obzirom na različite svrhe: dijagnostički, probirni (skrininški) testovi, kao i testovi koji se rabe pri planiranju intervencije. Testove mogu primijeniti kliničari (direktna opservacija) ili se pak temelje na izjavama roditelja. Pojedini autori razlikuju testove koji je upotrebljavaju kod procjene novorođenčeta, razvojni testovi u dojenčadi i dobi „trčkarala“, probirni testovi, kao i ostali testovi (Gilliam i sur. 2018).

U [tablici 17.3.](#) prikazani su izbor pojedinih testova u najranijoj dobi, koji se razdvajaju na testove za novorođenčadi, razvojne testove za dojenčadi i dobi „trčkarala“, te probirni testovi.

Uz važnu napomenu da povremeno naziv skrininški testovi (probirni) mogu imati nejasno značenje u psihologiji. Naime, kod skrininških testova (probirnih) riječ je o vremenski kraćim testovima, koje provode različiti stručnjaci, dok detaljniju procjenu razvojnim testovima ili testovima inteligencije provode educirani stručnjaci, najčešće psiholozi (v. posebno poglavlje 21 o psihološkoj procjeni). U navedenoj tablici posebno treba obratiti pozornost na testove koje mjere personalno-socijalni razvoj, roditeljski stres i podršku (support), socijalni i emocionalni razvoj, te temperament djeteta. Američki autori upozoravaju da postojeći testovi ne bi načelno trebali biti stariji od deset godina s obzirom na mogućnost primjene starih normi (Gilliam i sur. 2018).

U [tablici 17.4.](#) prikazan je izbor mogućnosti procjene skalama interakcije između majke i djeteta, roditeljskog funkcioniranja, roditeljske psihopatologije, te obiteljskog sustava.

Posebno je važno razlikovati u tablici koncepte koji se odnose na dijadu (koje uključuju privrženost, reprezentacije i reflektivnu funkciju), od trijade, kao i od procjene obiteljskog sustava u cjelini, za koje postoje posebni instrumenti. Ovdje će se spomenuti pojedini instrumenti. Paradigma **smrznutog lica** (engl. *the face-to-face still-face procedure* – FFSP) uvedena je tijekom sedamdesetih godina prošloga stoljeća kao procjena interakcije dojenče – roditelj (Tronick i sur. 1978). Uključuje standardiziranu proceduru od niza epizoda. Klasično se u toj proceduri dijete uzbudi, nakon što se roditelju zada da svoje lice „smrzne“, odnosno da ne reagira afektivno mimikom. U međuvremenu postoje različite modifikacije, npr. ako postoje dvije odrasle osobe (procjena trijadne interakcije), ili ako se uvede stranac. Važnost je ove paradigme u roditeljskim sposobnostima da reguliraju pobuđenost dojenčeta, ali i dojenče je važan pridonositelj odnosa s roditeljem. Ovdje su posebno važni procesi sinkroniciteta interakcije, kao i individualno dojenačko ponašanje (npr. afekt, socijalna interakcija s roditeljem); individualno ponašanje roditelja (npr. afekt, senzitivnost, angažiranost, fleksibilnost, intruzivnost i tjeskoba), kao i dijadno ponašanje (reciprocitet dojenče – roditelj, kao i zajednički afekt). Kod **Crowellove procedure interakcije roditelj – dijete** primjenjuje se u polustrukturiranoj interakciji niz od sedam epizoda; naime, nestrukturirana slobodna igra, pospremanje, puhanje mjehurića, dvije razvojno orijentirane zadaće, kao i kratka separacija i ponovno ujedinjenje. Mogu se mjeriti različiti koncepti iz ove procedure, pri čemu se neki odnose na skrbnike, a pojedini na dijete (Crowell i Feldman 1988). Procedura **strane situacije** napose je opisana u posebnom poglavlju 5 o privrženosti. Prije u tekstu već je opisan WMCI za procjenu **reprezentacije roditelja**. Pri procjeni **reflektivne funkcije** primjenjuje se poseban intervju koji je kreirala Slade (2005), a operacionaliziran je tako da se dijeli u dvije grupe: niži bodovi kao manja reflektivnost te viši bodovi kao veća reflektivnost (Slade i sur. 2004).

Kod formalne **procjene koroditeljstva i trijade** u svijetu se navodi niz instrumenata. Ovdje će kratko biti navedena dva. Prvi je „**The Lausanne Trilogy Play Paradigm**“ (LTP) (Fivaz-Depeursinge i sur. 1999). U ovoj polustrukturiranoj proceduri promatraju se tri-

Tablica 17.4.

Mogućnosti procjene skalama interakcije između majke i djeteta, trijadne interakcije, roditeljsko funkcioniranje, roditeljska psihopatologija, obiteljski sustav

Različita dob ili različite domene	Dob djeteta	Najvažnije domene koje mjeri test i napomene
Interakcija između majke i djeteta (dijada, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija)		
Paradigma smrznutog lica (<i>still face paradigm</i>) (Tronick i sur. 1978)	dojenčad	Kada majka „smrzne“ svoje lice tijekom interakcije s dojenčecom, dojenče ubrzo dođe do stanja stresa i panike.
Strange situation procedure (Ainsworth i sur. 1978)	8 – 18 mjeseci	Mjerenje privrženosti – iziskuje mnogo vremena, poseban trening, primjenjuje se više u znanstvene svrhe
Parent development interview (Slade 2005)	primjenjuje se kod roditelja	Mjerenje reflektivne funkcije roditelja – iziskuje mnogo vremena, poseban trening, primjenjuje se više u znanstvene svrhe
Modified Crowell Procedure (Crowell & Feldman 1988)	12 – 60 mjeseci	Procjena interakcije između roditelja i djeteta putem igre
Working model of the child interview - WMCI (Zeanah i sur. 1994; Zeanah i sur. 1996).	dojenče, manje djetete	Procjena reprezentacija roditelja
Procjena trijade i ko-roditeljstva		
Parenting alliance inventory (Abidin i Brunner 1995)	manje djetete	Procjena koroditeljstva
Skala ko-roditeljstva (McHale 1997).	manje djetete	Procjena koroditeljstva
„The Lausanne Trilogue Play Paradigm“ (LTP) (Fivaz-Depeursinge i sur. 1999)	manje djetete	Koroditeljstvo i uloga djeteta
PicNic- assessment scale- revised (2016) (Favez i sur. 2016)	manje djetete	Procjena koroditeljstva
Roditeljsko funkcioniranje i roditeljska psihopatologija		
The parenting stress index (Abidin 1995)	0 – 12 godina	Stres u interakciji djetete – roditelj; disfunkcionalno roditeljstvo, problemi roditelja, problemi neprilagođenosti djeteta unutar obitelji
Edinburgh postnatal depression scale (Cox i sur. 1987)	prenatalno i postnatalno u majki	Procjena depresivnosti i anksioznosti kod roditelja, često se primjenjuje kao probir u perinatalnom mentalnom zdravlju
Drugi testovi za mjerenje psihopatologije kod roditelja slični su drugim testovima za mjerenje psihopatologije u odraslih osoba (npr. BDI itd.)	različita dob roditelja	Vidjeti poglavlje o dojenačkoj dobi, kao i druge reference i udžbenike

Procjena obiteljskog sustava: vidjeti posebno poglavlje 24

jade tijekom četiriju epizoda: prva je kada se jedan od roditelja igra s djetetom, dok je drugi roditelj treća strana i samo je prisutan; u drugom koraku roditelji mijenjaju uloge; u trećem koraku postoji interakcija sve troje članova; konačno, u četvrtom koraku, postoji

interakcija između roditelja, dok je djetete „treća strana“. Istodobno se procedura snima videom, a može se i poslije o tome raspraviti s roditeljima. S vremenom je učinjena i modifikacija, ovog instrumenta da bi se mogao primijeniti i u trudnoći, kao i da bi moglo

Tablica 17.5.

Mogućnosti procjene skalama opće psihopatologije i snage, inteligencije, neuropsihološki testovi, adaptacija, te procjena posebnih dijagnostičkih kategorija i posebnih funkcija

	Dob djeteta	Najvažnije domene koje mjeri test i napomene
Opći testovi psihopatologije i snage		
Child behavior checklist for 1,5- 5 years (Achenbach i sur. 2006)	1,5 do 5 godina	Široko mjerenje; adaptivno i maladaptivno funkcioniranje (psihopatoške skale o emocionalnim i ponašajnim problemima)
Inteligencija, neuropsihološki testovi i adaptacija		
The Wechsler preschool and primary scale of intelligence (WPPSI) (Wechsler 2012)	30 do 91 mjeseci	Opće sposobnosti / testovi inteligencije
NEPSY-II: A developmental neuropsychological assessment (Korkman i sur. 2007)	3 – 16 godina	Neuropsihološke baterije testova
The Vineland adaptive behavior scales - 3rd Edition (Sparrow i sur. 2016)	0 – 90 godina	Adaptabilno ponašanje
Testovi za posebne dijagnostičke kategorije i posebne funkcije		
Conners- 3 (Conners 2009)	2 – 6 godina	Mjerenje pažnje
SNAP-4 (Swanson 2003)	6 – 18	Mjerenje pažnje
BRIEF- Preschool version (Gioia i sur. 2003)	2 – 6 godina	Egzekutivne funkcije
Children's apperception test (Bellak i Bellak 1991)	3 – 10 godina	Projektivni test
Draw-a-person technique (Koppitz 1968; Naglieri 1988)	5 – 17 godina	Projektivni test
Kinetic drawing system for family and school (Knoff i Prout 1985)	5 – 20 godina	Projektivni test
Ostalo		
Development and well- being assessment (DAWBA) (http://dawba.info/a0.html)	2 – 17 godina	Skup intervjuja, upitnika, te skala za dijagnosticiranje prema MKB-10 i DSM-4 ili DSM-5

sudjelovati i više djece. Promatra se prevladavajuća toplina unutar trijade, kao stupanj kooperacije, podrška i međusobno dijeljenje radosti. Grupa autora kvalitetu obiteljske suradnje (engl. *family alliance*) karakterizira kao kooperativnu (A); stresnu (B); izvještačenu, prijetvornu (engl. *collusive*) (C); oštećenu (engl. *disordered*). Izvještačena i oštećena bile bi problematične. S prije navedenim četirima karakteristikama povezani su i sljedeći termini. „Sudjelovanje“ (engl. *participation*) koje se definira kao uključivanje svih u interakciju. Primjerice, ako jedan član ne sudjeluje u interakciji ili je isključen, onda to nazivamo ošte-

ćenom (engl. *disordered*) interakcijom. Sljedeća je funkcija „organizacija“, u smislu ostaju li svi članovi unutar uloge koja im je dodijeljena tijekom procedure. Na primjer, ako svi sudjeluju, ali ne mogu se pridržavati svoje uloge, onda je riječ o izvještačenoj interakciji. Iduća je funkcija „fokalna pažnja“: ako je sve troje usmjereno na istu stvar u isto vrijeme. Primjerice, ako trijada ostaje organizirana, ali nema fokalne pažnje, onda je posrijedi stresna interakcija. I konačno, jedna od najvažnijih funkcija jest „afektivni kontakt“, koji podrazumijeva međusobno dijeljenje veselja, emocionalne bliskosti i povezanosti. Trijade koje ispune sve

prije navedene funkcije u svojim interakcijama karakteriziraju se kao kooperativne. U cijeloj su proceduri također važne neverbalne geste (pokreti trupa, pogleda, kao i facijalne ekspresije). Tijekom spomenute procedure mogu se elaborirati „specifične koalicije”. Povezivanje (engl. *binding*) označuje vezanje jednog roditelja s djetetom protiv drugog roditelja. „Stvaranje trokuta” očituje se kada je dijete zarobljeno između dvaju roditelja jer oba traže njegovu pažnju. „Skretanje” (engl. *detouring*) predočivalo bi stanje kada dijete postane „žrtveni jarac” i oba se roditelja okreću protiv djeteta. Iz ove je procedure proizašlo nekoliko instrumenata, međutim, za sada su u domeni istraživanja. Drugi je instrument **PicNic- Assessment scale- revised** (Favez i sur. 2016). Procedura je jednostavnija nego kod LTP-a. Trijade ili više djece uključe se tako da se pretvaraju da su na pikniku, uz prigodne rekvizite. Procedura traje oko 15 minuta, a nakon nje članovi moraju pokupiti stvari. Mjere se različite dimenzije: struktura, ko-roditeljstvo, bračni odnosi, stavljanje granica i obiteljska toplina. Zaključno se može reći, kako je to već prije bilo rečeno, da trijadni (koroditeljski) model ne zamjenjuje dijadnu procjenu, nego se dijadna i trijadna procjena mogu komplementarno dopunjavati. Međutim, važno je naglasiti, ako se promatra **obitelj u cjelini**, da za to postoje posebni instrumenti, kako je već bilo navedeno. Nadalje, u **tablici 17.5.** prikazan je izbor mogućnosti procjene skalama opće psihopatologije i snage, inteligencije, neuropsiholoških testova, adaptacije, te procjena posebnih dijagnostičkih kategorija i posebnih funkcija.

17.5. Klinički primjeri

17.5.1. Primjer anamneze i opservacije interakcije majka – dijete i psihičkog statusa kod regulacijskog poremećaja s njegovim pismenim nalazom

Primjer 12-mjesečnog djeteta s poremećajem hranjenja (engl. *feeding disorder in infancy*). Na pregled dolazi dječak od 12 mjeseci u pratnji svoje majke. Već se u čekaonici uočava njegovo **teško tjelesno stanje** jer ima stalnu nazogastričnu sondu, a zapaža se odmah i **pothranjenost**. U redovitoj je kontroli kod pedijatra radi praćenja somatskoga stanja. **Neurološki status** čini se uredan. Začuđuju **površni osmijeh** i **obraćanje bilo komu u čekaonici**, a tako i terapeutu. U inicijalnom kontaktu uopće **nema „straha od stranca”**,

odnosno terapeuta se ne shvaća kao stranu osobu. U igri dominiraju **senzomotoričke igre**, kod sebe ima jednu plišanu igračku, međutim, ne mogu se dalje eksplorirati elementi igre. **Raspon pažnje** je uredan. U raspoloženju i emocionalnom tonu, prema procjeni ispitivača, prevladava **emocionalna površnost, nema diferenciranja različitih raspona osjećaja**. U odnosu dječaka i majke **ne zapaža se posebna privrženost**. Ne uspijeva se tijekom intervjua elaborirati tematska povezanost. Unatoč površnoj susretljivosti dobiva se osjećaj **oštećene socijalne interakcije djeteta s majkom i drugim osobama. Aktualno govor i jezik ne pokazuju odstupanja** i za sada je govor na razini nekoliko riječi. Dobiva se dojam primarno o zaostajanju u **socijalno-emocionalnom razvoju**, dok druge funkcije upućuju na detaljnije psihološko testiranje. **Djetetova majka nije zabrinuta stanjem djeteta i ne pokazuje motivaciju za dijagnostičkom elaboracijom** te eventualnim savjetovanjem. Dijete na kraju pregleda zaspi na rukama terapeuta. Terapeut je **visoko zabrinut** za to dijete. Pri **procjeni interakcije dijete – majka**, kako je već prije bilo rečeno, ne zapaža se dovoljno dobra interakcija i ona bi se mogla okarakterizirati kao **sljeđenje vlastitih impulsa od djeteta (procjena dijade majka – dijete prema operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi)**, dijete nema potrebu utješiti se kod majke, niti se čini da traži njezinu prisutnost, postoji neselektivno vezanje za stranca (ispitivača), a majka se čini bespomoćna u svojem odnosu prema djetetu.

17.5.2. Primjer anamneze opservacije interakcije majka – dijete i psihičkoga statusa kod autističnog spektra poremećaja s njegovim pismenim nalazom

Primjer psihičkoga statusa u 22-mjesečnog dječaka s poremećajem iz autističnog spektra poremećaja. Dolazi na pregled u pratnji svojih roditelja. Već u čekaonici bilježila se povišena **motorička aktivnost**, koja se nastavlja i u sobi terapeuta. Roditelji ga moraju zbog hiperaktivnosti stalno motorički obuzdavati. **Urednog je tjelesnog razvoja i uredne vanjštine**. Ne nalazi se odstupanje **fine ili grube motorike**. Čim dolazi u terapijsku sobu, usmjeruje se prema igračkama, **ne gledajući u oči** ispitivača, a ne gledajući ni roditelje da provjeri je li dopušteno uzeti igračku. Uzima u ruke jednu mehaničku igračku i **stereotipno**

vrti kotačić jednog autića. U igri je obično prisutna **senzomotorna uporaba igračke**, bez naznaka funkcionalnog korištenja igračkom, kao i **bez naznaka prisutne simbolizacije** u igri. Povremeno motorički izvodi **stereotipne pokrete** poskakujući i pritom se, bez obzira na kontekst, smije za sebe. Čini se kao **ne postoji uopće odnos prema terapeutu**, prema njemu povremeno gleda, međutim, pogled je vrlo kratkotrajan. U statusu dominiraju **motoričke stereotipije, hiperaktivnost, teško dolazi do smirivanja stanja i prijelaza u druge aktivnosti. Pažnja je skokovita i lako otklonjiva.** Nema slijeđenja jedne jasne logičke teme u igri. Ukupno se **raspoloženje** procjenjuje kao **napeto i kaotično**. Postoji **mala socijalna usklađenost između roditelja i djeteta**, dijete povremeno gleda roditelje u oči, međutim, to je kratkotrajno, rijetko dolazi do roditelja tražeći nešto. Ima **manjak interesa u bilo kakvim socijalnim igrama**. Kao da se zabavlja samo sa sobom, kao da mu druge osobe nisu potrebne. Postoje naznake privrženog ponašanja prema roditelju, kod njega ostavi neku igračku. Roditelji su visoko zabrinuti i angažirani oko djeteta. Nema omiljenu plišanu igračku. **Neverbalni aspekti komunikacije** vrlo su slabo razvijeni, ima malo neverbalnih gesta (npr. pokazivanja). Govori samo nekoliko riječi sa značenjem. **Ne postoji veća diferenciranost ekspresije različitih osjećaja**. Povremeno se ima osjećaj da ga preplavljuju **osjećaji straha**. Pri kraju pregleda ipak se obraća svojoj majci i nježno je zagrlj uz široki osmijeh i da joj pusu, što se čini kao da postoje **naznake regulacije svojih stanja**. Zapaža se izrazito odstupanje u **socijalno-emocionalnom razvoju** djeteta, dok se druge funkcije ostavljaju za procjenu drugim standardiziranim metodama (psihološko testiranje). Terapeut se nakon pregleda osjeća **iscrpljeno**. S roditeljima se sklapa terapijski savez. Postoji **visoka motiviranost roditelja** za liječenje djeteta. Pri **procjeni interakcije djeteta – roditelji**, kako je već prije bilo rečeno, ne zapaža se dovoljno dobra interakcija i ona bi se mogla okarakterizirati kao **slijeđenje vlastitih impulsa od djeteta (procjena dijade majka – dijete prema operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi)**, dijete nema potrebu utješiti se kod majke, niti se čini da traži njezinu prisutnost, a roditelji su bespomoćni i očajni u svojem odnosu prema djetetu. Vidi se dodatni napor roditelja da stupe u emocionalni kontakt s djetetom.

17.5.3. Primjer anamneze i opservacije interakcije majka – dijete i psihičkoga statusa kod anksioznog poremećaja s njegovim pismenim nalazom

Prikazan je primjer psihičkoga statusa djevojčice od 4 godine sa separacijskim anksioznim poremećajem. Došla je na pregled sa svojom majkom. Neposredni razlog dolaska na pregled bila je djetetova **visoka anksioznost** u vezi sa zabrinutošću za vlastitu majku, da će se njoj nešto strašno dogoditi, uz izrazitu vegetativnu pobuđenost djeteta te **nesposobnost regulacije ritma spavanja**. Usto, tijekom dana djevojčica je bila izrazito vezana za majku, izražavajući negodovanje pri majčinu odlasku na posao, a ni ona zbog toga nije pohađala vrtić. U kliničkoj su slici bili dominantni anksiozni simptomi, somatske poteškoće, kao i autoagresivne tendencije; svrbež cijelog tijela tijekom noći koji je znao rezultirati potpuno izranjavanjem rukama, nogama i cijelim tijelom. **Vanjski izgled** bio je njegovan, uz ožiljke na tijelu, tjelesno je djevojčica bila **dobro razvijena za svoju dob**, uredne **fine i grube motorike**. U sobu ulazi **djelomično sa strahom**, međutim, istodobno se bilježi i **osjećaj radoznalosti**. Pogledava uokolo po sobi, gledajući igračke, pa gledajući mamu u oči, pa gledajući terapeuta u oči. Nakon nekog vremena, pregledavajući igračke, predlaže da kratko odigramo igru „dućana“. Ona će biti blagajnica, a terapeut će biti gost koji dolazi. Igra se kratko nastavlja u ekspresivnom smjeru. U igri je prisutna, kako se vidi, **simbolizacija, igra uloga**, a ona jasno daje komentare o igri. U **sadržaju igre** prisutni su **osjećaji prihvaćenosti**, a naziru se i **osjećaji i konflikti odbačenosti** (ako kupac u dućanu ne dobije ništa). Anamnestički se saznaje o **visokoj anksioznosti** u večernjim satima, uz **nemogućnost regulacije vlastita stanja**, uz **autoagresivno vlastito grebanje**. Riječ je o **zainteresiranom djetetu, urednog raspona pažnje**. U **raspoloženju i emocionalnom tonu** oscilira između **lagane neugode**, ali i **stalne radoznalosti i zainteresiranosti**. **Odnos prema majci je narušen** zbog visoke tjeskobe od separacije i dobiva se dojam o „**ljepljivosti**“ **djeteta na majku**. Ima „**svoju omiljenu plišanu igračku**“ s kojom se uspavljuje, ali svejedno to nije dovoljno za uspavljivanje. **Majka je zabrinuta** zbog njezinih simptoma. U eksploraciji postoji pretjerano **privrženo ponašanje**. Eksplorira se **diferenciranost razgovora o svojim osjećajima**, odnosno moguća je **komunikacija na „viši, simbolički“ način**. Pri igri se dobiva dojam o **integriranom načinu pristupu igri**, igra je raznolika s

različitim osjećajima. U igri dominiraju **teme upoznavanja, druženja s drugima, tjeskobe**, ali postoje i načini regulacije ovih osjećaja. U **jeziku i govoru ne nalaze se odstupanja**. Općenito se procjenjuje, prema prije rečenome, da su **intelektualne sposobnosti prosječne ili, štoviše, natprosječne**, te se dogovara dodatno psihološko testiranje. Terapeut se nakon pregleda osjeća **zainteresirano i pozitivno**. I majka i djevojčica su **motivirane** za liječenje. Predviđa se primjena individualne psihodinamske terapije igrom u djevojčice, uz dodatni rad s roditeljima. Kod **procjene interakcije djeteta – roditelji**, kako je već rečeno, zapaža se „ljepljivost“ u interakciji, djeteta stalno ima potrebu da bude u blizini svoje majke, a odnos bi se mogao okarakterizirati kao **pun povjerenja i prilagodljiv (procjena dijade majka – djeteta prema operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi)**, postoji dobro emocionalno usklađivanje između djeteta i majke, međutim, to nije dovoljno da ne dođe do preplavljujuće tjeskobe u djevojčice. Majka je brižna i zabrinuta.

17.6. **Multidisciplinarna dijagnostika, dijagnostički proces, klasifikacije, planiranje liječenja, intervencije**

Idealno bi bilo ako bi uz pojedinog specijalista dječjeg psihijatra postojao i multidisciplinarni tim sastavljen od različitih stručnjaka koji svatko sa svoje strane sudjeluje u dijagnostičkom procesu. To su različiti stručnjaci u području mentalnog zdravlja, a posebno psiholozi, pedijatri, edukatori rehabilitatori, logopedi, socijalni pedagozi, učitelji, socijalni radnici, medicinske sestre, okupacijski terapeuti, fizijatri, audiolozi i drugi stručnjaci, sa svojim metodama pregleda i procjene. Posebno je važna suradnja između pedijatarata i dječjih i adolescentnih psihijatarata. Uobičajeno se primjenjuju laboratorijske pretrage i pretrage instrumentima, kako se već primjenjuju i kod odraslije djece. Korisna je detaljnija obiteljska dijagnostika (v. posebno poglavlje 24), a mogu se rabiti i neki elementi operacionalizirane psihodinamske dijagnoze (v. posebno poglavlje 20), premda ona originalno nije prikladna za djecu mlađu od tri godine.

Dijagnostički proces uključuje sve prije navedene dijelove procjene (sintetiziranje svih dobivenih informacija) i planiranje liječenja, koji su slično opisani u drugim poglavljima u knjizi. Pokatkad nije lako prolazne probleme u dojenčeta i roditelja razlikovati od već izraženih poremećaja.

Potrebno je donijeti radnu dijagnozu te diferencijalnodijagnostički razlučiti različita stanja. U klasificiranju koristimo se MKB-10 klasifikacijom i DSM-5 klasifikacijom (APA 2013; WHO 1993). Međutim, navedene klasifikacije više daju kriterije za pojedinu dijagnozu s obzirom na pojedino dijete, a ne uzimaju u obzir odnos djeteta – roditelj kao gledište. *Zero to five* klasifikacija ima kvalitativnu novinu, što također omogućuje i procjenu interakcije između djeteta i roditelja (DC:0-5tm 2016), a tako je slično u različitim smjernicama za dijagnosticiranje u pojedinim zemljama (Von Gontard i sur. 2009).

Dijagnostički se proces ne orijentira samo na vodeću (kategorijalnu) dijagnozu nego uključuje i druge različite probleme i komorbiditete. U psihodinamskom intervjuu posebno nam je važna opservacija scenskog događanja interakcije između roditelja i dojenčadi, uz uvažavanje prijenosnih i protuprijenosnih osjećaja. S roditeljima treba otvoreno razgovarati o provedenom dijagnostičkom procesu, ali i s određenim taktom. Završetkom dijagnostičkog procesa smatramo donošenje plana liječenja. Plan liječenja uključuje dijete, ali i cijelu obitelj, uzimajući u obzir različite čimbenike prije opisane u ovom poglavlju. U više termina raspravlja se s roditeljima o mogućnostima liječenja te o daljnjim eventualnim koracima ili daljnjim upućivanjima drugim specijalistima.

Danas je općeprihvaćeno da se psihopatologija u dojenačkoj dobi može zapaziti već vrlo rano, odnosno da može biti riječ o jasno definiranim psihičkim poremećajima od 8,8 do 16 % (u odnosu na ukupnu populaciju), te da se ovi rani problemi često nastavljaju u kasniju dob. Pojedini autori kod intervencija u dojenačkoj dobi razlikuju promociju, prevenciju, liječenje (engl. *treatment*), te intervencije koje su usmjerene na održavanje (engl. *maintenance*) stabilnog stanja (Zeanah i Doyle Zeanah 2019). Liječenje je, zasigurno, najviši prioritet u pristupu. U literaturi je u međuvremenu opisan niz terapijskih postupaka koji su načelno psihodinamski (npr. djeteta – roditelj psihoterapija kojoj je fokus na roditeljskim reprezentacijama; na privrženost usmjerene terapije itd.) ili bihevioralno usmjereni (npr. roditelj – djeteta interakcijska terapija; trauma - fokusirana kognitivno-bihevioralna terapija itd.), a fokus intervencija može biti na roditelju, interakciji djeteta – skrbnik ili na samom djetetu. O širim aspektima ovih pitanja detaljnije vidjeti u drugoj literaturi (Zeanah i Doyle Zeanah 2019).

17.7. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Mentalno zdravlje dojenčadi danas je intrigantno područje, koje se snažno razvija u posljednjih tridesetak godina.
- ✓ Cilj anamneze i procjene dojenčeta jest donijeti pravilnu dijagnozu, a njezina je svrha što prije započeti terapiju.
- ✓ Roditelje treba ohrabrivati da se jave stručnim osobama ako sami nisu sigurni je li riječ o prolaznim razvojnim poteškoćama ili već definiranim poremećajima.
- ✓ Potrebno je razlikovati pristup koji se temelji na promatranju pojedinca: djeteta ili roditelja, od pristupa koji promatra međusobnu interakciju djeteta – skrbnik (procjena dijade), kao i od procjene trijade (ili ko-roditeljstva), odnosno od procjene cijele obitelji kao sustava.
- ✓ Moguća je psihološka i psihijatrijska procjena novorođenčeta i dojenčeta, koja će biti sveobuhvatna, a uključivat će različite domene. Dapače, moguća je procjena i tijekom trudnoće u slučaju psihičkih bolesti roditelja, odnosno ako postoji visoki rizik od kasnijeg razvoja mentalnog poremećaja u djeteta.

17.8. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Treba li se koristiti izrazima npr. *dezorganizirana privrženost* i *nesigurna privrženost* ako nije to dobiveno iz strukturiranih načina testiranja, nego iz kliničke opservacije?

ODGOVOR: Načelno treba izbjegavati spomenute izraze koji se dobivaju strukturiranim postupcima mjerenja. Stoga je u svojem kliničkom radu bolje opisno odrediti pojedine fenomene koje opserviramo, npr. dijete se stalno privija uz majku, nema većih potreba za istraživanjem itd.

■ **PITANJE:** Zašto je tijekom pregleda važno promatrati interakciju između djeteta i roditelja (procjena dijade)?

ODGOVOR: Specifičnost je gledanja na dojenče da ga se gleda u njegovoj cjelini zajedno s roditeljem. Danas postoje snažna saznanja da je interakcija djeteta – roditelj vrlo važna za mentalno zdravlje djeteta. U literaturi postoji više načina kako opisno odrediti tu interakciju, npr. postoji li pozitivna izmjena između

sudionika, postoji li emocionalno međusobno usklađivanje itd.

■ **PITANJE:** Koliko su važni promatranje i procjena trijadnih interakcija?

ODGOVOR: Riječ je o važnoj procjeni. Osim toga što je važna dijadna procjena, važna je i trijadna procjena (ili koroditeljstva). Ili, drukčije rečeno, kao minimum procjene koroditeljstva može se promatrati trijadni odnos. Trijadna se interakcija može promatrati na naturalistički način (spontana interakcija) ili se mogu primjenjivati strukturirani postupci. Procjenom trijadne interakcije može se dobiti daljnji važan uvid u međusobnu interakciju između članova obitelji. Procjenu trijadne interakcije u osnovi razlikujemo od procjene obiteljskog sustava ili multipersonalne mreže odnosa unutar jedne obitelji. Važna su zapažanja pojedinih grupa autora da se trijadne interakcije stvaraju već od 3. do 4. mjeseca dojenčeta života, međutim opravdano je vjerovati da zapravo trijadna iskustva započinju već i tijekom trudnoće, a onda se nastavljaju u dojenačkom razdoblju. Konačno, procjena trijade nije zamjena za procjenu dijade, već su one komplementarne.

■ **PITANJE:** Kako napisati pismeni nalaz procjene opservacije dojenčeta, odnosno njegovih pojedinačnih funkcija?

ODGOVOR: Ovo je važna stavka. U literaturi u svijetu postoje različite mogućnosti u vezi s tim koje funkcije promatrati, kojim redoslijedom, te kako konačno i napisati nalaz (psihički profil). Pojedini autori naglašavaju da je u ovoj dobi važno opisivati raspoloženje (afektivni ton), emocije i zabrinutosti, igru i socijalne odnose, ali i druge funkcije. Pojedini autori posebno ističu protuprijenosne osjećaje terapeuta kao put prema djetetovim osjećajima. Pri procjeni u ovoj dobi potrebno je određeno iskustvo ispitivača.

■ **PITANJE:** U čemu je razlika između promocije, prevencije, terapije i održavajuće intervencije u području mentalnoga zdravlja dojenčadi?

ODGOVOR: Važno ih je razlikovati. Promocija mentalnoga zdravlja odnosi se na jačanje razvojnih zadaća djeteta i općenito se primjenjuje na opću populaciju. Primjerice, ovamo se može uključiti opća edukacija roditelja o razvoju djeteta. Svrha je preventivne intervencije prevencija ili smanjenje poznatih rizika ili uzročnih čimbenika prije nego što problemi postanu očigledni. Opće preventivne intervencije mogu se pri-

mijeniti na opću populaciju. Selektivne preventivne intervencije primjenjuju se kod grupe osoba koje imaju povišeni rizik ili visoki neposredni rizik za posljedične probleme. Na primjer, ovamo bi se mogli ubrojiti pozitivno roditeljstvo, redukcija zanemarivanja i zlostavljanja djeteta, socijalne intervencije kod siromašnih majki. Posebna kategorija mogu biti indicirane preventivne intervencije, kada već postoje minimalna odstupanja koja se mogu detektirati, a koja potencijalno poslije mogu postati jasni poremećaji. Ovdje se npr. mogu primijeniti intervencije s obzirom na teški temperament, dezorganiziranu privrženost, u djece koja su udomljena, pri ranim znakovima i simptomima hiperkinetskog sindroma, kod anksioznih poremećaja itd. Terapija (liječenje) definira se kao intervencija kod jasno određenih kliničkih slika, prema pojedinim klasifikacijama. Terapija takvih, definiranih poremećaja najviši je prioritet intervencija. I konačno, održavajuće (engl. *maintenance*) intervencije označuju suradnju tijekom liječenja, kada je svrha redukcija ponovnog pojavljivanja, kao i briga za cjelokupni daljnji razvoj, npr. uspostavljanje habilitacijskih i rehabilitacijskih postupaka.

17.9. Pitanja

- 1 Navedite osnovne dijelove opservacije odnosa roditelj – dojenče.
- 2 Navedite osnovne dijelove psihičkoga statusa za dojenačku dob.
- 3 Navedite osnovne koncepte samoregulatorajućih funkcija u dojenačkoj dobi.
- 4 Navedite osnovne koncepte igre u dojenačkoj dobi.
- 5 Navedite osnovne koncepte međusobne interakcije između dojenčeta i roditelja u dojenačkoj dobi (dijadni aspekt).
- 6 Navedite osnovne koncepte trijadnih interakcija.

17.10. LITERATURA

1. *Abidin RR*. Parenting Stress Indeks. 3. izd. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1995.
2. *Abidin RR, Brunner JF*. Development of a parenting alliance inventory. *Journal of clinical child psychology* 1995; 24:31-40.
3. *Achenbach TM, Rescorla LA, McConaughy S i sur.* Achenbach system of empirically based assessment. Burlington, VT: ASEBA; 2006.
4. *Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E i sur.* Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford, England: Lawrence Erlbaum; 1978.
5. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
6. *Aylward GP*. Bayley infant neurodevelopmental screener. San Antonio, TX: Psychological corporation; 1995.
7. *Bayley N*. Bayley scales of infant and toddler development. 3. izd. San Antonio TX: Harcourt; 2006.
8. *Bellak L, Bellak SS*. Children's apperception test. Larchmont, NY: C.P.S. Inc; 1991.
9. *Benham AL*. The observation and assessment of young children including use of the infant-toddler mental status exam. U: *Zeanah CH jr, ur.* Handbook of infant mental health. 2. izd. New York: The Guilford Press; 2000, str. 249-265.
10. *Bostic JQ, Potter MP, King RA*. Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. U: *Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur.* Lewi's child and adolescent psychiatry. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 299-320.
11. *Brazelton TB, Nugent JK*. Neonatal behavioral assessment scale. 4. izd. London: Mac Keith Press; 2011.
12. *Briggs-Gowan MJ, Carter AS*. Preliminary acceptability and psychometrics of the infant-toddler social and emotional assessment (ITSEA): A new adult-report questionnaire. *Infant Ment Health J* 1998;19(4):422-445.
13. *Bürgin D*. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
14. *Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Jones SM i sur.* The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): factor structure, reliability, and validity. *J Abnorm Child Psychol* 2003;31(5):495-514.
15. *Conners CK*. Conners early childhood. Torrance, CA: WPS; 2009.
16. *Cox JL, Holden JM, Sagovsky R*. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
17. *Crowell J, Feldman S*. The effects of mothers' internal working models of relationships and children's behavioral and developmental status on mother-child interaction. *Child Development* 1988;59:1273-1285.
18. *DC:0-5tm*. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R), Washington, DC: Author; 2016.
19. *Development and well-being assessment (DAWBA)*. 2012. Dostupno na: <http://dawba.info/a0.html>. Pristupljeno 1. 5. 2019.

20. Favez N, Frascarolo F, Grimard N. The picnic game: presentation of a situation of observation to assess family interactions. *Infant mental health journal* 2016;37:235-246.
21. Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A. The primary triangle: A developmental system view of mothers, fathers, and infants. New York: Basic Books; 1999.
22. Fuhrmann A, von Gontard, Moehler E i sur. Psychische Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters. U: Herpetz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort i sur., ur. *Entwicklungspsychiatrie*. 2. izd. Stuttgart, New York: Schattauer; 2008, str. 626- 644.
23. Gartstein, MA, Rothbart MK. Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development* 2003;26(1):64-86.
24. Gilliam WS, Mayes LC, Londono Tobon A. Clinical assessment of infants and toddlers. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 291-298.
25. Gioia GA, Espy KA, Isquith PK. Behavior rating inventory of executive function- preschool version. Odessa, FL: Psychological assessment resources, Inc; 2003.
26. Greenspan SI. The clinical interview of the child. 3 izd. Washington: American Psychiatric publishing inc; 2003.
27. Harrison PL. Early screening profiles (ESP): Manual. Circle Pines: American Guidance service; 1990.
28. Hrescko WP, Miguel SA, Sherbenou RJ i sur. Developmental observation checklist system. Austin, TX: Pro-ed; 1994.
29. Izard CE. On the ontogenesis of emotions and emotion-cognition relationship in infancy. U: Lewis M, Rosenblum LA, ur. *The development of affect*. New York: Plenum Press; 1978, str. 389-412.
30. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. 6. izd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.
31. Knoff HM, Prout HT. Kinetic drawing system for family and school: a handbook. Los Angeles, CA: Western psychological services; 1985.
32. Koppitz EM. Psychological evaluation of children's human figure drawings. New York: Grune & Stratton; 1968.
33. Naglieri JA. Draw a person: a quantitative scoring system. San Antonio, TX: PsychCorp; A brand of Harcourt assessment, inc; 1988.
34. Korkman M, Kirk U, Kemp S. NEPSY-second edition (NEPSY-II). San Antonio, TX: Harcourt Assessment; 2007.
35. Larrieu JA, Middleton MA, Kelley AC i sur. Assessing the relational context of infants and young children. U: Zeanah CH jr, ur. *Handbook of infant mental health*. 4. izd. New York: The Guilford Press; 2019, str. 279-295.
36. Mares S, Woodgate S. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. U: Rey JM, Martin A, ur. *IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health*. 2017. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
37. Mattejat F, Schulte-Markwort M. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
38. McHale JP. Overt and covert coparenting processes in the family. *Family Process* 1997;36:183-201.
39. McHale JP, Irace K. Coparenting in diverse family systems. U: McHale JP i Lindahl KM, ur. *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems*. Washington, DC: American psychological association; 2011, str. 15-37.
40. McHale JP, Lindahl KM. Introduction: What is coparenting? U: McHale JP, Lindahl KM, ur. *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems*. Washington, DC: American psychological association; 2011, str. 211-230.
41. Minuchin S. *Family and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974.
42. Mullen EM. *Mullen scales of early learning: AGS Edition*. Circle Pines: American Guidance service; 1995.
43. Putnam SP, Gartstein MA, Rothbart MK. Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development* 2006;29(3):386-401.
44. Putnam SP, Helbig AL, Gartstein MA i sur. Development and Assessment of Short and Very Short Forms of the Infant Behavior Questionnaire-Revised. *Journal of Personality Assessment* 2014;96:445-458.
45. Remschmidt H. Erhebung der Anamnese. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 39-43.
46. Slade A. Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and human development* 2005;7:269-281.
47. Slade A. The pregnancy interview. Unpublished manuscript. New Haven, CT: Yale Child study center; 2003.
48. Slade A, Patterson M, Miller M. Pregnancy interview RF scoring manual. Unpublished manuscript. New Haven, CT: Yale Child study center; 2004.
49. Sparrow SS, Cichetti DV, Saulnier C. Vineland adaptive behavior scales. 3. izd. Minneapolis, MN: Pearson Assessments, a buisness of Pearson education; 2016.
50. Squires J, Bricker D. Ages & Stages Questionnaires®, 3. izd. (ASQ- 3TM). A parent-completed child-monitoring system. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.; 2009.
51. Squires J, Bricker D, Twombly E. ASQ-SE-2 User's Guide. 2. izd. Baltimore: Paul Brookes Publishing Company; 2015.
52. Stern D. *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books; 1995.
53. Stern-Bruschweiler N, Stern DN. A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant mental health journal* 1989;10:142-156.
54. Swanson JM. The SNAP-IV teacher and parent rating scale. U: Fine A, Kotkin R, ur. *Therapist guide to learning and attention disorders*. San Diego, CA: Elsevier Science; 2003, str. 487-500.
55. Thomas JM, Benham AL, Gean M, i sur. Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infant and Toddlers (0-36 Months). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;(36)10:21-36.
56. Tronick E, Als H, Adamson L i sur. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to face interaction. *J Am Acad Child Psychiatry* 1978;17: 1-13.
57. Von Gontard A, Möhler E, Bindt C i sur. Kurzfassung der S2k-Leitlinie 028/041 – Psychische Störungen im Säug-

- lings-, Kleinkind- und Vorschulalter. 2009. AWMF online: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. Dostupno na: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-041k_S2k_Psychische_Stoerungen_Saeugling_Kleinkind_Vorschulalter_2017-10.pdf. 2009. Pristupljeno 1. 5. 2016.
58. *Vreeswijk CMJM, Maas AJBM, Van Bakel HJA*. Parental representations: A systematic review of the working model of the child interview. *Infant mental health journal* 2012; 33:314-328.
 59. *Wechsler D*. Wechsler preschool and primary scale of intelligence. 4. izd. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2012.
 60. *World Health Organization*. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
 61. *Zeanah CH, Barton ML*. Internal representations and parent-infant relationships. *Infant mental health journal* 1989; 10:135-141.
 62. *Zeanah CH, Benoit D, Barton ML i sur*. Working models of the child interview coding manual. Unpublished manuscript. New Orleans, LA: Tulane University; 1996.
 63. *Zeanah CH, Benoit D, Hirshberg L i sur*. Mothers' representations of their infants are concordant with attachment classifications. *Development issues in psychiatry and psychology* 1994;1:9-18.
 64. *Zeanah CJ, Doyle Zeanah P*. Infant mental health- the clinical science of early experiences. U: *Zeanah CH jr, ur*. Handbook of infant mental health. 4. izd. New York: The Guilford Press; 2019, str. 5-24.
 65. *Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW*. Practitioner review. Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *The Journal of child psychology and psychiatry* 2011;52:819-833.

Anamneza i opservacija školskoga djeteta i adolescenta

Ivan Begovac

SADRŽAJ

18.1. Uvod	263
18.2. Tijek vođenja intervjua, anamneze i opservacije	264
18.2.1. Razlog dolaska i način upućivanja, glavna tegoba	264
18.2.2. Aktualna simptomatologija problema	264
18.2.3. Anamneza i procjena rizičnosti i sigurnosti djeteta i roditelja	265
18.2.4. Ranije procjene, testiranja, liječenja, dosadašnja medicinska dokumentacija	266
18.2.5. Osobna (biografska) anamneza	266
18.2.5.1. Razvojna anamneza.	266
18.2.5.2. Stresovi i traume	268
18.2.5.3. Školska anamneza.	268
18.2.5.4. Sposobnosti i snage djeteta, korištenje slobodnim vremenom, hobi i interesi, podrška šire okoline	268
18.2.5.5. Izloženost medijima	268
18.2.6. Anamneza somatskog i neurološkog stanja i drugih somatskih čimbenika	269
18.2.7. Anamneza glede roda i seksualnosti	269
18.2.8. Anamneza dijade	269
18.2.9. Anamneza trijadnih odnosa	269
18.2.10. Obiteljska anamneza	269
18.3. Pismena procjena provedene anamneze i opservacije	269
18.4. Upute za roditelje/nastavnike	270
18.5. Često postavljena pitanja	270
18.6. Pitanja	270
18.7. Literatura.	271

18.1. Uvod

Potrebno je prethodno pročitati poglavlje o psihijatrijskom intervjuu, kao i poglavlje o psihopatološkim pojmovima (v. posebna poglavlja 14 i 15). U ovom će poglavlju više u natuknicama biti navedeni aspekti anamneze. Nakon općih pojmova o psihijatrijskom intervjuu, ovdje se fokusiramo na primjenu anamneze uz istodobnu opservaciju ispitanika.

Slično kao i kod intervjuja, ovdje i dalje vrijedi pravilo o **empatijskom stavu** tijekom uzimanja anamneze. Tijekom intervjuja vođenje anamneze je proces koji se sastoji od više sastavnica. Nikako se ne treba „slijepo“ pridržavati informacija koja se dobivaju anamnezom, već to treba biti prirodan proces koji se odigrava u

pozitivnoj interakciji (stvaranje terapijskog saveza ili pozitivnog raporta) između terapeuta i djeteta i njegovih roditelja. Nadalje, potrebno je dobiti jasno razumijevanje o tome što je trenutno **akutni problem** te kako **problem ima poveznicu s djetetom, roditeljima ili širom okolinom**, koje su **barijere za eventualnu primijenjenu intervenciju, snage i sposobnosti (motivacija) svih sudionika**, kao i o potrebi dobivanja slike o tome **koje se druge osobe mogu kontaktirati za dodatne informacije** (Bostic i sur. 2018).

Pojedini autori razlikuju informacije koje dobivaju od djeteta/adolescenta u odnosu prema roditeljima ili drugim davateljima informacija (škola, socijalni rad itd.) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U ovom ćemo tekstu slijediti teme koje se trebaju dobiti neovi-

Tablica 18.1.

Anamneza i opservacija u školskog djeteta i adolescenta.

Modificirano prema Bostic i sur. 2018; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Towbin 2015.

- Razlog dolaska i način upućivanja
- Dan, vrijeme, pratnja, tko je uputio, razlog upućivanja (samo dijete, roditelji, škola, socijalni rad); Zašto je dijete/adolescent došao upravo k nama, zašto ne nekome drugome? Zašto upravo sada?
- **Aktualna anamneza i simptomatologija:** početak, situacijski kontekst (okidač, psihosocijalni stresor, kako je reagirala okolina na simptome), intenzitet, mjere, tijek, egzacerbacija; dosadašnji psihički problemi i poremećaji u dječjoj dobi u adolescenata i veza s aktualnom simptomatologijom; motivacija za liječenje
- **Anamneza i procjena rizičnosti i sigurnosti djeteta i roditelja**
- Ranije procjene, testiranja, liječenja, dosadašnja medicinska dokumentacija

Osobna anamneza

- **Razvojna anamneza:** razvojna anamneza uključuje detaljne podatke sve od trudnoće, rođenja, pa do današnjeg dana. Pojedini autori navode da se anamneza sastoji od motoričkog razvoja koji uključuje i tjelesne / temeljne funkcije, razvoj govora i jezika, kognitivni razvoj, socijalni razvoj (interpersonalni i seksualni razvoj), emocionalni razvoj te razvoj morala. Prije navedene funkcije možemo prikazati i na **kronološki način**. Ovdje se orijentiramo na **trudnoću (prenatalno razdoblje), porođaj, novorođenačko i dojenačko razdoblje (postnatalno razdoblje); stadij „trčkarala“, predškolsko vrijeme. Stadij školskoga djeteta; stadij puberteta i adolescencije; profil premorbidne (primarne) ličnosti.**
- Procjena anamneze stresnih i traumatskih okolnosti.
- **Školska anamneza:** početak školovanja, u kojem je trenutno razredu, uspjeh, odnos prema školskim zadaćama, odnos prema nastavnicima, planovi za zvanje, daljnja izobrazba (fakultet ili stručno osposobljavanje); problemi u školi u školske djece; škola i profesionalna izobrazba u adolescenata
- **Djetetove sposobnosti i snage, korištenje slobodnim vremenom, hobi i interesi, podrška šire okoline;** dijete se može pitati u čemu je ono dobro, te u čemu uživa. Ima li dijete hobije, interese, pojedine talente? Koji su interesi u školskog djeteta? Svira li na nekom instrumentu? Bavi li se nekim sportom? Postoji li podrška šire sredine, susjedstva? Ima li migracijska iskustva te kakva je integriranost u društvo? Postoji li pripadnost nekoj religiji, i kojoj? Ima li dijete jaku religijsku identifikaciju?
- **Izloženost medijima?**
- **Anamneza somatskoga stanja i drugih somatskih čimbenika** (prikazani su u posebnoj poglavlju 22)
- **Anamneza glade roda i seksualnosti** (prikazano je u drugom poglavlju 68)
- **Anamneza dijadnih odnosa** (uključuje već sve prije navedene aspekte, kao npr. interakciju majka – dijete; interakciju dijete – otac; interakciju majka – otac; interakciju dijete – ispitivač; interakciju dijete – najbolji prijatelj itd.)
- **Anamneza trijadnih odnosa** (npr. dijete- majka- otac; tri najbolje prijateljice)

- **Obiteljska anamneza i šira socijalna sredina** (v. posebnu tablicu i posebno poglavlje 24 o dijagnostici obitelji, uključuje zasebnu procjenu pojedinog roditelja)

sno o tome od koga će se dobiti podatci (dijete, roditelj, škola i drugi). U pismenom nalazu anamneze potrebno je, međutim, jasno navesti koji su podaci dobiveni od djeteta/adolescenta, a koji od drugih izvora (roditelji, druge osobe u pratnji). U [tablici 18.1.](#) sažeto je navedena anamneza u školskog djeteta i adolescenta.

Inicijalna procjena (pregled) obično se nastavlja tijekom nekoliko pregleda, jer procjena se nikako ne sastoji samo od jednog sastanka i obično se iskoristi do pet termina. Međutim, važno je imati na umu da postoje situacije kada inicijalni pregled zahtijeva promptno reagiranje kliničara, npr. u slučajevima procjene sigurnosti djeteta (v. poslije u tekstu) ili npr. ako je riječ o hitnom psihijatrijskom pregledu (Bostic i sur. 2018; Henderson i Martin 2018).

18.2. Tijek vođenja intervjua, anamneze i opservacije

18.2.1. Razlog dolaska i način upućivanja, glavna tegoba

- Ovdje se orijentiramo na datum, ime i prezime djeteta, adresu, dob, školu, razred koji pohađa; na pratnju s kim je dijete došlo. Tko je u djetetovoj pratnji, tko daje podatke? Nadalje, tko je uputio dijete na pregled, te koji je bio razlog upućivanja. Jesu li roditelji/skrbnici primijetili određene probleme, zabrinutosti, dileme? Je li netko drugi zahtijevao pregled: škola, stručne osobe u školi, nastavnici? Jesu li to bili nadležni liječnici, pedijatri, liječnici školske medicine? Što traži nadležni liječnik, što piše na uputnici? Je li jasno formulirano što se očekuje od nalaza? Jedno od pitanje jest zašto je dijete/adolescent došao upravo k nama, a zašto nije došao u neku drugu ustanovu. Među važnijim pitanjima može biti i ono zašto je dijete upravo sada došlo k nama, jer katkada simptomatologija traje već dulje vrijeme. Koji su prisutni strahovi pri dolasku na prvi pregled? (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U [tablici 18.2.](#) prikazani su neki mogući strahovi dolaska na pregled.

Nadalje, postoji li dovoljno povjerenja u razvoj jednog odnosa i međusobnu suradnju? Postoji li motiviranost za liječenje? Korisno je na početku razlučiti hoće li nalaz imati neke vrlo jasne pravne implikacije ili je riječ o čisto medicinski motiviranom slučaju? Ne tako rijetko pregled će zahtijevati sami adolescenti, kadšto će doći npr. u pratnji svoje najbolje prijateljice ili zato što su čuli da je netko od prijatelja bio kod tog i tog

Tablica 18.2.

Mogući strahovi djeteta i roditelja pri dolasku na pregled dječjem psihijatru

Djetetovi strahovi

- Hoću li morati ostati u bolnici i biti odvojen/odvojena od svojih roditelja?
- Hoće li mi raditi neke pretrage?
- Zašto moram doći sada k nekoj nepoznatoj osobi?
- Imam strah otvarati se nepoznatim osobama.
- Hoću li o sebi otkriti nešto čega se bojim?
- Jesam li nešto zločesto učinio/učinila?
- Hoće li mi se rugati druga djeca, i izolirat će me ako čuju da sam bio/bila kod dječjega psihijatra?

Roditeljski strahovi

- Jesam li ja kao roditelj nešto u odgoju pogriješio/pogriješila kad se sada moram obratiti dječjem psihijatru?
- Jesam li ja kao roditelj zakazao/zakazala u svojoj ulozi roditeljstva?
- Hoće li se otkriti nešto čudno o djetetu?
- Hoću li biti izložen/izložena stigmati ako se javim dječjem psihijatru?

doktora. Je li riječ o potrebi hitnog poduzimanja nekih mjera, npr. u slučaju hitnih stanja (v. poslije)? U [tablici 18.3.](#) prikazani su čimbenici povezani s pojačanjem motivacije pri dijagnostici i liječenju.

18.2.2. Aktualna simptomatologija problema

Ovdje se orijentiramo na **početak aktualnih simptoma** (naglo, postupno, šuljajući), kao i na simptomatologiju koju prezentira pacijent, te na simptomatologiju kako je gledaju drugi, situacijski kontekst (okidač, doživljaji, psihosocijalni stresor, kako je reagirala okolina na simptome), intenzitet, poduzete mjere, te tijek i eventualne egzacerbacije. Dobro je pitati dijete i roditelja imaju li ideju (teoriju) o nastanku poremećaja. Ovo treba uzeti kao važno i potrebno je dodatnim pitanjima rasvijetliti ovu temu (Remschmidt 2011). Korisno je dopustiti **naraciju** samog pacijenta ili roditelja o ovim temama, odnosno biti usmjeren na **vlastite riječi** koje se mogu čuti (Bostic i sur. 2018). S vremenom će ispitivač pitati **izravnija pitanja** o simptomima. Tijekom daljnje evaluacije pokušat će se dobiti slika **razine oštećene funkcionalnosti zbog problematičnih simptoma**, koliko ona zahvaća područja, kakav je npr. djetetov osjećaj tijekom prezentirane simptomatologije, odnosno što se događa nakon aktualnih simptoma. U tom smislu katkada zapravo problem nije samo u djetetu, nego i u okolini u kojoj odrasta. Kori-

Tablica 18.3.

Kako motivirati dijete/adolescenta i roditelja na daljnji dijagnostički proces i eventualnu terapiju

- „Hajdemo vidjeti da nešto promijenimo“, jer očito da ovo nije donijelo povoljan rezultat, „da vidimo kako to da promijenimo“.
- Trenutak dijagnostike može „biti blaženi trenutak“ početka neke promjene kod roditelja i djeteta/adolescenta.
- Katkada su sami adolescenti motivirani da „porade“ na sebi te to treba visoko poštovati.
- Dječji su psihijatri „doktori za razgovore“, „doktori za osjećaje“, „doktori za probleme“, ni više ni manje jesu ono što jesu, jer razgovor zaista „liječi“.
- Često su adolescenti ambivalentni za liječenje, treba poduprijeti njihove progresivne dijelove ličnosti.
- Pokatkad treba biti izravan; npr. problemi s jedenjem traju dulje od pola godine, pa barem toliko treba trajati i terapija.
- Kadšto jasno i izravno roditeljima i djeci/adolescentima treba reći da će terapija trajati dulje (oko godinu dana).
- Treba biti svjestan da neka djeca zaista „od srca“ vole dolaziti svojem dječjem psihijatru i ljute se kada im njihov terapeut kaže da je odsutan sljedeći termin.
- Većina je roditelja vrlo suradljiva i želi suradnju s dječjim psihijatrom.
- Pokatkad je potrebno, unatoč dosta lošem, nestabilnom i kroničnom psihičkom stanju djeteta/adolescenta, samo popričati s roditeljima, a roditelji to vrlo cijene.
- Roditelji trebaju biti suradnici u liječenju djeteta/adolescenta.
- Zajednička suradnja djeteta/adolescenta, roditelja i terapeuta najčešće dovodi do pozitivnih ishoda.
- Pitanje je kako kreirati pozitivan terapijski savez s djetetom/adolescentom i s roditeljima.
- Sami dječji psihijatri trebaju raditi na sebi, stalno se educirati u nekoj tehnici, izgrađivati svoj profesionalni self, te imati podršku svojih kolega.

sno je također pitati za **dnevne rutine**, npr. kako prolazi jedan dan, primjerice sadašnje funkcioniranje u uobičajenim aktivnostima: spavanje, jedenje, tjelesna aktivnost, briga o sebi, zadobivajući na taj način cjelovitiju sliku aktualnih simptoma. Sljedeća točka može biti usmjerenost na eventualne **prethodne psihičke probleme u djeteta**, odnosno na koji je način dijete nadvladalo ove probleme. Jesu li eventualno sadašnji problemi nastavak određenih problema koji su već postojali otprije? Ili je pak naglo došlo do pojave ovih simptoma s jasnom regresijom i deterioracijom, što je svakako alarmantni podatak, i zahtijevat će dodatnu detaljniju somatsku obradu (v. poslije). Postoje li **komorbiditeti**, ovdje pojedini autori preporučuju probir (skrining) na različite druge poremećaje. Naime,

često se mogu previdjeti **internalizirajući problemi** (anksioznost, depresija), koji mogu biti dodatno skriveni i možda ih tek sami adolescenti priopće ispitivaču. Posebno mogu biti važna pitanja korištenja **sredstvima ovisnosti**. Često se ovaj podatak ne može dobiti od roditelja, nego će to na taktičan način ispitivač otkriti kada mu sam adolescent to kaže. Koristi li se dijete/adolescent nekim sredstvima da bi smanjio unutarnju napetost?

18.2.3. Anamneza i procjena rizičnosti i sigurnosti djeteta i roditelja

Aktualna anamneza mora uključivati i **akutno rizično stanje pacijenta**, prije svega suicidalnost, samoozljeđujuće ponašanje, agresivnost prema drugima, akutnu zlorabu droga i alkoholizam, poremećaje percepcije, orijentacije i poremećaje mišljenja (npr. tjelesno uzrokovane psihoze i shizofrene psihoze), kao i somatske posljedice psihičkih bolesti, sumnju na zanemarivanje/zlostavljanje; somatske posljedice psihičkih bolesti, kao i to je li poremećaj izraz neke somatske bolesti (v. poglavlje 26 o hitnim stanjima), te druga moguća rizična ponašanja (Bostic i sur. 2018; Remschmidt 2011; Towbin 2015). Anamneza hitnih stanja, poremećaja povezanih s uzimanjem štetne supstancije, suicidalnosti, samoozljeđivanja, tjelesnog i seksualnog zlostavljanja i zanemarivanja, kao i drugi postupci opisani su u posebnim poglavljima u ovoj knjizi.

Druga rizična ponašanja koja su stalnija i ne moraju biti akutna, međutim, ona također u određenom trenutku mogu značiti akutnost, osim prije navedenih u adolescenata, mogu biti: pretjerano pušenje, postoji li životna filozofija bez budućnosti (*no future*); postoji li nedovoljna briga o sebi i njega (kupanje, izgled, obuća), riskantno seksualno ponašanje, agresivne interakcije, spremnost za nasilje, pripadnost devijantnim skupinama (politički radikalne grupe, je li uključen u delinkvenciju?); povlačenje i prekid kontakata, inkapsuliranje, promjena životnoga stila i ritma života (nesanica, pridržavanje dijeta, askeza, nemogućnost pridržavanja granica)? Postoji li riskantno ponašanje u prometu (s biciklom, motorom, autom)? Postoji li orijentacija na trenutak, ovisničke ponavljajuće tendencije, gubitak empatijskih reakcija (neobaziranje na drugoga), egocentrizam, parazitarni način življenja, ovisničke tendencije i/ili potreba za slijepom poslušnošću?

Tipični osnovni dijelovi akutne procjene rizika kod procjene jesu sadašnja suicidalna ideacija, namjere,

planovi te dostupnost metoda (tablete); prošla suicidalna ideacija, namjere, planovi; prošli pokušaji suicida, analiza prošlih pokušaja suicida, odnos prema prošlom pokušaju suicida; prošlo i sadašnje samoozljeđivanje; sadašnji konflikti s drugima: misli, planovi, želja da se naudi nekome drugomu; prošli agresivni ispadi / nasilje prema drugima (Bostic i sur. 2018). Dodatnu rizičnost čine ovisnosti o drogama i alkoholu, impulzivnost, rizična ponašanja (promiskuitet, laganja, krađe, delinkvencija), restriktivno jedenje, agitacija/agresija, kao i dostupnost opasnih metoda (pištolji/oružja).

Pri procjeni rizičnih pitanja mogu se tijekom prvoga pregleda prvo postavljati otvorenija, ali vremenom i izravnija pitanja. Indirektno se tijekom intervjua mogu dobiti podatci i o protektivnim čimbenicima, kao što je povezanost djeteta/adolescenta s roditeljima, povezanost s vršnjacima, budući neposredni planovi za budućnost, s kime će otići na jedan koncert za nekoliko tjedana itd. Pokatkad nije u riziku samo dijete/adolescent nego i pojedini roditelj, koji je izložen nasilju, što posredno šteti i djetetu, a pokatkad mogu biti u riziku i druga djeca (npr. braća/sestre) zbog neprimjerenih postupaka pojedinog roditelja, te to također iziskuje pozornost i eventualne hitne intervencije.

18.2.4. Ranije procjene, testiranja, liječenja, dosadašnja medicinska dokumentacija

Ako postoje prethodne procjene, testiranja i eventualna liječenja, to nam mogu biti vrlo važni podatci u sadašnjoj procjeni (Bostic i sur. 2018). Na primjer, tek se detaljnijom anamnezom dobiju podatci da je dijete već prije bilo psihološki ili psihijatrijski procjenjivano. Nije rijetka situacija u praksi da zbog različitih razloga roditelji ne prilože nalaze dosadašnjeg liječenja, što dovodi u pitanje cijeli sadašnji dijagnostički proces. Posebno se čini važnim tada usporediti tadašnje nalaze sa sadašnjom kliničkom slikom, koje ćemo dobiti tijekom sadašnjega dijagnostičkog procesa. Primjerice, posebno mogu biti korisni dosadašnji nalazi pregleda koje su obavili psiholozi i koji su provedeni detaljno i prema pravilima struke, npr. razne skale o agresivnosti i impulzivnosti pacijenta ili projektivni testovi. Zbog praktičnih, ali katkada i pravnih razloga, potrebno je u medicinsku dokumentaciju zabilježiti koji su nalazi bili priloženi, a koji nisu, ako se poslije ustanovi da je bilo prethodne medicinske dokumentacije.

18.2.5. Osobna (biografska) anamneza

18.2.5.1. Razvojna anamneza

Treba pogledati poglavlje o normalnom razvoju djeteta (v. posebno poglavlja 4, 5, 6, 7, 8). Razvojna anamneza uključuje detaljne podatke, sve od trudnoće, rođenja, pa do današnjeg dana. Pojedini autori navode da se anamneza sastoji od motoričkog razvoja koji uključuje i tjelesne / temeljne funkcije, razvoj govora i jezika, kognitivnog razvoja, socijalnog razvoja (interpersonalni i seksualni razvoj), emocionalnog razvoja te razvoja morala. Na kraju se procjenjuje anamneza traumatskih okolnosti. Motorički razvoj podrazumijeva sjedenje dojenčeta, početak hodanja te druge motoričke sposobnosti koje uključuju grubu i finu motoriku (v. poglavlje 7 o motoričkim funkcijama). Tjelesne / temeljne funkcije jesu razvoj funkcija spavanja, jedenja i uspostava sfinktera. Pod kognitivnim funkcijama razumijevamo neverbalne, kao i verbalne vještine, te raspon pažnje.

Socijalni (interpersonalni) razvoj podrazumijeva djetetovu interakciju s drugima, razvoj koncepta privrženosti, a posebno s **primarnim skrbnicima**, drugim članovima obitelji, kao i **prema drugoj djeci**, te drugim odraslima. Nadalje, opširno se u poglavlju o procjeni u dojenačkoj dobi navode dijadni aspekti, kao i važnost opservacije tijekom intervjua npr. međusobno emocionalno usklađivanje roditelja i djeteta, koncept privrženosti i drugi važni koncepti (v. poglavlje 17 o procjeni u dojenačkoj dobi). Posebno je ovdje važna stabilnost različitih relacija. Kakvi su odnosi prema prijateljima, socijalna pozicija, socijalne aktivnosti? Kakvi su kontakti i odnosi u školskog djeteta? Kakvo je ponašanje prema vršnjacima? Koliko ima prijatelja? Koja su imena njegovih prijatelja? Koliko je puta bio pozivan na rođendane? Jesu li katkada prijatelji prenoćili kod njega? Je li on prenoćio kod koga? Tko su prijatelji u igri? Postoje li posebna prijateljstva? Ima li neprijatelje? Kakav mu je status u grupi? Ima li u grupi ulogu žrtve? Kakvi su kontakti i odnosi kod adolescenta? Kakav je odnos prema vršnjacima? Je li integran s prijateljima (*clique*), dobiva li priznanje, koliko je puta pozivan na druženja? Koliko je često kod prijatelja izvan kuće? Koliko je dugo kod nekoga? Korisna je procjena i trijadnih interakcija.

Kakav je **razvoj seksualnosti**, kada je nastupila menstruacija ili prva ejakulacija, kada su nastupile sekundarne spolne osobine, kakva su stajališta prema seksualnosti, koje su seksualne aktivnosti. Kakav je

odnos prema rodnom identitetu? Kakvi su romantični odnosi, intimni (seksualni) odnosi, postoje li zaljubljenosti, partnerstva, kakva je seksualnost, spremnost za kontakt, ili ima tendencija prema izolaciji? Dodatno o detaljnijoj anamnezi u vezi sa seksualnosti vidjeti poglavlje o rodnoj disforiji (v. posebno poglavlje 68, napose [tablicu 68.2.](#)).

Emocionalni razvoj podrazumijeva djetetov kapacitet da prepozna vlastite i tuđe osjećaje, te mogućnost da regulira vlastita negativna stanja. Osciliraju li stanja žalosti ili veselja? Kako se dijete smiruje kada je ustrašeno? Opći ton djetetova raspoloženja se može opisati kao veseo, ugodan, raspoložen, pa sve do drugog pola, kada ga karakteriziramo da je neprijateljski, ustrašen, bijesan, iritabilan. Razvoj morala u djeteta upućuje na razvoj savjesti i moralnih vrijednosti, koji su ili odveć popustljivi ili previše rigidni. Razlikuje li dijete što je pravilno, a što nepravilno? Ima li dijete osjećaje empatije prema drugima ili nema taj osjećaj?

Prije navedne funkcije možemo prikazati i **kronološki**. Ovdje se orijentiramo na željenost **trudnoće**, tijek **trudnoće** (alkoholizam majke tijekom **trudnoće**, lijekovi tijekom **trudnoće**, produljena **trudnoća**, porođaj vakuumom, krvarenja tijekom **trudnoće**), **rođenje** (eventualne bolesti mozga i živčanog sustava: meningitisi, encefalitisi, pojave paraliza, ozljede glave, nesreće itd.). **Prenatalno razdoblje i porođaj**: majka – placenta – fetus; somatski (npr. hormonalni) i motorički razvoj, mimika lica fetusa; razvoj mozga, međusobno usklađivanje; homeostaza i konflikti; „privrženost majka – fetus“; afektivna stanja; senzorički razvoj; potencijalne socijalne sposobnosti, „fetal mind“, okolnosti porođaja. **Novorođenačko i dojenačko razdoblje**: motorički razvoj; sisanje; koliko je dijete dojeno; senzorička faza; vizualno prepoznavanje majke; regulacija pijenja, jedenja, spavanja, budnosti, ciklusa aktivnosti od 0 do 2,5 mjeseca; oralna faza; simbioza; temeljno povjerenje; napredovanje individualizacije; gledanje skrbnika, socijalni smiješak s 3 mjeseca, „face to face“ (licem u lice) interakcija bez drugih igračaka od 2,5 do 5,5 mjeseci; zajednička igra s predmetima od 5,5 do 9 mjeseci; pokazuje strah od stranca s 8 mjeseci; privrženost i odvajanje od primarnih skrbnika od 8 do 12 mjeseci, reakcije na separacije, osjećaj selfa; afektivno usklađivanje; senzomotorna faza; neverbalna komunikacija; razvoj govora (gugutanje, vokalizacije, slogovi, prve riječi); hospitalizacije i reakcije na njih, tko je čuvao dijete u ranoj dobi. **Dob „trčkarala“ dob između druge i četvrte godine**: motorički

dijete počinje hodati i kretati se; faza individualizacije (koherentni osjećaj selfa); faza autonomije; analna faza; faza konstantnosti objekta; počeci temeljnoga rodno identiteta; preoperacijska faza; simbolizacija; verbalni self - intenzivan razvoj govora od 18. do 24. mjeseca ili semantičko NE; Kakav je djetetov temperament? Polazak u vrtić? **Dob predškolskoga djeteta od 4. do 6. godine**: daljnji razvoj motorike; preedipska faza; edipska faza, rodni identitet, rodne uloge, početak seksualne orijentacije; identifikacije; početak socijalizacije s vršnjacima; preoperacijska faza, simbolizacija; magično mišljenje; kreiranje „teorije uma“; daljnji razvoj govora.

U **školskog djeteta** promatramo različite funkcije i zadaće. **Fenomenološki**: „Školsko dijete“, „faza latencije“, kognicija, školski uspjeh, samopoštovanje vs. sram; pravila; disciplina; hobiji; skupljanja. **Psihoanalitički**: reorganizacija ega i superega; konflikt inicijativa vs. inferiornost. **Identitet**: fantazija „obiteljskog romana“. **Obitelj**: obitelj je „sigurna luka“; nema izbora objekta izvan obitelji, što je inače tipično za adolescenciju. **Vršnjaci**: povećana socijalizacija s obzirom na vršnjake, tipična istospolna prijateljstva. **Seksualnost** nikako ne jenjava. **Rodni identitet djevojčica**: prakticiranje rodne uloge. **Rodni identitet dječaka**: „falički narcizam“. **Reflektivnost**: intenzivan razvoj reflektivnosti. **Privrženost**: očekuje se „sigurna baza“. **Kognitivni razvoj**: faza konkretnih operacija.

Kod **puberteta i adolescencije** promatramo različite funkcije i zadaće. **Fenomenologija i somatske promjene**: „vrijeme bure“, „regresija vs. progresija“, somatske i hormonalne promjene, izloženost testosteronu i estrogenima, prihvaćanje zadovoljavajuće i realistične tjelesne slike. Nastup menstruacije, prve ejakulacije u adolescenciji također će nas zanimati te kako je to adolescent doživio. **Psihoanalitičko**: navala nagonskog (seksualnog i agresivnog), separacija od roditelja (žalovanje), prorada ostataka edipskog konflikta, narcistička pozicija, nalaženje novog objekta, „zaljublivanja“, identifikacije, razvoj autentičnog doživljaja sebe, samostalna briga o sebi. **Identitet**: identitet vs. difuzija identiteta, stvaranje unutarnjih moralnih normi. Obitelj i odnosi prema drugima: gube se veze s obitelji, narcistička pozicija, novi izbor objekta, narcističan izbor, homoseksualni izbor, heteroseksualni izbor. **Vršnjaci**: prijateljstva različita prema spolu, zadovoljstvo u odnosima. **Seksualnost**: bujanje seksualnosti, autoerotske aktivnosti (masturbacija praćena fantazijama) pa sve do homoseksualnog i heteroseksualnog

izbora, kontrola i regulacija seksualnosti. **Rodni identitet djevojaka:** navala nagonskog (seksualnog i agresivnog), homoseksualna orijentacija zbog straha od moćne majke, izbor objekta, seksualna orijentacija, identifikacije, rekonsolidacija ženstvenosti. **Rodni identitet dječaka:** navala nagonskog (seksualnog i agresivnog), kastracijski strahovi od moćne majke, homoseksualna orijentacija zbog straha od moćne majke, izbor objekta, seksualna orijentacija, identifikacije, revizija ego ideala. **Kognitivno:** faza formalnih operacija, apstraktno mišljenje. **Druge zadaće: kontrola i regulacija agresivnosti, razvoj reflektivnosti, očekuje se „sigurna baza“** prema roditeljima i prema prijateljima, balans davanja i primanja, „smirivanje adolescentne bure“. Također se orijentiramo na pažnju (rasutost, perserveracije), te na znakove impulzivnosti.

Na kraju pokušamo dobiti profil premorbidne (primarne) ličnosti. Kako su izražene kognicija, emocionalnost, socijalne vještine, kakav je tip karaktera (introvertirani, ekstrovertirani)?

Pojedini autori govore o **biografskoj anamnezi** (Remschmidt 2011), kada se to odnosi na podatke o osobnoj anamnezi, u smislu da roditelj ili pacijent donosi svoje viđenje i svoj doživljaj različitih podataka iz osobne anamneze. Dakle, ona je orijentirana prema pokušaju stvaranja subjektivnih poveznica različitih događanja u životu pojedinca, npr. subjektivna procjena roditeljskog stila, procjena važnih „životnih događaja“ (*life events*), stresova i konflikata.

18.2.5.2. *Stresovi i traume*

Posebno anamnezom procjenjujemo postoje li značajne stresne ili traumatske okolnosti u djeteta. Je li dijete sudjelovalo u nekoj **traumi** ili je bilo svjedokom neke traume? Je li dijete imalo ustrašene snove? (Bostic i sur. 2018).

18.2.5.3. *Školska anamneza*

Ovdje se orijentiramo na početak školovanja, na to koji razred trenutačno pohađa, kakav mu je uspjeh, kakav je odnos prema školskim zadaćama, kakav je odnos prema nastavnicima, postoje li planovi za zvanje, planira li daljnju izobrazbu (fakultet ili stručno osposobljavanje). Zanimaju nas problemi u školi u školske djece. Ima li izostanaka iz škole, strah od škole, izbjegavanje (markiranje) iz škole, problemi u uspjehu, razvojni problemi, ponašajni problemi, problemi koncentracije, problemi pri pisanju školskih zadaća, kakvi

su odnosi prema nastavnicima, odnosi prema učenicima. Orijentiramo se i na školu i profesionalnu izobrazbu u adolescenata. Kakva je sposobnost učinka, postoji li težnja prema cilju, te orijentiranost prema uspjehu? Postoji li neuspjeh u školi, je li on nastao zbog prevelikih zahtjeva ili premalo motivacije? Dijete se može pitati koji su mu najdraži, a koji najmanje omiljeni predmeti, da bi se dobila procjena preferencija. Postoje li izvannastavne aktivnosti i koje su to? Koji su interesi, orijentacija prema zvanju, planiranje budućnosti? Postoji li želja za karijerom? Kakvo je ophođenje s pretpostavljenima i nastavnicima? Ima li konflikata s autoritetima? Postoje li želje za financijskom samostalnosti? Kolika je sposobnost za ustrajanje u svojem trudu?

18.2.5.4. *Sposobnosti i snage djeteta, korištenje slobodnim vremenom, hobi i interesi, podrška šire okoline*

Dijete se može pitati u čemu je ono dobro te u čemu uživa. Ima li dijete hobije, interese, pojedine talente? Koji su interesi u školskog djeteta? Svira li na nekom instrumentu? Bavi li se nekim sportom? Čita li knjige? Igra li se dijete igre uloga? Igra li se dijete društvenih igara? Gdje i kako provodi vikende? Postoji li vlastita inicijativa? Osjeća li dijete dosadu? Kakvi su adolescentni interesi, hobiji, sportovi, umjetničke aktivnosti, pohađa li ples, je li putovao, voli li čitati knjige, posjećuje li kina, koncerte? Osjeća li dosadu, stanja bez ikakve ugone? Podržavaju li dijete vršnjački odnosi? Općenito, koje su djetetove snage i sposobnosti? Postoji li podrška šire sredine, susjedstva? Ima li migracijskih iskustava, te kakva je integriranost u društvo? Pripada li nekoj religiji, i kojoj? Ima li dijete jaku religijsku identifikaciju?

18.2.5.5. *Izloženost medijima*

Ima li računalo, koristi li se računalnim igricama? Ima li televizor? Koliko vremena provodi pred televizorom i računalom? Koliko vremena provodi u virtualnoj stvarnosti, a koliko s prijateljima? Koristi li se socijalnim mrežama? Imaju li roditelji nadzor nad ovim aktivnostima? Ovakvi mediji mogu imati pozitivne strane, međutim, mogu imati i negativne strane: izloženost nasilju i seksualno provokativnom materijalu. Primjerice, dijete postaje nasilno nakon gledanja nasilnih filmova. Je li dijete svjesno da se privatni sadržaji mogu javno prikazati? S druge strane, informacije

od djece i adolescenata o omiljenim serijama ili glazbi (glazbeni idoli) mogu dati prigodu za dublje upoznavanje djeteta s ispitivačem, o njegovu intrapsihičkom stanju i projekcijama.

18.2.6. Anamneza somatskog i neurološkog stanja i drugih somatskih čimbenika

(v. posebno poglavlje 22 o somatskoj dijagnostici)

18.2.7. Anamneza glede roda i seksualnosti

(prikazano je u poglavlju 68 o rodnoj disforiji)

18.2.8. Anamneza dijade

Pojedini podatci o dijadnim odnosima (npr. dijete – majka) već su dobiveni u odgovorima na prethodna pitanjima iz razvojne anamneze, što se može naturalistički (nestrukturirano) opisati. Dakle, opserviraju se dijadni aspekti, kao i važnost opservacije tijekom intervjua, npr. međusobno emocionalno usklađivanje roditelja i djeteta, omjer davanja i primanja, koncept privrženosti (sigurna vs. nesigurna – v. posebno poglavlje 5) i drugi važni koncepti. Također se ovdje u anamnezi uzimaju podatci o reprezentacijama (balansirane vs. kaotične – v. poglavlje 17 o dojenačkoj procjeni), kao i o reflektivnoj funkciji (niži bodovi kao manjak reflektivnost te viši bodovi kao veća reflektivnost). Ovdje slijedi važna napomena da je za mjerenje privrženosti, reprezentacija i reflektivne funkcije potreban strukturirani trening. Pokatkad će se tek tijekom stacionarnoga psihoterapijskog liječenja moći dublje opservirati npr. stvarni odnos između jednog adolescenta s drugim adolescentnom na odjelu.

18.2.9. Anamneza trijadnih odnosa

Slično anamnezi dijade, anamneza trijade (npr. dijete – majka – otac) već je dobivena prethodnim pitanjima iz razvojne anamneze. Slični koncepti kao kod anamneze dijade procjenjuju se, međutim, u trijadnom kontekstu. Mogu se prema operacionaliziranoj dijagnostici mjeriti koncepti: afilijacija (prijateljsko/neprijateljsko) na horizontalnoj osi, dok su na okomitoj osi fleksibilnost vs. rigidnost (v. o operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi), međutim, potreban je strukturirani trening ove procjene. Primjerice, može biti i korisna anamneza o procjeni interakcije npr. između triju prijateljica, i kakva je priroda ovih odnosa.

18.2.10. Obiteljska anamneza

Pojedini podatci unutar obitelji, naime, dijadnih, trijadnih i polidijadnih odnosa, već su dobiveni tijekom uzimanja razvojne anamneze (interpersonalni, socijalni odnosi). Obiteljska je anamneza prikazana u drugom poglavlju (poglavlje 24 o obiteljskoj dijagnostici), a posebno u tablici 24.4. Pristup je sličan u dojenačkoj dobi, kao i u školskoj dobi i u adolescenciji.

Dakle, ovdje se evaluiraju samo **osnove obiteljske anamneze ili procjene**, dok je o obiteljskoj procjeni napisano drugo opširnije posebno poglavlje 24. Načelno, anamnestički su važna sljedeća tri područja pri promatranju obitelji kao cjeline: individualne karakteristike pojedinaca (posebno djeteta, posebno roditelja), obilježja dijadnih i trijadnih interakcija te funkcioniranje obitelji kao cjeline (v. tablicu u drugom poglavlju 24, a napose tabl. 24.3.), o čemu će biti više govora u drugim poglavljima ove knjige. **Osnove obiteljske anamneze ili procjene** čini nekoliko dimenzija: osnovni podatci (uključujući i ličnost roditelja, te eventualna psihopatologija), stilovi, partnerski odnos, odnos roditelj – dijete, odnos dijete – roditelj, odnos između braće/sestara; trijadni odnosi, pojedini aspekti obitelji; stresori; šira socijalna sredina; genogram; problem djeteta u odnosu prema obitelji; mogućnosti rješavanja; self-refleksija terapeuta i koterapeuta, radne hipoteze te indikacije.

18.3. Pismena procjena provedene anamneze i opservacije

Autori zagovaraju nakon održanog intervjua s anamnezom njegovu pismenu formulaciju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U ovom procesu zagovaraju **pismeni sažetak** svih relevantno dobivenih informacija, uz opservaciju ponašanja, koji se najčešće dokumentira u povijest bolesti. U drugom se koraku zagovara prorada dobivenih informacija u smislu protuprijenosnih osjećaja terapeuta koji je proveo intervju s obzirom na subjektivne izjave pacijenta. Ovdje se pitanja kreću u sljedećim smjerovima: npr. koje osjećaje dijete pobuđuje kod ispitivača? Koje emocionalne reakcije uzrokuju roditelji kod terapeuta? Razrađujući ovu problematiku, terapeut se može pitati koliko su roditelji osobno uključeni, koliko su zabrinuti, je li njihova briga u ravnomjernom odnosu s obzirom na prezentiranu simptomatologiju (nezainteresirani vs. prekomjerno zabrinuti roditelji) itd. Na ovaj se način dobiva preliminarna procjena pouzdanosti i točnosti

anamnestičkih podataka. U zadnjem, trećem koraku dolazi se do formuliranja psihičkoga statusa, odnosno nastavlja se dijagnostički proces, koji je stalno otvoren i podložan promjenama.

18.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Roditelji, terapeuti i sama djeca / adolescenti zajedno su uključeni u svakoliku dijagnostiku, kao i u napredak, ponajprije djeteta/adolescenta.
- ✓ Dječji psihijatri imaju tijekom svoje edukacije važnu zadaću provođenja anamneze, dijagnostike, te preporuka za liječenje.
- ✓ Važno je pitanje osjeća li se dijete/adolescent bolesnim, odnosno ima li uvid u svoju bolest, odnosno postoji li daljnja motivacija za promjenu vlastite situacije.
- ✓ Dolazak dječjem psihijatru može biti „blaženi trenutak”, kada dotadašnji modeli ponašanja i doživljavanja iziskuju promjenu.
- ✓ Nalazi se važnost osobne anamneze, ali ona nije nikako „sudbina”.
- ✓ Važno je uzimanje anamnestičkih podataka o somatskim bolestima, kao i o somatskim čimbenicima.
- ✓ Ako se uzimaju detaljni podatci iz anamneze, to ne znači istodobno da će „obitelj” ili „roditelji” biti „optuženi” za neki poremećaj. Takvi se podatci uzimaju da bi se mogla pružiti prikladnija pomoć.

18.5. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Zašto je važno razdvojiti koje smo podatke dobili od djeteta/adolescenta, a koje od roditelja ili pratnje?

ODGOVOR: U medicinskoj je dokumentaciji to svakako važno odvojiti. Važno je da se odvojeno zna što je točno reklo dijete/adolescent, a što je rekao roditelj (koji roditelj?). To poslije pokatkad može biti bitno u pravnom ili forenzičkom smislu.

■ **PITANJE:** Treba li se doslovno pridržavati preporuka o vođenju anamneze?

ODGOVOR: Nikako. U navedenom je tekstu naznačen okvir kako treba izgledati koncept anamneze i

opservacije ponašanja, ali on se nikako ne treba doslovno primijeniti. Potrebne su umjetnost i kreativnost vođenja intervju, kao i dobivanja podataka iz anamneze. U prvim se pregledima trebaju ostvariti dobra emocionalna klima, radni terapijski savez, motivacija ili kako god to već nazvali. Poslije je potrebno dobiti jasnije i detaljnije informacije. Ne treba zanemariti ni potrebu postojanja sistematizirane anamneze, jer to pridonosi boljemu dijagnostičkom procesu, kao i boljoj kasnijoj eventualno primijenjenoj psihoterapiji. Dakle, potreban je umjeren pristup.

■ **PITANJE:** Što to znači pitanje: „Zašto su se baš sada javili na prvi pregled?”

ODGOVOR: Ovo može biti „blaženi trenutak”, „kritična točka”, od koje se dalje razvija mogućnost za rast. Evaluacija različitih motiva može dovesti „psihogenetski” do izvorne motivacije. Treba iskoristiti taj trenutak.

■ **PITANJE:** Je li uopće važna osobna anamneza?

ODGOVOR: Svakako da je važna. Katkada se čini da neki detalj iz prošlosti zapravo toliko mnogo toga govori o pacijentu. Primjerice, nemogućnost prilagodbe u vrtiću i nemogućnost odvajanja od svoje primarne figure može biti ključ za mnoge druge modele koje je ta osoba imala poslije u životu.

18.6. Pitanja

- 1 Koji su uobičajeni dijelovi psihijatrijske anamneze u školskoj dobi i u adolescenciji?
- 2 Navedite elemente anamneze i procjene rizičnosti i sigurnosti djeteta i roditelja pri intervjuu.
- 3 Koji su važni anamnestički podatci koje možemo dobiti iz obiteljske anamneze u školskoga djeteta i adolescenta?
- 4 Zašto je u školskoga djeteta i adolescenta važno uzimanje podataka o hobijima, interesima, odnosno o djetetovim snagama?
- 5 Navedite osnove pozitivne motivacije djece/adolescenta i roditelja za dijagnostiku i eventualnu psihoterapiju.

18.7. LITERATURA

1. *Bostic JQ, Potter MP, King RA.* Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry.* 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 299-320.
2. *Henderson SW, Martin A.* Formulation and integration. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry.* 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 284-290.
3. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
4. *Remschmidt H.* Erhebung der Anamnese. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 39-43.
5. *Towbin KE.* Physical examination and medical investigation. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur., ur. *Rutter's child and adolescent psychiatry.* 6. izd. Wiley & Sons; Chichester; 2015, str. 449- 459.

Psihički status za školsku djecu i adolescente

Ivan Begovac

SADRŽAJ

19.1. Uvod	274
19.2. Psihički status za školsku djecu i adolescente	274
19.2.1. Vanjski izgled, ponašanje, interakcija s ispitivačem	274
19.2.1.1. Vanjski izgled	274
19.2.1.2. Opće ponašanje, interakcija s ispitivačem (ponašanja prema ispitivaču, ponašanje prema situaciji intervjua)	274
19.2.1.3. Ponašanje pri igri, crtanju, črčkanju	277
19.2.2. Nagoni, vitalne, temeljne aktivnosti (motivacija, volja), (psiho)motorika, impulzivnost i abnormalne navike	281
19.2.3. Afektivnost (emocionalnost)	281
19.2.3.1. Strahovi, fobije, hipohondrija, senzitivnost/nepovjerljivost i opsesije	281
19.2.3.2. Raspoloženje i afekt.	281
19.2.4. Kognitivne funkcije	281
19.2.4.1. Stanje svijesti	281
19.2.4.2. Orijeiranost	281
19.2.4.3. Pažnja	282
19.2.4.4. Poimanje, pamćenje	282
19.2.4.5. Opažanje (percepcija)	282
19.2.4.6. Mišljenje	283
19.2.4.6.1. Formalni poremećaji mišljenja	283
19.2.4.6.2. Sadržaj mišljenja	283
19.2.5. Jezik, govor	283
19.2.6. Inteligencija i razvojni poremećaji	285

19.2.7.	Ličnost i integritet ja-osjećaja	285
19.2.7.1.	Subjektivno	285
19.2.7.2.	Objektivno	285
19.2.8.	Drugi psihički nalazi	285
19.2.8.1.	Socijalni odnosi, komunikacija (dijadni odnosi, stvaranje odnosa, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija, traženje bliskosti, interes i eksploracija prema okolini)	285
19.2.8.2.	Procjena trijadnih odnosa	286
19.2.8.3.	Procjena obitelji (minimum procjene, dok će se na naprednijoj razini primjenjivati dublja i proširenija procjena obitelji)	286
19.2.8.4.	Agresivno, opozicionalno (suprotstavljajuće) – disocijalno (nedruštveno) ponašanje prema drugima	286
19.2.8.5.	Jedenje i apetit	286
19.2.8.6.	Tjelesne (somatske) smetnje	286
19.2.8.7.	Uporaba štetnih supstancija, alkohola i droga	287
19.2.8.8.	Suicidalnost	287
19.2.8.9.	Abnormalna vezanost za neke objekte ili osobe	287
19.2.8.10.	Seksualnost	287
19.2.8.11.	Zanemarivanje, zlostavljanje?	287
19.2.8.12.	Osjećaj bolesti i (kognitivni) uvid u bolest	287
19.2.8.13.	Vlastiti osjećaji terapeuta	287
19.3.	Upute za roditelje/nastavnike	287
19.4.	Često postavljena pitanja	287
19.5.	Pitanja	288
19.6.	Literatura	288

19.1. Uvod

Nakon što je proveden psihijatrijski intervju s djetetom/adolescentom te njihovim roditeljima, uz primjenu svih elemenata anamneze i vlastitom opservacijom terapeuta formulira se psihički status.

Psihički status za djecu i adolescente ima svoje specifičnosti i različitosti s obzirom na odraslu dob. Kod psihičkog statusa djeteta važnija nam je opća interaktivnost djeteta, ponašanje pri igri, nagona aktivnost, afektivnost, govor i jezik, negoli klasične dimenzije poremećaja mišljenja, kao što to postoji u odrasloj dobi. U drugom su poglavlju navedene definicije psihopatoloških pojmova koji će se ovdje rabiti, tako da se preporučuje pročitati to poglavlje, jer su spomenuta poglavlja komplementarna (v. posebno poglavlje 15 o psihopatološkim terminima).

Ovo se poglavlje nastavlja na poglavlje o anamnezi u školskoj dobi (v. posebno poglavlje 18), ali nastavlja se i na poglavlja o anamnezi i o psihičkom statusu u dojenačkoj dobi (v. posebno poglavlje 17, a napose [tabl. 17.2.](#)). Također dodatno mogu biti korisna poglavlja o obiteljskoj dijagnostici (v. posebno poglavlje 24 o obiteljskoj dijagnostici, a napose [tabl. 24.4.](#)), te poglavlje o uzimanju anamneze glede roda i seksualnosti (v. posebno poglavlje 68 o rodnoj disforiji, napose [tabl. 68.2.](#)), kao i poglavlje o somatskoj anamnezi i o tjelesnom pregledu (v. posebno poglavlje 22, napose [tabl. 22.1.](#)).

U [tablici 19.1.](#) sumarno su prikazani elementi psihičkoga statusa.

Moguće su promjene tijekom intervjua: sve prije opisane pojedine aspekte potrebno je promatrati tijekom intervjua (ovisnost o prilagodbi na situaciju, ovisnost o sadržaju razgovora ili igre). Alternativno se svaki navedeni aspekt može procjenjivati s obzirom na sadašnju situaciju u intervjuu ili na druge situacije. Međutim, radi jednostavnosti, važnije je promatrati sadašnju situaciju, kako se procjenjuje dijete u trenutku intervjua. Svaki se pojedini aspekt može dimenzionalno procijeniti (jako izraženo do nije izraženo). U tekstu koji slijedi naveden je psihički status za školsku djecu i adolescente, međutim, **redoslijed se ne mora slijepo slijediti**, nego se prilagođuje situaciji intervjua.

19.2. Psihički status za školsku djecu i adolescente

19.2.1. Vanjski izgled, ponašanje, interakcija s ispitivačem

19.2.1.1. Vanjski izgled

Opisati tjelesna obilježja, koju obuću dijete nosi, kakva je njega tijela, je li dijete tjelesno zapušteno, kakav je općeniti izraz, je li dijete napeto ili prekomjerno oprezno, kakva je djetetova mimika, je li dijete provokativno, bizarno, smeteno, postoje li znakovi malformacija, anomalija, ili je pak neupadno, je li posrijedi atraktivno dijete, kolika mu je tjelesna masa, tjelesna visina, treba orijentacijski procijeniti somatsku zrelost.

19.2.1.2. Opće ponašanje, interakcija s ispitivačem (ponašanja prema ispitivaču, ponašanje prema situaciji intervjua)

Ovamo se mogu uključivati termini: **prekomjerno prilagođen; posramljen/nesiguran; socijalno povučen / izoliran; bez distance / otkočena ponašanja; manjak empatije; manjak socijalne interakcije / komunikacije** (v. [tablicu 15.2.](#) u poglavlju 15). Postoji li **separacijska anksioznost** u smislu da se dijete ne može odvojiti od skrbnika tijekom intervjuiranja; strah od pojedine ili nove situacije, postoji li ovisnost o roditelju, je li dijete tiho, „ljepljivo“ na roditeljima, koliko je dijete sigurno u sebe? Kakav je kontakt, je li dijete suradljivo, traži li ili izbjegava kontakt, kakva je djetetova inicijativa, je li bez inicijative, bez spontanosti, postoji li kontakt očima, kakva je reakcija prema ispitivaču? Postoji li **manjak socijalne interakcije** (komunikacije) s drugima? Kakvo mu je ponašanje pri susretu i emocionalna rezonancija, kakva je pažnja kod orijentiranosti na ispitivača? Je li dijete zainteresirano ili nezainteresirano, je li odbijajuće; **sramežljivo-nesigurno**, rezervirano ili **smanjene (bez) distance, otkočeno**, bez blokade; **strašljivo- oprezno, socijalno-povučeno/ izolirano**, nesigurno ili sigurno, ili odobravajuće? Je li dijete **impulzivno** ili promišljeno; nepovjerljivo-oprezno ili otvoreno, pristupačno, ili puno povjerenja? Kakva je kooperacija, je li dijete nekooperativno, **opozicionalno-odbijajuće ili prekomjerno prilagođeno**? Kako dijete reagira na komentare ili je bez reakcije; je li dijete tvrdoglavo ili

Tablica 19.1.**Psihički status u školskog djeteta i adolescenta.**

Modificirano prema AMDP 2007; APA 2013; Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016; Bostic i sur. 2018; Döpfner i sur. 1999; Greenspan 2003; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Scharfetter 1991; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011; WHO 1993.

I. Vanjski izgled, ponašanje, te interakcija s ispitivačem

- Vanjski izgled: atraktivnost, veličina, tjelesna masa, zrelost, malformacije, minorne anomalije, stečene tjelesne deformacije, odjeća, čistoća i njegovanost
- **Opće ponašanje i (socijalna) interakcija s ispitivačem (procjena dijade):** separacijska anksioznost; prekomjerno prilagođen; posramljen/nesiguran; socijalno povučen / izoliran; bez distance / otkočenog ponašanja; manjak empatije; manjak socijalne interakcije / komunikacije; siguran u sebe, kooperacija
- Ponašanje pri igri, crtanju ili črčkaranju: orijentirano prema cilju ili kaotično-nekontrolirano; strpljivo- izdržavajuće ili skokovito; otklonjive pažnje ili koncentrirano; impulzivno ili promišljeno; - igra zrcali sve psihičke funkcije, od ponašanja, raspoloženja, kognicije, mogućnosti pažnje, simbolizacije do interaktivnosti. Koja je vrsta igre? Kakva je struktura igre ili crteža? Kakav je sadržaj igre ili crteža, koje teme dominiraju (strahovi, agresije)? Poremećaj igre u djeteta?

II. Nagoni, vitalne, temeljne aktivnosti (motivacija, volja), psihomotorika (motorika), impulzivnost, abnormalne navike

- Kvantitativno: nagonski siromašan i nagonski zakočen / povećanog nagona, smanjena motorička aktivnost (npr. katatoni stupor) / povišena motorička aktivnost (npr. katatono manhtanje), mutizam/logoroičnost; abulija i hipobulija / hiperbulija
- Kvalitativno: impulzivnost; maniriran/bizaran; teatralnost/ demonstrativan; motorički tikovi; vokalni tikovi; parakinezije: motoričke stereotipije (verbigeracije, eholalija, vrtnje tijelom, vrtnje glavom, uzimanje predmeta u usta, „vlastito nunanje“, ehopraksija, katelepsija i voštana savitljivost /flexibilitas cerea/; automatizirano smijanje). Zapovjedni automatizmi (pasivni i aktivni negativizam).
- Abnormalne navike: grizenje noktiju, čupkanje kose

III. Emocionalnost

- Strahovi, fobije, hipohondrija, senzitivnost / nepovjerljivost i opsesije; separacijska anksioznost; izolirane fobije (uz izbjegavajuće ponašanje); socijalna anksioznost (fobija); strah od neuspjeha; agorafobija; panični napadaji; generalizirana anksioznost; hipohondrija; senzitivnost/nepovjerljivost; prisilne misli; opsesivni impulsi; opsesivne aktivnosti, odnosno kompulzije.
- Raspoloženje i afekt: depresivno raspoloženje; disforičan; iritabilan (podražljiv); anhedonija; manjak samopoštovanja; beznadnost / očajanje; osjećaji krivnje; udaljenost/zaravnjenost afekta; osjećaj gubitka osjećaja; afektivna labilnost (uklj. budalasto); afektivna inkontinencija; rigidnost afekta; apatija/ gubitak interesa; poremećaj vitalnih osjećaja; osjećaj unutarnjeg nemira; euforičan; povišeni osjećaj samopoštovanja; osjećaj ustrašene zbuđenosti; žalbeno/jadikujući; ambivalentan; paratimija, *la belle indifferance*; Kako dijete regulira svoja afektivna stanja?

IV. Kognitivne funkcije

- Stanje svijesti
- Kvantitativno: somnolencija, sopor, koma
- Kvalitativno: zamućenost svijesti (delirantni sindrom); suženo stanje svijesti (sumračna stanja, panični napadaj); prošireno stanje svijesti (meditacije, uzimanje droga itd.).
- Orijetiranost: vremensko, prostorno, situacijsko i prema vlastitoj osobi
- Pažnja: poremećaji pažnje i koncentracije; tenacitet; vigilnost
- Poremećaj poimanja
- Kvantitativni poremećaji memorije:
- poremećaj neposredne memorije (neposrednog zapamćivanja)
- poremećaji dugoročne memorije (npr. amnezije)
- Kvalitativni poremećaji pamćenja: konfabulacije, paramnezije (*deja vu* fenomeni; *jamais vu* fenomeni; ekmnezije; hiperamnezije; *flashbackovi*; intruzije te lažna sjećanja).
- Opažanje:
- kvantitativno: prekomjerna ili premala osjetljivost, usporeenje procesa percepcije;
- kvalitativne: anomalije percepcije (npr. mikropsija, makropsija), halucinacije (slušne /verbalne/ halucinacije, druge slušne halucinacije; optičke halucinacije; tjelesne halucinacije; mirisne i okusne halucinacije), iluzije, pseudohalucinacije.

Tablica 19.1.

Nastavak

- Formalni poremećaji mišljenja (tijek mišljenja): inhibirano mišljenje, usporeno mišljenje, opširno, suženo mišljenje, perserveracije misli, ruminacije misli, pritisak misli, bijeg ideja, „govorenje u stranu“, naglo zakočeno / prekid misli, inkohherentno (pri organskim stanjima – buncanje) / disocirano mišljenje (kod shizofrenija – stanje svijesti uredno), te stvaranje neologizama

- Sadržaj mišljenja: strahovi, poremećaji afektivnosti, zabrinutosti, magično mišljenje, depresivne ideje, senzitivno- nepovjerljivo mišljenje (ideje odnosa do paranoidnih ideja), predodžbe, sadržajno siromašan, konkretizam, ideje sukoba moći, fantazije, snovi, precijenjene ideje, sumanutosti (sumanuto raspoloženje; sumanuto opažanje; sumanuta iznenadna ideja; sumanute ideje; sistematizirana sumanutost; sumanuta dinamika; /sumanute/ ideje odnosa; sumanutosti oštećenja i proganjanja; sumanutosti ljubomore; sumanutosti krivnje; sumanutost osiromašenja; hipohondrijska sumanutost; sumanutost veličine; drugi sumanuti sadržaji).

V. Jezik i govor: socijalno-pragmatička funkcija verbalne i neverbalne komunikacije; ekspresivni poremećaj jezika, mješoviti ekspresivno-receptivni poremećaj jezika; poremećaj artikulacije (dislalija); mucanje / eksplozivni govor

VI. Inteligencija

- Kvantitativno: niža inteligencija

- Kvalitativno: djelomični ispadi pojedinih funkcija (specifični razvojni poremećaji)

VII. Ličnost i integritet ja-osjećaja

- Subjektivno: depersonalizacija, derealizacija, ego poremećaji (emitiranje misli, oduzimanje misli, nametanje misli)

- Objektivno: abnormalne karakteristike ličnosti, npr. visoki perfekcionizam

VIII. Drugi psihički nalazi

- **Socijalni odnosi, komunikacija (dijadni odnosi, stvaranje odnosa, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija, traženje bliskosti, interes i eksploracija prema okolini);** uključuje npr. dijadu majka – dijete; dijadu dijete – otac; dijadu majka – otac, dijadu dijete – najbolji prijatelj itd. – Usklađenost djeteta i roditelja? Eksploracija terapijske sobe, uz odnos prema roditelju? Postoji li mogućnost interakcije i viši aspekti komunikacije? Kakvo je privrženo ponašanje? Kakve su reprezentacije roditelja i djeteta? Kakvo je reflektivno funkcioniranje? Neverbalna i verbalna komunikacija. U djece su važne imitacije, geste; upiranje prstom te sposobnost roditelja da razumije dijete? Kakva je interakcija djeteta prema drugoj djeci? Pozicija/odnosi unutar razreda u školi / vršnjaka / u krugu prijatelja. Termin koji se mogu rabiti: prekomjerno prilagođen; posramljen/nesiguran; socijalno povučen / izoliran; bez distance / otkočena ponašanja; manjak empatije; manjak socijalne interakcije / komunikacije;

- **Procjena trijadnih relacija (unutar obitelji i izvan nje):**

Afilijacija (prijateljsko vs. neprijateljsko) na horizontalnoj osi, dok su na okomitoj osi fleksibilnost vs. rigidnost.

- **Procjena obitelji** (minimum procjene, dok će se na naprednijoj razini primjenjivati dublja procjena obitelji)

Individualne karakteristike pojedinaca (posebno djeteta, posebno roditelja – npr. psihopatologija roditelja); obilježja dijadnih i trijadnih interakcija te funkcioniranje obitelji kao cjeline

- **Ostali aspekti**

- Agresivno, opozicionalno (suprotstavljajuće) – disocijalno (nedruštveno) ponašanje prema drugima: agresivan (verbalno / psovanje i prijetnje/, tjelesno ozljeđivanje); dominantan, opozicionalno/povučen (ne pridržava se pravila); laganja, prijevara, krađe, bjegovi od kuće, markiranje iz škole, oštećenje vlasništva, paljevine; Postoji li sada opasnost od aktualne agresivnosti ili nasilja (procjena)?

- Jedenje i apetit: abnormalno jedenje; restriktivno jedenje; izbjegavajuće/restriktivno jedenje; vlastito uzrokovano smanjenje tjelesne mase; prejedanje i golem apetit; Povećano uzimanje hrane; ruminacija hrane, pica.

- Tjelesne smetnje: gubitak apetita, povraćanje, enureza (dnevna, noćna), enkopreza, poremećaji spavanja, disocijacije/konverzije (motorika i osjeti /senzibilitet/), autonomne disfunkcije (srce, GI trakt, respiratorni i urogenitalni sustav), bolovi (glavobolja, trbuh, prsa, zglobovi), iscrpljenost, promjene sheme tijela; kronične tjelesne bolesti, uzimanje lijekova, alergije na lijekove

- Zloporaba supstancija, alkohola i droga: Nekada? Postoji li aktualno zloporaba?

- Suicidalnost: misli, čini. Prethodni pokušaji? Samoozljeđujuće ponašanje. Dijagnostička procjena aktualne suicidalnosti!?

- Abnormalna vezanost za neke objekte ili osobe

- Postoje li simptomi rodne disforije?

- Seksualnost: seksualni funkcionalni poremećaji; parafilni poremećaji, seksualizirano ponašanje,

- Zanimanje, zlostavljanje? Postoji li aktualno ili je postojalo znatno zlostavljanje od nekoga (tjelesno, seksualno)?

- Manjak osjećaja bolesti? Da li dijete/adolescent kognitivno povezuje svoj poremećaj s nekim drugim čimbenicima (manjak uvida u bolest)? Postoji li motivacija za liječenje?

- Vlastiti osjećaji terapeuta? – iscrpljeno, frustrirano, ljutito, depresivno, osvježavajuće, ushićeno.

Tablica 19.2.

Pitanja pri ispitivanju nagonske aktivnosti i motorike.

Modificirano prema AMDP 2007; Begić 2014; Döpfner i sur. 1999; Peters 1990; Remschmidt 2011; Scharfetter 1991; Steinhausen 2010.

	Pitanja
Nagonski siromašan	„Bavi li se dijete svojim hobijima ili sve više odustaje od različitih aktivnosti, pokatkad zureći samo u jednu točku?“
Nagonski zakočen	„Postoji li osjećaj da dijete nešto koči ili da želi nešto napraviti (obične svakodnevne stvari – npr. oblačenje), ali ga nešto spriječi?“
Povećanog nagona	„Ima li dijete stalne različite planove, želje i aktivnosti?“
Smanjena motorička aktivnost (npr. katatoni stupor)	„Postaje li dijete sve sporije pri aktivnostima ili izbjegava tjelesne aktivnosti?“
Povišena motorička aktivnosti (npr. katatono manhitanje)	„Je li dijete stalno nemirno i stalno u pokretu?“
Impulzivnost	„Dogodi li se da dijete nešto naglo i nepromišljeno napravi?“ „Ne može li dijete pričekati druge u govoru pa im ulazi u riječ?“ „Ometaju li ga različite stvari i osobe pri pisanju zadaće?“ „Je li mu teško čekati dok je netko drugi na redu?“
Motoričke stereotipije	„Izvodi li dijete stalno jednake pokrete tijelom (npr. nunanje tijelom, pokreti rukama)?“
Maniriran/bizaran	„Vide li se tijekom eksploracije pokreti tijela koji djeluju iritirajuće, bizarno ili komično?“ „Je li došlo do toga da se druge osobe povlače od osobe zbog njezinih pokreta tijelom?“
Teatralnost/demonstrativan	„Dobiva li se dojam da je riječ o umjetnom ponašanju (kao da se igra predstava)?“; „Ponaša li se dijete stalno prenaplašeno i treba li mu neprestano pažnja drugih?“
Mutizam	„Da li dijete uopće ne govori tijekom eksploracije ili ne razgovara samo s pojedinim drugim osobama iz okoline?“
Logoroičnost	„Može li se pacijenta prekinuti da govori i ne uzima u obzir pokušaje prekidanja?“
Napomena	Ovamo se ubraja još pojedini termini, ali oni nisu bili navedeni s pitanjima: motorički tikovi ; vokalni tikovi , druge parakinezije : motoričke stereotipije (verbigeracije, eholalija, vrtnje tijelom, vrtnje glavom, uzimanje predmeta u usta, „vlastito nunanje“, ehopraksija, katalapsija i voštana savitljivost (<i>flexibilitas cerea</i>); automatizirano smijanje , zapovjedni automatizmi (pasivni i aktivni negativizam); abulija , hipobulija , hiperbulija te abnormalne navike : grizenje noktiju, čupkanje kose.

prilagodljivo- pokorno? Je li dijete **dominantno**, **demonstrativno**; provokativno; **smanjene empatije**? Čini li se da se dijete ne može uživiti u osjećaje drugih?

19.2.1.3. **Ponašanje pri igri, crtanju, črčkaranju**

Kod ove se točke mogu rabiti različiti pojmovi interakcije, nagona i motoričke aktivnosti, impulzivnosti, pažnje, poremećaj raspoloženja i afekata (v. posebno poglavlje 15 o psihopatološkim terminima).

Elementi igre također su detaljnije opisani u poglavlju o anamnezi u dojenčadi (v. posebno poglavlje 16). Kakva je vrsta igre (neverbalna, verbalna, s predmetima, od jednostavnijih igara, pa do kompleksnijih, kreativne igre, igre uloga, konstruktivne igre, igre s pravilima, uključanje odraslih i vršnjaka u igru, igra u samoći, trajanje igre, početak i završetak igre)? Kakva je struktura igre (senzomotorne, funkcionalne, simbolizacija)? Kakav je sadržaj igre, koje teme prevladavaju u igri (strahovi, agresije)? Kakva je opća aktivnost pri igri ili crtežu, lagano i tromo ili životno do pretjerano

Tablica 19.3.

Pitanja za ispitivanje strahova, hipohondrije i senzitivnosti/nepovjerljivosti.

Modificirano prema APA 2013; AMDP 2007; Döpfner i sur. 1999; Peters 1990; WHO 1993.

Separacijska anksioznost	„Ne može li se dijete odvojiti od važne osobe nakon nekoliko opreznih pokušaja (dijete ima više od pet godina)?”; „Ima li dijete strah da će se mami ili tati nešto strašno dogoditi, i da će dijete ostati samo?”; „Da li dijete zbog straha ne može ići u školu ili mora li spavati zajedno s roditeljima?”
Izolirane fobije (uz izbjegavajuće ponašanje)	„Da li dijete ima specifične strahove od životinja, tame, nevremena, ozljeda, posjeta doktoru ili od nečega drugoga?”; „Izbjegava li dijete takve situacije?”
Strah od neuspjeha	„Stupa li dijete teško u kontakt s ispitivačem i pokazuje simptome straha?”; „Boji li li se dijete da će biti prozvano u razredu i da će dati pogrešne odgovore, ili da će pak napisati loše neku zadaću?”; „Izbjegava li dijete odlaske u školu zbog straha od neuspjeha?”
Socijalna anksioznost (fobija)	„Stupa li dijete teško u kontakt s terapeutom i pokazuje li simptome straha?”; „Ima li dijete strah od druge djece i odraslih osoba?”; „Izbjegava li dijete pojedine socijalne situacije: kontakte s vršnjacima, kupnju, govorenje pred razredom?”;
Agorafobija	„Izbjegava li dijete neke situacije, npr. javni prijevoz, ili uopće više ne izlazi iz kuće jer ne može izlaziti na otvorena mjesta (trgove ili se boji mnoštva ljudi)?”; „Boji li se dijete da će mu, ako bude na vanjskom prostoru, biti loše?”
Panični napadaji (atake)	„Ima li dijete/adolescent česte napadaje panike, te zbog toga ne može ići u školu ili sudjelovati u drugim socijalnim situacijama?”; „Ima li dijete nagle pojave neočekivanoga paničnog straha, povezano s preznjavanjem, osjećajima da će se ugušiti, brzim otkucajima srca ili strahom od smrti?”; „Boji li se dijete da će se ovakvi panični napadaji ponoviti i zbog toga izbjegava neke situacije?”
Generalizirana anksioznost	„Ima li dijete različite zabrinutosti s obzirom na različite stvari, ili, da će se, dok je ono u školi, roditelji ili braća/sestre razboljeti, odnosno da će se djetetu nešto loše dogoditi?”; „Je li dijete stalno zabrinuto u vezi s ovim temama?”
Hipohondrija	„Je li dijete visoko zabrinuto da ima neku ozbiljnu tjelesnu bolest?”; „Da li dijete stalno zahtijeva da se ide različitim terapeutima?”
Senzitivnost / nepovjerljivost	Može li dijete razviti povjerenje u terapeuta te u njegove ponude i zaštićivanja? Postavlja li dijete stalno pitanja (Je li to zaista liječnik?) i traži li povratna ohrabivanja? Zapitkuje li dijete zašto se ovdje uopće postavljaju pitanja? Ne može li dijete ostati samo s ispitivačem u prostoriji? Pokazuje li dijete jasnu nepovjerljivost i strahove o nepovjerenju? Povezuje li dijete neke događaje ili izjave s obzirom na sebe? Je li dijete previše oprezno i nepovjerljivo u vezi s tim da će mu se ipak nešto dogoditi?
Napomena	Ovamo se ubraja još termini, ali nisu bili navedeni s pitanjima: prisilne misli; opsesivni impulsi; opsesivne aktivnosti, odnosno kompulzije.

aktivno? Organizacija ponašanja i – kakvo je strukturiranje igre ili crteža, je li orijentirano prema cilju ili kaotično; strpljivo-izdržavajuće ili skokovito; otklonjive pažnje ili koncentrirano; impulzivno ili promišljeno? Kakav je oblik igre ili crteža u smislu produktivnosti i veselja pri kreiranju, postoje li dodatne asocijacije, je li praćeno fantazijom, postoji li monokromatski crtež (uporaba samo jedne boje) ili postoji simbolički crtež? Može li se prema crtežu zaključiti da

je dijete depresivno? Kakva je interaktivnost crteža ili igre? Dodatno vidi o dijagnostici crteža u posebnom poglavlju 79 o likovnom izražavanju djece. Čuva li ili uništava igračke, postoji li neobična uporaba igračaka, jesu li prisutne simboličke igre ili je predočena realistična igra? Postoji li poremećaj igre u djeteta?

Tablica 19.4.

Pitanja za ispitivanje raspoloženja i afekata.

Modificirano prema AMDP 2007; Begić 2014; Benham 2000; Döpfner i sur. 1999; Kaplan i Sadock 1988; Peters 1990; Scharfetter 1991.

Depresivno raspoloženje	„Izgleda li dijete tijekom pregleda vrlo tužno i utučeno (aktivnost, govor, mimika, geste)?“; „Osjeća li se dijete tužno, depresivno, ima li unutarnju muku, ima li potrebu plakati?“; „Da li dijete zbog depresivnosti ne može ići u školu, raditi zadaće, ili sudjelovati u drugom funkcioniranju?“; „Je li dijete zbog depresivnosti motorički zakočeno ili je pak motorički vrlo aktivno?“
Disforičan	„Osjeća li se dijete često zlovoljno i nezadovoljno i lako se uznemiri?“; „Da li ga zbog njegove zlovolje prijatelji izbjegavaju?“
Iritabilan (podražljivo)	„Je li dijete često podražljivo te ga se često može izbaciti iz ravnoteže?“; „Ima li dijete spremnost prema agresivno obojenim afektivnim izljevima?“; „Osjeti li ispitivač jednu 'užarenu' atmosferu?“
Anhedonija	„Osjeti li se da dijete nema više veselja ili ugođe u stvarima u kojima mnogi imaju ili u kojima je prije uživalo?“
Manjak samopoštovanja	„Sumnja li dijete u vlastite mogućnosti, premda se to ne pokazuje prema van (npr. nema loše ocjene u školi)?“; „Ima li dijete osjećaj da ne vrijedi (ja sam nitko i ništa), da ništa ne može, ili da kod drugih nije dobrodošao?“; „Osjeća li se dijete manje vrijedno od drugih?“
Beznadnost/ očajanje	„Vidi li dijete sve pesimistično, 'crno', 'kao mučenje'?“; „Osjeća li se dijete bezizlazno ili očajno?“; „Osjeća li dijete unatoč činjenicama da je njegova budućnost tamna i bez utjehe, da u svemu vidi probleme te da ne može ništa pozitivno promijeniti u vezi s tim?“; „Ima li dijete uopće osjećaj kako će biti u skoroj budućnosti?“
Osjećaji krivnje	„Osjeća li dijete slučajne štetne događaje kao vlastitu krivnju?“; „Osjeća li se dijete krivim ili si predbacuje krivnju da je nekome napravilo neku štetu?“; „Da li dijete isključivo u razgovoru govori samo o svojim osjećajima krivnje?“
Udaljenost/ zaravnjenost afekta	„Pokazuje li dijete osjećaje samo u jednom smjeru (npr. depresivnom)?“; „Da li dijete ne pokazuje neku emocionalnu reakciju na različite situacije (vesele ili tužne), u kojima se to očekuje?“;
Osjećaj gubitka osjećaja	„Osjeća li se dijete kao da nema osjećaja, a to se potvrđuje i eksploracijom?“; „Govori li dijete da su mu osjećaji umrli, prazni, hladni?“
Afektivna labilnost (uključujući budalasto)	„Mijenja li se kod djeteta često raspoloženje ili različiti afekti, npr. između smijanja i plakanja?“
Afektivna inkontinencija	„Da li dijete ne može kontrolirati svoje osjećaje npr. tugu, plakanje, izljev bijesa?“
Rigidnost afekta	„Može li ispitivač stimulirati afektivnu modulaciju i da li u tome malo uspijeva?“
Apatija/ gubitak interesa	„Je li dijete pasivno, ne pokazuje vlastitu inicijativu, ne pokazuje zainteresiranost?“; „Osjeća li se dijete bez inicijative, bez snage i energije?“; „Da li dijete nema različitih interesa?“; „Je li djetetu teško poduzimati obične zadaće (npr. školske zadaće)?“
Poremećaj vitalnih osjećaja	„Osjeća li se dijete iscrpljeno, bez snage, i brzo nastupa tjelesni umor?“
Osjećaj unutarnjeg nemira	„Navodi li dijete da se osjeća iznutra pritisnuto?“; „Osjeća li se dijete iznutra napeto, nervozno, nemirno, zabrinuto ili pod unutarnjim pritiskom?“; „Da li se dijete zbog unutarnje nervoze ne može koncentrirati na uobičajene aktivnosti (npr. školu)?“
Euforičan	„Postoji li u djeteta visoko raspoloženje s manjkom samokritike i kontrole aktivnosti, odnosno ne može ga ništa pokolebati?“; „Usudi li se dijete poduzeti bilo što?“; „Ima li dijete osjećaj da može bilo što i da u tome uspijeva?“; „Upada li dijete zbog svoje euforije u socijalne poteškoće, odnosno zapravo ne zadovoljava uobičajene zadaće?“

Tablica 19.4.

Nastavak

Povišeni osjećaj samopoštovanja	„Da li dijete znatno precjenjuje svoje mogućnosti s obzirom na predstojeće probleme?“; „Da li dijete nije svjesno svojih ograničenja?“
Osjećaj ustrašene zbunjenosti	„Čini li se dijete zbunjeno, bespomoćno, kognitivno zapitkuje o čemu je riječ, ili učestalo odgovora s 'ne znam'?“
Žalbeno/ jadikujući	„Da li se dijete intenzivno žali i jadikuje?“
Ambivalentan	„Govori li dijete/adolescent da istodobno sebe mrzi i voli ili želi istodobno učiniti nešto suprotno?“
Paratimija	„Ima li dijete/adolescent neprikladan odnos između sadržaja osjećaja i vanjskog izražavanja osjećaja?“

Tablica 19.5.

Pitanja za ispitivanje razine budnosti/ svijesti i orijentiranosti.

Modificirano prema AMDP 2007; Begić 2014; Remschmidt 2011; Scharfetter 1991.

Poremećaj budnosti / Smanjenje razine svijesti; Kvantitativni poremećaj svjesnosti (stupnjevanje jasnoće svijesti): od sopora do kome	Je li dijete pospano, usporeno, mamurno; ošamućeno; umorno ili apatično? Razumije li dijete što ga se pita? Može li dijete jasno prepoznati okolinu? Odgovara li dijete na razgovor, podražaje ili bolne poticaje? Može li se dijete probuditi?
Zamućenost svijesti (uključujući delirantni sindrom)	Razumije li dijete što ga se pita? Može li dijete jasno prepoznati okolinu? Može li dijete razumjeti različite dijelove svoje ličnosti i okoline, i može li ih smisleno povezati? Postoji li nepovezanost (zbunjenost) mišljenja i ponašanja zbog nekih funkcionalnih oštećenja mozga? Druga su pitanja povezana s dominantnom kliničkom slikom.
Suženo stanje svijesti (sumračna stanja, panični napadaj)	Razumije li dijete što ga se pita? Može li dijete jasno prepoznati okolinu? Ako se dijete pita za neke druge teme, ono ne odgovara. Ima li se osjećaj da je pacijent usredotočen na vlastito unutarnje doživljavanje ili na neki vanjski događaj?
Prošireno stanje svijesti (meditacije, uzimanje droga itd.)	Ima li dijete/adolescent osjećaj da bolje vidi neke boje, ili da bolje čuje neku glazbu, ili da ima bolje perceptivne mogućnosti za nešto? Je li dijete pod utjecajem vrlo intenzivnih doživljavanja ili povećanjem svih perceptivnih modaliteta?
Poremećaj vremenske orijentiranosti	Koji je današnji datum? Koji je danas dan u tjednu? Koje je sada godišnje doba? Koji je sada mjesec u godini? Koja je sada godina?
Poremećaj orijentacije s obzirom na mjesto	U kojem smo sada gradu, ili dijelu grada? Gdje smo sada?
Poremećaj orijentacije u odnosu na situaciju	Gdje smo sada, i zašto smo ovdje?
Poremećaj orijentacije prema vlastitoj osobi	Da li dijete zna reći kada i gdje je ono rođeno, koja mu je dob, ime, gdje dijete stanuje, kao i ulogu u svojoj dobi i socijalnom kontekstu?

Tablica 19.6.**Pitanja za ispitivanje pažnje i drugih kognitivnih funkcija.**

Modificirano prema AMDP 2007; Döpfner i sur. 1999; Remschmidt 2011; Scharfetter 1991.

Poremećaji pažnje	Može li dijete održati pažnju (koncentraciju) jer ga ometaju neki poticaji iz okoline, i stalno ga se mora vraćati na zadatak? Da li dijete stalno prekida pisanje zadaća ili neku igru, gleda kroz prozor ili se bavi drugim aktivnostima? Radi li dijete nenamjerne pogreške u zadaćama i može li ga se lako otkloniti od zadatka? Gubi li dijete učestalo predmete ili zaboravlja što mu se kaže? Je li se djetetu teško na nešto koncentrirati?
Poremećaj poimanja	Pitanje: Ispriča se jedna poslovice. Npr. „Ne pada jabuka daleko od stabla”, pa se traži da to adolescent interpretira. Može li adolescent odgovoriti na smisao poslovice ili ga ne razumije ili pak odgovara čistim asocijacijama u vezi s poslovicom?
Poremećaji zapamćivanja (kratkoročne memorije, neposrednog pamćenja)	Djetetu se kažu tri broja ili tri pojma, a nakon toga ono to ponovi (da se isključi poremećaj poimanja), te se zatraži da dijete ponovi ta tri pojma nakon 10 minuta. Da li dijete uredno ponovi ta tri pojma? Da li dijete ni inače ne može memorirati nove dojmove, npr. imena ili pojmove ili važne događaje?
Poremećaji dugoročne memorije	Sjeća li se dijete nekih informacija ili događaja iz prošlosti, npr. iz svoje biografije (koje su se događale dulje od 60 minuta)? Kako dijete procjenjuje svoje sjećanje? Zaboravlja li dijete neke pojedinosti? Dodatno se mogu primjenjivati ciljani neuropsihološki testovi.
Konfabulacije	Pitanje: Popunjava li dijete svoje „rupe“ u sjećanju nekim drugim informacijama? Daje li dijete različite informacije na ista pitanja iz prošlosti?

19.2.2. **Nagoni, vitalne, temeljne aktivnosti (motivacija, volja), (psiho)motorika, impulzivnost i abnormalne navike**

Mogu se rabiti termini u vezi s nagonom (v. [tabl. 15.3.](#) u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.2.](#) u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose za ove specifične termine.

19.2.3. **Afektivnost (emocionalnost)**

19.2.3.1. **Strahovi, fobije, hipohondrija, senzitivnost/nepovjerljivost i opsesije**

Mogu se upotrebljavati termini u vezi sa strahovima, vidjeti [tablicu 15.4.](#) (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.3.](#), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se tiču pojedinih termina.

19.2.3.2. **Raspoloženje i afekt**

Mogu se ovdje uporabljivati termini u vezi s raspoloženjima i afektima, vidi [tablicu 15.5](#) (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.4.](#), u kojoj su pobliže navedena pitanja.

Kod afekata obično razumijevamo trenutačno afektivno stanje, kao i prikladnost s obzirom na situaciju, naime, mimiku i motoriku kod strahova, afekata i raspoloženja (neverbalni izraz). *La belle indifferance* nazivamo „afektivnu ili prekrasnu ravnodušnost“ kod ozbiljnih tjelesnih simptoma (npr. paralize udova) i kod konverzivnog poremećaja. Konačno se pitamo kako dijete regulira svoja afektivna stanja? (Volkmar i Martin 2011).

19.2.4. **Kognitivne funkcije**

19.2.4.1. **Stanje svijesti**

Mogu se rabiti termini u vezi s poremećajem svijesti (v. [tablicu 15.6.](#) u posebnom poglavlju 15, kao i [tablicu 19.5.](#), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose na pojedine termine.

19.2.4.2. **Orijentiranost**

Mogu se rabiti termini u vezi s poremećajem orijentacije; vidjeti [tablicu 15.7.](#) (u posebnom poglavlju 15), kao i već prije navedenu [tablicu 19.5.](#), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose na pojedine termine. Ispituje se orijentacija s obzirom na **vrijeme, prostor, situaciju, kao i prema vlastitoj osobi.**

Tablica 19.7.

Pitanja za ispitivanja poremećaje percepcije, sumanutosti te ego poremećaja.

Modificirano prema AMDP 2007; Döpfner i sur. 1999; Peters 1990; Scharfetter 1991; Toelle 1991.

Halucinacije	Da li se dijete ne može razuvjeriti u vezi sa svojom percepcijom i je li riječ o stalnoj pojavi? Postoji li nešto što dijete jako straši ili mu odvlači pažnju? Čuje li dijete nekoga u blizini, premda nije nitko u blizini, ili vidi osobe i predmete, a to drugi ne mogu vidjeti? Može li dijete čuti vlastite misli? Imaju li za dijete mirisi i okusi neke druge posebnosti? Događaju li se u djetetovu tijelu čudne stvari? Je li dijete doživjelo neke druge posebne percepcije?
Iluzije	Da li se dijete ne može razuvjeriti u vezi sa svojom percepcijom i je li riječ o stalnoj pojavi? Doživljava li dijete češće da ono drukčije percipira ili drukčije interpretira nešto nego netko drugi iz okoline?
Sumanutosti	Je li u djeteta sumanutost stalna i ne može ga se razuvjeriti u vezi s realnošću (gubitak realnosti)? Ima li dijete osjećaj da se nešto čudno događa i da je sve nepoznato? Imaju li određene stvari u okolini posebno značenje za dijete? Ima li dijete u posljednje vrijeme osjećaj da se mnogo stvari događa oko njega, da sve ima veze s djetetom ili da drugi ljudi „igraju razne igre“ oko njega? Ima li dijete osjećaj da mu netko želi zlo i loše? Ima li dijete osjećaj da je krivo za nešto? Ima li dijete osjećaj da će osiromašiti? Ima li dijete osjećaj da boluje od teške, neizlječive bolesti? Ima li dijete posebne ili neobične sposobnosti ili snage, koje druge osobe ne posjeduju?
Derealizacija	Navodi li dijete/adolescent da su druge osobe mehanicističke, kao „marionete“ ili drukčije posebne? Izgleda li okolina promijenjena na poseban način ili izgleda strano ili pak neistinito?
Depersonalizacija	Osjeća li se dijete/adolescent da se ličnost promijenila ili postoji osjećaj stranosti ili neistinitosti? Osjeća li dijete/adolescent svoje tijelo na drukčiji način nego prije? Pita li se dijete/adolescent je li sam sebi neistinit ili stran?
Emitiranje (širenje) misli	Je li dijete/adolescent uvjeren da njegove misli posjeduju (znaju) i druge osobe, ili da ih drugi mogu pročitati? Je li dijete/adolescent uvjeren da njegove misli mogu drugi čuti?
Oduzimanje misli	Da li dijete/adolescent misli da mu netko (npr. najbolji prijatelj) oduzima, odnosi, ili krade misli?
Nametanje misli	Da li dijete/adolescent misli da mu netko nameće misli izvana (npr. seksualnog sadržaja)? Da li dijete/adolescent misli da njegove misli nisu zapravo njegove?

19.2.4.3. Pažnja

Može se rabiti termin u vezi s **poremećajem pažnje**. Vidjeti [tablicu 15.8.](#) (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.6.](#), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose na ovu točku.

Tenacitet pažnje označuje usredotočenost na jedan objekt, sugovornika ili aktivnosti. **Vigilnost** označuje sposobnost premještanja pažnje na neku drugu temu. Postoji li kontakt oči u oči? Može li se djetetu lako odvući pažnja?

19.2.4.4. Poimanje, pamćenje

Mogu se rabiti termini u vezi s poremećajem zaključivanjem i pamćenjem. Vidjeti [tablicu 15.8.](#) (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.6.](#), u kojoj su pobliže

navedena pitanja koja se odnose na pojedine termine. Ovamo ubrajamo poremećaj poimanja, poremećaj neposredne memorije (neposrednog pamćenja), kao i poremećaj dugoročne memorije (npr. amnezije). Kvalitativni poremećaji pamćenja mogli bi biti **konfabulacije**, te **paramnezije (deja vu fenomeni; jamais vu fenomeni; ekmnezije; hiperamnezije; flashbackovi; intruzije, te lažna sjećanja)**.

19.2.4.5. Opažanje (percepcija)

Kvantitativni poremećaji: prekomjerna ili premala osjetljivost na perceptivne podražaje.

Mogu se rabiti termini u vezi s poremećajima percepcije. Vidjeti [tablicu 15.9.](#) (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.7.](#), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose na pojedine termine.

Tablica 19.8.**Pitanja pri ispitivanju formalnih poremećaja mišljenja.**

Modificirano prema AMDP 2007; Begić 2014; Döpfner i sur. 1999; Scharfetter 1991.

Inhibirano mišljenje	Čini li se da tijekom razgovora dijete govori zakočeno i otežano, kao da se ono muči s razgovorom? Kaže li dijete da mu riječi ne mogu doći zbog blokade?
Usporeno mišljenje	Čini li se da tijekom razgovora dijete usporeno i tromo govori, kao da se muči s razgovorom? Postoje li dulje stanke tijekom razgovora s djetetom?
Opširno	Govori li dijete preopširno, ne razlikujući bitno od nebitnog? Izgubi li li se dijete u nevažnim detaljima? Je li govor zamoran? Je li intervju uopće otežan zbog opširnog mišljenja?
Suženo mišljenje	Drži li se dijete/adolescent samo jedne teme?
Perserveracije misli	Ponavlja li dijete stalno istu riječ ili istu misao, koju je već prije bilo reklo?
Ruminacije misli	Da li se dijete ne može osloboditi nekih misli? Osjeća li se dijete s ruminacijama mučno?
Pritisak misli	Ima li dijete niz ideja i misli koje ne može kontrolirati?
Ubrzano mišljenje i bijeg ideja	Mijenja li dijete stalno jednu temu s drugom, tako da je dijete teško razumljivo i teško ga se može slijediti?
„Govorenje u stranu”	Odgovara li dijete/adolescent nešto drugo, a čini se da je dobro razumio pitanje?
Naglo zakočeno / prekid misli	Čini li se da dijete ima nagli prekid misaonog tijeka, te dođe do blokade, međutim, nakon toga on ne nastavlja s istom temom, već nastavlja s drugom temom?
Inkoherentno (buncanje)/ disocirano mišljenje	Je li dijete/adolescent posve nerazumljiv, odnosno dolazi do raspada govora? Priča li dijete/adolescent tako da ga se uopće ne može razumjeti?
Neologizmi	Koristi li se dijete/adolescent novonastalim riječima ili izrazima, koji nisu razumljivi?

- Kvalitativni poremećaji: anomalije percepcije (npr. mikropsija, makropsija), **halucinacije (slušne / verbalne/ halucinacije, druge slušne halucinacije; optičke halucinacije; tjelesne halucinacije; mirisne i okusne halucinacije), iluzije, pseudohalucinacije.**

19.2.4.6. **Mišljenje**

19.2.4.6.1. **Formalni poremećaji mišljenja**

Mogu se rabiti termini u vezi s formalnim poremećajima mišljenja. Vidjeti [tablicu 15.10.](#) (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.8.](#), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose za pojedine termine.

19.2.4.6.2. **Sadržaj mišljenja**

Sadržaj mišljenja: strahovi, zabrinutosti, magično mišljenje, depresivne ideje, senzitivno- nepovjerljivo mišljenje (ideje odnosa do paranoidnih ideja), predodžbe, sadržajno siromašan, konkretizam, ideje

sukoba moći, fantazije, snovi, precijenjene ideje, sumanutosti (**sumanuto raspoloženje; sumanuto opažanje; sumanuta iznenadna ideja; sumanute ideje; sistematizirana sumanutost; sumanuta dinamika; (sumanute) ideje odnosa; sumanutosti oštećenja i proganjanja; sumanutosti ljubomore; sumanutosti krivnje; sumanutost osiromašenja; hipohondrijska sumanutost; sumanutost veličine; drugi sumanuti sadržaji**). Mogu se rabiti termini u vezi sa sumanutošću. Vidjeti [tablicu 15.11.](#) (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.7.](#) (v. prije u tekstu), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose na pojedine termine.

19.2.5. **Jezik, govor**

Prikladnost dobi (opisi prikladni dječjoj dobi ili prikladni odraslom opisivanju), poremećaj nalaženja riječi, agramatičnost, problemi fonda riječi – vokabular, kompleksnost govora, razumijevanje govora, neverbalne geste. Stupanj diferenciranosti opisivanja

Tablica 19.9.

Pitanja za ispitivanje pojedinih razvojnih smetnji, pojedinih tjelesnih smetnji te odnosa prema bolesti.

Modificirano prema AMDP 2007; APA 2013; Döpfner i sur. 1999; Integrated Scales of Development from Listen Learn and Talk 2009; WHO 1993.

Smanjenje inteligencije	Ima li dijete znatna oštećenja socijalne prilagodbe, tako da je potrebno stalno praćenje? Je li dijete zaostalo u svojem razvoju? Treba li dijete pohađati specijalnu instituciju? Za detaljniju procjenu različitih područja primjenjuju se standardizirani psihološki testovi!
Socijalno-pragmatički poremećaj	Postoji li kontakt oči u oči? Postoji li socijalni smiješak? Postoji li predintencijska komunikacija? Postoji li želja za kontaktom s drugima? Postoji li anticipacija aktivnosti drugih ljudi? Postoji li dohvaćanje i upiranje prstom? Postoji li razumijevanje interakcije? Postoje li geste pozdravljanja, vokalizacija s gestama? Postoji li uživanje u igri? Postoji li intencijska komunikacija? Traži li dijete objekt ili pomoć odrasle osobe gestama i vokalizacijama? Je li dijete inicijator vokalne interakcije te uživa li govoreći, npr. pretvaranje da govori na telefon? Verbalizira li dijete igru? Poštuje li dijete izmjenu sugovornika u komunikaciji? Razumije li dijete potrebe i osjećaje drugih, započinje konverzaciju, te uživa u igrama uloga? Tipično je oštećena pragmatika uporaba jezika i socijalna komunikacija, dok vokabular i gramatika ne moraju biti toliko oštećeni. Tipično je razina neverbalne inteligencije prosječna i nema dodatnih stereotipija i eholalije. Za detaljniju se procjenu primjenjuju standardizirani instrumenti.
Specifični poremećaj ekspresivnog jezika	Potrebna je opservacija spontanog jezika. Govori li dijete s 4 do 6 godina minimalno rečenicu s tri riječi? Ima li dijete nakon 7. godine samo vrlo kratke rečenice, a kod kompleksnijih rečenica radi sintaktičke pogreške? Preporučuje se primjena standardiziranih testova.
Mješoviti receptivno-ekspresivni jezični poremećaj	Postoji li slična klinička slika kao kod ekspresivnog poremećaja? Ima li dijete dodatno poremećaj razumijevanja jezika? Djetetu se nalože jednostavne rečenice: Daj mi lutku! Stavi lutku na stola! Postoji li osjećaj da dijete ne razumije mnogo toga što se govori? Preporučuje se primjena standardiziranih testova.
Poremećaj igre u djeteta	Promatranje spontane igre. Čini li se da je djetetova igra ispod njegove dobne i kognitivne razine? Čini li se da je djetetova igra neobična? Je li djetetova igra siromašna fantazijom ili ima manjak postojanosti?
Disocijacija / konverzija	Je li se dogodilo da se dijete/adolescent ne može sjetiti nekih stresnih situacija (disocijacija svjesnosti)? Ima li dijete neobične tjelesne smetnje ili senzorička oštećenja?
Autonomne disfunkcije	Je li dijete/adolescent posjećivao hitnu službu zbog autonomnih poremećaja? Ima li dijete/adolescent probleme sa srcem i krvotokom?
Bolovi	Ima li dijete/adolescent stalne i redovite bolove koji ga ometaju u svakodnevnom funkcioniranju?
Umor	Ima li dijete/adolescent stalne osjećaje umora, ili osjećaje iscrpljenosti, koji utječu na svakodnevno funkcioniranje?
Manjak osjećaja bolesti	Kako se dijete/adolescent subjektivno osjeća je li bolestan?
Manjak uvida u bolest	Da li dijete/adolescent kognitivno povezuje svoju bolest s nekim drugim čimbenicima?

(realnost, odnosi, fantazija, snovi)? Sukladnost između verbalnog i neverbalnog izražaja?

Mogu se rabiti termini u vezi s **poremećajem jezika i govora**. Vidjeti [tablicu 15.13](#). (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.9.](#), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose na pojedine termine.

Postoji li **logoroičnost/mutizam** (v. posebne tablice i pitanja u prethodnom tekstu)? U [tablici 42.1](#). prikazani su miljokazi (ključne točke ili *milestones*) razvoja

ekspresivnog i receptivnog jezika do treće godine života (v. posebno poglavlje 42). Poremećaji jezika već bi se trebali prije dijagnosticirati, otprilike u prvoj, a posebno u drugoj i trećoj godini života. Kod **ekspresivnog poremećaja jezika** potrebna je opservacija spontanog jezika. Govori li dijete s 4 do 6 godina rečenicu s tri riječi (to je njegov maksimum)? Ima li dijete

nakon 7. godine samo vrlo kratke rečenice, a kod kompleksnijih rečenica radi **gramatičke** pogreške? Preporučuje se primjena standardiziranih testova. Kod **mješovitog ekspresivno-receptivnog poremećaja jezika** postoji li slična klinička slika kao kod ekspresivnog poremećaja? Ima li dijete dodatno poremećaj razumijevanja jezika? Djetetu se nalože jednostavne rečenice: Daj mi lutku! Stavi lutku na stolac! Postoji li osjećaj da dijete ne razumije mnogo toga što se priča? Preporučuje se uporaba standardiziranih testova. Ovamo još ubrajamo **poremećaj fonologije, artikulacije (dislalija), te mucanje / eksplozivni govor.**

19.2.6. Inteligencija i razvojni poremećaji

Mogu se rabiti termini u vezi s **inteligencijom i razvojnim poremećajima**. Vidjeti [tablicu 15.13](#) (u prethodnom poglavlju), kao i [tablicu 19.9](#). (AMDP 2007; APA 2013; Döpfner i sur. 1999; Integrated Scales of Development from Listen, Learn and Talk 2009; WHO 1993), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose na pojedine termine. Dakle, može se dati općenita procjena djetetova kognitivnog razvoja u smislu prosječnosti, zastoja ili preranog razvoja. Ima li dijete osnovna znanja u skladu sa svojom dobi i razredom koji pohađa? Pri ispitivanju **niže razine inteligencije** ima li dijete znatna oštećenja socijalne prilagodbe, tako da je potrebno stalno praćenje? Je li je dijete zaostalo u svojem razvoju? Treba li dijete pohađati specijalnu instituciju? Za detaljniju procjenu različitih područja primjenjuju se standardizirani psihološki testovi. Ovamo možemo ubrojiti i poremećaj **motoričkih funkcija** u djeteta, **poremećaj igre** u djeteta, kao i **poremećaj školskih postignuća**.

19.2.7. Ličnost i integritet ja-osjećaja

19.2.7.1. Subjektivno

Subjektivno (kako sebe pacijent doživljava). Mogu se rabiti termini u vezi s **derealizacijom, depersonalizacijom i ego poremećaja (emitiranje misli, oduzimanje misli, nametanje misli; drugi doživljaji stranog utjecaja)**. Vidjeti [tablicu 15.12](#). (u posebnom poglavlju 15), kao i [tablicu 19.7](#). (AMDP 2007; Döpfner i sur. 1999; Peters 1990; Scharfetter 1991; Toelle 1991), u kojoj su pobliže navedena pitanja koja se odnose na pojedine termine.

19.2.7.2. Objektivno

Objektivno (promjena se doživljava od drugih osoba): abnormalne karakteristike ličnosti npr. visoki perfekcionizam.

19.2.8. Drugi psihički nalazi

19.2.8.1. **Socijalni odnosi, komunikacija (dijadni odnosi, stvaranje odnosa, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija, traženje bliskosti, interes i eksploracija prema okolini)**

Pojedini podatci o dijadnim odnosima (npr. dijete – majka) već su dobiveni prethodnim pitanjima iz razvojne anamneze, što se može naturalistički (nestrukturirano) opisati. U ovom se odjeljku više oslanjamo na osnove socijalne komunikacije te na način komunikacije, odnosno koliko postoji interes prema okolini. Odnos prema roditeljima? Koliko se roditelji i dijete čine „emocionalno usklađeni”? Kakav je omjer davanja i primanja? Kakav je kontakt djeteta dodirnom, očima, verbalizacijama? Izbjegava li dijete aktivno kontakte? Koliko se dijete osjeća smireno u zagrljaju roditelja? Odvaži li se dijete uzeti neku igračku iz sobe terapeuta i provjerava li pogledom na licu roditelja smije li to učiniti? Kada uzme igračku, nalazi li se blizu ili daleko od roditelja? Kakva je djetetova potreba za maženjem ili postoji hostilnost? Kakve su reakcije na separacije i ponovne susrete? Kako se dijete ponaša ako je, osim roditelja, prisutna i neka druga osoba?

- Kakvo je privrženo (engl. *attachment*) ponašanje? Koliko dijete traži blizinu prema roditelju, traži li pomoć od roditelja, traženje sigurne baze? Kakve su reakcije na separacije, pa ponovno susretanje, kakva je djetetova eksplorativna sposobnost? Opiši dobnu tipična ponašanja u tim domenama. Poremećaji u ovoj domeni vide se u djece iz institucija ili pri zanemarivanju ili zlostavljanju: inhibirano-ambivalentno ponašanje, uz socijalno povlačenje, tjeskobu ili pak dezorganizirano, prekomjerno aktivno, impulzivno, sljepljujuće, difuzno i neselektivno vezanje za druge osobe u okolini.

Kakva je procjena reprezentacija roditelja i reprezentacija djeteta (balansirane vs. kaotične)? Balansirane bi reprezentacije bile npr. kada majka ima balansirane reprezentacije s obzirom na svoje dijete i nema upletanja majčine prošlosti u odnos sa sadašnjim djetetom (negativna majčina iskustva iz vlastita djetinjstva)? Kakva je

procjena reflektivne funkcije (niži bodovi reflektivnosti vs. viši bodovi). Naime, niži bodovi, odnosno manja reflektivnost označavali bi nemogućnost majke da se uživi u djetetova mentalna stanja)? Ovdje slijedi važna napomena da je za mjerenje privrženosti, reprezentacija i reflektivne funkcije potreban strukturirani trening. Nadalje, korisna je nestrukturirana procjena empatije i senzitivnosti roditelja.

- **Socijalna interakcija (dijade izvan obitelji):** pozicija/odnosi unutar razreda u školi / vršnjaka / u krugu prijatelja. Mogu se rabiti termini kao kod (socijalne) **interakcije**. Ovamo se uključuju termini: **prekomjerno prilagođen; posramljen / nesiguran; socijalno povučen / izoliran; bez distance / otkočenog ponašanja; manjak empatije; manjak socijalne interakcije / komunikacije** (v. [tablicu 15.2](#) u posebnom poglavlju 15).

Neverbalna i verbalna komunikacija. U djece su važne imitacije, geste; neverbalne geste; te sposobnost roditelja da razumije dijete. Idealno, komunikacija između djeteta i roditelja trebala bi biti **kontigentna** (roditelj je responzivan na djetetove kodove, prije negoli da je intruzivan ili nesenzitivan), **kolaborativna** (i dijete i roditelj aktivni su sudionici u interakciji i stvaraju ili repariraju svoju komunikaciju); **emocionalno usklađena** (roditelj ima sposobnosti identifikacije i usklađivanja u emocionalna stanja djece, kao i sposobnost organizacije svojeg odgovora) (Mares i Woodgate 2017).

19.2.8.2. *Procjena trijadnih odnosa*

Ovdje nam može pomoći operacionalizirana psihodinamska dijagnoza, kao i navedeni tekstovi u ovoj knjizi (v. posebno potpoglavlje o procjeni trijadnih odnosa u dojenačkoj dobi), međutim, oni mogu imati svojih ograničenja, jer za ove je instrumente potreban strukturirani trening. Mogu se prema operacionaliziranoj dijagnostici mjeriti koncepti kod trijada: afilijacija (prijateljsko/ neprijateljsko) na horizontalnoj osi, dok su na okomitoj osi fleksibilnost vs. rigidnost (v. o operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi).

19.2.8.3. *Procjena obitelji (minimum procjene, dok će se na naprednijoj razini primjenjivati dublja i proširenija procjena obitelji)*

Kao što je to već navedeno kod anamneze u dojenčadi (v. posebno poglavlje 16), minimum anamneze i procjene obitelji uključuje podatke koji su navedeni u

[tablici 24.4.](#) (v. posebno poglavlje 24 o dijagnostici obitelji). Naime, to može biti dobar operativni orijentir uzimanja anamneze i procjene obitelji. Načelno, anamnestički su važna sljedeća tri područja pri promatranju obitelji kao cjeline: individualne karakteristike pojedinaca (posebno djeteta, posebno roditelja); obilježja dijadnih i trijadnih interakcija, te funkcioniranje obitelji kao cjeline (v. [tablicu](#) u drugom poglavlju 24, a napose [tabl. 24.3.](#)), o čemu će biti više govora u drugim poglavljima. Osnove obiteljske anamneze ili procjene čine dakle nekoliko dimenzija: osnovni (bazični) podatci (uključujući psihopatologiju pojedinog roditelja itd.), stilovi, partnerski odnos, odnos roditelj – dijete, odnos dijete – roditelj, odnos između braće/ sestara; trijadni odnosi, pojedini aspekti obitelji; stresori; šira socijalna sredina; genogram; problem djeteta u odnosu prema obitelji; mogućnosti rješavanja; self-refleksija terapeuta i koterapeuta, radne hipoteze, te indikacije.

19.2.8.4. *Agresivno, opozicionalno (suprotstavljajuće) – disocijalno (nedruštveno) ponašanje prema drugima*

Agresivan (verbalno /psovanje i prijetnje/, tjelesno ozljeđivanje); dominantan, opozicionalno/povučen (ne pridržava se pravila); laganja, prijevare, krađe, bjezgovori od kuće, markiranje iz škole, oštećenje vlasništva, paljevine (v. [tabl. 15.14](#) u posebnom poglavlju 15). Postoji li sada opasnost od aktualne agresivnosti ili nasilja (procjena)?

19.2.8.5. *Jedenje i apetit*

Abnormalno jedenje, restriktivno jedenje, izbjegavajuće/restriktivno jedenje, vlastito uzrokovano smanjenje tjelesne mase, prejedanje i golem apetit, povećano uzimanje hrane, ruminacija hrane, pica (v. [tabl. 15.15](#) u posebnom poglavlju 15).

19.2.8.6. *Tjelesne (somatske) smetnje*

Gubitak apetita, povraćanje, enureza, enkopreza, problemi spavanja, disocijacija, konverzija, autonomne disfunkcije (srce, GI trakt, respiratorni i urogenitalni sustav), bolovi (glavobolja, trbuh, prsa, zglobovi), umor, promjene sheme tijela; kronične tjelesne bolesti, uzimanje lijekova, alergije na lijekove (v. [tabl. 15.16](#) u posebnom poglavlju 15).

19.2.8.7. *Uporaba štetnih supstancija, alkohola i droga*

Je li kada postojala uporaba? Postoji li uporaba sada? (v. posebno poglavlje 27 o poremećajima povezanih s korištenjem supstanci, kao i poglavlje 15 o pojmovniku psihopatoloških termina) (v. tabl. 15.17 u posebnoj poglavlju 15).

19.2.8.8. *Suicidalnost*

Suicidalnost: misli, čini. Prethodni pokušaji? Samo-ozljeđujuće ponašanje. Dijagnostička procjena aktualne suicidalnosti (v. posebno poglavlje 15 o pojmovniku psihopatoloških termina, kao i poglavlja 28 i 29 o suicidalnosti i samoozljeđivanju), (v. tabl. 15.17.)

19.2.8.9. *Abnormalna vezanost za neke objekte ili osobe*

(v. poglavlje 15, a posebno tabl. 15.17.)

19.2.8.10. *Seksualnost*

Seksualnost, rodna disforija, seksualni funkcionalni poremećaji, parafilni poremećaji, seksualizirano ponašanje (v. poglavlje 68 o rodnoj disforiji, a posebno tabl. 68.2; kao i poglavlje 15 o pojmovniku psihopatoloških termina, a posebno tabl. 15.17.).

19.2.8.11. *Zanemarivanje, zlostavljanje?*

Zanemarivanje, zlostavljanje? Postoji li aktualno ili je postojalo značajno zlostavljanje od nekoga (tjelesno, seksualno) (v. posebna poglavlja 30 i 31 o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju)?

19.2.8.12. *Osjećaj bolesti i (kognitivni) uvid u bolest*

Kako se dijete subjektivno osjeća je li bolesno? Povezuje li dijete/adolescent kognitivno svoj poremećaj s nekim drugim čimbenicima? (v. tabl. 19.9. i 15.17.). Postoji li motivacija za liječenje?

19.2.8.13. *Vlastiti osjećaji terapeuta*

Vlastiti osjećaji terapeuta – iscrpljeno, frustrirano, ljutito, depresivno, osvježavajuće, ushićeno (Green-span 2003)

19.3. **Upute za roditelje/nastavnike**

- ✓ Dječji se psihijatri koriste psihičkim statusom kao rezultatom svoje anamneze, heteroanamneze, kao i opservacije djeteta/adolescenta i roditelja.
- ✓ Cilj anamneze kao i psihičkog statusa jest dobiti što više kvalitativnih podataka o djetetu i roditeljima.
- ✓ Psihički status ima svoje dogovorene i jasne pojmove koji se upotrebljavaju u dijagnostici.
- ✓ Svrha posebnih pojmova jest ujedinjavanje različitih simptoma u dijagnozu sa svojim kriterijima, te primjena prikladne terapije.
- ✓ Načelno se psihopatološki pojmovi upotrebljavaju u određenoj vremenskoj točki ili najviše unatrag oko šest mjeseci. To znači da različiti simptomi nisu nikako fiksirani, oni se mogu tijekom vremena mijenjati, odnosno umanjivati.

19.4. **Često postavljena pitanja**

■ PITANJE: Kako se dijagnosticiraju intelektualne teškoće?

ODGOVOR: Dijagnoza intelektualnih teškoća nikako se ne donosi na brzinu. Potrebno je uzeti detaljnu anamnezu, heteroanamnezu, iscrpno proučiti dosadašnju medicinsku dokumentaciju. U pravilu, u dijagnostici sudjeluju dječji psihijatar, neuropedijatar, edukator rehabilitator i psiholog, te po potrebi drugi stručnjaci. Što se tiče psihičkoga statusa, ispitivač se može pitati ima li dijete znatna oštećenja socijalne prilagodbe (adaptabilnih vještina), tako da je potrebno stalno praćenje. Ima li dijete osnovna znanja sukladno svojoj dobi i razredu koji pohađa? Je li dijete ravnomjerno zaostalo u svojem razvoju (tipično je za intelektualne poteškoće ravnomjerno zaostajanje uključujući i motorički razvoj, dok je za autistični spektar poremećaj tipičan izolirani socijalno- interakcijski poremećaj- nije tipično zaostajanje u svim domenama, uključujući i motorički razvoj)? Treba li dijete pohađati specijalnu instituciju? Može se dati općenita procjena djetetova kognitivnog razvoja u smislu prosječnosti, zastoja ili preranog razvoja. Za procjenu različitih područja primjenjuju se detaljni standardizirani psihološki testovi (testovi inteligencije i testovi adaptabilnih vještina).

■ **PITANJE:** Navedite tipičan psihički status školskog djeteta i adolescenta s dijagnozom akutnoga psihotičnog poremećaja.

ODGOVOR: U pratnji svojih roditelja dolazi pubertetski uredno tjelesno razvijen 15-godišnjak. U ponašanju ne vodi brigu o vlastitoj njezi. Motorički postoje bizarne kretnje, uz lagano naglašenu povišenu motoričku aktivnost. Nema posebnog odnosa s ispitivačem, indiferentan prema ispitivaču, povučen i odbijajući. Ustrašen do senzitivno/nepovjerljiv, prema afektu unutarnje osjećajno nemiran. Prisvjestan, orijentiran u svim smjerovima, samo što je oštećena situacijska orijentacija jer terapeuta smatra nekom nepoznatom osobom. Tijekom razgovora dolazi do naznaka slušnih halucinacija, progonstvenog karaktera. U formalnom tijeku misli postoji njihov prekid, uz perserveracije pojedinih riječi. U sadržaju misli senzitivno nepovjerljiva ustrašenost, uz verbalizirane sumanutosti prognojanja. Sveukupno, malo i škrto govori, a komunikacija je otežana. Heteroanamnestički se saznaje da je inače donedavno pohađao izabranu srednju školu, bio vrlo dobar đak, nisu se dodatno eksplorirale poremećaji kognitivnih (intelektualnih) sposobnosti. U posljednje vrijeme u odnosu prema svojim vršnjacima bizaran, odbijajući, socijalno se povlači. Urednog apetita, međutim, prisutne su smetnje spavanja. Ne uzima nikakve lijekove, niti se saznaje o nekoj alergiji. Dobiva se negativni podatak o uzimanja psihoaktivnih supstancija. Nije se mogla ispitati suicidalnost te se stoga preventivno prima na hospitalno liječenje. Nema znakova zanemarivanja ili zlostavljanja. Nema osjećaja bolesti, ni uvida u svoju bolest.

■ **PITANJE:** Navedite tipičan psihički status školskog djeteta i adolescenta s dijagnozom depresije.

ODGOVOR: Pubertetski uredno tjelesno razvijena 16-godišnjakinja dolazi u pratnji svojih roditelja. U ponašanju uredna. Motorički postoje usporene kretnje, nagonski siromašna, uz manjak energije. U odnosu prema ispitivaču nesigurna je i socijalno povučena, bez inicijative, bez spontanosti, nema kontakta očima. Afektom ustrašena, siromašne mimike. Raspoloženje stiješnjeno, depresivno, anhedonično, uz dosadu, bez radosti. Prisvjesna, orijentirana u svim smjerovima. Tijekom razgovora ne nalaze se naznake halucinacija. U formalnom tijeku misli postoji usporeno i suženo mišljenje. U sadržaju misli depresivni osjećaji, osjećaji bespomoćnosti, niskog samopoštovanja. Komunikacija otežana. Intelektualne (kognitivne) funkcije sukladne dobi i naobrazbi. U posljednje vrijeme u

odnosu prema svojim vršnjacima postoji tendencija socijalne izolacije. Slabog apetita, u statusu hipersomnija. Ne uzima nikakve lijekove, niti se saznaje o nekoj alergiji. Dobiva se negativni podatak o uzimanja psihoaktivnih supstancija. U statusu se opserviraju suicidalne misli, međutim, aktualno se distancira od suicidalnih radnji. Nema znakova zanemarivanja ili zlostavljanja. Ima osjećaj bolesti, kao i uvid u svoju bolest. Motivirana za liječenje.

19.5. Pitanja

- 1 Kako treba orijentacijski izgledati psihički status u školskog djeteta i adolescenta?
- 2 Navedite neka pitanja koja se mogu postaviti za ispitivanje nagona u školskog djeteta i adolescenta.
- 3 Navedite definiciju impulzivnosti.
- 4 Navedite neke pojmove formalnih poremećaja mišljenja.
- 5 Objasnite manjak osjećaja bolesti i manjak kognitivnog uvida u bolest.
- 6 Navedite kratku definiciju hipohondrije.
- 7 Po čemu se generalizirani anksiozni poremećaj razlikuje od izolirane fobije?
- 8 Navedite definiciju apatije.
- 9 Navedite definiciju disforičnosti.
- 10 Navedite definiciju anhedonije.
- 11 Koja ćete pitanja postaviti kod poremećaja svijesti?
- 12 Koja je razlika između halucinacije, iluzije i sumanutosti?

19.6. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Arbeitsgemeinschaft fuer Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde.* 8. izd. Goettingen: Hogrefe; 2007.
3. *Arbeitskreis OPD-KJ-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter.* 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
4. *Begić D. Psihopatologija.* 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.

5. *Benham AL*. The observation and assessment of young children including use of the infant-toddler mental status exam. U: Zeanah CH jr, ur. Handbook of infant mental health. 2. izd. New York: The Guilford Press; 2000, str. 249-265.
6. *Bostic JQ, Potter MP, King RA*. Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewis' child and adolescent psychiatry. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 299-320.
7. *Döpfner M, Berner W, Flechtner i sur*. Psychopathologisches Befund-System fuer Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Goettingen: Hogrefe; 1999.
8. *Greenspan SI*. The clinical interview of the child. 3. izd. Washington: American Psychiatric publishing inc.; 2003.
9. *Integrated Scales of Development from Listen Learn and Talk*. 2009. Dostupno na: <https://www.cochlear.com/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
10. *Kaplan HI, Sadock BJ*. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. 6. izd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.
11. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
12. *Mares S, Woodgate S*. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. U: Rey JM, Martin A, ur. IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health. 2017. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
13. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
14. *Peters UH*. Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4. izd. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1990.
15. *Remschmidt H*. Erhebung des psychischen Befundes. U: Remschmidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag; 2011, str. 48-54.
16. *Scharfetter C*. Allgemeine Psychopathologie- Eine Einfuehrung. 3. izd. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1991.
17. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
18. *Toelle R*. Psychiatrie. 9. izd. Berlin: Springer Verlag; 1991.
19. *Volkmar FR, Martin A*. Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
20. *World Health Organization (WHO)*. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

20.4.3.2. Os konflikta	299
20.4.3.2.1. Uvodni aspekti i teorijska pozadina	299
20.4.3.2.2. Manualizacija osi konflikta	300
20.4.3.2.3. Zaključni aspekti i klinička primjena osi konflikta	300
20.4.3.3. Os strukture	301
20.4.3.3.1. Uvodni aspekti i teorijska pozadina	301
20.4.3.3.2. Manualizacija osi strukture	301
20.4.3.3.2.1. Os regulacije	301
20.4.3.3.2.2. Os identiteta	302
20.4.3.3.2.3. Os interpersonalnosti	302
20.4.3.3.2.4. Os privrženosti	303
20.4.3.3.2. Zaključni aspekti te klinička i terapijska primjena osi strukture	304
20.4.3.3.2.1. Uvodni aspekti	304
20.4.3.3.2.2. Terapijsko planiranje i terapijski ciljevi kod niže strukturirane razine	304
20.4.3.3.2.3. Os strukture kao pomoć u multimodalnome stacionarnom psihoterapijskom liječenju	304
20.4.3.4. Os pretpostavke za liječenje	305
20.4.3.4.1. Uvodni aspekti i teorijska pozadina	305
20.4.3.4.2. Manualizacija osi pretpostavke za liječenje	305
20.4.3.4.2.1. Os subjektivne dimenzije	305
20.4.3.4.2.2. Os resursa (snage)	306
20.4.3.4.2.3. Specifične pretpostavke za terapiju	306
20.4.3.4.3. Zaključni aspekti i klinička i terapijska primjena osi pretpostavke za liječenje	308
20.4.4. Zaključak o operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi, ograničenja	309
20.6. Često postavljena pitanja	309
20.7. Pitanja	310
20.8. Literatura	310

20.1. Uvodni aspekti, nestrukturirana vs. strukturirana psihodinamska dijagnostika

Ovo poglavlje je složeno (možda je jedno od najsloženijih od svih poglavlja u ovoj knjizi), i vjerojatno iziskuje da čitatelj prethodno pročita druga poglavlja o razvoju djeteta, jer ta druga poglavlja pokušavaju osvijetliti pojedine psihodinamske i razvojne termine, a koji se koriste operacionalizirano u ovom poglavlju. Kao što svaka struka definira svoje termine, tako i psihodinamika i razvojna psihodinamika i psihoanaliza imaju svoje specifične termine, koje je potrebno s vremenom i strpljivim vlastitim radom na sebi usvojiti (to ne dolazi tek tako, preko noći). Ovo poglavlje je možda više jedan okvir i pregled termina koji se mogu koristiti u psihodinamici i psihoanalizi. Npr. u sljedećem tekstu se daje dovoljno jasna razdioba psihičkih konflikata od strukture ličnosti.

Teško je katkada razlikovati nestrukturiranu psihodinamsku dijagnostiku od strukturiranih. Naime, kod „nestrukturiranih“ postoji također pokušaj „strukturiranja“ psihodinamske teorije koja stoji u pozadini pristupa djetetu i njegovoj obitelji. Primjerice, svaki će educirani psihoanalitičar tijekom psihoterapijskog intervjua imati svoja psihodinamska razmišljanja, osluškivat će svoj protuprijenos, osluškivat će vlastite osjećaje i asocijacije itd. Nadalje, pitat će se ima li dijete/adolescent osjećaj patnje zbog problema i želju za liječenjem? Kako dijete/adolescent sebe predočuje? Kako ga predočuje okolina? Pitat će se zašto su baš sada dijete/adolescent i roditelji došli do terapeuta itd. Tijekom intervjua koji je i jedno umijeće radit će se na povećanju motivacije, jer će prije svega intervju imati motivacijski i terapijski aspekt, a tek poslije dijagnostički (v. posebno poglavlje 14 o psihijatrijskom i psihoterapijskom intervjuu). Nadalje, educirani će psihoanalitičar imati znanja o razvoju djeteta jer će poznavanje razvoja djeteta dati osnovu za stvaranje svojih teoretskih hipoteza (v. posebna poglavlja 3, 4, 5, 6, 7, 8 i 9 o razvoju). U nastavku teksta posebna će se pažnja posvetiti **scenskom razumijevanju**, kao i **operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi**.

20.2. Scensko razumijevanje

20.2.1. Uvod, opća i razvojna razmatranja

U **tablici 20.1.** prikazane su definicije pojedinih termina koji će se rabiti u daljnjem tekstu.

Tablica 20.1.

Definicije pojedinih termina pri scenskom prikazivanju.

Modificirano prema Lorenzer 2000; Raue 2009; Stern 1985.

- **Scena (scensko prikazivanje):** scena je uvijek „nešto konkretno, inscenirani događaj“ u stvarnosti ili fantaziji u okviru jednog susreta, koji se može shvatiti kao smisleni, premda se može činiti i besmislen. Ona je prožeta kroz pacijentovu psihičku realnost. Postoji na trima razinama:
 1. aktualna scena u „realitetu“ pacijenta;
 2. scene u analitičkoj terapiji;
 3. ponovno sjećanje na neku scenu iz djetinjstva.

- **Insceniranje:** radnja i kreiranje jedne scene, može biti odigravanje (agiranje), ali može biti i jedna fantazija.

- **Situacija:** insceniranje i scena trebaju imati u pozadini jedan interakcijski modus, model interakcije, koji se poslije treba razotkriti; sastoji se od triju uvjeta: aktualne situacije, infantilne situacije i prijenosne (transferne) situacije.

- **Modus interakcije:** nesvjesni elementi u životnoj povijesti koji su nađeni kao reprezentacije generaliziranih interakcija.

- **Interakcija:** događaji subjekta koji se realiziraju u njegovoj okolini; dakle predodžba subjekta koji realizira odnose kao insceniranje modusa interakcija. Ovdje se misli i na svjesnu, ali pretežno na nesvjesnu interakciju.

- **Scenska evidentnost:** ovo je jedna od najvažnijih točaka analitičkog rada i scenskog razumijevanja. Ovdje analitičar registrira (dešifrira) određeno transferiranje infantilnih davanja značenja, što je povezano s insceniranjem scene.

- **Scensko razumijevanje:** scensko je razumijevanje interpretacija scena s pomoću modusa interakcija. Ono se odnosi na priopćenja (verbalno, neverbalno), koje su agirajuće od strane pacijenta, te na njegove fantazije i predodžbe koje postaju potvrđene kroz analitički doživljaj evidentnosti. Korijen scenskog razumijevanja jest u razumijevanju scene i razumijevanju modusa interakcija koje odgovaraju strukturi pacijentovih interakcija.

Za razliku od prirodnoznanstvenoga psihoanalitičkog pogleda na razvoj djeteta (opća pravila, definicija „normalnog“, linearno shvaćanje itd.); **psihoanalitičko hermeneutičko - scenski** i razumijevajući model bavi se **tekstom**, pojavom doživljaja, percepcijom ponašanja, kao i njegovim značenjem u kontekstu relacija (Bauriedl 1998). **Tekst** je neposredna forma izjave osjećaja, fantazija, i radnji, koje se interpretiraju i o

kojima se raspravlja. Tendencija je da se mnoge „scene“ povežu. Čovjeka se promatra kao specifični individuuum u vlastitoj povijesti i vlastitu osobnom okolišu. Razvoj djeteta, scenski gledano, više se promatra kroz pitanje „kako je sada“, a ne „kako bi trebalo nešto biti“, odnosno kako se sada određene konfliktne situacije doživljavaju i kako se prorađuju. Dakle, razvoj djeteta nije samo napredovanje nego praćenje kako se određene krize i konfliktne situacije prorađuju.

20.2.2. Scensko razumijevanje, uvodni aspekti

Scensko razumijevanje posjeduje središnju poziciju u psihoanalitičkom postupku, pa tako i kod prvog intervjua, u svrhu razumijevanja konflikata i njihovih nesvjesnih motiva (Raue, 2009). **Primjer jedne scene** (Raue, 2009): u prvom intervjuu roditelji opisuju svoje najmlađe dijete (sina) kao dijete koje ima jaku volju i snažnu osobnost. Ono mora biti uvijek u središtu pažnje i ne može izdržati nikakvu frustraciju. Kako napreduje intervju, razgovor se sve više usmjeruje na stariju sestru i doima se kao da roditelji zaboravljaju da su došli tražiti pomoć za mlade dijete. Nakon nekog vremena terapeut verbalizira da ima dojam kako oni zaista ne mogu zapravo vidjeti svojega mlađeg sina jer samo govore o starijoj sestri i na taj način sina zauvijek gube. Otac smatra da to nije tako i da su oni zaista ovamo došli zbog svojeg sina. Otac vadi novčanik iz džepa i pokazuje sliku svojeg sina, pruža je terapeutu govoreći: „Pogledajte kako on izgleda.“ Sada se u terapeutu razvija osjećaj da je on „onaj koji ne vidi“, odnosno takav sadržaj mu je projicirao otac, odnosno terapeut se sada osjećao kao da nešto ne shvaća.

Ova mala scena pokazuje kako su predodžbe i fantazije pacijenata predmet promatranja psihoanalitičkog procesa. Analitičar se u intervjuu usredotočuje na interakcijsku scenu, pokušavajući na taj način razumjeti smisao povezanosti fantazija, predodžbi i izjava pacijenata (Lorenzer 2000). Dakle, u središtu psihoanalitičke teorije stoje objektni odnosi. Scensko događanje govori o povezanosti interakcije između pacijenta i terapeuta. Lorenzer (2000) definira scensko razumijevanje kao: „... Interpretaciju različitih scena s pomoću obrazaca interakcija...“. Ono (scensko razumijevanje) odnosi se na pripoćenja pacijenta. Scensko razumijevanje teče slično logičkom razumijevanju i naknadnom doživljavanju. U analitičaru se scensko razumijevanje osigurava kroz doživljaj evidentnosti. Doživljaj evidentnosti, o kojem ovdje Lorenzer (2000)

govori, a Argelander (1970) ga temeljito obrađuje, nikada nije dokaziv kroz ponavljanja, odnosno doživljaj evidentnosti nije, u psihometrijskom smislu, pouzdano (relijabilno) ili valjano (validno) dokaziv. Međutim, evidentnost je od iznimne važnosti za razumijevanje nesvjesnih dijelova ličnosti. Doživljaj evidentnosti rezultat je percepcije analitičara, koji se usuglasio s nesvjesnim **poljem odnosa**. Argelander (1970) govori kako dobiveni uvid treba biti povezan i integriran na više razina informacija: subjektivni, objektivni i situacijsko-scenski dio, da bi se mogla provjeriti korisnost scenske evidentnosti. Pacijent unosi u prvi intervju svoja svjesna i nesvjesna iskustva, predodžbe i fantazije i kreira ih u interakcijskim scenskim prikazivanjima. Pacijent unosi svoja iskustva u situaciju intervjua, što slično dokazuju i nalazi Sterna (1985), o **reprezentacijama generaliziranih interakcija**. One nastaju vrlo rano, već u dojenčeta u odnosu s „važnim drugim“ koji regulira njegova stanja selfa. Ovakve reprezentacije generaliziranih interakcija sastoje se od proživljenih epizoda i one nastaju kroz protokole sjećanja i kroz ponavljanja „generalizirane epizode interaktivnih iskustava“; te konačno čine osnove ljudskog iskustva interakcije. Ovdje Stern (1985) također uvodi mogućnost nesvjesnih iskustava interakcija. U prvom intervjuu sažimaju se životna relevantna iskustva interakcija, koja zadobivaju oblik jedne scene. Dammasch (2000) navodi da **različita iskustva interakcija** s važnim osobama postaju unutarnje slike sa scenskom strukturom, odnosno kreira se veliko polje preverbalnog kao područje „ljudskih doživljajnih struktura“. U dijagnostičkom i terapijskom susretu analitičar pretpostavlja da su scenska prikazivanja zapravo interakcijske forme, koje čine osnove ljudskih suočavanja kroz doživljavanja tijeka od jedne scene do druge. Analitičaru se može dogoditi (Dammasch 2000)... „da prekorači granice svjesnosti jezika, te da se uspostavi razumijevajući kontakt prema interakcijskim iskustvima pacijenta“. Scena dakle nije samo realno insceniran događaj pacijenta u dijalogu prvog intervjua ili kasnije u terapijskom procesu, nego je u njoj bitan „psihički realitet“ (Lorenzer, 2000). **Psihički realitet** jest unutarpsihička percepcija subjekta u povezanosti s njegovim obranama od konflikata. Dakle, u intervju se pokušavaju razumjeti insceniranja koja kreiraju scene, potom se nastoji razumjeti percepcija stila prijenosa i konačno razumijevanja nesvjesnih, sada aktualiziranih smislenih povezanosti infantilnih dijelova konflikata. Scensko razumijevanje označuje

dakle razumijevanje koje preko razumijevanja konkretne scene dolazi do sadržaja nesvjesne interaktivne strukture. Za vanjskog promatrača takva scenska prikazivanja mogu biti nelogična, čudna i nerazumljiva. Da se vratimo gornjem primjeru (Raue, 2009): ocu njegova poteškoća sa sinom nije svjesna. On na intervenciju odgovara jednom svjesnom izjavom da intervencija terapeuta nije točna i na scenskoj razini sugerira nešto nesvjesno, koje treba preuzeti terapeut (terapeut treba preuzeti ulogu nekoga tko nešto ne razumije).

Scensko razumijevanje zahtijeva od analitičara znatan unutrašnji napor jer se on, u pravilu, konfrontira s načinima ponašanja, radnjama, kao i izjavama, koje, površno gledano, izgledaju logične, međutim, izazivaju „iritaciju“. Njihovo dublje značenje ostaje nejasno ili skriveno. Od analitičara se očekuje da upotrijebi scenu kao nešto značajno, potom da je introjicira, da pusti da to djeluje u njemu, te da kroz analizu prijenosa i protuprijenosa s pomoću osjećaja evidentnosti zaključi o značenju povezanosti (Dammach, 2000). U praktičnom se radu prije svega manifestiraju elementi aktualnog ili realnog ili pak prijenosnog konflikta. U povoljnijim slučajevima ubrzo dolaze do izražaja nesvjesni konflikti iz djetinjstva koji su u pozadini. Na primjer, pacijent donosi neki realni sadržaj, međutim, analitičaru dodjeljuje jednu ulogu, što u analitičaru izaziva „iritaciju“, koja se doživljava kao nešto strano. Percepcija te iritacije, kao i prijenosnog odnosa, u analitičaru djeluju kao početak dijagnostičkog procesa koji onda pokušava povezati aktualni konflikt, prijenos i konflikt iz djetinjstva. U povoljnijim slučajevima, može se dogoditi da se u prvom intervjuu dođe do prve interpretacije ovih povezanosti, tako da se može prekinuti ego-sintona percepcija konflikata, te pretpostavi slutnja na dinamiku koja stoji iza toga.

Jedan primjer **iritacije terapeuta** pri početnoj psihoanalitičkoj terapiji, koja je započela stacionarnim liječenjem: 14-godišnja adolescentica s teškim i rezistentnim oblikom anoreksije nervoze i teškom pothranjenosti tijekom stacionarnog liječenja ambivalentno sudjeluje u liječenju, s visokim konfliktom kontrole moći (analni konflikt), održavajući tijekom tri tjedna stacionarnog liječenja istu tjelesnu masu kao i pri dolasku na odjel. Nekoliko dana prije odlaska s odjela inzistira na otpustu te, kada joj se ipak to udovoljava, postaje raspoložena. Zadnji dan prije odlaska s odjela oblači vrlo uske traperice na viziti, koje nije nikada oblačila tijekom stacionarnog liječenja, tako da joj se ocrtavaju noge kao u kostura, uz blaženi osmijeh na

licu. Terapeut kao da dobiva poruku da je ona ipak pobijedila (narcistički trijumf pobjede i moći), da provedena terapija nije niti imala smisla, jer odlazi u istom stanju kao i pri dolasku na odjel, odnosno to se tumači kao njezina nesvjesna potreba da se terapeut osjeća nemoćno. Podrazumijeva se u ovom slučaju da terapeut nije nikako verbalno komentirao ovo vanjsko ponašanje, odnosno odijevanje pacijentice. Relativno je to u suprotnosti s bogatim verbalnim i emocionalnim depresivnim i anksioznim sadržajima u individualnoj prijenosnoj terapiji koje je imala tijekom stacionarnog liječenja. Terapeut promišlja (intrapsihički) o tome kakve je doživljaje nemoći (zapravo projekcija nemoći pacijentice u terapeuta) u svojem djetinjstvu imala ova pacijentica i planira svoje daljnje interpretacije imati u tom smjeru.

Svrha analitičke terapije jest kompletiranje ili dopuna scene s potisnutim ili desimbolizirajućim dijelovima. Rekonstrukcija scena (Lorenzer 2000) jedan je od najvažnijih čimbenika terapijskog procesa. Argyler (1970) govori o trima razinama: objektivnoj, subjektivnoj i scenskoj. Interpretacija treba po mogućnosti sadržavati sva ova tri dijela.

Vratimo se opet na primjer iz prethodnog teksta o ocu (Raue 2009): otac verbaliziranjem inscenira u terapeutu jednu osobu, koji sam daje sliku dječaka koji stalno treba biti u središtu pažnje, koji je iznutra prisiljen provoditi svoju volju, koji ne može izdržati ako bi popustio i koji ima velik strah da će zatajiti ili da neće biti dobro percipiran.

20.2.3. Zaključak o scenskom razumijevanju

Kluewer (1983) u sličnom tonu govori o **dijalogu radnji**, o agiranju, te o sudjelovanju u agiranju. Riječ je o sudjelovanju terapeuta u agiranju pacijenta. Pacijent ima tendenciju staviti terapeuta u njemu komplementarnu ulogu. Kluewer (1983) smatra ovo nečim potrebnim u terapiji, odnosno da agiranje nema negativnu konotaciju. Agiranje se tako definira kao vrijedan, pun značenja, dio analitičkog rada. Ono može biti još intenzivnije kasnije u terapiji, kada će terapeut često biti u ulozi „onoga koji ne zna“, dok se ne dođe do razumijevanja nesvjesnog. Scensko razumijevanje mora biti stalno dopunjivano daljnjim podacima i informacijama. Dakle, scensko razumijevanje označuje obuhvaćanje i interpretaciju nesvjesnih sadržaja značenja u pacijentu, kroz interakciju u formi scenskog prikazivanja, u kojima se zapravo izražavaju nesvjesni kon-

flikti, motivi, simptomi i iskustva iz jednoga životnog konteksta, odnosno može dati sliku kako se razvija jedan psihički poremećaj.

20.3. Strukturirana psihodinamska dijagnostika

U svijetu postoji niz strukturiranih psihodinamskih pokušaja dijagnosticiranja osoba i obitelji, ali relativno malo u području dječje i adolescentne psihijatrije. Početci ovih pokušaja već se nalaze kod Anne Freud (1965), koja je svojim „razvojnim linijama” pokušala dati moguću „strukturiranu” procjenu.

20.4. Operacionalizirana psihodinamska dijagnoza

Ovdje ćemo se u tekstu oslanjati na operacionaliziranu psihodinamsku dijagnozu djece i adolescenata, kakvu su razvili njemački autori (Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016). Općenito gledano, unatoč mogućnosti strukturiranog i operacionaliziranog pristupa, u tekstu su navedene osnove ovog pristupa, jer nam mogu pomoći u svakodnevnoj (nestrukturiranoj) praksi. Namjena je ovog teksta približe definiranje termina, a koje su grupe stručnjaka u svijetu (u Njemačkoj) razvijali godinama, međutim, uz važnu napomenu da je uobičajeno za dijagnostičare potreban poseban dodatni strukturirani trening.

20.4.1. Ciljevi, razvojni koncepti i dobna raspodjela

Svrha je ove dijagnostike složena procjena subjektivnosti djece i adolescenata, razumijevajući simptome u razvojnom kontekstu i pokušaj davanja psihoanalitičkog (i hermeneutičkog) značenja. Svakako treba navesti da je takva procjena samo orijentacijska, i nikako nije apsolutna mjera procjene, te ne mora nužno nositi sa sobom potpunu jasnoću. Primjenjuje se dijagnostička procjena uzimanjem anamnestičkih podataka unutar određenog okvira (*setting*), kao i promatranjem različitih razina: igra, promatranje, razgovor, scensko razumijevanje (npr. razumijevanje neverbalne komunikacije). Procjena uzima u obzir dijete/adolescenta, kao i „osobe bliske djetetu”, naime, najčešće se procjenjuju dodatno roditelji i obiteljski kontekst. Procjena razlikuje sljedeće osi: **1. os interakcije (relacijski i interpersonalni aspekti); 2. psihička**

struktura; 3. psihički konflikt, te 4. preduvjeti za liječenje.

Razvojni koncepti koji stoje u teorijskoj pozadini ove procjene jesu **interakcionistički model** (Oerter 1995), **koncept „razvojnih linija”** koji je primarno kreirala Anna Freud (1965), **koncept „razvojnih zadaća”** (Havighurst 1972); **razvojno-psihopatološki model** (v. posebno poglavlje 10), koji uključuje u sebi, među ostalima, i koncepte deklarativnog i nedeklarativnog pamćenja, koncepte mentaliziranja, koncepte privrženosti i druge koncepte.

Dobno gledano, ova procjena nije namijenjena pacijentima dobi od 0 do 2 godine, međutim, moguće je neke principe primijeniti i u toj dobi. **Podjela prema dobi** te procjene provodi se na sljedeći način: 1. dob od 3 do 5 godina; 2. dob od 6 do 12 godina te 3. dob od 13 do 18 godina.

U procjeni je naglašena važnost razvojnog **konteksta**, koja može pokazivati manjkavosti, ali i „snage” i „sposobnosti”. Jedan od važnih konteksta jest **obitelj**, sa svojim kapacitetima i potrebom za sigurnošću (*secure basis*), potrebe za samoregulacijom funkcija, a važnost je u roditeljskim stilovima koji mogu biti autoritarni, ali istodobno i prihvaćajući i jasno strukturirajući, koji posljedično djeci daju poticaj za razvoj emocionalnih i socijalnih kompetencija, kao i vlastite individualnosti (Baumrind 1991). Sljedeći kontekst jesu **vrtić i škola**, koji mogu pružati daljnji poticaj za „**otpornost**” (*resilience*), socijalizaciju, realističnu samoprocjenu, za sposobnost samoregulacije i aktivne „**coping**“ vještine i mehanizme obrane. Sljedeći kontekst jest **igra i osmišljavanje slobodnog vremena**. Ovdje su važne uloge abreakcija, uživanje, te učenje novih vještina, kao i rekapitulacija (Oeter i Montada 2008). Sadržaji igre mogu biti igre moći, kontrole, želja za autonomijom i separacijom te postavljanje granica. Sljedeći kontekst mogu biti **vršnjaci (peers), prijateljstva i romantični partneri**. Vršnjaci bitno učvršćuju socijalni identitet, dok prijateljstva učvršćuju socijalno pripadanje. Romantična partnerstva (hodanje u vezi) važna su jer se učvršćuje partnerska veza s vršnjacima koja služi različitim emocionalnim, seksualnim i socijalizacijskim funkcijama. Sljedeći kontekst jest **odnos prema vlastitom tijelu, odnos prema tjelesnim bolestima, kao i rodna uloga**. Konačni, zadnji kontekst jest **socijalna povezanost, utjecaj šire kulture, kao i utjecaj eventualnih migracija**.

20.4.2. Procjena podataka i intervju

20.4.2.1. Procjena podataka

Procjena podataka provodi se tijekom interakcije dijagnostičara s djetetom/adolescentom, kao i s njegovim roditeljima. Procjena dobivenih podataka zahtijeva određeni okvir (*setting*), kao što je prikladna soba, uz poštovanje vremena potrebnog za procjenu te uz različita pomagala kao što su prikladne igračke, ili neki drugi prikladni materijali (crteži), uz verbalizaciju i „pričanje priča”, eventualno neke projektivne materijale, kao i uz opservaciju ponašanja. Korisna je procjena interakcije, procjena slobodne igre, igrajući sadržaji kod projektivnih testova (*sceno test*) te heteroanamnestički podatci.

20.4.2.2. Intervju

Čini se odlučujućim praćenje unutarnje **rezonancije (protuprijenosa, kontratransfera)** dijagnostičara, kao i vodeći afekt djeteta/adolescenta. Tijek intervjuja može se kretati od psihodinamskog pola (os odnosa i konflikta) pa sve do eksplorativnog (deskriptivnog) pristupa (os strukture i pretpostavke za liječenje). Faze intervjuja mogu se podijeliti na više pojedinih cjelina. Faza „**početne scene**” uključuje (pretpostavke za liječenje, os odnosa, os strukture, os konflikta). Primjer je upoznavanje s djetetom u smislu „Znaš li tko sam ja?” ili u smislu „Znam da ti je teško govoriti o svojim problemima”. Faza **otvaranja** uključuje procjenu pretpostavke za liječenje, pritisak patnje, hipoteze o bolesti, motivaciju za promjenu, specifične motivacije za liječenje, te s obzirom na intrapsihičke snage (resurse). Faza **produblivanja** uključuje procjenu stvaranje hipoteza, fokusiranje na teme, konfrontacija s temama, probatorne interpretacije, odnosi prema vršnjacima, obiteljski resursi, uporaba psihosocijalnih sustava potpore, os ideniteta, os strukture i os konflikta, pretpostavke za liječenje, os odnosa, os strukture (interpersonalitet i privrženost). Konačno slijede **završna faza** intervjuja i opraštanje, kada se također završno procjenjuje odnos, os konflikta, te pretpostavke za liječenje. U završnoj fazi intervjuja može se primjerice reći nešto u smislu „Hvala što si podijelio samnom svoj problem, premda ti je to bilo teško”, „Mislim da je važno ovo što si ti govorio” itd. Nakon intervjuja slijedi refleksija, i procjena. Konačno se primjenjuje pisana medicinska dokumentacija i formulacija dijagnoze.

20.4.3. Pojedine osi

20.4.3.1. Os interakcije (relacijski i interpersonalni aspekti)

20.4.3.1.1. Uvodni aspekti i teorijska pozadina

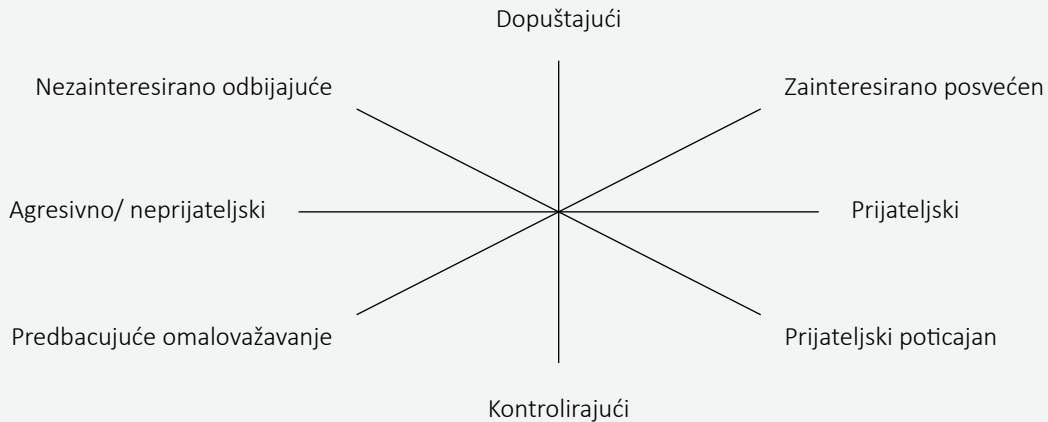
Povijesno je ovdje riječ o tzv. **prijenosnoj neurozi**, odnosno o manifestnom odnosu između djeteta/adolescenta i terapeuta. Dakle, pri operacionalizaciji te osi, ovdje se više odnosi na manifestno ponašanje, međutim ono nije samo „negativno” označeno nego i u “pozitivnom smislu”. Ta se os, među ostalim, temelji na instrumentu „**structural analysis of social behavior**” (Benjamin 1987; Benjamin 1993), koja uvažava **circumpleksni povratni model**. Dimenzije su označene u obliku kružnice, gdje postoje dvije ortogonalne i bipolarne dimenzije: kontrola (dominantan/ kontrolirajući vs. submisivan/pasivan) i afilijacija (prijateljski/zauzet vs. neprijateljski/distanciran). Dijagnostičar ima mogućnosti procjene različitih razina: dijete – ispitivač; dijete – otac; dijete – majka itd. Načelno, preferira se modul dijete – ispitivač. Moguće su dijadne veze, međutim, nisu isključene ni trijadne i polidijadne veze.

Važno je uočiti da je glavna premisa da interpersonalne relacije imaju i svoje intrapsihičke reprezentacije. Nadalje, nalazi se važnost dijadnih odnosa, ali i trijadnih. Svijest o sebi (subjektivni self) nalazi se, prema Danielu Sternu (1985), između 6 i 18 mjeseca. Usporedo sa svijesti o sebi nalazi se i različitost vlastitih osjećaja koje ovise od osjećaja drugih. **Circumpleksni model** uključuje, s jedne strane, **tranzitivnu razinu**, odnosno komunikaciju koja se odnosi na usmjerenost pacijenta prema dijagnostičaru (**na objekt usmjeren**) (npr. pacijent se ponaša prema...). S druge strane, uključuje intranzitivnu razinu, odnosno komunikaciju koja je pacijentova **specifična reakcija** na ispitivača (**subjektivno usmjeren**).

Izvori informiranja. Kao što je prije bilo rečeno, riječ je o promatranoj, aktualnoj i neposrednoj interakciji djeteta/adolescenta i njihovih roditelja, kao i s obzirom na ispitivača. Dodatno se iskorištavaju doživljaji i reakcije, odnosno rezonancija ispitivača. Ovisno o dobi, sama djeca mogu navoditi vlastita viđenja relacije i „priče”, a to se odnosi i na roditelje. Konačno, može se primjenjivati procjena interakcije u odnosu prema simboličkim figurama (npr. iz projektivnih testova, crteža i drugih metoda). Dakle, izvore infor-

Slika 20.1**Os interakcije: čestice dijade na objekt usmjeren.**

Modificirano prema Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016;



miranje načelno čine **tri vrste izvora**: 1. promatranje aktualne interakcije; 2. anamnestički podatci o interakciji te 3. odnos prema simboličkim figurama; i oni se navode kao izvori kod svih dolje navedenih skala (v. poslije). Zanimljivost ove procjene je da se ne određuju samo „disfunkcionalni” načini već i „pozitivni” načini interakcije, što je novina u dijagnostičkom promatranju, koja se ne temelji samo na psihopatologiji već i na pozitivnim snagama (resursima).

20.4.3.1.2. Manualizacija osi interakcije

20.4.3.1.2.1. Uvodni aspekti

Načelno, dijade mogu biti različitih kombinacija npr. dijete – majka; majka – dijete; dijete – ispitivač itd. Dakle, može se procjenjivati i roditelj kao odrasla osoba u odnosu prema djetetu.

20.4.3.1.2.2. Dijade

20.4.3.1.2.2.1. Dijade – na objekt usmjeren

Postoje ortogonalno i bipolarno, s jedne strane, **dopuštajući vs. kontrolirajući**, kao i **prijateljstvo vs. neprijateljstvo**. U ovoj kružnoj situaciji nalazi se ukupno osam čestica, koje se ocjenjuju putem pet dimenzija od 0 (ne postoji) do 4 (vrlo često/vrlo jako prisutno). Osam čestica jesu: dopuštajući; zainteresirano posvećen; prijateljska interakcija, prijateljski poticajan, kontrolirajući, predbacujuće omalovažavanje,

agresivno/neprijateljski; nezainteresirano odbijajuće. Primjer „predbacujućeg omalovažavanja” jest kada je školsko dijete tijekom intervjua stalno zlovoljno i pita zašto ispitivač pita tako „bedasta” pitanja jer to su zapravo „sve gluposti”.

Na **slici 20.1.** prikazan je primjer osi interakcije na objekt usmjeren.

20.4.3.1.2.2.2. Dijade – subjektivno usmjeren

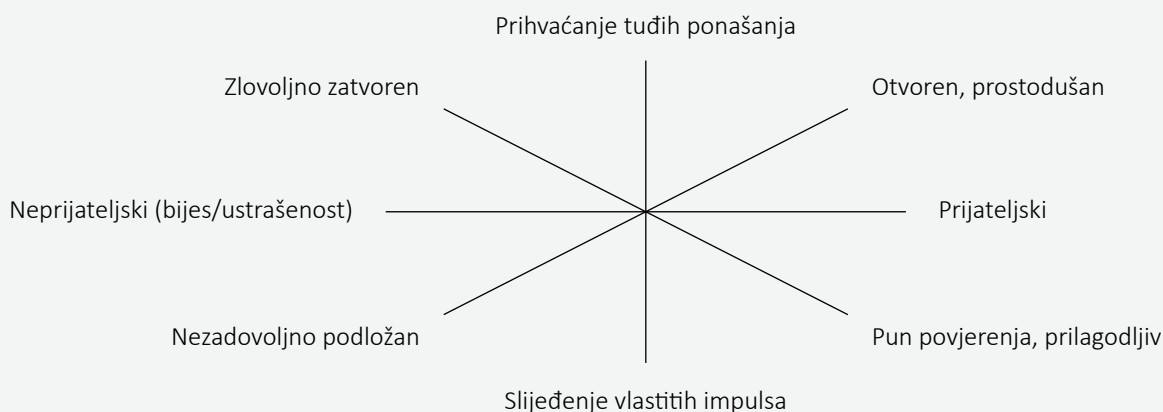
Slično onome što je prethodno rečeno, postoje ortogonalno i bipolarno, s jedne strane, **slijeđenje vlastitih impulsa ponašanja vs. prihvaćanje tuđih impulsa ponašanja**, kao i s druge strane **prijateljstvo vs. neprijateljstvo /bijes/ustrašenost**. U ovoj kružnoj situaciji nalazi se ukupno osam čestica, koji se ocjenjuju putem pet dimenzija od 0 (ne postoji) do 4 (vrlo često / vrlo jako prisutno).

Osam čestica jesu: prihvaćanje tuđih impulsa ponašanja, otvoren i prostodušan; prijateljski u kontaktu; pun povjerenja i prilagodljiv; slijeđenje vlastitih impulsa ponašanja; nezadovoljno podložan; bijesan/ustrašen u kontaktu; zlovoljno zatvoren. Primjer prijateljskog u kontaktu bio bi kada dijete „zrači” svojim licem na poticaj roditelja da sagrade dvorac od kocica.

Na **slici 20.2.** prikazan je primjer osi interakcije na subjekt usmjeren.

Slika 20.2.**Os interakcije: čestice dijade – na subjekt usmjeren**

Modificirano prema Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016.

**20.4.3.1.2.3. Rezonancija****20.4.3.1.2.3.1. Rezonancija ispitivača
– objektivno usmjeren**

Kao kod dijada – objektivno usmjeren, ovdje postoji osam sličnih čestica s pet mogućnosti odgovora. Procjenjuje se vlastiti doživljaj ispitivača u odnosu prema pacijentu. Primjer rezonancije ispitivača označenog kao „zainteresirano posvećenog” bio bi kada u ispiti-vaču postoji želja za razumijevanjem prema drugome, odnosno zanimaju ga različiti detalji u djeteta.

**20.4.3.1.2.3.2. Rezonancija ispitivača
– subjektivno usmjeren**

Kao kod dijada – subjektivno usmjeren, ovdje postoje osam sličnih čestica s pet mogućnosti odgo- vora. Procjenjuje se vlastiti doživljaj ispitivača u odnosu prema pacijentu. Primjer „nezadovoljstva i pod pritiskom” bio bi kada ispitivač ima stalno osjećaj da se treba opravdavati, ali istodobno osjeća negativne afekte, kao što su dvojbe; ili kada ispitivač nije zadovo- ljan tijekom seanse s pacijentom.

**20.4.3.1.2.4. Odnos pacijenta prema sebi
(samorefleksivnost)**

Ovdje se procjenjuje osam čestica kao mjera odnosa pacijenta prema sebi, ocijenjeno prema pet stupnjeva, odnosno **intrapsihička situacija**, za razliku od prije navedenoga, gdje se procjenjuje interakcija. U ovom slučaju potrebno je navesti promatrano ponašanje, ali

nikako hipoteze kao što bi npr. bili (obrambeni) nagon- ski impulsi. To su sljedeće čestice: slobodan i bezbri- žan; zadovoljan sobom; uživajući; zabrinut za sebe; sebe kontrolira; sebi predbacujući; sam sebe muči; zapušta sebe. Primjer sebe kontrolirajućeg bio bi kada se dijete/adolescent vrlo kontrolira te jako pazi na to da se mora pridržavati pravila i normi te da čini samo ono što je ispravno.

20.4.3.1.2.5. Trijade

Ovdje se procjenjuju trijade (npr. dijete – majka – otac) ili se mogu primijeniti drugi primjeri. Horizon- talna os jest **afilijacija (prijateljsko/neprijateljsko)**, dok su na okomitoj osi **fleksibilnost vs. rigidnost**. Osam je čestica: postoje primjerene izmjene odnosa u trijadi; potrebe svih se poštuju, odnosno treći je zainte- resiran za ostalo dvoje; postoje ritmično izmjenjujući prijateljski i živahni dijalozi unutar trijade; postoji zainteresiranost trećeg za ostalo dvoje i sudjeluje u međusobnoj izmjeni; odnosi su u trijadi rigidni i odr- žavaju se uz napore; treći se sam isključuje ili ga drugi isključuju; treći je s agresivnim afektom isključen ili se sam isključuje; svojevljno i neobuzdano jedan je isključen ili se sam isključuje. Primjer oznake „odnosi su u trijadi rigidni i održavaju se uz napore” jest kada postoji rigidni i opsesivni interakcijski stil, uz manjak emocionalnosti unutar trijade.

20.4.3.1.3. Zaključni aspekti i klinička primjena osi interakcije

S obzirom na to da postoji velik broj mogućnosti dijada i trijada, preporuka je da se kao minimalni standard za kliničku dijagnostiku primjenjuje procjena dijete – majka i dijete – otac, kao i majka – dijete i otac – dijete; uz procjenu trijade dijete – majka – otac. Ovomu se može pridodati rezonancija ispitivača prema djetetu, prema ocu, prema majci te prema obitelji kao cjelini. Nadalje, može se primijeniti samorefleksivnost djeteta, oca i majke. Nakon ovoga, osnovnog modula eventualno se mogu uključiti i druge bliske osobe (bake, djedovi, braća/sestre), ali i drugi članovi stručnog tima (npr. medicinske sestre), kao i eventualni supervizor ispitivača (npr. procjena dijade dijete – ispitivač).

Klinička primjena osi interakcije može se primijeniti pri procjeni obiteljske interakcije, kod kliničke dijagnostike disfunkcionalnih stilova interakcije, te kao instrument procjene tijekom terapije. Primjerice dijete na početku terapije pokazuje domenu „bijesan/ustrašen u kontaktu”, dok od strane rezonancije terapeuta dominiraju osjećaji „negativnih afekata”. Tijekom vremena se, međutim, ova subjektivna usmjerenost (u dijadi dijete – terapeut, te u rezonanciji terapeut – dijete) mijenja u različitim skalama, a dominantno u smjeru „prijateljstva u kontaktima”. Posebno os interakcije može biti korisna u stacionarnome psihoterapijskom okviru (settingu), kada sudjeluju različiti članovi multidisciplinarnog tima sa svojim rezonancijama. U zajedničkim se timskim sastancima prorađuje os rezonancije svakoga pojedinog člana tima, te se dobiva razumijevanje interakcije, odnosno podležećih konflikata i strukture ličnosti (v. poslije u tekstu), što će imati praktične posljedice na primijenjenu terapiju.

20.4.3.2. Os konflikta

20.4.3.2.1. Uvodni aspekti i teorijska pozadina

Intrapsihički konflikti definiraju se kao nesvjesni intrapsihički sukobi suprotstavljenih afekata, motivacija, težnji ili tendencija ponašanja. Govorimo o konfliktima kada oni ometaju funkcioniranje djeteta/adolescenta. Pretpostavka manifestacije konflikata jesu održana psihička struktura, kada se nalazi razlikovanje predodžbi o sebi i objektima (v. poslije), odnosno kada postoji intermedijarni prostor u kojemu su mogući fantaziranje, simbolizacija i igranje.

Tablica 20.2.

Psihički konflikti.

Modificirano prema Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016; Ermann 2007.

Blizina vs. distanca (individuacija, privrženost)

Submisivnost vs. kontrola (autonomija)

Samozbrinjavanje vs. biti zbrinut od drugih

Konflikt samopoštovanja

Konflikt krivnje

Edipski konflikt

Konflikt identiteta

OPD-KJ-2 (2016) klasifikacija navodi sedam različitih konflikata (tabl. 20.2).

Svaki od navedenih sedam konflikata ima svoj **pasivan i aktivan modus**. Aktivan modus predočuje kontrafobičnu obranu i reaktivnu formaciju, dok kod pasivnog modusa dominira regresija. Prvi je **blizina vs. distanca**, kada dominira potreba za **privrženosti**. Drugi konflikt jest **submisivnost vs. kontrola**, kada dominiraju interpersonalni osjećaji iz analne faze razvoja: ljutnja, bijes i strah (njem. *Furcht*), dok nakon procesa internalizacije prevladavaju složeniji osjećaji kao što su sram, krivnja i anksioznost (njem. *Angst*). Treći konflikt jest **samozbrinjavanje vs. biti zbrinut od drugih**, tipično dominira afekt nezadovoljstva, osjećaj želje da se želi više, osjećaj da nije dovoljno dobiveno; ili strah da se briga izgubi ili pak depresivni osjećaji kod prekomjerne napetosti. Protuprijenosno se može manifestirati u ljutnji zbog „prijanjajuće ljepljivosti”. Četvrti konflikt jest **konflikt samopoštovanja**, kada prevladava tipično narcističan bijes, ili izraženi sram. Kod konflikta samopoštovanja više je riječ o suprotnostima „jakoga” vs. „slaboga”, odnosno „maloga” s obzirom na „veliko”. Peti konflikt jest **konflikt krivnje**, kada u **pasivnom modusu** postoje vrlo izraženi osjećaji krivnje ili se pak u aktivnom modusu pridaju drugima osjećaji krivnje i odgovornosti. Vodeći je afekt osjećaj krivnje, sa suprotnostima „dobar” i „loš”. Šesti konflikt jest **edipski konflikt**, kada prevladava trijadni konflikt, ali on može biti prisutan i vrlo rano (već u prvoj godini života). U aktivnom se modusu nalazi jako naglašavanje edipskih tema, dok se u pasivnom modusu takve teme izbjegavaju. Vodeći je afekt erotizacija ili pak jaka neutralnost. Konačno, sedmi konflikt bio bi **konflikt identiteta**, koji se teme-

lji na stalnim identifikacijama i integracijičnosti. Identitet se može definirati kao cjelovitost unutarnjih slika sebe, i sastavljen je od niza diferentnih i pokatkad proturječnih, pozitivnih i negativnih aspekata sebe. Identitet daje osjećaj kontinuiteta i koherencije. U aktivnom modusu mogu biti prisutne naglašene promjenjive identifikacije, dok se u pasivnom modusu nalaze manjak orijentacije i ustrašena zbunjenost. Konflikt identiteta podrazumijeva dovoljno održanu strukturu, za razliku od **difuzije identiteta**, gdje se nalazi problem osi strukture (v. poslije).

Intrapsihičke konflikte treba razlikovati od **težih životnih stresora i traumi**, kao i od **uobičajenih (vanjskih) svakodnevnih teškoća** (također to netko naziva konfliktima, tako da može nastati terminološka zbrka). Konflikti se prema značajnosti mogu stupnjivati na četiri mogućnosti: od vrlo značajnih, umjereno značajnih, malo značajnih do toga da nisu prisutni.

20.4.3.2.2. Manualizacija osi konflikta

- **Svi konflikti** u različitoj dobi mogu biti različito manifestirani, mogu biti u pasivnom i aktivnom modusu, a mogu se manifestirati u različitim kontekstima: u obitelji, prema vršnjacima, vrtiću/školi, kao i u odnosu prema svojem tijelu/bolesti.

- Konflikt **blizina vs. distanca**: u pasivnom su modusu tipične regresije te strahovi zbog moguće separacije, dok je u aktivnom modusu prisutna distanca prema drugima, odnosno strah od blizine prema drugima.

- Konflikt **submisivnost vs. kontrola**: u pasivnom je modusu tipična submisivnost uz različite strahove, dok je u aktivnom modusu prisutna potreba za dominacijom, protestom, te potreba za moći.

- Konflikt **samozbrinjavanje vs. biti zbrinut od drugih**: u pasivnom je modusu tipična želja da osoba stalno bude zbrinuta, parazitsko ponašanje, može biti prisutna zavist, rivalitet, zahtjevnost. U aktivnom modusu prisutna je potreba za samozbrinjavanjem, mogu se pokazivati asketske i prenaplašeno altruistične crte.

- Konflikt **samopoštovanja**: u pasivnom su modusu tipični narcistička nesigurnost, strahovi, sram, strah da će biti odbačeni, lako se stavljaju u ulogu bolesnika (žrtveni jarac), osjećaju se kao „crna ovca”, stalno se uspoređuju s drugima uz zavist, mogu biti prisutne somatizacije. U aktivnom modusu mogu biti prisutni grandiozni self, delinkventno ponašanje, smatraju da

imaju poseban status, povremeno može biti prisutan narcistički bijes, izljevi bijesa, usporedba s drugima, „karizmatični status”, pripadnost ekstremnim grupama i bandama, fiksiranost na tijelo.

- Konflikt **krivnje**: u pasivnom su modusu tipični osjećaji krivnje, mazohističke tendencije, samokažnjavajuće tendencije, pretjerivanje u žrtvovanju, „parentifikacija”, stavljanje u ulogu žrtvenog jarca, može biti prisutna krivnja zbog autonomije te posljedični lošiji uspjeh u školi. U aktivnom modusu mogu biti kritični i predbacujući prema drugima, pridajući drugima krivnju, omalovažavajući druge, prisutan je bijes prema drugima, cinično držanje, bolest se može shvatiti kao loša namjera od drugih itd.

- **Edipski konflikt**: u pasivnom su modusu tipični seksualno i rodno neutralne teme, seksualna neatraktivnost (**sivi miš**), manjak seksualne znatiželje, uz manjak bilo kakvog rivaliteta. U aktivnom modusu može biti prisutna pretjerano naglašena seksualnost (macho tip ili princeza), zaokupljenost ljubavnim i seksualnim vezama u razredu, stalna zaokupljenost vlastitim spolnim organima i spolnim obilježjima, česta preokupacija seksualnim igricama, stalno rivaliziranje s drugima, pretjerana (ekscesivna) onanija itd.

- **Konflikt identiteta**: u pasivnom modusu postoji tipično manjak identifikacija, mogu biti bez interesa, ravnodušni, pretjerano prilagođeni, bez ikakve orijentacije, prateći afekti su strahovi, zbunjenost, dezorijentiranost, nema potrebe za probatornim identifikacijama, bez inicijative, bez spontanosti, bez fantazije, izbjegavanje kontakata s vršnjacima, ne mogu sebe definirati, nemaju neposrednih planova za budućnost ili izbor škole/zanimanja. U aktivnom modusu može postojati stalno mijenjanje identifikacija (**kameleon**), stalno mijenjaju svoje „idole”, zamjena vlastite obitelji i roditelja za idealizirane (**fantazam obiteljskog romana**), uz nemir i napetost, pripadanje pojedinim grupama (emo, gotika), sklonost mijenjanju ideologija, sklonost fanatizmu itd.

- Kod završne procjene konflikata potrebno je fokusirati se na dominantni konflikt u djeteta/adolescenta.

20.4.3.2.3. Zaključni aspekti i klinička primjena osi konflikta

Moglo bi se reći da su intrapsihički konflikti prema definiciji **razvojni zastoji**. Nadalje, konflikti su vrlo povezani s osi strukture (v. poslije), kao i s drugim osima. Primjerice kod deficitarne strukture gotovo nije

Tablica 20.3.
Os strukture.

Modificirano prema Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016

Regulacija	<ul style="list-style-type: none"> - regulacija impulsa - tolerancija afekata (posebno negativnih) - regulacijske instancije (razvoj savjesti) - regulacija samopoštovanja
Identitet	<ul style="list-style-type: none"> - koherencija - doživljaj sebe - razlikovanje selfa od objekta - doživljavanje objekata - pripadnost
Interpersonalnost	<ul style="list-style-type: none"> - mogućnost fantaziranja (unutarnji afektivni prostor) - emocionalni kontakt prema drugima - reciprocitet - doživljaj vlastitih afekata - empatija - sposobnost da se separira od drugih
Privrženost	<ul style="list-style-type: none"> - pristup reprezentacijama privrženosti (internalizacije) - sigurna unutarnja baza - sposobnost da se bude sam - korištenje privrženosti u relacijama

moguće identificirati konflikt. Načelno su konflikti povezani s konfliktima u roditelja te bi se onda moglo reći da je riječ o transgeneracijskom prijenosu.

Konflikti se u načelu procjenjuju iz različitih izvora podataka, slično kao i kod osi interakcije: 1. intervjuom; 2. promatranjem ponašanja; 3. heteroanamnestički od roditelja te 4. scenskim prikazivanjem.

Klinička primjena osi konflikta se može uspješno iskoristiti u dijagnostici i terapiji. Kod početnih intervjua moguća su različita eksplorativna pitanja, kao i opservacija ponašanja i rezonancije terapeuta. Tijekom terapije moguća je promjena pojedinih „nižih” konflikata „razvijenijim” konfliktima.

20.4.3.3. Os strukture

20.4.3.3.1. Uvodni aspekti i teorijska pozadina

Koncept psihičke strukture integrira koncepte self-psihologije, kao i teorije objektnih odnosa, putem

iskustava interakcije. Međutim, taj koncept strukture također je kompatibilan s drugim istraživanjima (npr. dojenčadi, emocija itd.). Ovamo je uključen i intermedijarni prostor u kojem je moguće fantaziranje. **Psihička struktura** može se definirati kao rezultat bidirekcionalnog međudjelovanja prirodnih osobina kao i interakcijskih iskustava. Os strukture također se dobno razlikuje slično drugim osima.

OPD-KJ-2 (2016) klasifikacija razlikuje četiri stupnja koncepta pojedinih skala psihičke strukture, 1. dobro integrirane, 2. umjereno integrirane, 3. malo integrirane do 4. dezintegriranosti. Postoje četiri dimenzije koncepta psihičke strukture (tabl. 20.3.).

Prvo je **regulacija**, koja uključuje regulaciju impulsa, toleranciju afekata (posebno negativnih), regulacijske instancije (razvoj savjesti) te regulaciju samopoštovanja. Druga dimenzija jest **identitet**, koji obuhvaća koherenciju, doživljaj sebe, razlikovanje selfa od objekta, doživljavanje objekata te pripadnost. Treća je dimenzija **interpersonalnost** koja obuhvaća mogućnost fantaziranja (unutarnji afektivni prostor), emocionalni kontakt prema drugima, reciprocitet, doživljaj vlastitih afekata, empatiju te sposobnost da se separira od drugih. Četvrta dimenzija jest **privrženost**, koja obuhvaća pristup reprezentacijama privrženosti (internalizacije), sigurnu unutarnju bazu, sposobnost da se bude sam te korištenje privrženosti u relacijama.

20.4.3.3.2. Manualizacija osi strukture

Ovdje je potrebno uzeti u obzir disfunkcionalne, ali i funkcionalne sposobnosti. Izvori su procjene slični kao i kod drugih osi: 1. interakcija; 2. anamneza; 3. igra i simbolizacija.

20.4.3.3.2.1. Os regulacije

- **Regulacija impulsa:** primjeri dobre integracije jesu kada dijete može iskazati svoje osjećaje te ih može regulirati. Postoji dobra tolerancija na frustracije. Može izbjegavati ekstreme kao što su prekomjerna regulacija (rigidno ponašanje) i premala regulacija (proboj impulsa). Primjer dezintegracije jest kada dijete ne može imenovati svoje osjećaje niti ih regulirati. Primjerice agresivni impulsi ili destruktivna mržnja pojavljuju se bez cilja, bez smjera i vrlo žestoko.

- **Tolerancija afekata (posebno negativnih):** primjer dobre integracije bio bi kada dijete može izdržati afekte straha, bijesa ili žalosti u određenom intenzitetu. Može prihvatiti ambivalenciju afekata. Primjer pak

dezintegracije bio bi kada dijete ne može izdržati svoje negativne afekte i oni izbijaju iznenadno i većinom bez odnosa s besciljnim ponašanjem. Osjećaji su nediferencirani kao intenzivan nemir ili stupor.

- **Regulacijske instancije (razvoj savjesti):** primjer dobre integracije jest kada dijete dobro razlikuje dopušteno od zabranjenog. Postoji opća namjera pridržavanja normi i zabrana. Nepridržavanje normi uzrokuje neugodne osjećaje i pokušaj ispravljanja. Također je spreman na kompromise. Primjer dezintegriranosti jest kada dijete slijedi samo vlastite potrebe, ne uzimajući u obzir druge osobe. Reagira svojevolumino i neočekivano, do razine psihotičnosti. Ili pak postoji rigidno pridržavanje tuđih zabrana.

- **Regulacija samopoštovanja (narcizma):** primjer dobre integracije jest kada dijete nakon kritike ili pogrešaka ponovno opet uspostavlja ravnotežu i dobro osjećanje. Primjer dezintegracije jest kada dijete svoje samopoštovanje ne može samo regulirati, ali ni uz pomoć drugih osoba. Nema osjećaja sebe. U ponašanju se mogu zamijetiti „infantilnost” ili pak sumanuta doživljavanja i ponašanja. Može postojati grandioznost ili kronično nisko samopoštovanje, kao i poremećaj opažanja realnosti.

20.4.3.3.2.2. *Os identiteta*

- **Koherencija:** primjer dobre integracije bio bi kada se dijete vremenski postojano u različitim situacijama i stanjima osjećanja percipira kao cjelovita ličnost. Postoji cjelovitost u konkretnim situacijama, a moguće je to manifestirati i preko simbolizacija. Postoji odvojenost od drugih, ali bez osjećaja osamljenosti. Primjer dezintegracije bio bi kada ne postoji vremenski stabilna slika o sebi. Nema unutarnje slike o tome tko je on zapravo. Postoji **difuzija identiteta** (više u smislu E. Eriksona- vidi poglavlje 4 o razvoju).

- **Doživljaj sebe (afektivna komponenta):** primjer dobre integracije jest kada dijete sebe doživljava s vanjskim varijablama koje su autentične i razlikovne (odjeća, obilježja spola), kao i sa sposobnostima. Sigurno je u svojoj individualnosti i osjećaju identiteta. Dijete je sigurno u svoju rodnu ulogu. Veseli se pri svojim aktivnostima. Razlikuje osjećaj od manifestacije osjećaja. Može prihvatiti „kao da” situaciju i s tim u vezi moguć je humor ili laž. Primjer dezintegracije jest kada nije moguće sebe opisati, odnosno postoji konfuzija. Dijete nema granica sebe i nema svijesti o vlastitoj učinkovitosti. Osjećaji i izražaj osjećaja nisu autentični.

- **Razlikovanje selfa od objekta:** primjer je dobre integriranosti kada se dijete (npr. afekti, misli, impulsi) jasno može diferencirati od drugih osoba. Može predočiti da pri istim situacijama ima različite osjećaje. Dijete može razlikovati „moje” od „tvoje”. Može razlikovati različite (socijalne) uloge sebe od drugih. Kod dezintegriranosti postoji znatno oštećenje narcističke ravnoteže s konfuzijom, disocijacijama, izljevim afe-kata, gubitka realnosti i pomiješanost podrijetla impulsa, misli i potreba.

- **Doživljavanje objekata:** integracija je dobra kada dijete prepoznaje ispitivača kao vlastitu osobu, odnosno ispitivač je različit sugovornik. Objekti nisu samo dobri ili loši. Može se suprotstaviti stavovima drugih. Postoji stupnjevanje bliskosti prema drugima (prijatelj, poznanik, nepoznata osoba). Kod dezintegriranosti ne postoji percepcija cjelovitog objekta. Objekt se promatra ili kao dobar ili kao loš, u ovisnosti o tome zadovoljava li potrebe djeteta. Kontakt prema drugima ispunjen je kaotičnošću, napetošću, ili nema uopće interesa. Ima se dojam da nije niti važan onaj tko je sugovornik, naime, dominiraju vlastite potrebe.

- **Pripadnost:** primjer dobre integracije jest kada dijete osjeća pripadnost nekoj grupi (vrtić, škola). Dijete je pozivano na rođendane. Može imati „najbolje prijatelje”. Mogu postojati romantične veze. Dijete je svjesno svoje etničke grupe. Može prihvaćati bikulturalne identitete. Primjer dezintegriranosti jest kada dijete nema pripadnosti nekoj grupi. Nema pripadnosti svojoj etničkoj grupi. Može se priključiti radikalnim grupama a da se ne pita o sadržaju tih grupa.

20.4.3.3.2.3. *Os interpersonalnosti*

- **Mogućnost fantaziranja (unutarnji afektivni prostor):** primjer dobre integracije jest kada dijete može govoriti o svojem mentalnom svijetu, imenovati misli, osjećaje i fantazije, i daje jasno na znanje da ima vlastiti privatni prostor (npr. tijekom igre, ponašanjem ili verbalizacijama). Primjer dezintegriranosti jest kada dijete fragmente svoje fantazije ne može razlikovati od realnosti. Fantazijska je aktivnost konkretizirana, za dijete progonstvena, utječe na neposrednu satisfakciju i vodi do destruktivnih i bizarnih aktivnosti.

- **Emocionalno prihvaćanje kontakata prema drugima:** primjer dobre integracije jest kada dijete ima želju prema drugima, ali to je različito prema pojedinim osobama. Djetetove su potrebe razumljive, a

razumljiva je i usmjerenost na druge osobe. Primjer je dezintegriranosti ako je kontakt prema drugima praten velikom napetošću za pažnjom, a ne komunikativnim signalima (igra, jezik), naime, više postoji jaka želja za nestajanjem ili je ponašanje nerazumljivo. Emocije su ili rigidne ili impulzivne. Osoba se gubi u simbiozi ili u namjerama svoje autonomije. Postoje suprotnosti (opoziti) želja: „S tobom ne želim ništa imati” ili „Stavljam ti se potpuno na raspolaganje da me možeš spasiti”.

- **Reciprocitet:** primjer dobre integracije jest da postoji međusobna živahna interakcija (npr. putem igre ili različitim temama), a također se to odnosi na „teške teme”. Postoji osjećaj za „mi”. Primjer dezintegriranosti jest kada se u djeteta pojavljuju masivni opterećujući načini komunikacije ili nema osjećaja za „mi”. Nema mogućnosti da se provede „zajednička aktivnost”, a to je ometano kroz rascjep realnosti ili snažne emocije.

- **Doživljaj vlastitih afekata:** primjer je dobre integracije kada dijete dobro razumije vlastite osjećaje, kao i osjećaje drugih. Afekti se mogu prikladno regulirati, bilo pozitivni bilo negativni. Postoji dobro imenovanje vlastitih osjećaja. Primjer je dezintegriranosti kada postoje samo nediferencirani osjećaji napetosti ili se oni ne mogu svjesno percipirati. Manifestiraju se kao prijeteći, strani i prazni ili pak dolazi do snažnih autonomnih reakcija. Uobičajeno se pojavljuju žestoki impulsi ili neprijateljska distanciranja. Ponašanje nije ubrojivo ili razumljivo. Konfrontacije uzrokuju daljnje eskalacije. Dijete je „izvan sebe”.

- **Empatija:** primjer dobre integracije jest kada dijete može u različitim situacijama (npr. igra, govor), pokazati osjećaje prema objektima, kao što su zabrinutost, zahvalnost, razočaranja ili briga. Može pokazivati namjere koje su dobronamjerne ili utješne. Može prihvatiti emocije ili potrebe od drugih i time se voditi. Može razlikovati između aktualnog osjećaja i stalnih osjećaja drugih osoba. Može povezati stajališta drugih u odnosu prema sebi. Primjer dezintegriranosti jest kada dijete ne može osjećati empatiju prema drugima. Motivi, stajališta i potrebe ne mogu se razlikovati dolaze li od selfa ili od objekta.

- **Sposobnost da se separira od drugih:** primjer je dobre integracije kada dijete na separaciju reagira osjećajima neugode. Ipak, dijete osjeća određeno povjerenje da će separacija biti ograničena trajanja. Dijete može verbalizirati svoje osjećaje separacije. Primjer dezintegriranosti jest kada se dijete na separaciju

osjeća kao bez ikakve reakcije, ili pak postoje snažni, besciljni signali ekstremne potrebe. Dijete se osjeća ili „smrznuto” ili „panično”.

20.4.3.3.2.4. *Os privrženosti*

Pristup reprezentacijama privrženosti (internalizacije): primjer dobre integracije jest kada dijete može jasno izraziti negodovanje odvojenosti od skrbnika te kada može izraziti želju u odnosu prema blizini i sigurnosti. Dijete se potom pokušava samoregulirati. Postoji internalizacija objekata, kao i obrazaca odnosa. Dijete se koristi govorom da izrazi svoje potrebe pri aktiviranju privrženosti. Figure privrženosti razlikuju se od stranih osoba. U djece postoje unutarne slike o važnim osobama, koje mogu biti pozitivne. Primjer dezintegriranosti jest kada dijete reagira neposredno vrlo intenzivnim, djelomično paničnim strahovima. „Biti sam” jest prijeteće. Intrapsihički nema sposobnosti regulacije stresa privrženosti. Nema unutarnjih reprezentacija realnih objekata. Unutarne su slike destruktivne, oštećujuće, strane ili prijeteće. Postoji intenzivan strah od fuzije i od gubitka identiteta.

- **Sigurna unutarnja baza:** primjer je dobre organiziranosti kada dijete u stanjima samoće može samo sebe umiriti i utješiti se, sve dok ne dođu vanjske regulatorne pomoći (vanjskih objekata). Dijete nalazi balans između privrženosti i eksploracije. Primjer dezintegriranosti jest kada dijete pri aktiviranju privrženosti nema mogućnosti da bude samo. Pojavljuju se panične reakcije ili osjećaj razočaranja, bespomoćnosti i nemoći. Postoje samo „parcijalni objekti”.

- **Sposobnost da se bude sam:** primjer dobre integracije jest kada postoji simbolizacija različitih karaktera ili odnosa u njihovoj odsutnosti (npr. u igri). Dijete ima različite i diferencirane predodžbe o osobama i o obrascima odnosa, kojima onda može posljedično smanjiti stres privrženosti. Primjer dezintegracije jest kada dijete nema potpune unutarnje slike. Nema sposobnosti simbolizacije. Unutarnji su objekti prijeteći i progonstveni.

- **Korištenje privrženošću u relacijama:** primjer dobre integracije jest kada se dijete može koristiti skrbnicima te se mogu uz pomoć tih osoba primiriti i utješiti, te se nakon toga opet usmjeriti na eksploraciju. Razlikuju se pri tome koje osobe pružaju pomoć regulacije, primjerice naglašava se važnost bliskih osoba. Regulacija sustava privrženosti pojavljuje se kao interaktivna komunikacijska akcija s figurama privrženosti (važan je govor). Primjer dezintegriranosti jest kada se

smirivanje sustava privrženosti čini kao da je izraz iscrpljenosti, a ne putem regulacije. Dijete oscilira između očajanja kako biti samo i prijete koje doživljava prevelikom blizinom. Ne razlikuje bliske osobe od stranaca. Druge osobe ne mogu djetetu pomoći. Spas se nalazi samo u simbiozi.

20.4.3.3.2. **Zaključni aspekti te klinička i terapijska primjena osi strukture**

20.4.3.3.2.1. **Uvodni aspekti**

- Moglo bi se reći da os strukture označuje **težinu nekog poremećaja**. Nadalje, moglo bi se reći da je jedan precizni instrument planiranja i organizacije okvira liječenja. S obzirom na os strukture razlikuje se je li riječ o jednoj „konfliktnoj patologiji” ili o „razvojnoj (ili deficitarnoj) psihopatologiji”. Potrebno je procijeniti u kojoj mjeri postoji poremećaj pojedinih osi ili je riječ o „općem poremećaju svih osi”. O strukturnim oštećenjima, ovisit će i izbor liječenja, kao i primijenjeni okvir terapije. Primjerice, kod umjerene i dobro integrirane strukture preferiraju se terapije koje su orijentirane na psihički konflikt.

Načelno, postoji međusobna veza između središnje konfliktne teme i održane strukture. Naime, kod umjerene i dobro integrirane strukture očekuje se da budu prisutni konflikti npr. **samozbrinjavanje vs. biti zbri nut od drugih, submisivnost vs. kontrola ili edipski konflikt**. Kod niže strukturiranih do dezintegriranih strukturnih konstelacija dominiraju u načelu konflikti **blizina vs. distanca, konflikt samopoštovanja, konflikt krivnje, kao i konflikt identiteta**.

20.4.3.3.2.2. **Terapijsko planiranje i terapijski ciljevi kod niže strukturirane razine**

Načelno su usmjereni na liječenje poremećaja strukture, dok u sekundarnom koraku postoji orijentacija na konflikt ako se preveniraju napadi na okvir i međusobni odnos. Dakle, pri liječenju niže strukturirane razine u prvom su planu razvojno orijentirane poteškoće u samoreguliranju i kreiranju odnosa, jer su dominantni poremećaji samorefleksije, percepcije osjećaja i diferenciranje osjećaja, testiranje realnosti i sposobnost regulacije. Naime, kod ovih terapijskih ciljeva neće biti prioritetni nesvjesni konflikti, želje i njihove obrane. Nadalje, važno je kreiranje okvira (*settinga*), koji omogućuje razvoj djeteta/adolescenta. Ovdje su važni primjerice percepcija održavanja termina, pridržavanje pravila terapije (npr. nema uništavanja igračaka, nema

odlazaka s terapija), kao i pravila u vezi s agiranjima koja su suicidalna, autoagresivna ili heteroagresivna, ili u vezi s primjenom sredstava ovisnosti. Dakle, u ovom se slučaju izbjegava „**dublji smisao**” manjka ovih regulacija (npr. putem interpretacija), nego se daju više granice okvira da bi uopće moglo doći do terapijskih mogućnosti. Istodobno je potreban i rad s roditeljima da bi se pospješio djetetov razvoj.

Načelno se preferiraju intervencije u djece/adolescenciji s nižom strukturnom razinom koje su uvažavajuće i razvojno orijentirane. Ovdje postoje različiti terapijski koncepti (na prijenos orijentirana psihoterapija, na strukturu orijentirana psihoterapija, interakcionistička psihoanalitička psihoterapija i druge) koji vode do korekcije emocionalnih iskustava (v. posebno poglavlja 65 i 66 o poremećajima ličnosti i o *borderline* poremećaju). Fokus ovih intervencija jesu poboljšanje regulacije impulsa te percepcija sebe i drugih. Općenito, terapeut ovdje zauzima aktivno stajalište. Naime, terapeut se ponaša kao **novi alternativni objekt**, odnosno terapeut se ne koristi apstinencijom jer to odviše podsjeća na roditelje koji su zapostavljajući. Korisna je u tom smislu hijerarhija terapijskih koraka. Ako postoji dezintegrirana razina, to više je potreban rad na doživljaju sebe i u regulaciji impulsa. Fokus intervencija jest u samoodređenju, kao i u autonomiji doživljaja sebe, te u razvoju testiranja realnosti (aspekti regulacije i identiteta). Tek u drugom koraku postoji fokus na percepciji objekata i interpersonalnosti. Potiče se bazalno stabiliziranje doživljaja sebe, fokus je više na „**ovdje i sada**”, a ne preporučuju se regresivne metode „**tamo i tada**”.

Kod osi regulacije terapijski se podržava unutarnje distanciranje od vlastitih impulsa, afekata i ovisničkog ponašanja. Kod osi identiteta terapijski se podržava realističnija percepcija sebe i drugih. Ovo se postiže zrcaljenjem, diferenciranjem i konfrontacijom. Kod osi interpersonalnosti terapijski se povezuju afekti. Kod osi privrženosti primarno se terapijski radi na kreiranju opažanih relacija, s naglaskom na pospješivanju sigurne privrženosti. Sumarno bi se moglo reći, da je „**mogućnost igranja**” **kraljevski put** prema zadobivanju strukturnih sposobnosti.

20.4.3.3.2.3. **Os strukture kao pomoć u multimodalnom stacionarnom psihoterapijskom liječenju**

Os strukture može se primijeniti u različitim terapijama, kao i u stacionarnom liječenju, ali i kao metoda evaluacije terapije. Posebno os strukture može biti

korisna u multidisciplinarnom okruženju, u kojem sudjeluju različiti članovi tima sa svojim različitim gledanjem na pacijenta. Os strukture može stoga biti korisna u izbjegavanju nesvjesnih procesa rascjepa koji projicira pojedini pacijent. Nadalje, u djece i adolescenata pri strukturnim oštećenjima mogu biti korisne i druge vrste terapija (neverbalne), npr. muzikoterapija, radna terapija, art-terapija i terapije usmjerene na tijelo, kojima je zajednički cilj poticanje razvojnih sposobnosti.

20.4.3.4. **Os pretpostavke za liječenje**

20.4.3.4.1. **Uvodni aspekti i teorijska pozadina**

Os pretpostavke za liječenje uključuje potrebu postavljanja indikacija i kreiranje terapijskog plana. Može se reći da ne postoji poseban teorijski konstrukt iza ovih dimenzija, uz iznimku dimenzije dobiti od bolesti, koje ima jasniju psihoanalitičku pozadinu. Uključuje tri dimenzije: **subjektivne dimenzije, snage (resurse) te specifične pretpostavke za terapiju** (tabl. 20.4.).

Kako je prikazano u tablici, subjektivne dimenzije uključuju dakle četiri dimenzije: subjektivnu težinu

somatskog/psihičkog oštećenja; subjektivnu hipotezu o bolesti; pritisak patnje (težine); te subjektivnu motivaciju za promjenu. Resursi (snage) uključuju odnose s vršnjacima, obiteljske snage, intrapsihičke snage te izvan-obiteljske socijalne potpore. Specifične pretpostavke za terapiju uključuju pet dimenzija: uvid u biopsihosocijalne povezanosti, specifičnu terapijsku motivaciju, dobit od bolesti, sposobnost za terapijski savez te uporabu psihosocijalnog sustava potpore (pomoći). U pojedinim se aspektima preklapa s multiaksijalnom procjenom MKB-10 (v. posebno poglavlje 25 o klasifikaciji) (WHO 2003/1996). Ova os povezuje prethodne osi (navedene prije u tekstu) s praktičnim postupanjima.

20.4.3.4.2. **Manualizacija osi pretpostavke za liječenje**

20.4.3.4.2.1. **Os subjektivne dimenzije**

- **Subjektivna težina somatskog / psihičkog oštećenja / problema:** ova dimenzija uključuje jasno subjektivnu dimenziju. Načelno se smatra da djeca od osme godine mogu dati informacije o toj dimenziji. Ovamo se uključuje npr. dugotrajnije izostajanje iz škole. Primjeri pitanja iz te dimenzije bili bi da se dijete pita npr. „Što bi to bilo drukčije da nema problema?“; „Bi li bilo opuštenije, bi li imao više prijatelja?; ili „Bi li išao u školu?“. Subjektivna se težina razlikuje od **pritisaka patnje (težine)** (v. poslije), većinom po tome što je ovdje više riječ o **kognitivnom konstrukt**, za razliku od pritiska patnje, kada se radi više o emocionalnom konstrukt. Kodira se prema četirima mogućnostima, od nije prisutno do teško ili visoko izraženo.

- **Subjektivna hipoteza o bolesti:** riječ je o subjektivnim shvaćanjima i fantazijama djece/adolescenata o nastanku njegove somatske ili psihičke bolesti/poremećaja. Ovdje se doslovno navode pacijentove riječi. Primjerice dijete navodi: „izljevi bijesa dolaze sami od sebe“; ili „osjećam bijes, jer sam se osjećao napadnut“ ili „osjećam se bolesno, jer se stalno osjećam odgovornim za sve“; „osjećam se bolesno jer ne mogu pomoći svojoj majci“. Treba ovu dimenziju razdvojiti od uvida u biopsihosocijalne povezanosti. Kod subjektivne hipoteze o bolesti riječ je o inicijalnom shvaćanju svoje bolesti i nije uključena suptilnija sposobnost introspekcije i samorefleksivnost (kao kod uvida – vidi poslije).

- **Pritisak patnje (težine):** definira se kao subjektivna mjera somatske / psihičke patnje ili psihičkoga

Tablica 20.4.

Os pretpostavke za liječenje.

Modificirano prema Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016.

Subjektivne dimenzije	- subjektivna težina somatskog/psihičkog oštećenja - subjektivna hipoteza o bolesti - pritisak patnje (težine) - subjektivna motivacija za promjenom
Snage (resursi)	- odnosi s vršnjacima, obiteljske snage, intrapsihičke snage te izvanobiteljske socijalne potpore
Specifične pretpostavke za terapiju	- uvid u biopsihosocijalne povezanosti - specifična terapijska motivacija - dobit od bolesti - sposobnost za terapijski savez - uporaba psihosocijalnog sustava potpore (pomoći)

stanja. Riječ je o emocionalnom konstrukt. Ovdje se jasno kodira subjektivni osjećaj patnje bez obzira na moguću želju za promjenom (v. poslije).

- **Subjektivna motivacija za promjenom:** Ovdje se jasno treba označiti djetetova/adolescentova izvorna (genuina) motivacija (želja) za promjenom. Operacionalizirano gledano, dijete/adolescent nezadovoljan je i neverbalno i verbalno želi moguću promjenu, bez obzira na okolinu (npr. obitelj). Dijete/adolescent preuzima odgovornost za vlastite postupke. Može se kodirati na četiri mogućnosti: od toga da uopće ne postoji (ili su drugi krivi za to), pa sve do jasne verbalizirane ili kroz igru manifestirane želje za promjenom.

20.4.3.4.2.2. *Os resursa (snage)*

Ovdje se jasno potiču čimbenici „**otpornosti**”. Ovo se može povezati s **multiaksijalnom procjenom osi 3, 4, 5 i 6** (v. posebno poglavlje 25 o klasifikaciji) (WHO 2003/1996). Operacionalizirano gledano, ovamo se uključuju svi protektivni čimbenici, međutim, koji imaju jasan interakcijski potencijal. Dakle, tu se ubrajaju jasne psihosocijalne sposobnosti tijekom interakcije s drugima ili komunikacija s drugima u dijadama ili grupama.

- **Odnosi s vršnjacima:** osnova sposobnosti prema grupi (vršnjacima) jest u dotadašnjem odnosu dijete – roditelj. Kretanjem u školu odnosi prema vršnjacima postaju jedna od središnjih zadaća, među ostalim se uvježbava i modificira rodni identitet. U adolescenciji se dalje događa integracija u različite grupe vršnjaka, s procjenom najboljih prijatelja, te romantičnih partnera. Operacionalizirano gledano, procjenjuje se koliko se upotrebljavaju grupe vršnjaka u bilo kojoj dobi. Kodira se na četiri mogućnosti, od nije prisutno do visoko prisutno.

- **Obiteljske snage:** Obiteljske strukture mogu imati i protektivnu ulogu, ali i rizičnu ulogu u pojavi psihičkih smetnji. Općenito je teško dati teorijski okvir za procjenu obitelji. Usporedivo je s petom osi multiaksijalne klasifikacije – rascjepkana intrafamilijarna komunikacija. Ovdje se pristup obiteljskim snagama temelji na više postulata: postoji intenzivna relacija djeteta prema primarnim skrbnicima, postoji dobra povezanost s proširenim članovima obitelji, postoji konstruktivna kultura odnosa (izmjene) između roditelja; postoje jasna i povezujuća obiteljska pravila; postoji predvidljivi stil roditeljstva; stabilna privrženost s jednim roditeljem, čak i ako se drugi roditelj

ponaša agresivno ili s omalovažavanjem; stabilne veze s braćom/sestrama. Dodatno se čine važnim sljedeći čimbenici: otvorena komunikacija između članova obitelji; psihička fleksibilnost članova obitelji; emocionalna usmjerenost između članova obitelji; izmjena obitelji s okolinom. Nadalje se može činiti važnim koliko su članovi obitelji otvoreni i zainteresirani za intervencije (npr. razjašnjenja, konfrontacije, interpretacije). Kodira se prema četirima mogućnostima, od ne postoji do visoko prisutno. Primjer visoko prisutnih obiteljskih snaga bila bi koherencija u obitelji, ali i različitost različitih članova obitelji (poticanje individualnosti pojedinih članova).

- **Intrapsihičke snage:** psihoanalitički se ovdje podrazumijeva instancija ego, njegova struktura i njegove sposobnosti, međutim, ovamo se ubrajaju jasno svjesni aspekti ego funkcioniranja. Približno slični termini ovdje su ego-snaga, ego-funkcije, ego-postignuća kao što su npr. percepcija unutarnjeg i vanjskog, anticipacija, samorefleksija, sposobnost za djelovanje, kao i uгода u funkcioniranju. Ovamo se također može ubrojiti, naslanjajući se na teoriju privrženosti, čimbenik „unutarnjih radnih modela”, te „posvećenost pri rješavanju problema”. Dakle, operacionalizirano gledano, ovdje se definiraju intrapsihičke snage kao **individualne svjesne sposobnosti (kompetencije)**, kada je dijete suočeno sa stresovima, problemima i konfliktima. Kodira se prema četirima mogućnosti, od ne postoji do visoko prisutno. Primjer visoko prisutnih intrapsihičkih snaga bio bi kada npr. dijete govori „ja ću to već riješiti”.

- **Izvanobiteljske socijalne potpore:** ovamo se ubraja mogućnost pomoći socijalne okoline, kao npr. prijatelja, susjeda ili pojedinih poznatih osoba. Kodira se prema četirima mogućnostima, od ne postoji do visoko prisutno. Primjer nepostojećih izvanobiteljskih socijalnih potpora bio bi kada se okolina promatra kao uzrok straha ili prijeteća (paranoidna).

20.4.3.4.2.3. *Specifične pretpostavke za terapiju*

- **Uvid u biopsihosocijalne povezanosti:** pojam „uvida” (engl. *Insight*; njem. *Einsicht*) u mnogim je psihoterapijskim školama važan konstrukt. Ovdje se taj konstrukt odnosi na jedan širi kognitivni kontinuum od introspekcije do samorefleksije. Za razliku od dimenzije **doživljaja sebe** kod osi identiteta i strukture, ovdje se pojam odnosi više na **kognitivni aspekt**. Operacionalizirano gledano, ovdje se koncept definira

kao mogućnost dobivanja različitih međusobnih povezanosti, odnosno sposobnosti razlikovanja različitih vanjskih okolnosti i unutarnjih psihičkih procesa. Načelno se ova dimenzija procjenjuje u dobi nakon 13. godine, kada postoji već razvijeniji kognitivni razvoj. Kodira se prema četirima mogućnosti, od ne postoji do visoko prisutno. Primjer visoko prisutne dimenzije jest kada adolescent spontano pozitivno odgovara na konfrontacije u smislu: „Da, meni također pada na pamet...”

- **Specifična psihoterapijska motivacija:** ovdje se podrazumijeva motivacija osobe da se upusti u psihodinamsku terapiju. Odluke psihodinamskog intervjua koji prethodi psihodinamskim terapijama usmjerene su na unutarnje doživljavanje djeteta, pa je potrebno pratiti djetetove reakcije na ovu situaciju intervjua. Naime, intervju se fokusira na unutarnja doživljavanja pacijenata, pokušavaju se naći poveznice između intrapsihičkih konflikata i interpersonalnih sukoba s obzirom na prezentiranu simptomatologiju; problemi ili simptomi pokušavaju se razumjeti u životnoj perspektivi pojedinca; pokušavaju se dovesti u vezu afektivno-logičke sadržajne poveznice između naizgled iracionalnih ponašajnih i doživljajnih aspekata te konačno pokušati razumjeti djetetov problem ili simptom u odnosu prema važnim osobama (npr. odnos djetete – roditelji). Specifična psihoterapijska motivacija uz prije navedene dimenzije (motivacija za promjenom, pritisak patnje) sudjeluje u indikaciji za terapiju uzimajući u obzir različite terapijske metode. Katkada je moguće da djetete ima velik pritisak patnje, ali ne postoji motivacija za promjenom i specifična psihoterapijska motivacija (npr. adolescentica s bulimijom ili samoozljeđivanjem koja skriva svoju bolest). U tom slučaju potrebno je provesti prethodni rad unutar obitelji da bi se osvijetlio ovaj paradoks u smislu „Koje značenje djetetov simptom ima na cijelu obitelj?”. Također postoji mogućnost da postoji motivacija za promjenom, no ne postoji specifična psihoterapijska motivacija, pa će se u tom slučaju na početku primijeniti npr. pedagoške terapije, dok će se primjena psihoterapijskih postupaka odgoditi za kasnije. Operacionalizirano gledano, specifična psihoterapijska motivacija procjenjuje se već tijekom prvog intervjua, kada postoji pacijentova zainteresiranost za daljnji dijalog i razumijevanje problema i simptoma. Postupno se primjenjuju klarifikacije i konfrontacije, da bi se oprezno na kraju pokušale provesti „probatorne” interpretacije. Kodira se prema četirima mogućnostima, od ne postoji do

visoko prisutno. Primjer visoko prisutne specifične psihoterapijske motivacije jest kada npr. djetete zainteresirano prihvaća pojedine interpretacije terapeuta, odnosno želi nastaviti dijalog s terapeutom.

- **„Dobit od bolesti”:** klasično se razlikuje primarna od sekundarne dobiti od bolesti. **Primarna dobit** definira se kao dinamično uspostavljanje homeostaze u smislu umanjivanju napetosti formiranjem simptoma koji je kompromis između obrana i onoga od čega se osoba brani. Primjer može biti kod separacijskog anksioznog poremećaja, kada djetete ima intrapsihički strah od separacije (strah) te se koristi izbjegavanjem odlaska u školu (mehanizam obrane) kojim ipak zadržava prisutnost majčine blizine (interpersonalni aspekt). Drugi bi primjer mogao biti kod konverzivnog poremećaja, primjerice smetnje hoda, naime, kada djevojka ima edipski ambivalentni **konflikt** između vezanosti za oca u odnosu prema mogućem partneru (vršnjaku), dok nemogućnost motoričkog kretanja (odbrana od edipskog konflikta) ipak zadržava ovu djevojku i dalje u vezi s ocem (v. poglavlje 44 o konceptu neuroze). **Sekundarna dobit od bolesti** može se definirati kao nesvjesna dobit od reakcije okoline kada djetete ima neki simptom ili problem (npr. veća pažnja prema djetetu i obraćanje djetetu itd.). U ovoj se klasifikaciji neće razlikovati primarna od sekundarne dobiti, nego će obuhvaćati oba koncepta. Dakle, ovdje će se dobit od bolesti definirati kao **otpor liječenju**. Na neki je način dobit od bolesti suprotni pol od dimenzije „pritiska patnje”, motivacije za promjenom i specifične psihoterapijske motivacije. Operacionalizirano gledano, kod dobiti od bolesti uključujemo sve aspekte koji potencijalno pojačavaju simptomatologiju, i ona je, u pravilu, nesvjesna. Kodira se prema četirima mogućnosti, od ne postoji do visoko prisutno. Načelno je moguća dobit u svakoj dobi, od 3. do 18. godine. Primjer visoko prisutne dobiti od bolesti jest kada postoje neverbalne ili verbalne izjave o dobiti od bolesti. Djeca i adolescenti mogu imati „ulogu posebnosti”, ili npr. „simptom djeteta” ujedinjuje inače vrlo disfunkcionalne odnose između roditelja, te se fokus više premješta na odnos roditelj – djetete.

- **Sposobnost za terapijski savez:** ova dimenzija jest psihoterapijska forma „zajedničkog ugovora”. U dječjoj je dobi terapijski savez dodatno složen jer, osim saveza djetete – terapeut, postoji i savez između roditelja i terapeuta. U odnosu djetete – terapeut posebno se ugovaraju okviri terapije npr. točnost dolaska, frekvencija

seansi itd. Također se i od terapeuta očekuje pravodobno otkazivanje seansi. Načelno se ta dimenzija procjenjuje od šeste godine djetetova života. Kodira se prema četirima mogućnostima, od ne postoji do visoko prisutno. Primjer visoko prisutne sposobnosti za terapijski savez jest kada dijete točno dolazi na seanse, te kada se dobiva dojam stabilnog odnosa.

- **Korištenje psihosocijalnim sustavom potpore (pomoći).** Korištenje uslugama službi profesionalne pomoći znatno utječe na tijek psihičkog poremećaja. Operacionalizirano gledano, ovdje se procjenjuje koliko se cijela obitelj i dijete koriste profesionalnom pomoći te razvija li se eventualno sekundarna ovisnost o tom sustavu potpore. Ekstremni bi pol bio, s jedne strane, ustrašeni i paranoidni stav pojedinih obitelji, a, s druge, obitelji koje potražuju različitu pomoć od više različitih stručnjaka. Kodira se prema četirima mogućnostima, od ne postoji do visoko prisutno. Primjer visoko prisutnog korištenja psihosocijalnim sustavom potpore jest kada se iskorištavaju različite prigode za dobivanje savjeta i pomoći u smislu pozitivnog vrednovanja pomoći.

20.4.3.4.3. **Zaključni aspekti i klinička i terapijska primjena osi pretpostavke za liječenje**

Kao preduvjet te osi pretpostavlja se prethodna procjena osi interakcije, konflikta i strukture. Iz ovih se radnih hipoteza nastavlja os pretpostavke za liječenje, odnosno indikacije specifičnih metoda liječenja, koje uključuju i prikladan okvir terapije. Dakle, os pretpostavke za liječenje fokusira se na postavljanje indikacije i kreiranje plana liječenja. Međutim, važno je obratiti pažnju na tri pitanja. Prvo, kao potreba prikladne terapije dominantno se oslanjamo na uobičajene **dijagnostičke i klasifikacijske sustave, na multiaksijalnu klasifikaciju prema MKB-10** (WHO 2003/1996), te na smjernice različitih stručnih društava u odnosu prema pojedinim poremećajima (npr. u njemačkom govornom području dostupne su na *web*-stranicama npr. AWMF 2018). Posebno je korisna dijagnoza na prvoj osi multiaksijalne klasifikacije. Drugo, potrebna je procjena šeste osi multiaksijalne klasifikacije MKB-10, koja procjenjuje težinu poremećaja i psihosocijalno (funkcionalno) oštećenje. I konačno, treće, potrebno je procijeniti koliko aktualna simptomatologija utječe na uobičajene razvojne zadaće. Tek nakon razjašnjenja ovih triju pitanja može se primijeniti os pretpostavke za liječenje.

Unutar **osi subjektivne dimenzije** postoji međusobni odnos različitih već navedenih četiriju dimenzija. Na početku se može reći da postoji objektivna težina bolesti zbog simptomatologije i psihosocijalnog oštećenja, koje utječe na subjektivnu težinu somatskog/psihičkog oštećenja, uz subjektivnu hipotezu o bolesti, pritisak patnje, koji se konačno reflektiraju na subjektivnu motivaciju za promjenom. Primjerice subjektivna težina pri somatskom / psihičkom oštećenju može biti bitno umanjena npr. kod anoreksije ili školske fobije, tako da je u tom slučaju potrebno primijeniti konfrontirajuće intervencije prema djetetu kao i roditeljima u smislu zadobivanja osjećaja o ozbiljnosti prognoza ako se ne primijeni terapija. Slično prije rečenome, ako je pritisak patnje (težine bolesti) bitno umanjen, teško će doći do motivacije za promjenom. Najčešće se iza manjka pritiska patnje nalazi dobit od bolesti, koju onda treba terapijski dotaknuti. Sljedeća je mogućnost da može postojati visoki pritisak patnje, međutim, bez daljnje motivacije za promjenom. Primjer za ovu mogućnost mogu biti somatizacijski poremećaji ili pri velikom strahu od neke promjene ili pak zbog otpora cijeloga obiteljskog sustava (jer se želi zadržati homeostaza obitelji na račun disfunkcionalnosti djeteta). Zaključno bi se moglo reći da je u vezi s ovim potrebno istražiti manjak ovih dimenzija, odnosno pokušati povećati pritisak patnje i s tim povezanu motivaciju za promjenom.

Unutar **osi resursa (snaga)** različite dimenzije služe procjeni općoj sposobnosti za terapiju, kao i za prikladne terapijske indikacije. Na primjer, hoće li se primijeniti paralelno i socijalno-pedagoške intervencije uz psihoterapijske, te hoće li se primijeniti ambulantno, dnevnoobolničko ili stacionarno liječenje. Ambulantno liječenje podrazumijeva da su, u načelu, mogućnosti resursa (intrapsihički i obiteljski) dovoljno stabilni. Ako to nije slučaj, bit će potrebe za stacionarnim (psihoterapijskim) liječenjem, koje će omogućiti „zaštićujući socijalni prostor“.

Unutar **osi specifičnih pretpostavki za terapiju** različite dimenzije upućuju na mogućnost specifične terapijske motivacije, kao i na mogućnost primjene specifične psihodinamske terapije. Ovdje se posebno usredotočujemo na razlikovanje fokusa terapije koji će biti orijentiran više na strukturu ili na konflikte. Pritom je važno procijeniti uvid u biopsihosocijalne povezanosti, na specifičnu terapijsku motivaciju, kao i na moguću dobit od bolesti (zadobivanje uloge bolesnika) koja se manifestira otporom u liječenju. Praktično je

ovdje npr. važna procjena jesu li potrebni učestaliji razgovori s roditeljima, socijalno-pedagoške mjere itd.

20.4.4. Zaključak o operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi, ograničenja

Potrebno je staviti ograničenje u primjeni ove strukturirane operacionalizirane psihodinamske dijagnoze navedene u drugom dijelu teksta, jer je potreban strukturirani trening za ovladavanje ove metode. Zainteresirani čitatelji upućuju se na adrese koje nude ovakve vrste treninga (OPDKJ-2 2018).

Nadalje, potrebno je navesti dodatna sadržajna ograničenja primjene OPD-a. Postoje i dalje mnoga otvorena pitanja i ne može se sve doslovno primjenjivati. Primjerice, otvoreno je pitanje rada s traumatiziranom djecom, odnosno pitanje međuodnosa traumatskog i konfliktnog. Sljedeće pitanje također može biti pitanje „identiteta”, koje u psihoanalitičkoj teoriji nije nikako jednoznačno.

Moguća je primjena operacionalizirane psihodinamske dijagnoze u kliničkom radu, kao i u znanstvenom istraživanju. Nadalje, moguća je primjena samo pojedinih modula (pojedinih osi), kao i svih modula (osi) zajedno. Struktura osi srž je organizacije psihičkog. Na primjer, ako postoji integriranost struktura, to više je moguće upućivati na manifestaciju pojedinih konflikata. Kod niže strukturirane razine konflikti se manje manifestiraju, ali to ne znači da oni nisu aktivni. Pojedini drugi autori stoga integriranost strukture vežu s pojedinim „nižim” ili „višim” konfliktima (Ermann 2007) (v. tabl. 4.3. u posebnoj poglavlju 4), međutim, postoje u literaturi od različitih autora različito definirani pojedini termini i podjele, pa toga treba biti svjestan. Konačno, na osi „odnosa” pokazuju se i struktura i konflikti kao vanjske manifestacije u interpersonalnim odnosima. Zadobivanje cjelokupne procjene svih triju prije navedenih osi može nam pomoći u terapijskom smislu da se prvo terapijski pristupa najvirulentnijim osima ili dimenzijama.

Primjerice fokus može biti u interpersonalnom odnosu u razlikovanju između agresivnog ponašanja (obrane) s obzirom na potisnutu potrebu za odnosom. U ovome smislu mogu biti korisne i neverbalne terapije, muzikoterapija, tjelesne terapije itd. Kod fokusa na osi strukture naglasak je na stabilizaciji okvira terapije (*setting*) te na podržavajućoj ulozi terapije (*holding*). Pri fokusu na konfliktima, na početku je potrebna stabilizacija interpersonalnih odnosa u „sada i ovdje”, a s vremenom se primjenjuju konfrontacije i klarifika-

cije, „intervencije zrcaljenja“, koje konačno vode do **korektivnog emocionalnog iskustva**.

20.5. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Scena je u psihoanalitičkoj literaturi uvijek „nešto konkretno, inscenirani događaj“ u stvarnosti ili fantaziji u okviru jednog susreta, koji se može shvatiti kao smisleni, premda se može činiti i besmislen.
- ✓ Scensko je razumijevanje interpretacija scena pomoću modusa interakcija. Ono se odnosi na priopćenja, verbalno, neverbalno,agirajuće od pacijenta, na njegove fantazije i predodžbe koje postaju utemeljene kroz analitički doživljaj evidentnosti.
- ✓ Operacionalizirana psihodinamska dijagnoza (OPD) posebna je metoda dijagnostike, koju, nakon treninga, primjenjuju psihoanalitičari te educirani terapeuti.
- ✓ OPD može biti korisna u kliničkom radu, kao i u znanstvenom istraživanju.
- ✓ Svrha je OPD-a dobiti podatke o djetetovu unutarnjem svijetu, kao i o neposrednoj okolini u kojoj dijete odrasta.
- ✓ Posebno je OPD korisna pri planiranju moguće terapije.

20.6. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kakav je odnos osi psihičke strukture s drugim osima?

ODGOVOR: Moglo bi se reći da os strukture označuje težinu jednog poremećaja. Nadalje, moglo bi se također reći da je ona precizan instrument planiranja i organizacije okvira liječenja. U odnosu prema osi strukture razlikuje se je li riječ o „konfliktnoj patologiji” ili o „razvojnoj (ili deficitarnoj) psihopatologiji”. Potrebno je procijeniti u kojoj mjeri postoji poremećaj pojedinih osi, ili je posrijedi „opći poremećaj svih osi”. O strukturnim će oštećenjima, ovisiti izbor liječenja, kao i primijenjeni okvir terapije.

■ PITANJE: Kakav je odnos osi interakcije s drugim osima?

ODGOVOR: Osnovna premisa jest da iza osi interakcije stoje druge osi, dakle os strukture i konflikata,

koje oblikuju os interakcije. **Klinički gledano**, os interakcije može se primijeniti kod procjene obiteljske interakcije, kod kliničke dijagnostike disfunkcionalnih stilova interakcije, a i kao instrument procjene tijekom terapije.

■ **PITANJE: Koju svrhu ima os preduvjeta za liječenje?**

ODGOVOR: Kao preduvjet te osi pretpostavlja se prethodna procjena osi interakcije, konflikta i strukture. Iz ovih radnih hipoteza nastavlja se os pretpostavke za liječenje, odnosno indikacije specifičnih metoda liječenja, koje uključuju i prikladan okvir terapije.

20.7. Pitanja

- 1 Navedite što je to scensko prikazivanje, a što scensko razumijevanje.
- 2 Navedite koje su mogućnosti kodiranja kod osi interakcije s obzirom na cirkumpleksni model.
- 3 Navedite psihičke konflikte prema OPD-u.
- 4 Navedite koje su osi psihičke strukture prema OPD-u.
- 5 Navedite koje su osi pretpostavke za liječenje prema OPD-u.

20.8. LITERATURA

1. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften- AWMF*. 2018. Dostupno na: <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
2. *Arbeitskreis OPD-KJ-2*. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
3. *Argelander H*. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1970.
4. *Baumrind D*. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence* 1991;11:56-95.
5. *Bauriedl T*. Die Triangulartaet menschlicher Beziehungen und der Fortschrittsglaube in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie. U: *Bürgin D*, ur. *Triangulierung- Der Uebergang zur Elternschaft*. Stuttgart: Schattauer; 1998, str. 123-140.
6. *Benjamin LS*. Use of the SABS dimensional model to develop treatment plans for personality disorders I: Narcissism. *Journal of Personality Disorders* 1987;1:43-70.
7. *Benjamin LS*. Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York: Guilford; 1993.
8. *Damasch F*. Die innere Erlebniswelt von Kindern alleinerziehender Mutter. Frankfurt: Brandes und Apfel; 2000.
9. *Ermann M*. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
10. *Freud A*. Normality and pathology in childhood. New York: University Press; 1965.
11. *Havighurst R*. Developmental tasks and education. New York: McKay; 1972.
12. *Kluever R*. Agieren und Mitagieren. *Psyche* 1983;37: 828-840.
13. *Lorenzer A*. Sprachzerstoerung und Rekonstruktion. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2000.
14. *Oerter R*. Kultur, Oekologie und Entwicklung. U: *Oerter R i Montada L*, ur. *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch*. 3. izd. Weinheim: Beltz; 1995, str. 84-127.
15. *Oerter R, Montada L*. *Entwicklungspsychologie*. 6. izd. Weinheim: Beltz; 2008.
16. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter- 2 (OPDKJ-2)*. 2016. Dostupno na: <https://www.opdkj.eu/>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
17. *Raue J*. Theorie und Praxis der psychoanalytischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen unter besonderen Beruecksichtigung des szenischen Verstehens. U: *Hopf H, Windaus E*, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Muenchen: CIP- medien; 2009, str. 143-157.
18. *Stern D*. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; 1985.
19. *WHO*. Višeosna klasifikacija psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata. MKB-10 klasifikacija duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja u djece i adolescenata. Zagreb: Naklada Slap; 2003/1996.

Psihološka procjena, psihološki testovi, skale

Trpimir Jakovina

SADRŽAJ

21.1.	Uvodni aspekti	313
21.2.	Uvodni aspekti o psihološkoj procjeni	313
21.3.	Razvojni testovi	314
21.3.1.	Uvodni aspekti	314
21.3.2.	Bayleyjeve ljestvice dječjeg razvoja – treće izdanje (BSID-III) (Bayley 2006)	314
21.3.3.	Mullenove ljestvice ranog učenja (MSEL)	314
21.3.4.	Razvojni test Čuturić (RTČ)	315
21.3.5.	Test spremnosti za školu (TSS)	315
21.4.	Testovi kognitivnih sposobnosti	315
21.4.1.	Uvodni aspekti	315
21.4.2.	Testovi inteligencije	315
21.4.2.1.	Uvodno o testovima inteligencije	315
21.4.2.2.	Wechslerov test inteligencije za djecu – četvrto izdanje (WISC-IV)	315
21.4.2.3.	Progresivne matrice u boji (CPM)	315
21.4.2.4.	The Stanford–Binet Intelligence Scales: Fifth Edition (SB5) (Roid 2003)	316
21.4.2.5.	Cattellovi kulturalno nepristrani testovi inteligencije (CTI)	316
21.4.2.6.	Goodenough–Harris Draw-a-Person test (DAP)	316
21.4.2.7.	Kohs block design test	316
21.4.3.	Neuropsihološki testovi	316
21.4.3.1.	Uvodni aspekti	316
21.4.3.2.	Benderov vizualno-motorički geštalt-test (Benderov geštalt-test)	317
21.4.3.3.	Bentonov test vizualne retencije (BVRT)	317
21.4.3.4.	Peabodyjev slikovni test rječnika – treće izdanje (PPVT-III)	317

21.5.	Adaptabilno ponašanje	317
21.6.	Upitnici i postupci za ispitivanje ličnosti	318
21.6.1.	Uvodni aspekti	318
21.6.2.	Objektivni upitnici ličnosti i druge skale	318
21.6.2.1.	Uvodni aspekti o objektivnim upitnicima ličnosti	318
21.6.2.2.	Minnesota multifazični inventar ličnosti za adolescente (MMPI-A)	318
21.6.2.3.	Junior EPQ	319
21.6.2.4.	Beckovi inventari za mlade – drugo izdanje za djecu i adolescente (BYI-II)	319
21.6.2.5.	Skala depresivnosti za djecu i adolescente (SDD)	319
21.6.2.6.	Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62)	319
21.6.3.	Projektivne tehnike za ispitivanje ličnosti	320
21.6.3.1.	Uvodni aspekti o projektivnim testovima ličnosti	320
21.6.3.2.	Rorschachove mrlje od tinte (RIT)	320
21.6.3.3.	Warteggov test crteža (WZT)	320
21.6.3.4.	Projektivna tehnika Mozaik (PTM)	320
21.6.3.5.	Indeks profila emocija (PIE)	321
21.6.3.6.	Children's Apperception Test (CAT)	321
21.7.	Skale za procjenu emocija, ponašanja i specifičnih vještina	321
21.7.1.	Uvodni aspekti	321
21.7.2.	Child Behavior Checklist (CBCL)	321
21.7.3.	Youth Self-Report (YSR)	321
21.7.4.	Test za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHDT)	321
21.7.5.	Connersove skale	322
21.8.	Upute za roditelje/nastavnike	322
21.9.	Često postavljena pitanja	322
21.10.	Pitanja	323
21.11.	Literatura	323

21.1. Uvodni aspekti

U drugim dijelovima knjige u zasebnim poglavljima posebno su napisani neki testovi i skale koji se napose odnose na pojedine dijagnostičke entitete (npr. za delirij, katatoniju, shizofreni spektar poremećaja, anksiozne poremećaje, depresivne poremećaje itd.), a neke će tablice i ovdje biti navedene.

U poglavlju 32 o perinatalnoj psihijatriji treba posebno obratiti pozornost na [tablicu 32.4.](#) u kojoj se nalazi izbor pojedinih skala koje se mogu primijeniti u trudnica, odnosno roditelja u prenatalnom (i perinatalnom) razdoblju (prenatalni testovi i intervjui), a odnose se na koncept interakcije majka – fetus (dijada; privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija); skale anksioznosti ili depresije povezane s trudnoćom; uobičajene skale doživljenoga stresa ili psihopatologije u trudnice ili roditelja u prenatalnom i perinatalnom razdoblju te uobičajeni polustrukturirani ili strukturirani intervjui u trudnice ili roditelja u prenatalnom i perinatalnom razdoblju. U poglavlju 17 o procjeni dojenčeta treba posebnu pozornost obratiti na [tablicu 17.3.](#) u kojoj se prikazuju skale u novorođenčeta, razvojni testovi, kao i probirni (skrining) testovi, uz važnu napomenu da povremeno naziv testovi skrininga (testovi probira) može imati nejasno značenje u psihologiji. Naime, kod skrining testova (probira) riječ je o vremenski kraćim testovima koje provode različiti stručnjaci, dok detaljniju procjenu razvojnim testovima ili testovima inteligencije provode educirani stručnjaci, najčešće psiholozi. [Tablica 17.5.](#) procjenjuje u dojenčeta skale opće psihopatologije i snage, inteligencije, neuropsihološke testove, adaptaciju te za posebne dijagnostičke kategorije i posebne funkcije, dok [tablica 17.4.](#) procjenjuje skale interakcije između majke i djeteta (dijada, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija), trijadne interakcije, roditeljsko funkcioniranje, te roditeljsku psihopatologiju. U poglavlju 24 o dijagnostici obitelji ([tabl. 24.7.](#)) navedeni su instrumenti koji se mogu primjenjivati kod dijagnostike obitelji. U poglavlju 42 o poremećajima komunikacije, jezika i govora treba posebno obratiti pozornost na [tablicu 42.5.](#), u kojoj se navodi izbor pojedinih instrumenata za mjerenje komunikacije (uključuje socijalnu komunikaciju i pragmatiku) i jezika (ekspresivni i receptivni, a koji uključuje vokabular /semantiku/, te morfologiju i sintaksu /gramatika/). U poglavlju 43 o poremećajima školskih vještina ([tabl. 43.1.](#)) izbor je pojedinih instrumenata za pojedine poremećaje (poremećaj čitanja, poremećaj pisa-

nja, poremećaj aritmetičkih vještina, poremećaj motoričke koordinacije pokreta, te drugi srodni instrumenti). I konačno, posebno treba obratiti pozornost na poglavljje o intelektualnim teškoćama, u kojemu se posebno govori o konceptu inteligencije i adaptabilnih vještina, a dio toga bit će navedeno i u ovom poglavlju.

21.2. Uvodni aspekti o psihološkoj procjeni

Psihološka procjena jest proces ispitivanja pri kojemu se psiholozi koriste nizom tehnika i postupaka kako bi došli do određenih znanja o osobama i njihovu ponašanju, njihovoj ličnosti i specifičnim sposobnostima. Psihološka se procjena često naziva i psihološkim testiranjem, što je nepotpun naziv, jer je psihološka procjena opširnija od same primjene testova te, osim testova, uključuje intervju i opažanje ponašanja (prikupljanje anamnestičkih, odnosno heteroanamnestičkih podataka, opservaciju djetetovog ponašanja, opservaciju verbalne, neverbalne i paraverbalne komunikacije, opažanje interakcije između djeteta i roditelja itd.). Osim navedenih postupaka rezultati psihološke procjene uključuju i klinički dojam te se nikada ne fokusiraju isključivo na rezultate testova, nego se temelje na cjelokupnoj obradi koja daje sveobuhvatnu i cjelovitu sliku osobe koja se ispituje. **Psihološki test** može se definirati kao sustavan postupak opažanja i opisivanja ponašanja neke osobe u standardnoj situaciji (Cronbach 1970, prema Nietzel i sur. 2002). Postoji velik broj psiholoških testova, a usprkos njihovoj golemoj različitosti, mnogi testovi imaju sličnu svrhu i mogu se grupirati u tri opće kategorije: **testovi znanja**, **testovi sposobnosti** i **testovi ličnosti** (Matešić 2010). Neki psiholozi testove ličnosti izbjegavaju nazivati „testovima“ jer se pri njihovoj primjeni ne zahvaćaju samo kvantitativne nego i kvalitativne promjene ispitivane veličine, te se pojam „testa“ u užem smislu veže za testove znanja i testove sposobnosti, jer u njihovu slučaju postoji jednoznačan kriterij uspješnosti (Jackson 2000, prema Matešić 2010). Stoga bi pravilnije bilo govoriti o upitnicima ličnosti i postupcima procjena ličnosti. U kliničkoj se praksi najčešće primjenjuju testovi sposobnosti i upitnici ličnosti. Svaki standardizirani test i upitnik mora imati zadovoljavajuća metrijska obilježja, odnosno mora biti valjan (mora mjeriti upravo ono što smatramo da mjeri), pouzdan (neovisan o sistemskim izvorima pogrešaka), objektivnan (rezultat testa mora biti neovisan o ispitivaču) i osjetljiv (mora dobro diskriminirati ispitanike na temelju

rezultata). Ovdje ćemo prikazati najčešće primjenjivane testove i upitnike u kliničkoj praksi u nas, ali i psihodijagnostička sredstava koja su međunarodno prihvaćena.

21.3. Razvojni testovi

21.3.1. Uvodni aspekti

U tablici 21.1. navedeni su najvažniji razvojni testovi, testovi za mjerenje inteligencije, neuropsihološki testovi te testovi adaptabilnog ponašanja.

Razvojni su testovi alati koji se upotrebljavaju kako bi se procijenio djetetov napredak u razvoju od novoro-

đenačke dobi pa sve do adolescencije. Međutim, kolokvijalno se naziv razvojnih testova primjenjuje za otprilike dobi do pete godine, dok se testovi nakon pete godine nazivaju testovima inteligencije. Poznato je da se svako dijete razvija svojim individualnim tempom, međutim, razvojnim testovima djetetove je vještine moguće usporediti s očekivanim vještinama djece u određenoj dobi, te na taj način oni mogu pomoći u razlikovanju normalnog razvoja od razvojnih poteškoća.

21.3.2. Bayleyjeve ljestvice dječjeg razvoja – treće izdanje (BSID-III) (Bayley 2006)

Bayleyjeve ljestvice dječjeg razvoja rabe se za procjenu razvoja djece dobi 1 – 42 mjeseca (Kaplan & Saccuzzo 2017). Sadržavaju tri glavna podtesta: kognitivnu skalu, koja uključuje zadatke poput opažanja poznatih i nepoznatih predmeta, opažanja padajućih predmeta i simboličke igre, jezičnu skalu, kojom se procjenjuje razumijevanje i ekspresija jezika, te motoričku skalu, kojom se procjenjuju grube i fine motoričke vještine (Berk 2013). Test također sadržava dvije dodatne skale koje se temelje na izvještaju roditelja: socioemocionalnu skalu, gdje roditelji izvještavaju o ponašanjima poput lakoće smirivanja i reakcijama u socijalnim situacijama, te skalu adaptabilnog ponašanja, koja uključuje ponašanja poput slijeđenja pravila, samokontrole i slaganje s drugima. Kognitivna i jezična skala nerijetko se primjenjuju u svrhu procjene i pomažu u donošenju odluke o daljnjem praćenju i intervencijama jer niski rezultati na navedenim skalama označuju rizik od kasnijih razvojnih poteškoća. Motorička je skala također izrazito važna upravo zbog pretpostavke da kasnije mentalno funkcioniranje uvelike ovisi o motoričkom razvoju (Kaplan & Saccuzzo 2017).

21.3.3. Mullenove ljestvice ranog učenja (MSEL)

Mullenove ljestvice ranog učenja mjere kognitivno funkcioniranje djece od rođenja do 68. mjeseca života (Dumont i sur. 2000). Primjenjuju se individualno, a primjena traje od 15 minuta na najmlađoj dobi do 60 minuta za starije dobne skupine. Sastoji se od 5 skala, skale grube motorike i četiri kognitivne skale – fina motorika, vizualna recepcija, receptivni jezik i ekspresivni jezik. Na temelju rezultata kognitivnih skala moguće je dobiti kompozitni rezultat, koji čini ekvivalent generalne inteligencije (Mullen 1995).

Tablica 21.1.

Najvažniji razvojni testovi, testovi za mjerenje inteligencije, neuropsihološki testovi te testovi adaptabilnog ponašanja.

Modificirano prema Bayley 2006; Galić 2002; Kaplan i Saccuzzo 2017; Lockwood i sur. 2011; Matešić 2010; Mullen 1995; Roid 2003; Sparrow i sur. 2016; Wechsler 2012.

Domena	Naziv testa
Razvojni	Bayleyjeve ljestvice dječjeg razvoja – treće izdanje (BSID-III)
	Mullenove ljestvice ranog učenja (MSEL)
	Razvojni test Čturić (RTČ)
Testovi inteligencije	Wechslerov test inteligencije za djecu – četvrto izdanje (WISC-IV)
	The Wechsler preschool and primary scale of intelligence (WPPSI)
	Progresivne matrice u boji (CPM)
	The Stanford–Binet Intelligence Scales: Fifth Edition (SB5)
	Cattellovi kulturalno nepristrani testovi inteligencije (CTI)
Neuropsihološki testovi	Benderov vizualno-motorički geštalt-test (Benderov geštalt-test)
	Bentonov test vizualne retencije (BVRT)
	Peabodyjev slikovni test rječnika – treće izdanje (PPVT-III)
Adaptabilni testovi	The Vineland adaptive behavior scales- 3rd Edition

21.3.4. Razvojni test Čturić (RTČ)

Razvojni test Čturić ispituje razvoj psihomotorike, okulomotorike, emocionalnosti, govora, slušno-motričkih reakcija, komunikacije i društvenosti te verbalnog izražavanja znanja (Matešić 2010). Primjenjuje se u djece od 1. mjeseca do 8. godine, primjena je individualna, a traje oko 60 min. Sastoji se od dvaju dijelova (RTČ-M i RTČ-P). Prvi je dio je namijenjen ispitivanju djece od 1. mjeseca do 2. godine i sastoji se od 15 podtestova od po 10 zadataka, a drugi je dio namijenjen ispitivanju djece od 2. do 8. godine života i sastoji se od 7 podtestova od po 6 zadataka. U primjeni testa uporabljaju se različiti materijali (predmeti), poput zvečke, zvonca, lončića, bočice i lopte, a test se uvijek primjenjuje u prisutnosti roditelja ili odrasle osobe.

21.3.5. Test spremnosti za školu (TSŠ)

Test spremnosti za školu ispituje sposobnosti i znanja koja su temelj za uspješno učenje na početku školovanja. Primjenjuje se u predškolske djece, primjena je individualna ili grupna, a traje oko 45 min (Vlahović-Štetić i sur. 1995). Sastoji se od pet podtestova u boji: perceptivnog testa, testa spajanja točaka, testa poznavanja činjenica, test precrtavanja i numeričkog testa.

21.4. Testovi kognitivnih sposobnosti

21.4.1. Uvodni aspekti

Ovo je široka skupina testova koja obuhvaća **testove intelektualnih sposobnosti** i brojne **neuropsihološke testove**. S obzirom na to da ne postoji slaganje o tome što inteligencija jest, postoji više od 200 mjernih instrumenata koji odražavaju teorijska stajališta autora o bitnoj prirodi inteligencije i najboljim načinima mjerenja intelektualnog funkcioniranja. Također postoji velik broj neuropsiholoških testova jer obuhvaćaju širok spektar funkcija koje su povezane s određenom strukturom središnjega živčanog sustava.

21.4.2. Testovi inteligencije

21.4.2.1. Uvodno o testovima inteligencije

Inteligencija je konstrukt koji nije jednoznačno definiran, ali se najčešće određuje kao osobina uspješnog snalaženja jedinice u novim situacijama u kojima ne pomaže stereotipno nagonско ponašanje, a ni učenjem stečene navike, vještine i znanja (Petz 2005). Prvi

test inteligencije za djecu konstruirao je 1905. godine Alfred Binet u suradnji s Theodorem Simonom (Routh 2014), a svrha je testa bila identificirati intelektualno ispodprosječnu djecu koja zahtijevaju poseban oblik školovanja. Binet-Simonov test se smatra prvim testom inteligencije uopće, nakon kojega su konstruirani i brojni drugi testovi inteligencije. Nastavak ovoga originalnog testa je danas Stanford-Binetov test koji je revidirana verzija Binet-Simonova testa.

21.4.2.2. Wechslerov test inteligencije za djecu – četvrto izdanje (WISC-IV)

Wechslerov test inteligencije za djecu – četvrto izdanje (WISC-IV) klinički je instrument za procjenu inteligencije djece u dobi od 6 godina i 0 mjeseci do 16 godina i 11 mjeseci (Matešić 2010). Namijenjen je isključivo individualnoj primjeni. WISC-IV sadržava 10 temeljnih i 5 dopunskih podtestova, a na temelju rezultata određuje se kvocijent inteligencije za cijeli test, koji pokazuje djetetovu opću kognitivnu sposobnost. Usto se mogu odrediti još četiri kompozitna rezultata (kompozitni rezultat deriviran je iz više pojedinačnih podtestova), koji upućuju na djetetovo funkcioniranje u određenim područjima kognitivnog funkcioniranja. To su: indeks verbalnog shvaćanja, indeks perceptivnog rasuđivanja, indeks radnog pamćenja i indeks brzine obrade informacija. Primjenom WISC-a moguće je dobiti mnogo korisnih informacija o djetetu; moguće je identificirati djecu s poteškoćama u razvoju ili darovitu djecu, djecu s deficitima u receptivnom ili ekspresivnom jeziku, djecu s hiperkinetskim sindromom, kao i djecu s poteškoćama u učenju. Primjena testa može trajati i do 140 min, složena je te zahtijeva dodatnu edukaciju stručnjaka. Osim forme za djecu, dostupna je i forma za odrasle – WAIS. Postoji i forma za predškolsku djecu dobi od 30 do 91 mjesec – The Wechsler preschool and primary scale of intelligence (WPPSI) (Wechsler 2012).

21.4.2.3. Progressivne matrice u boji (CPM)

Progressivne matrice u boji (CPM) uključuju mjerenje edukativne, neverbalne sposobnosti, odnosno sposobnosti razumijevanja kompleksnih situacija, sposobnosti pronalaženja značenja u događajima i sposobnosti percepcije i mišljenja (Galić 2002). Primarno se primjenjuju u djece dobi od 5 do 11 godina, ali ih je moguće rabiti i u starijih osoba te u bolesnika čije su sposobnosti u znatnoj mjeri oštećene. Test se sastoji od

triju setova (A, AB i B) s po 12 zadataka u svakom setu. Zadaci su poredani po težini od najlakših do najtežih. Primjena je uglavnom individualna, iako je moguća i grupna. Vrijeme rješavanja testa nije ograničeno, a obično traje oko 20 minuta. Postoji i paralelna inačica testa (CPM Paralelni), koja služi da bi se izbjegao utjecaj poznatosti testa zbog retestiranja. Za djecu stariju od 10 godina uporabljaju se **Standardne progresivne matrice (SPM)**, a za mjerenje edukativne sposobnosti gornjih 20 % populacije namijenjene su **Ravenove progresivne matrice za napredne (APM)**. Progresivne matrice u boji nerijetko se primjenjuju u kombinaciji s **Chrichton ljestvicom rječnika (CVS)**, koji je namijenjena za procjenu usvojenih informacija, a primijenjene zajedno pružaju procjenu generalnog čimbenika (faktora) inteligencije.

21.4.2.4. **The Stanford–Binet Intelligence Scales: Fifth Edition (SB5) (Roid 2003)**

The Stanford–Binet Intelligence Scales: Fifth Edition (SB5) test je inteligencije koji se najčešće rabi za dijagnosticiranje razvojnih i intelektualnih teškoća u djece od dvije godine dalje. Poznatiji je kao „Stanford-Binetov test”, a nastao je revizijom Binet-Simona testa, koji se smatra prvim testom inteligencije uopće (Routh 2014). Primjenjuje se individualno, a primjena traje 15 – 50 minuta, ovisno o dobi i sposobnostima. Test se sastoji od verbalnih i neverbalnih podtestova, a mjeri pet čimbenika (faktora): znanje, kvantitativno rezoniranje, vizuo-spacijalno procesiranje, radno pamćenje i fluidno rezoniranje (Becker 2003).

21.4.2.5. **Cattellovi kulturalno nepristrani testovi inteligencije (CTI)**

Cattellovi kulturalno nepristrani testovi inteligencije (CTI) neverbalni su testovi koji mjere opći, generalni čimbenik (faktor) mentalne sposobnosti, pri čemu isključuju, koliko je god moguće, utjecaj verbalnih sposobnosti, kulture iz koje pojedinac potječe i stupanj obrazovanja (Matešić 2010). Primarne sposobnosti zastupljene u Cattellovim testovima jesu sposobnost rasuđivanja i prostorni čimbenik (faktor). Sastoji se od triju ljestvica. Ljestvica 1 namijenjena je djeci od 4 do 8 godina, te starijim i osobama s intelektualnim teškoćama. Sastoji se od 8 podtestova, a uporabljaju se i različiti predmeti, primjerice kutija šibica, novčići, ključevi i slično. Ljestvica 2 namijenjena je djeci od 8 godina dalje, ali i starijoj djeci te većini odraslih. Lje-

stvica 3 se najčešće primjenjuje sa starijom djecom, studentima i osobama za koje pretpostavljamo da posjeduju višu razinu sposobnosti. Osnovna razlika između ljestvice 2 i ljestvice 3 jest stupanj težine zadatka. CTI ima široku primjenu, a poznat je i po tome što se njime, među ostalim testovima, koriste društva kao što su Mensa i Triple Nine Society.

21.4.2.6. **Goodenough–Harris Draw-a-Person test (DAP)**

Test je prvotno razvila Goodenough (1926), a revidirao ga je i proširio Harris (1963), te se u toj formi upotrebljava i danas. Svrha je testa procjena kognitivnog razvoja djeteta bez utjecaja čimbenika kao što su jezična barijera ili vještine čitanja i pisanja. Test se također rabi u svrhu procjene inteligencije, pa čak i kao projektivni test, što mu nije bila prvotna namjena. Primjenjuje se od 2 god. nadalje, rješavanje nema vremenskog ograničenja, ali malokad traje dulje od 10 do 15 minuta. Od djeteta se traži da nacrtati tri crteža na trima posebnim listovima papira: crtež muškog lika, crtež ženskog lika i crtež sebe. Crteži se boduju prema velikom broju kriterija u četrnaest različitih aspekata (kao npr. za određene dijelove tijela, odjeću itd.).

21.4.2.7. **Kohs block design test**

Kohs block design test jest test sposobnosti koji je standardiziran za mjerenje inteligencije, visoko je saturiran generalnim čimbenikom (faktorom) (Rozencajwaj i Corroyer 2001) te se često primjenjuje u svrhu procjene inteligencije. Sadržava ukupno 17 predložaka, a dijete treba, u ograničenu vremenu, promatrajući crtež dvodimenzionalnog geometrijskog lika, s pomoću kocaka složiti taj lik. Svaka je strana kocke ili jednobojna ili ima dvije boje podijeljene dijagonalnom linijom. Primjenjuje se individualno, a primjena obično traje 30 – 40 minuta. *Kohs block design test* uključen je u Wechslerov test inteligencije za djecu kao jedan od podtestova.

21.4.3. **Neuropsihološki testovi**

21.4.3.1. **Uvodni aspekti**

Neuropsihološki testovi jesu testovi kojima se mjere psihološke funkcije i ponašanje za koje je poznato da su povezani s određenom strukturom središnjega živčanog sustava. Obuhvaćaju širok spektar funkcija kao

što su: orijentacija i pažnja, mnestičke funkcije, verbalne funkcije i govor, vizuoperceptivne, vizuospacijalne, vizuokonstrukcijske i druge funkcije.

21.4.3.2. **Benderov vizualno-motorički geštalt-test (Benderov geštalt-test)**

Benderov vizualno-motorički geštalt-test od svojeg je nastanka jedan od najčešće primjenjivanih instrumenata u psihološkim mjerenjima. Ispituje razvoj vizualno-motoričkih funkcija i perceptivnih vještina. Sastoji se od devet podražajnih karata s geometrijskim likovima (kao npr. krug ili romb) koje ispitanik treba precrtati. Na temelju specifičnih pogrešaka vezanih za svaki pojedini lik, Benderov je test bodovan prema broju pogrešaka koje ispitanik učini (Kaplan i Saccuzzo 2017). Dostupne su razvojne norme koje opisuju prihvatljiv broj pogrešaka za djecu dobi od 5 do 8 godina. U dobi od 9 godina svako dijete normalnog razvoja može precrtati geometrijske likove sa samo jednom ili dvjema pogreškama. Dijete starije od 9 godina koje ne može uspješno precrtati likove može patiti od određenog deficita. Pogreške se mogu pojaviti i u osoba čija je mentalna dob niža od 9 godina, u osoba s oštećenjima SŽS-a, u osoba sa smetnjama neverbalnog učenja te u osoba s emocionalnim teškoćama. E. Koppitz je napravila popis od 11 kategorija emocionalnih indikatora, koji bi trebali olakšati razlikovanje stvarnih deficita vizualno-motoričke percepcije od onih koji odražavaju emocionalne teškoće (Galić 2002).

21.4.3.3. **Bentonov test vizualne retencije (BVRT)**

Bentonov test vizualne retencije (BVRT) test je namijenjen za ispitivanje vizualne percepcije i vizualnog pamćenja u djece od osme godine života, ali i u odraslih osoba (Kaplan i Saccuzzo 2017). Ispitaniku se kratko prikazuju razni geometrijski likovi, koje zatim ispitanik mora nacrtati prema sjećanju. Broj i vrsta pogrešaka u reprodukciji geometrijskih likova uspoređuje se s normama, pri čemu veći broj pogrešaka može upućivati na oštećenja mozga (Lockwood i sur. 2011).

21.4.3.4. **Peabodyjev slikovni test rječnika – treće izdanje (PPVT-III)**

Peabodyjev slikovni test rječnika test je širokog raspona koji služi kao mjera receptivnog poznavanja rječnika (Matešić 2010), ali pruža i procjenu verbalne inte-

ligencije (Kaplan i Saccuzzo 2017). Također se može rabiti kao instrument za procjenu ili kao dodatak drugim mjerama za procjenu teškoća u učenju ili jezičnih poteškoća. Test se primjenjuje od 2,5 god. dalje, primjena je individualna, traje 10 – 15 minuta. Sadržava 4 zadataka za uvježbavanje i 17 setova od po 12 zadataka. Zadatci su složeni po težini, od najlakših prema sve težima. Svaki se zadatak sastoji od lista s 4 crno-bijele ilustracije koje ispitivač pokazuje ispitaniku i pri tome govori jednu riječ ili frazu. Zadatak je ispitanika pokazati onu sliku koja najbolje prikazuje značenje podražajne riječi. Test ima dvije paralelne forme testa te je pogodan za ponovljeno testiranje.

21.5. **Adaptabilno ponašanje**

The Vineland adaptive behavior scales- 3rd Edition (Sparrow i sur. 2016), mjeri adaptabilno ponašanje i rabi se za ispitanike od 0 do 90 godina. Adaptabilno ponašanje mjeri domene koje se odnose na osobnu samostalnost i socijalnu kompetenciju. To su svakodnevne aktivnosti koje su nužne za vlastitu brigu o sebi, kao i druženje s drugima, definirano prema dobi i kulturnim standardima. Uobičajene domene uključuju individualnu brigu o sebi (jedenje, odlazak na zahod, jednostavni kućni poslovi), funkcionalnu komunikaciju i školska postignuća, finu i grubu motoriku, kao i socijalno ponašanje, a ono uključuje odnos prema drugima, sudjelovanje u slobodnim aktivnostima, kao i svjesnost o pravilima zajednice (Tsatsanis i sur. 2018). DSM-5 klasifikacija dodatno jasnije definira specifične domene adaptabilnog ponašanja (APA 2013). Vidjeti dodatno poglavlje 39 o intelektualnim teškoćama. Naime, DSM-5 stavlja velik naglasak na mjerenje ovih vještina novim metodama koje su razvijene u posljednjih nekoliko godina (Simonoff 2015), te se preporučuje detaljno pročitati klasifikaciju DSM-5 u ovom području. Adaptabilne vještine DSM-5 dijeli u tri kategorije: konceptualna domena, socijalna domena i praktična domena, i prema njima se klasificira IT (laka, umjerena itd.), a ne isključivo na vrijednostima IQ-a. Slično DSM-5, IT se definiraju i od AAIDD (2018). Dakle, adaptabilne se vještine sastoje od konceptualnih, socijalnih i praktičnih vještina. Konceptualne se vještine odnose na jezik i pismenost; konceptualne, vremena i brojeva; kao i na samousmjerenost. Socijalne se vještine odnose na interpersonalne vještine, socijalnu odgovornost, samopoštovanje, lakovjernost, naivnost, rješavanje socijalnih problema,

sposobnost pridržavanja pravila / slijeđenje zakona, uz izbjegavanje biti žrtva. Praktične se vještine odnose na aktivnosti svakodnevnog življenja (briga o sebi), radne vještine, brigu za zdravlje, putovanja / prijevozna sredstva, zadatci/, rutine, sigurnost, korištenje novcem, korištenje telefonom itd.

21.6. Upitnici i postupci za ispitivanje ličnosti

21.6.1. Uvodni aspekti

U **tablici 21.2.** prikazani su najvažniji upitnici za ispitivanje ličnosti.

Tablica 21.2.

Najvažniji upitnici za ispitivanje ličnosti.

Modificirano prema Beck i sur. 2011; Brajša-Žganec i Matešić 1998; Butcher i Williams 1999; Eysenck i Eysenck 2003; Matešić 2010; Vulić-Prtorić 2003; Vulić-Prtorić 2004.

- Minnesota multifazični inventar ličnosti za adolescente (MMPI-A)
- Junior EPQ
- Beckovi inventari za mlade – drugo izdanje za djecu i adolescente (BYI-II)
- Skala depresivnosti za djecu i adolescente (SDD)
- Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62)

Ličnost predočuje sveobuhvatnu cjelinu, integraciju osobina pojedinca u relativno stabilnu i jedinstvenu organizaciju koja determinira njegovu aktivnost u promjenljivoj okolini i oblikuje se i mijenja pod utjecajem te aktivnosti (Petz 2005). Vođeni različitim teorijskim pristupima, neki kliničari ličnost promatraju kao organizirani skup crta, dok je drugi vide kao dinamične odnose između intrapsihičkih sila, ponavljajuće obrasce naučenih ponašanja ili percepcija svijeta (Nietzel i sur. 2002). Drugi autori slično definiraju ličnost. **Ličnost** se izražava posebno u prvih 20 godina života pojedinca i definira se u kasnijem tijeku života kao skup stabilnog načina ponašanja i obrazaca reakcija jedne ličnosti, koja uključuje i vlastiti identitet, interpersonalne odnose i sociokulturalna očekivanja (Lempp 2014; Peters 1990). S jedne strane, ovom se pojmu pridodaje nešto statično (Peters 1990). S druge strane, neki autori navode procesne promjene novih osobina kod ličnosti (Peters 1990). Teorijski uvjetovane varijacije u viđenju ličnosti odražavaju se i u širo-

kom rasponu metoda kojima pokušavaju odrediti ličnost. U skladu s tim, više psiholoških testova namijenjeno je mjerenju ličnosti nego bilo kojemu drugom kliničkom predmetu mjerenja. Dvije su glavne vrste upitnika i postupaka za ispitivanje ličnosti: **objektivni i projektivni.**

21.6.2. Objektivni upitnici ličnosti i druge skale

21.6.2.1. Uvodni aspekti o objektivnim upitnicima ličnosti

Objektivni upitnici ličnosti sastoje se od relativno jasnih, specifičnih podražaja kao što su pitanja, tvrdnje ili pojmovi na koje osoba odgovara izravnim odgovorima, odabirom ili procjenom (Nietzel i sur. 2002). Većina objektivnih upitnika ličnosti upitnici su i skale tipa papir-olovka, koji se mogu jednostavno bodovati, često i računalno, poput pitanja višestrukog izbora ili pitanja s odgovorima točno – netočno. Neki objektivni upitnici ličnosti usmjereni su na jedan aspekt ličnosti, kao što su anksioznost, ovisnost ili ego snaga, dok drugi daju sveobuhvatan pregled brojnih dimenzija ličnosti. Pojam objektivnosti kod ovih se testova odnosi na objektivnan način bodovanja rezultata, odnosno označuje neovisnost rezultata mjerenja o samom ispituvaču (Hogan 2007).

21.6.2.2. *Minnesota multifazični inventar ličnosti za adolescente (MMPI-A)*

MMPI-A jedan je od najcjelovitijih i najkorisnijih te i najčešće primjenjivanih inventara za procjenu ličnosti adolescenata. Zbog kliničkih ljestvica i obuhvaćanja velikoga broja psihopatoloških odstupanja našao je široku primjenu u kliničkoj praksi. Inventar sadržava ukupno 478 tvrdnji, na koje adolescent dobi od 14 do 18 godina odgovara zaokruživanjem odgovora „da“ ili „ne“. Osim individualne, moguća je i grupna primjena, a traje 45 do 60 minuta. Temeljne ljestvice čine ljestvice valjanosti i kliničke ljestvice. Kliničke ljestvice jesu: hipohondrija (Hs), depresija (D), histerija (Hy), psihopatska devijacija (Pd), muževnost-ženstvenost (Mf), paranoja (Pa), psihastenija (Pt), shizofrenija (Sc), hipomanija (Ma) i socijalna introverzija (Si). U MMPI-A postoji 6 mjera namijenjenih procjeni je li upotrijebljeni stil odgovaranja ugrozio valjanost adolescentova samoiskaza; ljestvica „?“ ili Cs (rezultat „ne znam“), ljestvica laganja, K ljestvica (usmjerena na otkrivanje poricanja psihopatologije i prezentiranja

pretjerano dobre slike o sebi), TRIN ljestvica (nedosljedno odgovaranje „točno“), F-ljestvica (rijetke pojave) i VRIN (promjenjiva nedosljednost odgovora). U nekim slučajevima, kao npr. kada je riječ o iznimno nedosljednom odgovaranju, stil odgovaranja toliko je problematičan da se cijeli profil mora proglasiti nevaljanim (Butcher i Williams 1999). Osim kliničkih ljestvica, ljestvica valjanosti MMPI-A sadržava Harris-Lingoesove podljestvice, dopunske ljestvice i ljestvice sadržaja.

21.6.2.3. *Junior EPQ*

Junior EPQ jedan je od najčešće primjenjivanih upitnika ličnosti za djecu dobi od 7 do 15 godina. Sastoji se od 81 čestice na koje dijete odgovara zaokruživanjem odgovora „da“ ili „ne“. Moguća je individualna i grupna primjena, a vrijeme primjene traje od 10 do 15 minuta (Brajša-Žganec i Matešić 1998). Utemeljen je na Eysenckovoj teoriji ličnosti koja je nastala kombinacijom faktorske analize i kliničke metode, a podrazumijeva postojanje triju osnovnih dimenzija ličnosti: introverzija-ekstraverzija (E), neuroticizam-emocionalna stabilnost (N) i psihoticizam (P). Navedene dimenzije ličnosti korespondiraju sa skalama *Junior EPQ* upitnika. Vrlo izražen rezultat na ljestvici neuroticizma upućuje na dispoziciju za neurotske poremećaje, a visok rezultat na ljestvici psihoticizma govori o mogućem razvoju psihoze (Eysenck i Eysenck 2003). Visok rezultat na skali ekstraverzije upućuje na društvenost, komunikativnost, optimizam i znatiželju. Osim E, P i N skale, *Junior EPQ* sadržava i kontrolnu L-skalu laži, kojoj je svrha otkriti tendenciju disimulacije i pokušaj ostavljanja dobrog dojma o sebi, a naknadno je konstruirana i skala kriminaliteta (C), odnosno skala antisocijalnog ponašanja.

21.6.2.4. *Beckovi inventari za mlade – drugo izdanje za djecu i adolescente (BYI-II)*

Beckovi inventari za mlade namijenjeni su za procjenu emocionalnih i socijalnih smetnji u djece i adolescenata od 7 do 18 godina (Beck i sur. 2011). Primjena je grupna ili individualna, za primjenu ne postoji vremensko ograničenje, a u prosjeku traje oko 25 minuta. Kombinirani svezak sadržava: Beckov inventar depresije za mlade (BDI-Y), Beckov inventar anksioznosti za mlade (BAI-Y), Beckov inventar ljutnje za mlade (BANI-Y), Beckov inventar ometajućeg ponašanja mladih (BDBI-Y) i Beckov inventar samopoima-

nja mladih (BASI-Y). Inventari se mogu rabiti odvojeno ili u kombinaciji, kako bi se zahvatili simptomi i smetnje unutar navedenih pet područja.

21.6.2.5. *Skala depresivnosti za djecu i adolescente (SDD)*

Skala depresivnosti za djecu i adolescente zbog jednostavnosti primjene vrlo se često primjenjuje u kliničkoj praksi. Skala je namijenjena za djecu dobi od 10 do 18 godina, premda se u kliničkoj, individualnoj primjeni pokazala vrlo korisnom i s mlađim skupinama (Matešić 2010). Sadržava ukupno 26 čestica, pri čemu dijete za svaku pojedinu tvrdnju izražava stupanj svog slaganja ili neslaganja zaokruživanjem odgovora na petostupanjskoj ljestvici. Vrijeme odgovaranja nije ograničeno i u prosjeku traje 5 do 10 minuta, ovisno o dobi ispitanika i brzini čitanja (Vulić-Prtorić 2003). SDD je konstruirana na temelju popisa simptoma iz DSM-IV klasifikacije (APA 1994), tvrdnji koje se primjenjuju u različitim psihodijagnostičkim instrumentima za mjerenje depresije i teorijskih tumačenja simptomatologije depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji (poremećaj raspoloženja, gubitak interesa, poremećaj apetita i spavanja, psihomotorne smetnje, beznađe, rezignacija, slabljenje životne energije i sl.). Tvrdnje pokrivaju tri grupe simptoma depresivnosti: emocionalnu, tjelesnu i kognitivnu.

21.6.2.6. *Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62)*

Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente namijenjena je za djecu dobi od 10 do 18 godina, premda se u kliničkoj, individualnoj primjeni pokazala vrlo korisnom i s mlađim skupinama (Matešić 2010). Sadržava ukupno 62 čestice, pri čemu dijete za svaku pojedinu tvrdnju izražava stupanj svoga slaganja ili neslaganja zaokruživanjem odgovora na petostupanjskoj ljestvici. Vrijeme odgovaranja nije ograničeno i u prosjeku traje 20 minuta, ovisno o dobi ispitanika i brzini čitanja (Vulić-Prtorić 2004). Konstruirana je na temelju popisa simptoma anksioznih poremećaja iz DSM-IV klasifikacije (APA, 1994), pri čemu nisu obuhvaćeni simptomi posttraumatskoga i akutnoga stresnog poremećaja. Obuhvaća 8 podskala: skala ispitne anksioznosti (ISP), skala socijalne anksioznosti (SOC), skala separacijske anksioznosti (SEP), skala opsesivno-kompulzivnih simptoma (OPKO), skala anksiozne osjetljivosti / panični napadaji / agorafobija (APA),

skala zabrinutosti (ZAB), skala somatizacije (SOMA) i skala specifičnih strahova i fobija (SSF).

21.6.3. Projektivne tehnike za ispitivanje ličnosti

21.6.3.1. Uvodni aspekti o projektivnim testovima ličnosti

U **tablici 21.3.** navedeni su najvažniji projektivni testovi.

Tablica 21.3.

Najvažniji projektivni testovi.

Modificirano prema Exner 2003; Kostelić-Martić i Jokić-Begić 2003; Lis i sur. 2005; Matešić 2010.

- Rorschachove mrlje od tinte (RIT);
- Warteggov test crteža (WZT)
- Projektivna tehnika Mozaik (PTM)
- Indeks profila emocija (PIE)
- Children's Apperception Test (CAT)

Projektivne tehnike za ispitivanje ličnosti temelje se na projektivnoj hipotezi, prema kojoj ljudi pri interpretaciji ambivalentnih podražaja projiciraju dominantne aspekte vlastite ličnosti (svoje potrebe, osjećaje, iskustva, prethodna uvjetovanja, procese mišljenja itd.). Na primjer, kada uplašeni dječak u mračnoj prostoriji vidi veliku sjenu i tumači je kao čudovište, on zapravo u sjenu projicira svoj vlastiti strah. Sjena je sama po sebi neutralna, a ono što dijete uistinu vidi odraz je unutrašnjega djelovanja njegove psihe (Kaplan i Saccuzzo 2017). Jednu od najpoznatijih projektivnih tehnika konstruirao je švicarski psihijatar Hermann Rorschach, koji je kapnuo tintu na papir, preklopio ga i time dobio simetrične ambivalentne oblike, tj. mrlje. Mrlje se pokazuju ispitanicima, a njihov je zadatak da opišu što pojedini predložak prikazuje. Na Rorschacha su utjecali Freudov rad i njegov koncept nesvjesnoga i dinamičkog pogleda na ličnost te se u tumačenju ispitanikova odgovora koristio psihoanalitičkom teorijom, posebno mehanizmom projekcije.

21.6.3.2. Rorschachove mrlje od tinte (RIT)

Rorschachove mrlje od tinte projektivna je tehnika namijenjena za ispitivanje strukture i dinamike ličnosti (Matešić 2010). Može se rabiti u djece od pete godine dalje (Exner 2003). Test se sastoji od 10 predložaka s

mrljama od tinte, a zadatak je ispitanika opisati što pojedini predložak prikazuje. Odgovori se ocjenjuju prema uputama u priručniku, a interpretiraju se na kvantitativnoj i kvalitativnoj razini.

21.6.3.3. Warteggov test crteža (WZT)

Warteggov test crteža projektivna je tehnika namijenjena za djecu i odrasle, primjena je najčešće individualna, ali je moguća i grupna. Test se sastoji od osam bijelih kvadrata obrubljenih crnim rubom koji potiču motoričku tendenciju prema šaranju, popunjavanju prostora i zacrnjivanju (Kostelić-Martić i Jokić-Begić 2003). Unutar svakoga kvadrata nalaze se podražajni znakovi, a od djeteta ili adolescenta traži se da dovrši crteže tako da nastane osam crteža koji odgovaraju njihovim osjećajima. Navedeni se crteži odnose na: 1. identitet, 2. afektivnost, 3. planiranje, motivaciju i nastojanje, 4. tjeskobu, 5. sposobnost suočavanja i prevladavanja prepreka, 6. racionalno-emotivnu integraciju, 7. emocionalnu osjetljivost i 8. socijalne odnose. Teorijska podloga testa ishodište ima u učenju C. G. Junga o arhetipovima, te na geštaltističkim načelima percipiranja, a podražajni su znakovi izabrani prema arhetipskom značenju. Warteggov test crteža posebno je koristan kada je riječ o ispitaniku s tendencijom disimulacije, agravacije ili nekim drugim oblikom davanja neiskrenih odgovora.

21.6.3.4. Projektivna tehnika Mozaik (PTM)

Projektivna tehnika Mozaik služi za otkrivanje osnovnih i dominantnih psihičkih procesa koji odgovaraju pojedinim kliničkim slikama ili tipičnom načinu reagiranja pojedinca (Matešić 2010). Primjenjuje se u djece, adolescenata i odraslih, a osobito je koristan pri dijagnosticiranju shizofrenije, ispitivanju osoba s intelektualnim poteškoćama, pri raznim organskim oštećenjima mozga, te u radu s osobama s kojima se ne može ostvariti verbalni kontakt. Sastoji se od 400 pločica u 6 oblika i u 8 boja. Zadatak je ispitanika da na podlozi ispred sebe od pločica napravi mozaik prema vlastitoj želji, a pritom može uporabiti koliko god pločica želi, bilo koje boje i oblika. U interpretaciji se u obzir uzimaju broj likova u mozaiku, koherentnost, konkretnost, smislenost, potpunost mozaika, jasnoća strukture, odnos sastavljenog i željenog oblika, izbor boja i oblika itd.

21.6.3.5. Indeks profila emocija (PIE)

Indeks profila emocija „poluprojektivna“ je tehnika za ispitivanje ličnosti namijenjena za primjenu u ispitivanja od rane adolescencije nadalje, posebno je pogodan za procjenu različitih područja emotivne nestabilnosti, a primjenjuje se u klinikama i psihijatrijskim ustanovama, u savjetovanju i psihoterapiji, za dijagnostičke evaluacije itd. Primjena je pojedinačna ili grupna i traje 10 – 15 minuta (Matešić 2010). PIE je namijenjen mjerenju emotivnosti ispitanika u skladu s Plutchikovim multidimenzionalnim modelom emocija. Teorija pretpostavlja postojanje osam osnovnih dimenzija emocija čijom kombinacijom nastaju osobine ličnosti. PIE procjenjuje relativnu važnost ovih osam emocija u životu osobe, odnosno jačinu i važnost osnovnih osobina ličnosti te konflikte u ličnosti. Test sadržava 8 ljestvica koje se odnose na osam osnovnih dimenzija emocija: 1. povjerljivost, 2. bojažljivost, 3. depresivnost, 4. nepovjerljivost, 5. agresivnost, 6. društvenost, 7. kontroliranost i 8. nekontroliranost. Sadržava i ljestvicu pristranost, koja mjeri stajalište ispitanika prema ispitivanju i odražava sklonost pojedinca davanju socijalno poželjnih odgovora.

21.6.3.6. Children's Apperception Test (CAT)

Children's Apperception Test (CAT) projektivna je tehnika koja se upotrebljuje u svrhu procjene nekih aspekata emocionalnog funkcioniranja, karakteristika ličnosti, zrelosti i emocionalnog zdravlja djece od 3 do 10 godina (Lis i sur. 2005). Sastoji se od 10 slika životinja s antropomorfnim obilježjima prikazanim u raznim socijalnim situacijama primjerenima djeci. Slike se prikazuju djetetu u određenom slijedu, a dijete se potiče da na temelju slika ispriča priču. Osim oblika testa sa slikama životinja (CAT-A), postoji i oblik s ljudskim figurama (CAT-H) i oblik sa slikama djece u uobičajenim obiteljskim situacijama (CAT-S).

21.7. Skale za procjenu emocija, ponašanja i specifičnih vještina

21.7.1. Uvodni aspekti

Skale za procjenu ponašanja, povijesno gledano, imaju vrlo važnu ulogu u procjeni emocionalnog, ponašajnog i socijalnog funkcioniranja u djece i adolescenata (Bromberg i O'Donohue 2013). Danas je dostupan velik broj različitih skala za procjenu ponaša-

nja, koje se primjenjuju u kliničkoj praksi i istraživanjima, ali i u školskom okruženju. Većina ih je namijenjena za procjenu djece, iako se dio može rabiti i u radu s odraslima. Skale za procjenu ponašanja pomažu kliničarima da dobiju informacije od roditelja ili nastavnika o funkcioniranju djeteta u različitim okruženjima, što je potrebno za odgovarajuću dijagnostiku brojnih poremećaja, kao i za praćenje procesa liječenja.

21.7.2. Child Behavior Checklist (CBCL)

Child Behavior Checklist skala je za procjenu ponašanja djece i adolescenata od 6 do 18 godina, koja se temelji na procjeni skrbnika (Achenbach i Rescorla 2001). Dio je Achenbachove sustava empirijski provjerene procjene (ASEBA), a sastoji se od dvaju dijelova. Prvi, manji dio, kroz četiri skale omogućuje procjenu djetetovih kompetencija koje uključuju skale aktivnosti, socijalnih i školskih kompetencija, i četvrtu skalu koja ujedinjuje prve tri – skalu ukupnih djetetovih kompetencija. Drugi, veći dio, sastoji se od 118 pitanja koja u svojem bitnom dijelu formiraju osam sindromskih skala – anksioznost/depresivnost, povučenost, tjelesne probleme, socijalne probleme, probleme mišljenja, probleme pažnje, smetnje ponašanja i agresivno ponašanje. Prve tri skale formiraju širu grupu internalizirajućih smetnji, dok posljednje dvije formiraju grupu eksternalizirajućih smetnji. Upitnik također nudi alternativnu strukturu sindromskih skala prilagođenih DSM-IV. Postoji verzija i za predškolsku djecu dobi od 1,5 do 5 godina (Achenbach i sur. 2006).

21.7.3. Youth Self-Report (YSR)

Youth Self-Report (YSR) skala je procjene ponašanja djece i adolescenata od 11 do 18 godina, a također je dio Achenbachova sustava empirijski provjerene procjene (ASEBA), no, za razliku od CBCL-a, ne temelji se na procjeni skrbnika, nego na samoprocjeni djeteta, odnosno adolescenta (Achenbach i Rescorla 2001). Također pruža rezultate na osam sindromskih skala – anksioznost/depresivnost, povučenost, tjelesni problemi, socijalni problemi, problemi mišljenja, problemi pažnje, smetnje ponašanja i agresivno ponašanje.

21.7.4. Test za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (ADHDT)

Test za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj namijenjen je procjeni ponašanja osoba s poremećajem

pažnje/hiperaktivnim poremećajem (ADHD) ili osoba s problemima ponašanja, te dijagnosticiranju učenika s deficitom pažnje/hiperaktivnim poremećajem (Matešić 2010). Primjena je testa pojedinačna, nema vremenskog ograničenja, ali obično traje 5 do 10 minuta. ADHD-om mogu se koristiti različiti procjenjivači i ispitivači, a procjenitelj može biti bilo koja osoba koja je u neprekidnom kontaktu s osobom koju procjenjuje (npr. učitelj, roditelj, psiholog). Test se sastoji od triju podtestova s ukupno 36 čestica. Čestice se odnose na tri temeljna simptoma ADHD-a o kojima se govori u literaturi (Gilliam 2006). Prvi podtest, hiperaktivnost, mjeri pretjerane motoričke pokrete, drugi podtest, impulzivnost, procjenjuje probleme inhibiranja ponašanja i odgađanja reakcije, a treći podtest, nepažnja, mjeri probleme osobe s usmjerivanjem i održavanjem pažnje na važna obilježja zadatka ili posla. Za dijagnosticiranje ADHD-a potrebno je pojavljivanje simptoma iz svih triju skupina prije sedme godine života, u najmanje dvama različitim okruženjima.

21.7.5. Connersove skale

Conners Comprehensive Behavior Rating Scale (CBRS) skala je koja se primjenjuje za procjenu emocionalnih smetnji, agresivnih ponašanja, školskih poteškoća, hiperaktivnosti/impulzivnosti, socijalnih problema, separacijskih strahova, perfekcionizma, kompulzivnog ponašanja, agresivnosti i fizičkih simptoma u djece između 6 i 18 godina. Upitnik za roditelje i nastavnike primjenjuje se od 6. do 18. godine djetetova života, kao i samoprocjenski upitnik. Iako skala može poslužiti i u svrhu procjene nekih internalizirajućih smetnji (Saklofske i sur. 2013), najčešće se primjenjuje za dijagnosticiranje hiperaktivnog poremećaja ili ADHD-a (Kao i Thomas 2010). **Conners-3** (Conners 2009) mjeri pažnju i primjenjuje se u dobi od 2 do 6 godina.

21.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Psihološka je procjena proces ispitivanja pri kojemu se psiholozi koriste nizom tehnika i postupaka kako bi došli do određenih znanja o osobama i njihovu ponašanju, njihovoj ličnosti i specifičnim sposobnostima.
- ✓ Rezultati psihološke procjene uključuju i klinički dojam te se nikada ne fokusiraju isklju-

čivo na rezultate testova, nego se temelje na cjelokupnoj obradi koja daje sveobuhvatnu i cjelovitu sliku osobe koja se ispituje.

- ✓ Psihološki se test može definirati kao sustavni postupak opažanja i opisivanja ponašanja neke osobe u standardnoj situaciji.
- ✓ Danas postoji niz psiholoških testova, a za kliničku ih praksu dijelimo na više vrsta.
- ✓ Psihološka je procjena važna i dio je ukupne psihijatrijske procjene.

21.9. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Što nazivamo razvojnim testom, što testom inteligencije, a što testovima probira (skrininga)?

ODGOVOR: Kolokvijalno se naziv razvojnih testova primjenjuje za otprilike u dobi do pete godine, dok se testovi nakon pete godine nazivaju testovima inteligencije. Probirni testovi (skrining) mogu u psihologiji biti nejasan pojam i obično se on rabi u američkoj literaturi. Naime, kod testova probira riječ je o vremenski kraćim testovima koji se provode od različitih stručnjaka, dok detaljniju procjenu razvojnim testovima ili testovima inteligencije provode educirani stručnjaci, najčešće psiholozi.

■ **PITANJE:** Zašto je važno ispitivanje adaptabilnih vještina?

ODGOVOR: DSM-5 i AAIDD stavlja veliki naglasak na mjerenje ovih vještina novim metodama koje su razvijene u posljednjih nekoliko godina. Adaptabilne se vještine sastoje od konceptualnih, socijalnih i praktičnih vještina koje su naučene i koje neka osoba primjenjuje. Konceptualne se vještine odnose na jezik i pismenost; koncept novca, vremena i brojeva, kao i na samousmjerenost. Socijalne se vještine odnose na interpersonalne vještine, socijalnu odgovornost, samopoštovanje, lakovjernost, naivnost, rješavanje socijalnih problema, sposobnost pridržavanja pravila / slijedenje zakona, uz izbjegavanje biti žrtva. Praktične se vještine odnose na aktivnosti svakodnevnog življenja (briga o sebi), radne vještine, brigu za zdravlje, putovanja / prijevozna sredstva, zadatke/rutine, sigurnost, korištenje novcem, korištenje telefonom itd.

■ PITANJE: Zašto je važno ispitivanje projektivnim metodama?

ODGOVOR: Tradicionalno su u psihologiji i psihijatriji važni projektivni testovi, koji dublje ispituju ličnost. U dvojbama i nejasnim slučajevima važno je ispitivanje ovih domena. Često se može dobiti profil je li riječ o strukturnim oštećenjima (slabost ega) ili, drukčije rečeno, o nižoj strukturnoj razini.

■ PITANJE: Tko može provoditi psihološke testove?

ODGOVOR: U Hrvatskoj i svijetu postoje oznake slovima abecede koja pokazuju kojim se testovima mogu isključivo koristiti iskusni psiholozi i tako je i licencirano u literaturi. Primjerice, većinom testova ličnosti mogu se koristiti samo psiholozi. Druge struke također mogu rabiti neke testove i skale, a oni se onda svrstavaju u drugu kategoriju (npr. stručnjaci mentalnog zdravlja, logopedi, dječji psihijatri itd.).

21.10. Pitanja

- 1 Navedite definiciju psihološke procjene.
- 2 Navedite definiciju psihološkog testa.
- 3 Navedite neke razvojne testove, testove za mjerenje inteligencije, neuropsihološke testove te testove adaptabilnog ponašanja.
- 4 Navedite neke testove za procjenu ličnosti.
- 5 Navedite neke projektivne testove.

21.11. LITERATURA

1. *Achenbach TM, Rescorla LA.* Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2001.
2. *Achenbach TM, Rescorla LA, McConaughy S.* i sur. Achenbach system of empirically based assessment. Burlington, VT: ASEBA; 2006.
3. *American association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).* 2018. Dostupno na: <http://aaid.org/intellectual-disability/definition>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
4. *American Psychiatric Association (APA).* Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV. 4. izd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
6. *Bayley N.* Bayley scales of infant and toddler development, 3. izd. San Antonio TX: Harcourt; 2006.
7. *Beck JS, Beck AT, Jolly JB.* i sur. Beckov inventar za djecu i adolescente. Priručnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2011.
8. *Becker KA.* History of the Stanford-Binet intelligence scales: Content and psychometrics. 5. izd. Itasca, IL: Riverside Publishing; 2003.
9. *Berk L.E.* Child Development. 9. izd. New Jersey: Pearson Education; 2013.
10. *Brajša-Žganec A, Matešić K.* Zagrebačke norme za Eysenckov upitnik ličnosti za djecu. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
11. *Bromberg DS, O'Donohue WT.* Research Methods: Current Strategies, Obstacles to Research, and Future Directions. U: Bromberg DS, O'Donohue WT, ur. Handbook of Child and Adolescent Sexuality: Developmental and forensic psychology. Oxford: Academic Press; 2013, str. 21-40.
12. *Butcher JN, Williams CL.* Bitne odrednice interpretacija MMPI-2 i MMPI-A inventara. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.
13. *Conners CK.* Conners early childhood. Torrance, CA: WPS; 2009.
14. *Dumont R, Cruse CL, Alfonso V* i sur. Book review: Mullen Scales of Early Learning, AGS Edition. J Psychoeduc Assess 2000;18:381-9.
15. *Exner JE.* The Rorschach: A comprehensive system. 4. izd. New York: Wiley; 2003.
16. *Eysenck HJ, Eysenck SBG.* Priručnik za Eysenckov upitnik ličnosti (EPQ – djeca i odrasli). Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
17. *Galić S.* Neuropsihologijska procjena. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
18. *Gilliam JE.* ADHDT priručnik, Test za deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj, Metoda za identifikaciju pojedinaca s ADHD-om. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.
19. *Goodenough F.* Measurement of intelligence by drawings. New York: World Book Co.; 1926.
20. *Harris DB.* Children's drawings as measures of intellectual maturity. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.; 1963.
21. *Hogan TP.* Psychological testing: A practical introduction. 2. izd. Hoboken, NJ: Wiley; 2007.
22. *Kao GS, Thomas HM.* Review of Conners 3rd Edition. Journal of Psychoeducational Assessment 2010;28(6): 598-602.
23. *Kaplan RM, Saccuzzo DP.* Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues. 9. izd. Boston: Cengage Learning; 2018.
24. *Kostelić-Martić A, Jokić-Begić N.* Priručnik: Wartegg test crteža. Zagreb; 2003.
25. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
26. *Lis A, Mazzeschi C, Salcuni S* i sur. The children's apperception test evaluation form: initial data. Psychol Rep 2005; 96(3 Pt 1):755-68.
27. *Lockwood CA, Mansoor Y, Homer-Smith E* i sur. Factor structure of the Benton Visual Retention Tests: Dimensionalization of the Benton Visual Retention Test, Benton Visual Retention Test—Multiple choice, and the Visual Form Discrimination Test. Clin Neuropsychol 2011;25(1): 90-107.

28. *Matešić K.* Psihodijagnostička sredstva. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
29. *Mullen EM.* Mullen Scales of Early Learning (AGS ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service Inc; 1995.
30. *Nietzel MT, Bernstein DA, Milich R.* Uvod u kliničku psihologiju. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
31. *Peters UH.* Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4. izd. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1990.
32. *Petz B.* Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
33. *Roid GH.* Stanford-Binet Intelligence scale. 5. izd. Itasca, IL: Riverside Publishing; 2003.
34. *Routh DK.* A History of Clinical Psychology. U: Nathan PE, ur. *The Oxford Handbook of Clinical Psychology.* New York: Oxford University Press; 2014, str. 23-33.
35. *Rozencwajg P, Corroyer, D.* Strategy development in a block design task. *Intelligence* 2001;30:1-25.
36. *Saklofske DH, Joyce DK, Sulkowski ML i sur.* Models for the Personality Assessment of Children and Adolescents. U: Saklofske DH, Reynolds C, Schwann VL, ur. *The Oxford Handbook of Child Psychological Assessment.* New York: Oxford University Press; 2013, str. 348-365.
37. *Simonoff E.* Intellectual disability. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur, ur. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.* 6. izd. Oxford: Wiley Blackwell; 2015, str. 719-737.
38. *Sparrow SS, Cichetti DV, Saulnier C.* Vineland adaptive behavior scales. 3. izd. Minneapolis, MN: Pearson Assessments, a business of Pearson education; 2016.
39. *Tsatsanis KD, Hart L, Powell KK.* Psychological and neuropsychological assessment of children. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewis's child and adolescent psychiatry.* 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 321-335.
40. *Vlahović-Štetić V, Vizek-Vidović V, Arambašić L i sur.* Priručnik za Test spremnosti za školu. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1995.
41. *Vulić-Prtorić A.* Priručnik za Skalu depresivnosti za djecu i adolescente (SDD). Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
42. *Vulić-Prtorić A.* Priručnik za Skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62). Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
43. *Wechsler D.* Wechsler preschool and primary scale of intelligence. 4. izd. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2012.

Somatska anamneza, opći tjelesni pregled, laboratorijski nalazi i druge pretrage instrumentima

Ivan Begovac

SADRŽAJ

22.1. Uvodno o anamnezi i tjelesnom pregledu	326
22.1.1. Opća primjena tjelesnog pregleda	327
22.1.2. Opće važne upute pri orijentacijskome tjelesnom pregledu	327
22.1.3. Tijek inspekcije i tjelesni pregled	329
22.2. Laboratorijski nalazi i pretrage instrumentima	330
22.3. Upute za roditelje/nastavnike	330
22.4. Često postavljena pitanja	331
22.5. Pitanja	332
22.6. Literatura	332

22.1. Uvodno o anamnezi i tjelesnom pregledu

U [tablici 22.1.](#) sažeto su prikazani anamnestički podatci o somatskom i neurološkom statusu.

Kakvo je trenutačno opće tjelesno stanje? Primjerice, može biti važno pitanje o općim dijetnim mjerama u djeteta te o razini korištenja mjerama motoričkog (tjelesnog) vježbanja. Koja je osobna anamneza, anamneza trudnoće, porođaja, djetinjstva? Posebna pitanja mogu biti o menarhi i pubertalnom razvoju. Koje su prijašnje i aktualne somatske bolesti? Je li dijete imalo kiruršku operaciju, neku hospitalizaciju? Postoje li kronične tjelesne bolesti? (Towbin 2015). Posebno je pitanje je li bilo trauma ili oštećenja SŽS-a (trovanje olovom, epilepsije, traume glave, gubitci svijesti), što iziskuje posebnu pozornost (Bostic i sur. 2018).

Tablica 22.1.

Anamneza somatskog i neurološkog statusa / stanja i drugih somatskih čimbenika.

Modificirano prema Bostic i sur. 2018; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Towbin 2015.

- Kakvo je trenutačno opće tjelesno i neurološko stanje?
- Kakav je nastup/početak simptoma ili znakova?
- Koja je osobna anamneza, anamneza trudnoće, poroda, djetinjstva, menarhe, pubertetski razvoj?
- Koje su prijašnje i aktualne somatske bolesti? Postoje li kronične tjelesne bolesti?
- Koji su tjelesni simptomi kod prethodne simptomatologije?
- Kako su započele spomenute bolesti, kakva je bila primijenjena terapija te kakav je bio tijekom bolesti?
- Jesu li postojale traume ili oštećenja SŽS-a (trovanje olovom, epilepsije, traume glave, gubitci svijesti)?
- Uzima li dijete neke lijekove, kakva je podnošljivost, postoji li njihova zlouporaba?
- Postoje li alergije na lijekove?
- Obiteljska anamneza o kardijalnim, endokrinim, psihijatrijskim ili neurološkim bolestima?
- Apetit, jedenje, navike spavanja?

Kod prethodne simptomatologije orijentiramo se na somatske probleme u **školske djece**, kao što su kardijalna dekompenzacija (dispneja, edemi), glavobolju, bolove u truhu, kronične bolesti ili oštećenja, neurodermitis, smetnje sluha, smetnje vida, epileptičke napadaje, enurezu, smetnje probave, gubljenje na tjelesnoj masi. Somatski problemi i bolesti u **adolescenta** mogu biti bolni sindromi, kronične bolesti, oštećenja,

Tablica 22.2.

Zašto je potreban tjelesni pregled u dječjoj psihijatriji?

Modificirano prema Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

1. Pojedini poremećaji u dječjoj psihijatriji mogu biti izraz tjelesnih bolesti (npr. epilepsije, meningitisa, endokrinološke bolesti, fragilnog X-kromosoma).
2. Pojedine psihijatrijske bolesti praćene su tjelesnim promjenama npr. poremećajem elektrolita, poremećajem ritma srca, perikardijalnim izljevom, ožiljcima na koži (npr. poremećaji jedenja, depresije, bulimija, *borderline* poremećaj).
3. Primjena psihofarmaka podrazumijeva isključenje nekih tjelesnih bolesti.
4. Može li se posumnjati da su određeni tjelesni simptomi posljedica psihofarmakoterapije (npr. osipi, debljina, ginekomastija itd.)?
5. Postoji li mogućnost motoričkog (somatskog) zaostajanja u djeteta, što se inače rjeđe dijagnosticira?
6. Jedan dio pacijenata dolazi iz socijalno nižih slojeva, tako da je katkada prvi susret s dječjim psihijatrom i uopće prvi susret s nekim liječnikom pa može biti koristan i tjelesni pregled.

poremećaji u pubertetu, endokrine bolesti, poremećaji jedenja i probave. Kako su započele te bolesti, koja je bila primijenjena terapija, te kakav je bio tijekom bolesti? Uzima li dijete neke lijekove i kakva je njihova podnošljivost, postoji li njihova zlouporaba? (Remschmidt 2011). Ima li utvrđenih alergija na lijekove? Posebnu pozornost u obiteljskoj anamnezi obraćamo na podatke o kardijalnim, endokrinim, psihijatrijskim ili neurološkim bolestima (Towbin 2015). Primjerice, što se tiče kardioloških bolesti, pitanje se odnosi na neke iznenadne smrti u mlađoj dobi u obitelji, pa će nam to dati orijentaciju o potrebnoj boljoj kardiološkoj dijagnostici ili će nas upozoravati na oprez kod primjene određenih psihofarmaka. Slično prije rečenomu, npr. obiteljska povijest o dijabetesu više će nas upućivati na praćenje primijenjene psihofarmakoterapije. Povijest glaukoma u obitelji također povećava rizik od pojavljivanja istoga u naših pacijenata ako se primijene atipični antipsihotici ili selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) (Towbin 2015). Informiramo se također o drugim somatskim čimbenicima: kakav je apetit, u smislu odbijanja nekih jela, netolerancija nekih namirnica, na jedenje, podražaj za povraćanje, povraćanje, izrazitu žeđ te navike spavanja.

Opći orijentacijski tjelesni pregled integralni je dio procjene u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji te čini dio znanstvenoga pristupa u medicini. Postoji više

razloga zašto je potreban tjelesni pregled u dječjoj psihijatriji (v. tabl. 22.2.).

Nakon tjelesnog pregleda slijede eventualni neuropedijatrijski pregled (v. posebno poglavlje 23) te primjena laboratorijskih pretraga i pretraga instrumentima.

Pojedini autori razlikuju tri stupnja pristupu tjelesnom pregledu. Naime, uvijek je potrebna oscilacija, s jedne strane, između saznanja da je potrebno upućivanje nekim drugim specijalistima, dok je, s druge strane, potrebna razumna mjera iskusnog kliničara da zna da više nije potrebno ponavljati neke pretrage ili (stalno ponavljati) upućivanje drugim specijalistima. Prvi stupanj bio bi uzimanje somatske anamneze, drugi stupanj orijentacijski tjelesni pregled koji provodi npr. dječji psihijatar, a treći stupanj upućivanje specijalistu pedijatru ili neuropedijatru (Lempp i sur. 2012). Način pristupa bio bi sljedeći: ako u prvim dvama stupnjevima nema odstupanja, onda se ne bi išlo dalje u treći stupanj. Ako postoje odstupanja u prvom ili drugom stupnju, upućivalo bi se na treći stupanj. Treći bi stupanj svakako podrazumijevao stanja kao što su (engl. red flags): atipična prezentacija ili atipična dob pojavljivanja nekog simptoma (halucinacije u predškolskoga djeteta; psihotični simptomi prije 12 godine života); anamneza o epileptičkim napadajima; anamneza o traumi glave ili o infekciji SŽS-a; regresija u razvoju; odstupanja iznad 97. centile ili ispod 3. centile u bilo kojim krivuljama (visina, masa); naznake o zlostavljanju djeteta ili artificijelnom poremećaju; nagli nastanak nekih simptoma ili čudnog ponašanja; promijenjena razina svijesti, teški umor, kognitivne promjene, kao i fizički simptomi kao što su upala grla, temperatura, glavobolja, mučnina, te promjene tjelesne mase; nagli nastanak opsesija ili kompulzija i motornih ili vokalnih tikova, a posebno ako se nastavljaju na upalu grla (sumnja na *pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections* /PANDAS/ sindrom) (Lempp i sur. 2012). U literaturi se posebno navodi regresija u razvoju kao alarmantan znak koji iziskuje detaljniju somatsku obradu (Lempp i sur. 2012).

22.1.1. Opća primjena tjelesnog pregleda

Opći orijentacijski tjelesni pregled preporučuje se provesti **obvezno** pri stacionarnom liječenju, kao i pri dnevnom bolničkom liječenju, dok je katkada teško organizirati tjelesni pregled u ambulantom okviru. Može se

takav orijentacijski tjelesni pregled izostaviti samo u manjem broju slučajeva. Taj pregled nije nikako zamjena za detaljniji pedijatrijski ili neuropedijatrijski pregled (Steinhausen 2010). Ako je dijete prethodno obavilo tjelesni pregled kod pedijatra ili neuropedijatra, nema potrebe ponavljati tjelesni pregled. Pojave li se patološki otkloni pri tjelesnom pregledu, ovisno o otklonu, potrebno je dalje pratiti pacijentovo stanje ili ga dalje uputiti pedijatru ili neuropedijatru na detaljniju obradu. Djeca s neurorazvojnim smetnjama i psihičkim poremećajima (autizam, intelektualne teškoće, djeca sa specifičnim razvojnim smetnjama) malokad dolaze dječjem psihijatru, a da nemaju prethodno obavljen pedijatrijski i/ili neuropedijatrijski pregled. Nadalje, povremeno se dogodi da prvi liječnik u osoba s poremećajima jedenja bude upravo dječji psihijatar, međutim, načelno je potrebno unaprijed provesti detaljnu somatsku obradu, prije daljnega psihijatrijskog liječenja. Nadalje, načelno se u institucijama može urediti da takav tjelesni pregled izvode mlađi liječnici (liječnici na stažu, specijalizanti), dok bi ostali dio procjene provodio vodeći liječnik i/ili psihoterapeut kako bi se izbjegle moguće zapreke psihoterapijskom liječenju.

22.1.2. Opće važne upute pri orijentacijskome tjelesnom pregledu

Djeca mogu biti ustrašena u vezi s tjelesnim pregledom pa treba uzeti u obzir i to, kao i djetetova prošla iskustva tijekom tjelesnoga pregleda, sadašnje stanje, sociokulturološku pripadnost te razvojne, emocionalne i kognitivne aspekte (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Towbin 2015). Djetetu treba jednostavno, na njemu prikladan način, unaprijed objasniti kako će izgledati tjelesni pregled i uputiti ga na potrebnu suradnju (Towbin 2015). Tjelesni pregled u manjega djeteta može se ostvariti kroz igru tako da se postigne željena suradnja.

Preporuka je da se tjelesni pregled obavlja u mirnoj i nezaključanoj sobi i bez prisutnosti drugih osoba. Tjelesni se pregled, u pravilu, obavlja nakon anamneze i promatranja tako da je već prethodno uspostavljen ispitivačev kontakt s djetetom. Preporuka je da pri tjelesnom pregledu (koji uključuje dodire) manjeg djeteta (do oko 10. godine života) u sobi bude i roditelj, stariji djeteta ili djetetu poznata bliska osoba (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Towbin 2015). Pokatkad je pak, paradoksalno, korisnije da roditelj bude odsutan s pregleda i da čeka ispred vrata jer to više smiruje dijete. U

Tablica 22.3.***Predmet i težište tjelesnog pregleda.***

Modificirano prema Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010; Towbin 2015.

Predmet pregleda	Težište pregleda
Opća inspekcija i mjerenje	<ul style="list-style-type: none"> - vitalni znakovi - vanjski izgled - opće stanje, stanje uhranjenosti, stanje njege - motoričke kretnje i mimika prilikom npr. otkopčavanja gumbi - dismorfne crte - mjerenje tjelesne mase i visine, izračun ITM-a (indeks tjelesne mase), položaj prema centilima s obzirom na dob; stadiji puberteta orijentacijski bez skidanja odjeće
Koža	<ul style="list-style-type: none"> - znakovi nekih genskih bolesti - ožiljci od samoozljeđivanja u adolescenata. U tom slučaju treba orijentacijski procijeniti starost ožiljaka. - znakovi uboda iglama (u ovisnika) - znakovi zlostavljanja
Glava i vrat	<ul style="list-style-type: none"> - obujam glave (mjerenje) - znakovi displazije - oblik glave i oblik čeljusti (promijenjen pri nekim genskim bolestima) - inspekcija usta i grla - orijentacijski status zuba (karijes u bulimičnih pacijentica, zanemarivanje) - izgled ušiju, uključuje inspekciju bolnosti tragusa - isključenje strume štitnjače - isključenje znakova podražaja meninga (ubraja se u neurološki status)
Vid i sluh	<ul style="list-style-type: none"> - orijentacijski pregled vida i sluha (orijentacijski vizus i tihi šapat)
Toraks	<ul style="list-style-type: none"> - uključuje prirodene malformacije - auskultacija pluća i srca - puls i tlak
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> -inspekcija i palpacija abdomena, bolnost, veličina jetre i slezene
Kralježnica	<ul style="list-style-type: none"> - anomalije držanja, motilitet
Ekstremiteti i limfni čvorovi	<ul style="list-style-type: none"> - anomalije prstiju, klinodaktilija i drugo - znakovi grizenja noktiju - Russelovi znakovi na rukama kod bulimije - cijanoza i hladnoća ruku kod anoreksije nervoze

tom slučaju pregled se obavlja u prisutnosti najmanje jednog ispitivača i drugog promatrača (poželjno je da budu istoga spola kao i dijete) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Preporučuje se da pri pregledu starije djece i adolescenata (više od 10 godina) pri tjelesnom pregledu bude prisutan ispitivač istoga spola (posebno kod djevojaka, ali i dječaka), uz prisutnost druge stručne osobe (medicinska sestra ili tehničar) ili roditelj (Lempp 2014; Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Towbin 2015). Naime, time se preveniraju eventualne pritužbe od pacijenata o seksu-

alno neprihvatljivim dodirima koji su rijetki, ali mogući (Lempp 2014). Pri sumnji na seksualno zlostavljanje potrebno je uzeti u obzir posebna pravila (v. poglavlja 30 i 31 o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju) (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011). Bolnije pretrage, npr. pregled usta, uzimanje krvi, treba ostaviti za kraj tjelesnoga pregleda. Problem posebno mogu činiti pacijenti koji su izrazito odbijajući, nemirni, primjericice pri autizmu, intelektualnim teškoćama, psihotičnim stanjima i slično. Ako je riječ o hitnim stanjima s velikim rizicima, može se primijeniti kraća sedacija lijekovima (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011).

Tablica 22.4.

Primjer jednoga tipičnog tjelesnog opisa djevojke od 16 godina; s dijagnozom anoreksije nervoze restriktivnog tipa.

Predmet pregleda	Težište pregleda
Opća inspekcija i mjerenje	- opće stanje pothranjenosti, orijentacijski izgleda u preburbetskome stanju, u njegovanom stanju - motorika i mimika status orijentacijski uredan - bez dismorfnihi crta - masa 40 kg; visina 160 cm; ITM 15,63; s obzirom na dob (16 godina), daleko ispod 3. centile u djevojčica (3. centila za 16-godišnju djevojčicu iznosi oko 17,2)
Koža	- nema znakova nekih genskih bolesti - na koži lica postoji perioralno crvenilo
Glava i vrat	- oblik glave i oblik čeljusti uredni - inspekcija usta i grla uredna - orijentacijski status zuba uredan - izgled ušiju uredan, nema bolnosti tragusa - inspekcijiski i palpabilno ne nalazi se povećanje štitnjače
Vid i sluh	- orijentacijski pregled vida i sluha uredan
Toraks	- bez prirodnih malformacija toraksa - auskultacija pluća uredna; srce: akcija srca ritmična, tonovi jasni, ne čujem šumove - puls iznosi 74; tlak iznosi 100/75
Abdomen	- abdomen uvučen, bezbolan na palpaciju, ne palpaju se povećana jetra ni slezena
Kralježnica	- nema anomalije držanja kralježnice, uredan motilitet
Ekstremiteti i limfni čvorovi	- znakovi grizenja noktiju - cijanoza i hladnoća ruku

Ispitivač treba jasno reći djetetu unaprijed kako će se obavljati tjelesni pregled. Takav pregled počinje inspekcijom. Dijete treba biti u laganoj odjeći (spavaćici) ili svlačiti dijelove odjeće postupno, tako da, u pravilu, nikada nije potpuno bez odjeće, usto da je intimno rublje (gaćice) uvijek prisutno, uključujući grudnjake u djevojaka, ali mogu postojati i iznimke u manjem broju slučajeva (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011). Pojedini autori zagovaraju da je dovoljno skinuti samo cipele i čarape (Steinhausen 2010). Tradicionalno, dječji psihijatri ne sudjeluju u inspekciji i u drugim pregledima genitalija i grudi djevojaka, kao ni u pregledima genitalija kod dječaka, osim u iznimnim slučajevima. Bolje je prosljediti ovakve pacijente pedijatru ili ginekologu, npr. u slučaju seksualnih poremećaja, pretjerane (ekscesivne) masturbacije, genskih, endokrinoloških smetnji itd. (Towbin 2015). Ako su ipak potrebni inspekcija i drugi pregled genitalija i grudi djevojaka, ili genitalija kod dječaka, koje provode dječji psihijatar, on mora biti uz prisutnost rodi-

telja / skrbnika/ pratitelja, ali za to mora postojati vrlo izniman razlog (Towbin 2015).

22.1.3. Tijek inspekcije i tjelesni pregled

Tijek inspekcije i pregleda prikazan je u [tablici 22.3.](#), ali nikako ne mora biti doslovno proveden.

Sve je nalaze potrebno dokumentirati, posebno ITM, te obujam glave. U [tablici 22.4.](#) prikazan je primjer jednoga tipičnog tjelesnog opisa djevojke od 16 godina; s dijagnozom anoreksije nervoze restriktivnog tipa.

Tijekom tjelesnoga pregleda liječnik dobiva informacije i o suradljivosti pacijenta, te o njegovu odnosu prema vlastitom tijelu, odnosno o vlastitoj bolesti (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Opći tjelesni pregled, uz druge podatke i nalaze, koristi se u daljnjemu dijagnostičkom procesu (v. posebno poglavlje 13 o dijagnostičkom procesu).

Tablica 22.5.**Pregled laboratorijskih pretraga i drugih dijagnostičkih pregleda i pretraga u dječjoj dobi.**

Modificirano prema Bostic i sur. 2018; Lempp 2014; Matthejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Volkmar i Martin 2011.

Preporučene minimalne laboratorijske rutinske pretrage u ambulantnom okviru (<i>settingu</i>)	KKS, GUK, urin, Fe, UIBC, TIBC, EEG, EKG, te po potrebi druge pretrage
Preporučene minimalne laboratorijske rutinske pretrage prilikom prijema na stacionarno liječenje	KKS, GUK, K, Na, CL, Ca, urin, Fe, UIBC, TIBC, kreatinin, ureja, CRP, jetrene transaminaze, hormoni štitnjače (T3, T4, TSH); EEG, EKG, te po potrebi druge pretrage
Preporučene minimalne laboratorijske rutinske pretrage pri hitnome psihijatrijskom stanju	KKS, GUK, K, Na, CL, urin, kreatinin, ureja, CRP, EKG te po potrebi druge pretrage
Preporučene daljnje pretrage, ovisne o anamnezi i kliničkom statusu, i u ambulantnom i stacionarnom okviru (<i>settingu</i>)	Hormoni štitnjače (T3, T4, TSH); antistreptolizinski titar kod OKP-a i tikova (barem dva mjerenja); pretrage urina na droge, metaboličke pretrage, HIV probir, kao i test za sifilis, Ca, fosfor kod psihoze, poremećaja raspoloženja, ovisnosti; proteinogram kod anoreksije nervoze; fosfati kod anoreksije nervoze; dodatna antinuklearna tijela, ceruloplasmin, vitamin B12 pri psihotičnom poremećaju; CT ili MR mozga pri psihotičnom poremećaju, OKP-a, poremećaja jedenja i druge pretrage.
Indikacije za pregled kod pedijatra i neuropedijatra	Prepuštite bi se iskustvu dječjeg psihijatra, a svakako bi se vodila briga o pojedinim znakovima i simptomima. Tzv. treći stupanj kod somatske anamneze i pregleda kod dječjeg psihijatra.
Nakon detaljnijega pregleda neuropedijatra ili pedijatra ili pri sumnji dječjeg psihijatra na pojedine poremećaje	Dolaze u obzir druge specifične pretrage (aminokiseline, lipidi), koncentracija pojedinih lijekova u krvi, bakar i ceruloplasmin, pregled olova, kromosomske analize (gensko testiranje), UZV mozga, RTG snimke, CT ili MR mozga (drugi slikovni prikazi), audiometrija, pregled vizusa i fundusa, pretrage likvora, elektromiografija, moždani evocirani potencijali, biopsija mišića ili živca, testiranje na infektivne bolesti (lajmska bolest), angiografske metode te druge pretrage.

Važna napomena: nadležni specijalist i liječnik ili pojedine ustanove imaju slobodu procjene izostanka ili primjene nekih (dodatnih) pretraga

22.2. Laboratorijski nalazi i pretrage instrumentima

Nakon orijentacijskoga tjelesnog i neuropedijatrijskog pregleda provest ćemo dodatnu laboratorijsku obradu i pretrage instrumentima. U **tablici 22.5.** prikazane su različite preporuke za provođenje laboratorijskih nalaza i drugih dijagnostičkih pretraga.

Kako je već navedeno u tablici, važna napomena stoji ovdje, da nadležni specijalist i liječnik ili pojedine ustanove imaju slobodu procjene izostanka ili primjene nekih dodatnih pretraga.

22.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Tjelesni pregled u dječjoj psihijatriji uobičajen je i postoje različiti razlozi zbog kojih se obavlja. Tjelesni pregled, među ostalim, dječju psihijatriju pozicionira kao dio medicinske struke i znanstvene discipline. U dječjoj psihijatriji on može dati važne informacije o općenitome statusu djece i adolescenata.
- ✓ Tjelesni je pregled važan dio dijagnostičkog procesa u dječjoj psihijatriji. Terapeut će informirati dijete/adolescenta o potrebi i načinu tjelesnoga pregleda.

- ✓ Potrebna je suradnja djeteta/adolescenta, kao i roditelja u obavljanju tjelesnoga pregleda. Tjelesni pregled u dječjoj je psihijatriji jasno definiran kako treba izgledati i dobiveni se podatci upisuju u medicinsku dokumentaciju.
- ✓ U dječjoj psihijatriji, kao dijelu medicinske struke, uobičajeno je da se obavljaju različite laboratorijske pretrage i pretrage drugim dijagnostičkim metodama.

22.4. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Zašto je važno uzimati tjelesni pregled u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji?

ODGOVOR: Za to postoji niz razloga koji su već prije navedeni u tekstu. Praktično se relativno često znaju dogoditi situacije da se tjelesnim pregledom utvrdi da dijete/adolescent ima neki tjelesni simptom. Primjerice, nije rijetkost da se u adolescenciji otkrije deformacija kralježnice, zatim nije rijetko da se u djeteta/adolescenta otkrije oslabljeni vid ili pak pojedina adolescentica želi obaviti dodatni ginekološki pregled kod posebnih ginekologinja koje se bave ginekološkim kontrolama. Dijete/adolescent može biti zadovoljan brigom liječnika i za tjelesni aspekt njegovih smetnji, što može povećavati povjerenje u dječjeg psihijatra.

■ PITANJE: Zašto postoji preporuka da adolescenticu pregledava ženski terapeut ili medicinska sestra, odnosno da prema mogućnosti bude više osoba u prostoriji?

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Posebno tamo gdje dolazi do dodira osoblja s pacijenticama. Samojoj je adolescentici ugodnije ako to čini ženska osoba. S druge strane, štiti se i osoblje, jer poslije može doći do eventualnih pritužbi o neprimjerenim dodirima koje je doživjela adolescentica. Korisno je također da pri pregledu u sobi bude više stručnih osoba (može biti prisutan i roditelj). Na primjer, pri uobičajenom mjerenju tjelesne mase u adolescentica, koje mogu biti samo u donjem rublju i s grudnjakom, također se preporučuje da to radi samo medicinska sestra ili liječnica.

■ PITANJE: Kako treba izgledati pregled kod dječčaka?

ODGOVOR: Slično kao i kod djevojaka, potrebno je poštivanje i obazrivost kod pregleda. Posebno tamo

gdje dolazi do dodira osoblja s pacijentima. Korisno je također da pri pregledu u sobi bude više stručnih osoba (može biti prisutan i roditelj).

■ PITANJE: Treba li pacijente na odjelu dječje psihijatrije pregledavati „potpuno“, uključujući i potpuno razgoljivanje?

ODGOVOR: To se ne preporučuje. Na odjelu dječje psihijatrije pacijenti trebaju ostati uvijek u donjem rublju (gaćice), što uključuje i grudnjake za djevojke. Ako se želi učiniti procjena puberteta, npr. prema Tanneru (autor prema kojem se procjenjuje pubertetska zrelost), onda treba dodatno pacijenticu/pacijenta poslati pedijatru ili endokrinologu, koji će to učiniti.

■ PITANJE: Što ako se djevojka s anoreksijom nervozom na prvi pregled javi dječjem psihijatru, a nije prethodno uopće bila kod pedijatra, što ne mora biti rijetkost u praksi?

ODGOVOR: Uobičajeno je da se obavi prvi psihijatrijski pregled, međutim, djevojka se u što hitnijem roku šalje na odjel pedijatrije, a preporučuje se da to bude i preko hitne pedijatrijske službe. Pedijatrijska obrada ima svoj algoritam dijagnostičkih pretraga. Poslije dolazi u obzir liječenje kod dječjeg psihijatra, koje također ima svoj algoritam liječenja.

■ PITANJE: Zašto je važno provesti pojedine laboratorijske pretrage u djece/ adolescenta s psihičkim smetnjama?

ODGOVOR: Dječja je psihijatrija znanstvena disciplina koja je dio medicine, tako da se moraju uzeti u obzir i opći medicinski nalazi, uključujući i laboratorijske pretrage, kao i ostale dijagnostičke pretrage.

■ PITANJE: Treba li u pojedinog djeteta/adolescenta primijeniti CT mozga ili MR?

ODGOVOR: Dječji psihijatri imaju valjane algoritme pretraga čija se primjena preporučuje. S obzirom na to da dječji psihijatar „proučava mozak“, onda je logično da ga zanimaju funkcije i strukture mozga. Pokatkad je to potrebno objasniti roditeljima, npr. da je potrebno učiniti CT ili MR mozga pri autizmu, psihotičnim poremećajima, rezistentnom OKP-u, anoreksiji nervozi, kao i pri drugim različitim stanjima. Nakon ovog objašnjenja većina roditelja shvaća razloge provedene dijagnostike.

■ PITANJE: Kakav može biti algoritam laboratorijskih pretrage djevojke s anoreksijom nervozom koja je obavila inicijalnu somatsku (pedijatrijsku) dija-

agnostiku i sada se nalazi na psihijatrijskome stacionarnom liječenju?

ODGOVOR: Sve ovisi o kliničkoj slici. Inicijalno se mora napraviti kompletna obrada, kako je inače navedeno pri dolasku na stacionarno liječenje, tu nam je posebno važan EKG (v. posebnu tablicu u tekstu). Preporučuje se praćenje vitalnih funkcija svaki dan (visina / prvi dan /; masa, tlak, puls) te jednom tjedno KKS, GUK, urin, kreatinin, ureja, K, NA, Ca, Cl, P (fosfati). Po potrebi se mogu ponavljati i druge pretrage.

22.5. Pitanja

- 1 Navedite koji se anamnestički podatci trebaju uzeti u vezi s tjelesnim stanjem u dječjoj psihijatriji.
- 2 Navedite zašto je potreban tjelesni pregled u dječjoj psihijatriji.
- 3 Navedite zašto je potrebno s oprezom obaviti tjelesni pregled u dječjoj psihijatriji.
- 4 Navedite osnove tjelesnog pregleda u dječjoj psihijatriji.
- 5 Navedite jedan primjer tjelesnoga pregleda i primjer laboratorijskih nalaza u djevojke s anoreksijom nervozom.
- 6 Navedite koje se laboratorijske pretrage i pretrage dijagnostičkim sredstvima preporučuju u djece/adolescenata sa psihičkim poremećajima?

22.6. LITERATURA

1. *Bostic JQ, Potter MP, King RA.* Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewis's child and adolescent psychiatry*. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 299-320.
2. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
3. *Lempp T, de Lange D, Radeloff D i sur.* The clinical examination of children, adolescents and their families. U: Rey JM, Martin A, ur. *IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health*. 2012. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
4. *Herpertz-Dahlmann B, Pott W.* Allgemeine körperliche Untersuchung. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 43-45.
5. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
6. *Remschmidt H.* Erhebung der Anamnese. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 39-43.
7. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
8. *Towbin KE.* Physical examination and medical investigation. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur, ur. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 6. izd. Chichester: Wiley & Sons; 2015, str. 449- 459.
9. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.

Neuropedijatrijska (neurološka) anamneza i pregled

Ivan Begovac, Nina Barišić

SADRŽAJ

23.1. Uvod, anamneza	334
23.2. Tijek neurološkog pregleda	334
23.2.1. Uvodni aspekti	334
23.2.2. Stanje svijesti, ponašanje i kognitivni razvoj	334
23.2.3. Socijalni kontakt	334
23.2.4. Glava i vrat	334
23.2.5. Moždani živci	335
23.2.6. Tonus mišićne mase, procjena grube snage	336
23.2.7. Procjena motorike	336
23.2.8. Meningitički sindrom ili meningizam	337
23.2.9. Vegetativni sustav	337
23.2.10. Jezik i govor	337
23.2.11. Senzibilitet (osjeti)	337
23.2.12. Primitivni refleksi	337
23.2.13. Refleksi	338
23.3. Orijentacijski neurološki pregled tijekom praćenja	338
23.4. Upute za roditelje/nastavnike	338
23.5. Često postavljena pitanja	338
23.6. Pitanja	339
23.7. Literatura	339

23.1. Uvod, anamneza

U [tablici 22.1.](#) sažeto su prikazani anamnestički podatci o somatskom i neurološkom statusu (v. posebno poglavlje 22 o somatskom pregledu). Anamneza i neurološki pregled u novorođenčeta i dojenčeta razlikuju se od onoga u djeteta starijeg od jedne godine, te se za detaljnije informacije treba koristiti drugim udžbenicima iz područja neuropedijatrije (Barišić 2016; Barišić 2009).

Pretpostavka jednog neurološkog pregleda jest detaljna anamneza, a posebno ono što se tiče razvoja, somatskih bolesti, kao i mogućih neuroloških bolesti, gubitak određenih motoričkih ili kognitivnih funkcija, kao i npr. simptom glavobolje u anamnezi, te prethodno određen orijentacijski somatski status, koji će pokazati otklone (v. posebno poglavlje 22 o somatskom pregledu) (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011).

Slično tjelesnom pregledu, potreban je i orijentacijski neurološki pregled koji će procijeniti mogućnost neurološke bolesti u pozadini psihičkog poremećaja, a dobit će se i orijentacijska procjena neurološkog razvoja (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011). Takav orijentacijski pregled nikako ne može zamijeniti specijalistički pregled kod specijalista neuropedijatra ili neurologa. Ovdje će se dati samo orijentacijske osnove neurološkog pregleda, dok se za detaljnije informacije čitatelj mora uputiti na druge udžbenike iz neurologije i neuropedijatrije (Barišić 2016; Barišić 2009). Potrebno je znati orijentacijske miljokaze (ključne točke ili *milestones*) djetetova motoričkog razvoja da bi se moglo utvrditi je li riječ o odstupanju (v. [tabl. 7.1.](#) u posebnom poglavlju 7).

Ako je dijete nedavno u anamnezi imalo obavljen neurološki pregled kod specijalista neurologa ili neuropedijatra, neće biti potrebno provoditi ovaj, orijentacijski pregled, osim ako se u međuvremenu ne događaju promjene u kliničkoj slici. U slučaju izrazite sumnje na neka neurološka zbivanja, dječji će psihijatar nakon svojeg, orijentacijskog pregleda uputiti dijete dalje na specijalistički pregled kod neurologa ili neuropedijatra.

Pri neurološkom pregledu, slično somatskom pregledu, treba se držati preporuka kao i pri somatskom pregledu (npr. u vezi s dodirivanjem pacijenta, prisutnost druge osobe pri pregledu, spol ispitivača itd.), te stoga treba detaljno prethodno pročitati poglavlje o somatskom pregledu, a posebno dio o važnim uputama kada se radi somatski pregled s djetetom.

23.2. Tijek neurološkog pregleda

23.2.1. Uvodni aspekti

Dijete treba pridobiti za pregled, da se to obavi na „**igrajući**“ način. Nikako se ne treba slijepo pridržavati slijeda pregleda, nego treba biti fleksibilan i po potrebi modificirati tijek pregleda. Svaki će iskusniji kliničar s vremenom sam imati određeni redoslijed kako će provoditi neurološki pregled (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011). Ovdje u tekstu naveden je okvirni slijed pregleda različitih domena (Barišić 2016; Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Pojedini autori zagovaraju određeni redoslijed neurološkog pregleda (Barišić 2016). Za kraj se obično ostavljaju pregled refleksa i pregled osjeta (senzibiliteta). Općenito opservacijom djeteta mogu se katkada već uočiti znakovi neke neurološke bolesti: stanja nagle odsutnosti kod epileptičkih napadaja tipa apsansa, diskinezije ili pareze, ispad grube motorike. Također se tijekom spontanog crteža može procijeniti fina motorika ili mimika lica (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011).

23.2.2. Stanje svijesti, ponašanje i kognitivni razvoj

Ovdje se procjenjuju stanje svijesti, odnosno budnost i pažnja, kao i orijentacijski kognitivne funkcije (v. poslije o govoru i jeziku). Primjerice, dijete ispriča neku priču ili nacrtava sliku te onda to komentira (Barišić 2016).

23.2.3. Socijalni kontakt

Ovdje se procjenjuju aspekti neverbalne i verbalne komunikacije, mimika, gledanje u oči, prvi djetetov smijeh, održavanje djetetove pažnje, strah od stranca u osmom mjesecu, privrženost djeteta i majke, „semantičko ne“ u drugoj godini života, kao i drugi nalazi socioemocionalnog razvoja (v. posebno poglavlja 4, 5, 6, 7) (Barišić 2016).

23.2.4. Glava i vrat

U [tablici 23.1.](#) sažeto su prikazani elementi pregleda glave i vrata, kao i meningizma, koji će biti opisani poslije.

Potrebno je izmjeriti fronto-okcipitalni obujam glave da bi se utvrdilo postoji li makrocefalija (iznad

Tablica 23.1.**Neuropedijatrijski pregled glave i vrata te meningizma.**

Modificirano prema Barišić 2016; Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

Glava i vrat	<ul style="list-style-type: none"> - obujam glave - procjena velike fontanele - opservacija i palpacija na bolnost - procjena ožiljaka - pokretnost glave i vrata - procjenjuje se postoji li zakočenost vrata, orijentiramo se na pozitivne znakove meningitisa
Meningitički sindrom ili meningizam	<ul style="list-style-type: none"> - kočenje vrata - pozitivan Brudzinskijev znak (fleksija vrata uzrokuje fleksiju kukova i koljena) - pokus poljupca koljena (bolesnik ne može poljubiti vlastito koljeno) - znak tronošca (bolesnik se, kada sjedi, mora podbočiti rukama) - Lasegueov znak (pri podizanju ekstenzirane noge pojavljuju se bolnost i ograničena pokretljivost tog ekstremiteta) - Kernigov znak (fleksijom jedne noge u kuku dolazi do fleksije suprotne noge u kuku i koljenu) - opistotonus (izvijanje u luku unatrag s napetošću paravertebralnih mišića)

97. centile) ili mikrocefalija (ispod 3. centile), a upotrebljavaju se centilne krivulje koje su navedene u drugim udžbenicima. Pri rođenju opseg glave iznosi od 34 do 35 cm, u šestom mjesecu 42 – 43 cm, a s 12 mjeseci 45 – 46 cm. Opseg glave doseže vrijednost od 90 % odrasle osobe u drugoj godini života, pri čemu se poveća za 2 cm s obzirom na dob od 12 mjeseci. Rast opsega glave iznosi 5 cm u dobi od 3. do 18. godine (Barišić 2016). Glava se opservira i palpira na bolnost, može se provoditi procjena velike fontanele, ožiljaka, pokretnost glave i vrata. Visoko (gotičko) nepce također se može zapaziti. Procjenjuje se zakočenost vrata i u tom se slučaju usmjerujemo na pozitivne znakove meningitisa.

23.2.5. Moždani živci

U tablici 23.2. sažeto je prikazano kako se ispituju moždani živci.

U starijem se djeteta može ići određenim redosljedom, dok se u manje djeteta trebaju raditi određene

Tablica 23.2.**Neuropedijatrijski pregled moždanih živaca.**

Modificirano prema Barišić 2016; Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

Moždani živci	
n. olfactorius (N. I)	- njuh – anozmija (gubitak osjeta mirisa)
n. opticus (N. II)	- vid – gubitak vida, prati li pogledom, fiksira li predmet, ispadi vidnog polja i oštrina vida (slabovidnost), pregled očne pozadine (atrofija ili edem papile vidnog živca);
n. oculomotorius (N. III)	- oblik/forma zjenice/pupile, širina, reakcija zjenice na svjetlo, bulbomotorika
n. trochlearis (N. IV)	- pri oštećenju n. IV – devijacija očiju prema gore i lateralno (bulbomotorika)
n. abducens (N. VI)	- abdukcija bulbusa (bulbomotorika)
n. trigeminus (N. V)	- osjetljivost lica, sisanje i žvakanje, izlazišta živaca
n. facialis (N. VII)	- pokretljivost miškulature lica, sisanje, gutanje - simetrija lica, procjena zaostajanja usnog kuta - boranje čela - prošireni očni rasporci - pokazivanje zubi - napuhavanje obraza, zviždanje
n. vestibulocochlearis (N. VIII)	- sluh (oštećenja – naglušost, gluhoća) - ravnoteža – vrtoglavica, nistagmus, ataksija - povraćanje
n. glossopharyngeus (N. IX)	- osjet okusa na stražnjoj trećini jezika, refleks gutanja dodiranjem stražnje ždrijelne stijenke, simetričnost uvule
n. vagus (N. X)	- inervacija mišića mekog nepca, ždrijela i grkljana; sisanje i gutanje
n. accessorius (N. XI)	- pokreti ramena i glave
n. hypoglossus (N. XII)	- inervacija mišića jezika

prilagodbe/improvizacije (Herpetz- Dahlmann i Pott 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Potrebno je pretraživati i desnu i lijevu stranu te utvrditi postoje li asimetrije. Ispituju se sljedeći moždani živci (Barišić 2016; Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010).

Nervus olfactorius (N. I). Pretraga oštećenja određenim mirisima malokad se izvodi u pedijatriji, ali gubitak osjeta mirisa (anozmiya) može upućivati na traumu glave, endokrinološki poremećaj (Kalmanov sindrom) ili kasnije progresivne degenerativne bolesti mozga.

Kod pretrage očiju procjenjuju se funkcije nervusa optikusa (N. II), nervusa okulomotorijusa (N. III), nervusa trohlearisa (N. IV), kao i nervusa abducensa (N.VI).

Preporučuje se napraviti orijentacijski pregled vida (vizus) (N. II), kao i orijentacijska procjena vidnog polja (perimetrija prstima). Pregled očne pozadine (fundus oculi) služi procjeni postoji li edem papile vidnog živca, obično je obostran i upućuje na intrakranijalni povećani tlak. Potrebno je usporediti veličine pupila (zjenica), kao i njihovu reakciju na svjetlo, te eventualnu ptozu vjeđa, što upućuje na oštećenje inervacije N. III. Bulbomotorika (kretanje očima) ovisna je o funkciji inervacije nn. III, IV, VI. Potrebno je procijeniti i prisutnost nistagmusa ili strabizma.

Motorički dio nervusa trigeminusa (N. V) odgovoran je za funkciju muskulature značajne za sisanje i žvakanje, dok se osjetni (senzibilni) dio odnosi na lice i prednji dio lubanje te se procjenjuje osjetljivost izlazišta živaca.

Sisanje i gutanje povezano je s funkcijom pet moždanih živaca (V,VII, IX, X,XII), a zahtijeva se i koordinacija disanja.

Nervus facialis (N. VII) inervira sve mišiće lica. Lezije se procjenjuju simetrijom lica procjenom zaostajanja usnog kuta, boranjem čela, proširenim očnim rasporcima, pokazivanjem zubi, napuhivanjem obraza te zviždanjem.

Nervus statoacusticus ili n. vestibulocochlearis (N. VIII) ima funkciju pri slušanja, ali i kod održavanja ravnoteže. Pretraga sluha čini se orijentacijski šaptanjem ili prislanjanjem jednog ručnog sata na uho. Pri kašnjenju razvoja govora svakako je potrebna specijalistička pretraga sluha te audiogram i evocirani potencijali moždanog debla.

Pretraga larinksa, farinksa i mekog nepca daju značkovne funkcije glosofaringealnog živca (N. IX) i vagalnog

živca (N. X). Procjenjuju se fonacija, simetrija mekog nepca i položaj uvule, akt gutanja (N. X), kao i refleks gutanja dodiranjem stražnje ždrijelne stijenke (N. IX). N. glossopharyngeus (N. IX) odgovoran je za osjet okusa na stražnjoj trećini jezika te za refleks gutanja, i simetričnost uvule. N. vagus (N. X) odgovoran je za inervaciju mišića mekog nepca, ždrijela i grkljana, te za sisanje i gutanje.

Nervus accessorius (N. XI) inervira m. sternocleidomastoideus kao i m. trapezius. Funkcija obaju mišića procjenjuje izolirano i simultano pokretima ramena i pokretima glave.

Motorička funkcija jezika inervira se preko n. hypoglossusa (N. XII). Lezija tog živca uzrokuje atrofiju, fascikulaciju i skretanje jezika na stranu lezije. Procjenjuju se glas i govor. U novorođenčeta se može procijeniti siše li novorođenče ispitivačev prst kao i snagu mišića koji su aktivirani / sudjeluju pri sisanju.

23.2.6. Tonus muskulature, procjena grube snage

Procjenjuje se aktivni i pasivni tonus. Aktivni se tonus ispituje promatranjem položaja koje tijelo i udovi zauzimaju u prostoru. Pretraga pasivnog tonusa muskulature provodi se preko otpora mišića ekstremiteta protiv pasivnog istezanja ili pokreta pregibanja. Povišeni mišićni refleksi i mišićni hipertonus upućuju na oštećenja kortikospinalnih puteva. Hipertonus je u novorođenčeta fiziološki. Kontrola grube snage procjenjuje se tako da se pacijentu kaže da održi jednu poziciju protivno otporu. Za procjenu mišićne snage mogu se rabiti testovi za održavanje ekstremiteta u antigravitacijskom položaju gornjih i donjih udova (test prema Barreu i Mingazziniju za donje ekstremitete).

23.2.7. Procjena motorike

U tablici 23.3. sažeto su prikazani elementi pregleda motorike i koordinacije.

U manje se djece preporučuje započeti s procjenom motoričkih funkcija i koordinacije, što ispitivač može napraviti na „igrajući“ način. U djece koja su samostalno pokretna procjenjuju se sljedeće motoričke funkcije: ustajanje iz sjedećeg položaja, hod po ravnoj crti, hod sa zatvorenim očima, hod stubama, dugotrajno sjedenje, stajanje i procjena Rombergova testa (ispitanik stoji mirno, skupljenih nogu, ruku ispruženih prema naprijed te mu se kaže da zatvori oči), hod

Tablica 23.3.**Neuropedijatrijski pregled motorike i koordinacije.**

Modificirano prema Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

Gruba motorika

- ustajanje iz sjedećeg položaja
- hod po ravnoj crti
- hod sa zatvorenim očima
- hod stubama
- dugotrajno sjedenje
- Romberg: stajanje i procjena pri otvorenim i zatvorenim očima s gornjim ekstremitetima u antigravitacijskom položaju
- hod na prstima
- hod na petama
- Hampelmannove vježbe (dijete istodobno poskakuje i radi kružne pokrete rukama ispruženima iznad glave)
- skakanje s objema nogama
- stoj na jednoj nozi (mjerenje u sekundama)
- skakanje na jednoj nozi (koliko puta to može)

Koordinacija:

- pokus prst – nos
- pokus prst – prst
- pokus peta – koljeno
- hvatanje i bacanje lopte
- prisutnost dijadohokineze

Fina motorika:

- opozicija palca s obzirom na druge prste
- pincetni hvat (pisanje, crtanje)
- otkopčavanje i zakopčavanje gumbi
- vezanje vezica na cipelama
- rezanje škarama različiti oblika
- Slijedi procjena lateralnosti: ruke, oka, noge

na prstima, hod na petama, Hampelmannova vježba (dijete poskakuje i istodobno radi kružne pokrete ispruženim rukama dodirujući ih iznad glave); skakanje s objema nogama; stoj na jednoj nozi (mjerenje u sekundama), skakanje na jednoj nozi (koliko puta to može). Koordinacija se ispituje pokusom prst – nos, pokusom prst – prst, pokusom peta – koljeno hvatanjem i bacanjem lopte te se utvrđuje prisutnosti dijadohokineze (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Dijete s 15 mjeseci prihvaća čašu i odlaže je tako da je ne prolije, s 15 mjeseci skida čarape i cipele, zakopčava se s 3 godine. Može se primjenjivati i procjena kako dijete slaže kockice, npr. s 13 mjeseci započinje slaganje, do dvije godine slaže tri kockice, s dvije godine pet kockica itd. (Barišić 2016).

Procjena fine motorike opservira se na sljedeći način: opozicija palca u odnosu prema drugim prstima, pincetni hvat (pisanje, crtanje); otkopčavanje i zakop-

čavanje gumbi; vezanje vezica, uporaba škara. Slijedi procjena lateralnosti: ruke, oka, noge.

Opservacijom motorike mogu se zamijetiti **nevoljni i asocirani pokreti** (meki znakovi: *soft signs*), kao i lateralitet (npr. koristi li dijete više lijevu ruku), tikovi i motoričke stereotipije. Potrebno je procijeniti dobivene podatke iz anamneze o motoričkim temeljcima razvoja djeteta (v. poglavlje 7 o razvoju). Dodatno se mogu primjenjivati standardizirani postupci procjene djeteta; detaljnije vidjeti u pripadajućim referencama ili udžbenicima iz područja neuropedijatrije.

23.2.8. Meningitički sindrom ili meningizam

Meningitički sindrom ili meningizam razvija se nakon druge godine života i uključuje kočenje vrata i pozitivan Brudzinskijev znak (fleksija vrata dovodi do fleksije kukova i koljena), pokus poljupca koljena (bolesnik ne može poljubiti vlastito koljeno), znak tronošca (bolesnik se, kada sjedi, mora podbočiti rukama), Lasegueov znak (pri podizanju ekstenzirane noge pojavljuju se bolnost i ograničena pokretljivost tog ekstremiteta), Kernigov znak (fleksijom jedne noge u kuku dolazi do fleksije suprotne noge u kuku i koljenu), a može biti prisutan i opistotonus (izvijanje u luku unatrag s napetošću paravertebralnih mišića) (Barišić 2016).

23.2.9. Vegetativni sustav

- Promatraju se akrocijanoza, dermografizam, hiperhidroza i cutis marmorata (mramorna koža).

23.2.10. Jezik i govor

Procjenjuju se tepanje, mucanje, eksplozivni govor, disgramatičnost ili agramatičnost, razumijevanje govora, fond riječi (ekspresija) i dizartrija.

23.2.11. Senzibilitet (osjeti)

Obično se pri kraju neurološkog pregleda radi procjena osjeta (senzibiliteta). Ovdje se procjenjuju dodiri, bolni i temperaturni osjeti, kao i osjećaji pozicije i osjećaji vibracije. U male djece pokatkad je to teško provesti.

23.2.12. Primitivni refleksi

Primitivni refleksi ili automatske reakcije obuhvaćaju refleks sisanja, traženja, hvatanja, automatskog

hoda, Landauov refleks, refleks padobrana i asimetrični tonički refleksi vrata, te Moroov refleks (Barišić 2016).

23.2.13. Refleksi

Ispituju se mišićni refleksi bicepsa, tricepsa, brahio-radialisa, kvadricepsa, i tricepsa surae refleksi, a mogu se ispitivati i kožni refleksi. Mogu biti pojačani ili oslabljeni, ili pak odsutni ovisno o tome postoji li oštećenje piramidnog puta ili periferno oštećenje. Pozitivan Babinski znak je oštećenja piramidnog puta (patološki ekstenzorni plantarni odgovor u obliku dorzifleksije palca i lepezasto širenje prstiju stopala), kao i smanjenje ili nedostatak trbušnih refleksa. Neisprpljujući (klonus) ili iscrpljujući (supklonus) uvijek je patološki znak i upućuje na oštećenje piramidnih/kortikospinalnih puteva.

23.3. Orijentacijski neurološki pregled tijekom praćenja

Pojedini autori zagovaraju orijentacijski neurološki pregled tijekom praćenja, pri čemu će temeljne pretrage ostati, ali će se i određene pretrage izostaviti, odnosno provodit će se pretrage koje su prethodno pokazale odstupanja (Herpetz-Dahlmann i Pott 2011).

23.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Neuropedijatrijski je pregled, slično tjelesnom pregledu, uobičajeni pregled u dječjoj psihijatriji koji ima svoje različite razloge zašto se provodi. Neuropedijatrijski pregled, među ostalim, pozicionira dječju psihijatriju kao dio medicinske struke i kao znanstvenu disciplinu.
- ✓ Neuropedijatrijski pregled u dječjoj psihijatriji može dati važne informacije o pojedinim poveznicama neuroloških poremećaja sa psihijatrijskim poremećajima.
- ✓ Neuropedijatrijski pregled izvodi se nakon drugih uobičajenih dijagnostičkih metoda u dječjoj psihijatriji. Uobičajeno je da se istodobno radi i neurološki i tjelesni (klinički) pregled. Dijete/adolescent dobit će od svojeg terapeuta sve potrebne informacije o tome kako će se provoditi neuropedijatrijski pregled.

- ✓ Potrebna je suradnja djeteta/adolescenta, kao i roditelja u provođenju neuropedijatrijskog i tjelesnog pregleda.
- ✓ Neuropedijatrijski pregled u dječjoj psihijatriji ima jasne odrednice kako treba izgledati, a podatci dobiveni pregledom poslije se upisuju u medicinsku dokumentaciju.
- ✓ Ovaj, orijentacijski neuropedijatrijski pregled nikako ne može zamijeniti pregled kod specijalista neuropedijatrije.

23.5. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Što to znači da će se neurološka opservacija i pregled provesti na „igrajući” način?

ODGOVOR: Time se želi istaknuti da to ne mora za dijete biti neugoda, nego da se na fleksibilan način dođe do relevantnih neuroloških podataka. Nikako se ne treba slijepo pridržavati redoslijeda neurološkoga pregleda, nego to treba biti modificirano s obzirom na pojedino dijete. Dječji psihijatar će s vremenom oblikovati vlastiti način pregleda, što se stječe iskustvom.

■ PITANJE: Zašto postoji preporuka da adolescenticu neurološki pregledava ženski terapeut ili medicinska sestra, odnosno da prema mogućnosti u prstoriji bude više osoba?

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Sličan je odgovor kao i u pitanju tjelesnog pregleda, posebno tamo gdje dolazi do dodira osoblja s pacijenticama. Samoj je adolescentici ugodnije ako to čini ženska osoba. S druge strane, štiti se i osoblje jer poslije se mogu pojaviti eventualne pritužbe o neprimjerenim dodirima koje je doživjela adolescentica. Korisno je također da pri pregledu u sobi bude više stručnih osoba (može biti prisutan i roditelj). Nikada ne treba doći do toga da se dijete/adolescent „skine do gola”, uvijek to treba biti na način da su uvijek dijelovi tijela samo djelomično otkriveni. Pacijent kod dječjeg psihijatra mora biti minimalno u donjem rublju, uključujući i grudnjake u djevojaka.

■ PITANJE: Kako treba izgledati neurološki pregled kod dječaka?

ODGOVOR: Slično kao i kod djevojaka, potrebno je poštivanje i obazrivost kod pregleda. Posebno tamo gdje dolazi do dodira osoblja s pacijentima. Korisno je

također da pri pregledu u sobi bude više stručnih osoba (može biti prisutan i roditelj).

■ **PITANJE: Zašto je važna dobra suradnja dječjih psihijatarata i neuropedijatarata?**

ODGOVOR: Suradnja ovih struka važna je zbog mnogo razloga. Pojedini primarni psihijatrijski poremećaji zahtijevaju paralelnu suradnju s neuropedijatrima, kao što i neke primarne neuropedijatrijske bolesti zahtijevaju dodatnu suradnju dječjih psihijatarata. Brojni su i različiti poremećaji pri kojima se ta suradnja događa.

■ **PITANJE: Kako nastupiti ako postoje psihički simptomi, a istodobno postoje i znakovi nekog neurološkog organskog stanja?**

ODGOVOR: U slučaju akutno nastalih stanja, uz dodatnu psihičku simptomatologiju, korisno je imati zajedničku suradnju. Posebno važan slučaj može biti meningitis, koji nastupa istodno s različitom simptomatologijom.

■ **PITANJE: Može li orijentacijski pregled kod dječjeg psihijatra zamijeniti pregled kod neuropedijatra?**

ODGOVOR: Nikako. Pregled kod dječjeg psihijatra orijentacijski je, ali on kao liječnik mora poznavati osnove neurološkog pregleda. U slučaju nejasne simptomatologije dječji psihijatar tražit će savjet neuropedijatra i pregled kod njega.

■ **PITANJE: Koji su znakovi podražaja meningealnih ovojnica (posljedica meningitisa, subarahnoidalnog krvarenja, meningoencefalitisa ili u okviru dehidracije ili nastalih nakon lumbalne punkcije – postpunkcijski meningizam)?**

ODGOVOR: Meningitički sindrom u potpunosti se razvija nakon druge godine života i uključuje kočenje vrata i pozitivan Brudzinskijev znak (fleksija vrata dovodi do fleksije kukova i koljena), pokus poljupca koljena (bolesnik ne može poljubiti vlastito koljeno), znak tronošca (bolesnik se, kada sjedi, mora podbočiti rukama), Lassegueov znak (pri podizanju ekstenzirane

noge pojavljuju se bolnost i ograničena pokretljivost tog ekstremiteta), Kernigov znak (fleksijom jedne noge u kuku dolazi do fleksije suprotne noge u kuku i koljenu), a može biti prisutan i opistotonus (izvijanje u luku unatrag s napetošću paravertebralnih mišića).

23.6. Pitanja

- 1 Navedite zašto je potrebno s oprezom obaviti neurološki pregled u dječjoj psihijatriji.
- 2 Navedite osnove anamneze kod neuroloških stanja u dječjoj psihijatriji.
- 3 Navedite osnove neurološkog pregleda glave i vrata.
- 4 Navedite osnove neurološkog pregleda moždanih živaca.
- 5 Navedite osnove neurološkog pregleda motorike i koordinacije.
- 6 Navedite osnove neurološkog pregleda pri sumnji na meningitis.
- 7 Navedite osnove neurološkog pregleda refleksa.

23.7. LITERATURA

1. *Barišić N.* Bolesti živčanog sustava i mišića. U: Mardešić D, ur. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2016, str. 951-1038.
2. *Barišić N.* Pedijatrijska neurologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
3. *Herpetz-Dahlmann B, Pott W.* Neurologische Untersuchung. U: Remschmidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag; 2011, str. 45-47.
4. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
5. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.

24.1. Uvod

Uvodno bi se moglo reći da danas uopće nije lako definirati obitelj. Definira li se obitelj samo krvnim (npr. rođenjem) i pravnim terminima (npr. formalno stupanje u brak, formalna adopcija djeteta itd.)? Dakle, kao obitelj mogli bi se okarakterizirati i partnerski par bez djece, samohrani roditelj s jednim djetetom, gdje prevladavaju dijadni odnosi, a naravno i drugi trijadni i polidijadni odnosi. Ili ipak danas treba prihvatiti kod obitelji „predanost“ (engl. *committed*) različitih osoba koje borave u nekoj zajednici (Goldenberg i sur. 2017). Sažetak modernih **pluralističkih pristupa obitelji** jest da je riječ, sa psihološke strane gledanja, o dijadnim, trijadnim i polidijadnim interakcijama.

Svako dijete se rađa i živi u određenom socijalnom kontekstu, intenzivnih socijalnih interpersonalnih relacija, većinom unutar obiteljskog konteksta. Primjereno **roditeljstvo i partnerstvo u obitelji** karakteriziraju: 1. dobra suradnja partnera; 2. otvorena, izravna komunikacija, s jasnim i iskrenim neverbalnim izrazima; 3. kontinuitet i koherencija u odnosima; 4. čvrstoća, ali i fleksibilnost obiteljskog sustava u cjelini (Bürgin 1993). Obitelj pruža djetetu temeljne relacije s emocionalnim privrženostima i bihevioralnim ograničenjima, odnosno pruža mrežu interpersonalnih odnosa dijadne i trijadne naravi. Obitelj je model za socijalno ponašanje, pruža mogućnost emocionalnog doživljavanja i kognitivni razvoj. Obiteljski sustav, osim unutarne konzistencije (mi-osjećaj; osjećaj klana), sadržava i fleksibilnost (autonomija i individualnost pojedinih članova), održavajući stalni (emocionalni) balans između primanja i davanja (Bürgin 1993). Slično prije rečenomu, obitelj nije samo skup pojedinaca koji dijele specifični fizički i psihološki prostor. S obzirom na to da postoje velike varijacije u formi, kulturi, i kompleksnosti, obitelj se može okarakterizirati kao socijalni sustav koji ima sljedeća obilježja: razvijajući niz pravila; ima mnoge dodijeljene uloge za svoje članove; organiziranu strukturu moći; ima komplicirane forme otvorene i prikrivene komunikacije, te niz načina pregovaranja i rješavanja problema koji se odnose na učinkovito izvršavanje različitih zadataka (Goldenberg i sur. 2017).

Dijete se u svojem razvoju svjesno i nesvjesno identificira prema važnim osobama s kojima je u kontaktu (roditelji, braće, sestre, vršnjaci), internalizacijom u vlastite dijelove ličnosti (**intrapsihička dinamika**). Osim različitim genskim i/ili organskim čimbenicima,

dijete je izloženo **roditeljskim interpersonalnim (obiteljskim)** utjecajima (npr. stalnim obiteljskim sukobima i stresorima). Pojedini psihoanalitički autori zagovaraju istodobno postojanje **interpersonalnih i intrapsihičkih konflikata**, uključenih u cirkularne procese (što može imati važne implikacije za daljnju terapiju – v. poslije). Mišljenje modernih psihoanalitičara jest dakle da postoji komplementarnost poremećene obiteljske dinamike (vjerojatno putem mikrotraumi interakcija), ali istodobno i poremećaj intrapsihičke dinamike, s pripadajućim intrapsihičkim konfliktima ili oštećenom strukturom ličnosti (v. poglavlje 20 o psihodinamskoj dijagnozi) (Bürgin 1993).

Važno je napomenuti da, osim identifikacija, postoji i pridavanje različitih socijalnih uloga djeci potpuno nesvjesnim prijenosom vlastitih nesvjesnih dijelova ličnosti (projekcija od roditelja), kao najslabijim članovima različitih podsustava u obiteljima. Primjeri su uloge „**žrtvenog jarca**“ ili **parentifikacije**, kada dijete preuzima ulogu pojedinog ili obaju roditelja. Tada se u djetetu razvija **lažni self**, koji koči djetetove razvojne procese u smislu autonomije i identiteta (Bürgin 1993).

Govoreći o poremećaju **trijadne interakcije**, Bauriedl (1998), s aspekta **scensko-hermeneutičkoga psihoanalitičkog** gledanja, posebno ističe nezadovoljstvo u odnosu između partnera, zasnovanom na međusobnom omalovažavanju ili na idealiziranom potiskivanju međusobnih sukoba, čime u tom odnosu nema mjesta za dijete. Prema ovoj autorici, postoji zajedništvo dvaju partnera, dok se treći isključuje (posebno je pogubno kada je to dijete). Međutim, ovo se ne događa samo na interpersonalnoj razini nego se takav obrazac introjicira u djeteta (dvoje protiv jednoga), a slično može postojati i kod roditelja (intrapsihička i transgeneracijska dinamika). Pozitivno razrješenje ovakve situacije jest međusobno uključivanje (npr. dijete uključuje i majku i oca, ne rabe se riječi „ili-ili“, nego „i-i“). Na taj se način dijete ne definira više kao dio jednog roditelja, nego kao samostalna jedinka, odustaje od svojih simptoma, jer se ne mora osjećati kao dio jednog roditelja te tada na određeni način možda prvi put zadobiva roditelje.

Svi navedeni fenomeni mogu biti prisutni u svim obiteljima i oni će detaljno biti opisani u ovom poglavlju, međutim, razlika između patoloških i normalnih jest ako su prije navedeni fenomeni prekomjerno veliki ili mali; ili su kaotični (Bürgin 1993).

24.2. Uvodni aspekti dijagnostike

Pojedini aspekti dijagnostike obitelji već su opisani u poglavljima o anamnezi i procjeni dojenčeta i školskoga djeteta te se preporučuje pročitati ta poglavlja. Naime, opisane dijagnostike dijade (interakcija, privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija, emocionalnost u interakciji itd.) također se mogu ovdje primijeniti (v. posebno pripadajuće tablice, a posebno tabl.

17.1. i 17.4.). Ipak, posebnost ovog poglavlja jest u dijagnostici i procjeni trijada, kao i širega obiteljskog (socijalnog) sustava.

Sama obiteljska dijagnostika ne mora nužno uključivati i obiteljsku terapiju. Dijagnostika obitelji procjenjuje obiteljske, socijalne i druge čimbenike koji su važni za nastanak, održavanje ili proradu obiteljskih konflikata, interakcije ili psihičkih poremećaja (Mattejat 2011). Psihički poremećaji djeteta/adolescenta

Tablica 24.1.

Osnovni pojmovi kod obitelji – sistemni i emocionalni aspekti.

Modificirano prema Goldenberg i sur. 2017; Lidz i sur. 1957; Minuchin 1974; Vidović 2014.

Obitelj kao sustav	Na obitelj primijenjena opća teorija sustava. Postoji stalan i recipročan protok informacija, energije i materijala. Na obitelj se gleda u njezinoj organizaciji i cjelini. Proučavaju se pravila i oblici. Na obitelj se gleda u njezinoj potrebi za homeostazom ili adaptacijom. Proučavaju se također povratne snage, informacije i mogućnosti kontrole. Posebna se pozornost pridaje granicama, je li obitelj otvoreni ili zatvoreni sustav te kakva je uloga obitelji vs. šireg socijalnog sistema. Obitelj se shvaća kao jedna cjelokupna ekološka cjelina. U obiteljima postoje cirkumpleksni složeni procesi. Obitelj u tom smislu treba biti otvoreni sustav na vanjske okolnosti (socijalni svijet).
Stabilnost obitelji (homeostaza) i promjena	Pravilno rukovođeni sustav koji teži stabilnosti i ima sposobnosti za promjene nužne tijekom vremena. Zdrava se obitelj mijenja putem svojih razvojnih i drugih promjena. Poremećeni obiteljski sustav, se drži starih čvrstih pravila nastojeći zadržati nepromijenjeno stanje, iako su nužne fleksibilnost i promjena.
Strukturni modeli (podsustavi, granice, organizacija obitelji)	Prema strukturnoj teoriji, svaki podsustav ima posebne funkcije i polupropusnu granicu. Podsustav patnerskog para vjerojatno je najvažniji podsustav, koji djeluju timski, djeluje u donošenju odluka, rješavanju sukoba, suočavanju s potrebama ovisnosti, uzajamnosti, međusobne oslonjenosti i podrške, seksualnim potrebama itd. Minuchin smatra da je zdrava obitelj ona u kojoj je podsustav roditelja najjači. Nejasne granice između podsustava ili loše raspodijeljene dužnosti i nadležnosti dovode do disfunkcije obitelji kao cjeline. Prema Lidzu, moguć je i „bračni rascjep“ (<i>marital schism</i>), kada postoje dvije suprotstavljene grupe u obitelji; ili „bračni zaplet“ (<i>marital skew</i>), kada postoji dominacija jednog partnera, tako da to izaziva ozbiljne poremećaje u drugom partneru.
Konstruktivistički modeli	Uključuje kolaborativnost, kao i oslanjanje na sposobnosti obitelji, dakle uzimaju se u obzir rizični, ali i protektivni čimbenici. Primjerice, koliko okolina aktivno djeluje na obitelji, toliko i obitelj aktivno utječe na okolinu.
Životni ciklus obitelji	Obitelj prolazi kroz vrijeme i društveni sustav, te svaka životna faza ima svoje specifične zadatke. Obično se dijeli u šest faza, međutim, ova je podjela kritizirana zbog svoje nefleksibilnosti. Prva bi faza bila prvo dvije mlade neovisne osobe; druga bi faza bila kada se dvije osobe udruže u zajednički život (eventualno brak, partnerstvo); treća bi faza bile obitelji s malom djecom; četvrtu fazu čine obitelji s adolescentima; peta bi faza bila kada djeca odlaze od kuće, a šesta faza jesu roditelji koji sada postaju djedovi i bake. Danas postoje značajne dopune ovog modela.
Genogram obitelji	Genogram je tehnika obiteljske terapije koja se primjenjuje u obiteljskoj dijagnostici, terapiji, edukaciji i istraživanju. Omogućuje uvid u strukturu, dinamiku i prošlost obiteljskog sustava kroz više generacija u vertikalnom i horizontalnom presjeku. Registrira obiteljske obrasce i način kako prošli događaji utječu na sadašnje i buduće relacije u obiteljskom sustavu. Uključuje minimalno tri generacije (transgeneracijski prijenos) i daje uvid u dinamiku obitelji.
Afektivna sigurnost i privrženost	U obitelji se očekuje afektivna sigurnost, zaštita, kao i slobodno izražavanje svojih osjećaja (npr. tuge, žalovanja itd.). Za obitelj se očekuje da je to afektivno „sigurna baza“. Moguć je patološki transgeneracijski prijenos anksioznosti, koji ima različite uzroke (horizontalne i okomite).

Tablica 24.2.**Osnovni pojmovi kod obitelji – socijalna interakcija, komunikacija, psihodinamski aspekti.**

Modificirano prema Bateson i sur. 1956; Boszormenyi-Nagy i Spark 1973; Bowen 1966; Bürgin 1993; Selvini-Palazzoli 1977; Selvini-Palazzoli i sur. 1980; Stierlin 1990; Vidović 2014; Wynne i sur. 1958.

Socijalna interakcija i komunikacija	Komunikacija može biti verbalna ili neverbalna. Može biti nejasna, kaotična, konfuzna, kada nitko ne preuzima odgovornost za rečeno, kada se stalno drugi citiraju (projekcije), tako da nitko ne preuzima odgovornost za izrečeno. U tom tonu, Palazzoli govori o ovom načinu komunikacije kod obitelji koje imaju člana s anoreksijom (Primjerice majka se obraća svojoj kćeri: „Moja kćeri, ti znaš da će se tata ljutiti, ako obučeš minicu....“).
„Dvostruko vezana“ ili „Double bind“ komunikacija	„Dovođenje u škripac“ s osobom s kojom se komunicira. Naime, verbalna poruka nije u suglasju s neverbalnom porukom, tako da to dovodi do neugodnog stanja kod sugovornika i stavlja ga u nerješivu situaciju. Batesonov primjer: Majka posjećuje svojeg sina u bolnici nakon njegova psihotičnog sloma. Šetajući bolničkim dvorištem, sin majku slučajno dodirne. Majka se stresa (neverbalno pokazujući neugodu), međutim, odgovara svojem sinu: Ti znaš da tebe majka jako voli (verbalna je poruka u nesuglasju s neverbalnom porukom). Sin, doveden u škripac, jer su verbalna i neverbalna poruka u nesuglasju, opet se psihotično dekompenzira.
„Pseudozajedništvo“ cijele obitelji	Wynne i suradnici (1958) definiraju obitelji, kada se zbog straha od odvajanja identitet pojedinca žrtvuje komplementarnom zajedništvu. Sličan je pojam „pseudonepriateljstvo“, kada postoji naizgled neprijateljsko ponašanje, međutim, postoji nesvjesni strah od gubitka partnera. U sličnom tonu, Wynne navodi pojam „gumene ograde“, kada se članu obitelji onemogućuje da stupi u kontakt s vanjskim svijetom i veže ga se za sustav obitelji.
Individualnost i sukobi (interpersonalni sukobi)	Sukobi su neizbježni zbog različitih potreba pojedinih članova. Sukobi mogu biti otvoreni ili prikriveni. Kod zdravih se obitelji sukobi rješavaju, obično uz uzajaman kompromis. Kod disfunkcionalnih obitelji sukobi se ne rješavaju ili popušta uvijek isti član radi „pseudozajedništva“ ili „bračnog zapleta“.
Transgeneracijski prijenos	Važnu ulogu imaju prethodne generacije. Boszormenyi-Nagy i Spark govore o „nevidljivim“ odanostima. Nadalje, potrebno je imati uravnotežen odnos s prethodnim generacijama. Ovdje se također upotrebljavaju termini „delegacija“ i „parentificiranja“ te „obiteljski mitovi“ i „obiteljske tajne“.
Osoba u trokutu; dijete u trokutu; stvaranje trokuta;	Postoji povezanost s transgeneracijskim prijenosom. Bowen navodi tzv. stvaranje trokuta, kada se anksioznost između dvaju članova obitelji rješava uvlačenjem trećega člana da bi se stabilizirao njihov odnos. U najgorem slučaju to može biti dijete koje je uvučeno u sukob između roditelja. Uključivanje djeteta obično služi tomu da bi se otklonila pažnja od sukoba ili roditelji nastoje privući dijete svaki na svoju stranu, bilo kao „suca“ bilo kao partnera (npr. roditelji se nadmeću za koaliciranje s djetetom). Poseban oblik ovoga može biti kada je jedno dijete „pretjerano zaštićivano“ (kada dijete ima somatski ili psihički problem), odnosno dijete može preuzeti ulogu „žrtvenog jarca“, uz napomenu da je ovaj Bowenov termin načelno suprotan psihoanalitičkom pojmu triangularizacije.
Interpersonalno vs. intrapsihičko	Interpersonalno bi označivalo relacije koje su dijadne ili trijadne. Intrapsihičko bi označivalo individu (monadu), sa svojim konfliktima i strukturom. Kod psihičkih poremećaja u djece česte su kombinacije intrapsihičkih promjena i poremećenih interpersonalnih relacija.
Projekcije	Djeca zbog svoje dobi mogu biti pogodno tlo za primanje projekcija. S druge, strane dijete može prihvatiti ove projekcije i s njima se identificirati.
Rigidne obiteljske konstrukcije	Stierlin u tzv. psihosomatskim obiteljima opisuje rigidne obiteljske konstrukcije, koje svijet shvaćaju svijet kao stroga pravila, gdje se mora jasno i rigidno razlikovati što je pravilno ili pogrešno, što je dobro ili loše.

mogu biti stabilizirajući za disfunkcionalni obiteljski sustav u cjelini (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Obiteljska dijagnostika može uključivati samo roditelje, cijelu obitelj (roditelji i djeca) ili uključuje dijagnostiku svakoga pojedinog člana obitelji. Najvažniji instrument jest **intervju uz opservaciju međusobnih interakcija**, eventualno praćen videosnimanjima, s mogućim dopunama (npr. zajednički crtež pojedinih članova cijele obitelji i druge metode, samoocjenski instrumenti) koji upotpunjuju prikaz obitelji.

U literaturi postoje različiti modeli dijagnostike obitelji, a ovise o teorijskom usmjerenju pojedinog pravca. U **tablici 24.1.** prikazani su osnovni pojmovi koji su povezani s obiteljskom dijagnostikom.

U **tablici 24.2.** prikazani su pak osnovni pojmovi koji se odnose na psihodinamsko shvaćanje, kao i termini socijalne interakcije i komunikacije.

Obje tablice je potrebno proučiti da bi se mogao čitati tekst koji slijedi.

24.3. Obiteljsko-dijagnostički intervju

24.3.1. Uvodni aspekti

Okvir ovog obiteljsko-dijagnostičkog intervjua jest prisutnost cijele obitelji. Intervju se provodi u posebnoj prostoriji s dvosmjernim zrcalom uz mogućnost videosnimanja. Minimalno postoje dva ispitivača, jedan je s obitelji, dok je drugi iza dvosmjernog zrcala, a ukupno je trajanje intervjua jedan sat, uz pol sata naknadne procjene intervjua (Bauriedl 1998; Goldenberg i sur. 2017; Mattejat 2011). Slično općim principima intervjuiranja o kojima je prije bilo riječi u poglavlju o psihijatrijskom intervjuu, obiteljski intervju treba biti razumljiv i transparentan. Terapeut nudi kooperativnost (mogućnost zajedničke suradnje), radeći pritom na različitim obiteljskim temama sa svrhom održavanja ravnoteže između članova. Svaki član ima svoje viđenje obitelji, prihvaćeno kao dio mozaika njihova funkcioniranja. Stav terapeuta je koji ne osuđuje, ispunjen empatijom i prihvaćanjem, uvažavajući progresivne tendencije cijele obitelji. U početku izostaju terapijske intervencije promjene obiteljske dinamike, već se to ostavlja za kasniju mogućnost (terapijska apstinencija na početku) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

24.3.2. Intervju, anamneza, opservacija interakcije

Načelno, anamnestički su važna sljedeća tri područja pri promatranju obitelji kao cjeline (**tabl. 24.3.**).

Tablica 24.3.

Tri područja pri promatranju obitelji kao cjeline

1. individualne karakteristike pojedinaca (posebno roditelja, posebno djeteta)
2. obilježja dijadnih interakcija (npr. roditeljski par, par majka – dijete itd.)
3. funkcioniranje obitelji kao cjeline (trijadne interakcije i interakcije koje uključuju više članova)

Sadržajna struktura i tijek intervjua dijele se u više područja, koje ispitivač prilagođuje konkretnoj obitelji. U ovom je tekstu prikazana modificirana verzija vođenja jednog intervjua s obitelji (**tabl. 24.4.**). Naime, prikazan je integrativni model obiteljske dijagnostike, koji uključuje sustavno (teorija sistema), kognitivno-bihevioralno i psihodinamsko gledanje.

24.3.2.1. Početni tijek intervjua

Pojedini podatci unutar obitelji, naime, dijadnih i trijadnih odnosa, već su dobiveni tijekom uzimanja razvojne anamneze (interpersonalni, socijalni odnosi). U tekstu koji slijedi navedeni su dijadni i trijadni aspekti, kao i važnost opservacije tijekom intervjua npr. međusobno emocionalno usklađivanje roditelja i djeteta, koncept privrženosti i drugi važni koncepti.

Temeljni (osnovni) anamnestički podatci o obitelji i o tome tko čini strukturu obitelji: dobivaju se osnovni podaci o dobi pojedinih članova obitelji; bolesti u obitelji (malformacije, kronične bolesti, psihički problemi, psihijatrijske bolesti, hospitalizacije). Roditelji mogu biti vrlo ustrašeni i uznemireni, ako postoji podatak o nekim psihičkim bolestima u obitelji, pa mogu biti vrlo zabrinuti hoće li dijete naslijediti neki psihički poremećaj, tako da treba s taktom govoriti o tim temama. Kakva je individualna ličnost, razvoj, psihopatologija djeteta? Ti su podatci dobiveni već i u sklopu drugih anamnestičkih podataka. Dobivaju se opći podaci o obiteljskoj situaciji: kakva je socioekonomska pozicija, podatci o stanovanju, i sociokulturalna pozicija, razvojna **faza obitelji u životnom ciklusu** (i druge vanjske situacije npr. zaposlenost roditelja)?

Kakve su ličnosti i razvoj roditelja (individualni razvoj roditelja, te kako su se oni odnosili prema svojim roditeljima, stavovi i ponašanja roditelja, kompetencije i snage roditelja, njihova funkcija u ulozi roditelja)? Kakav je partnerski odnos (postoje li partnerski ili

Tablica 24.4.

Osnove obiteljske anamneze i dijagnostičke procjene.

Modificirano prema Bostic i sur. 2018; Bürgin 1993; Goldenberg i sur. 2017; Mattejat 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

Temeljni podatci; stilovi; partnerski odnos; odnos roditelj – dijete; odnos dijete – roditelj; odnos između braće/sestara	<ul style="list-style-type: none"> - Temeljni (osnovni) anamnestički podatci o obitelji i o tome tko čini strukturu obitelji; faza obitelji u životnom ciklusu? - Kakva je individualna ličnost, razvoj i psihopatologija djeteta? - Kakva je individualna ličnost, razvoj i psihopatologija roditelja? Kakav je partnerski odnos? Koji su stilovi roditeljstva? Kakvo je zajedničko roditeljstvo (engl. <i>coparenting</i>)? - Osnovne informacije o dobroj brizi roditelja za dijete, postoji li dostatan nadzor roditelja nad djecom? - Zapažanja roditelja o djetetu i očekivanja (fantazije) o djetetu, odnosno kakvo simboličko značenje ima dijete za pojedinog roditelja. - Kakvo je ponašanje djeteta u odnosu prema roditeljima, pokazuje li osjećaje? - Podatak o individualnoj ličnosti, razvoju i psihopatologiji braće/sestara, koja je pozicija braće i sestara, kakav je odnos pacijenta prema drugim članovima obitelji?
Pojedini aspekti obitelji	- Podatci o stabilnosti obitelji/doma, emocionalnoj klimi u cijeloj obitelji (privrženost), obiteljskim interakcijama (monada, dijada, trijada), komunikaciji, socijalnim ulogama (atribucije), obiteljskim granicama (podsustavi, koalicije), psihodinamski aspekti (npr. kontrola, moć, nesvjesne fantazije, mistifikacije, projekcije itd.); o obiteljskim socijalnim vrijednostima, odnosno shvaća li se obitelj kao sustav potpore?
Stresori	- Postoje li neki obiteljski stresori u posljednje vrijeme?
Šira socijalna sredina	- Podatci o široj socijalnoj sredini, kao i o kulturološkim utjecajima.
Genogram	- Uključuje minimalno tri generacije.
Problem djeteta	- Kako se roditelji i cijela obitelj odnose prema djetetovu problemu?
Mogućnosti rješavanja	- Koje su mogućnosti rješavanja problema cijele obitelji (orijentacija na daljnji razvoj, kao i na snage i resurse)?
Self-refleksija terapeuta i koterapeuta; radne hipoteze, indikacije	- Protuprijenosni osjećaji; sustavne, psihodinamske i kognitivno-bihevioralne hipoteze; očekivanja, motivacija obitelji; indikacije za terapiju

obiteljski sukob, ili razlika u stilu roditeljstva)? Koji su **stilovi roditeljstva** (autoritativni, autoritarni, permissivni i indiferentni)? Klasična podjela roditeljskih odgojnih stilova (tabl. 24.5.) uključuje ove četiri kategorije.

Maccoby i Martin navedene su odgojne stilove promatrali kroz dvije temeljne dimenzije – **responzivnost (emocionalno odgovaranje) i zahtjevnost**, koje daju četiri kombinacije koje opisuju pojedini odgojni stil (Baumrind 1967; Maccoby i Martin 1987). Nadalje, kakvo je zajedničko roditeljstvo (engl. *coparenting*), npr. u slučaju razvoda roditelja? Nadalje, postoje li razvod, separacije, samohrano roditeljstvo, adopcija? Sva ova pitanja zahtijevaju posebnu pažnju.

Postoji li učinkovit **roditeljski nadzor** svoje djece, koji, među ostalim govori i o kvaliteti interpersonalnih odnosa između roditelja i djece. Dakle, treba zadobiti osnovne informacije o dobroj brizi roditelja za dijete. Posebno su važna zapažanja roditelja o djetetu i očekivanja (fantazije) o djetetu, odnosno kakvo simboličko značenje ima dijete za pojedinog roditelja. Postoji li nerealistično očekivanje od djeteta? Ovdje se mogu zrcaliti nesvjesni transgeneracijski prijenosi.

Također, kakvo je ponašanje **djeteta u odnosu prema roditeljima**, pokazuje li osjećaje, može li se radovati, kakve su empatijske sposobnosti, kakve su reakcije na kratke separacije? Ima li osjećaje ovisnosti, osjećaje samostalnosti, drži li se pravila i dogovora,

Tablica 24.5.**Osnovna obilježja odgojnih stilova.**

Modificirano prema Baumrind 1967; Maccoby i Martin 1987.

Odgojni stil	Osnovna obilježja
Autoritativni	Optimalan odgojni stil. Podrazumijeva adekvatnu roditeljsku kontrolu (zahtjevnost) i emocionalnu toplinu (visok stupanj rezponzivnosti / emocionalnog odgovora/). Povezan je s asertivnom i samopouzdanom djecom.
Autoritarni	Strog i krut odgojni stil koji podrazumijeva naglašenu roditeljsku kontrolu (visok stupanj zahtjevnosti) i minimalnu emocionalnu toplinu (nizak stupanj rezponzivnosti).
Permisivan	Popustljiv odgojni stil podrazumijeva emocionalnu toplinu (visok stupanj rezponzivnosti) i slabu roditeljsku kontrolu (nizak stupanj zahtjevnosti). Ovaj odgojni stil povezan je sa slabom samokontrolom i manjkom samopouzdanja u djece.
Indiferentan	Indiferentan odgojni stil podrazumijeva slabu emocionalnu toplinu (nizak stupanj rezponzivnosti) i slabu roditeljsku kontrolu (nizak stupanj zahtjevnosti).

dakle, kako dijete sebe doživljava u svojoj obitelji? Dobiva se podatak o ličnosti, razvoju i psihopatologiji braće/sestara, koja je pozicija braće i sestara, kakav je odnos pacijenta prema drugim članovima obitelji, kakve su interakcije i aktivnosti unutar obitelji (kakva je međusobna izmjena, igra, konkurencija, rivalitet, solidarnost, empatija i povratna sprega (*engl. feedback*), svađa li se dijete stalno, postoje li agresivni i/ili stvarni sukobi)?

24.3.2.2. Podatci o pojedinim aspektima obitelji

Slijede podatci o **pojedinim aspektima obitelji**. Podatci o stabilnosti obitelji/doma, emocionalnoj klimi u cijeloj obitelji, o privrženosti, obiteljskim interakcijama (monada, dijada, trijada), komunikaciji, socijalnim ulogama (atribucije), obiteljskim granicama (podsustavi, koalicije), psihodinamski aspekti (npr. kontrola, moć, nesvjesne fantazije, mistifikacije, projekcije itd.); o obiteljskim socijalnim vrijednostima, odnosno da li se obitelj shvaća kao sistem potpore.

Socijalne uloge (atribucije) govore o biološkim danostima, sociokulturnim utjecajima i socijalnim stereotipima, ali i o individualnoj i grupnoj psihodinamici. Znanstveno gledano, obitelj kao sustav sam po sebi podložan je **atribuiranju socijalnih uloga**. Primjeri socijalnih uloga jesu: „otac despot i škrtac”, „majka mučenica”, „dijete- princeza”, „crna ovca u obitelji”, „adolescent- klaun” itd. U nastavku na socijalne uloge elaboriraju se socijalni stereotipi vezani za **prostor i financije** (evolutivno gledano, slično animalnoj psihologiji), pitanjima o financiranju obitelji, vlasništvu (teritorij i prostor) i organizaciji kućanstva. Je li obitelj kao sustav dovoljno strukturirana (**kohezivnost**) i pruža li osnove za njegu, ljubav i pažnju, ali, s druge strane, i dovoljno **fleksibilna** za nove promjene? Kakva je regulacija konflikta blizina vs. distanca, potvrđuje li se osobna intima ili postoji borba za nju (kao i anamneza o drugim psihodinamskim čimbenicima, npr. nesvjesne fantazije, projekcije, idealizacije, mistifikacije itd.)? Kakve su granice između generacija, jesu li one stabilne/nestabilne i propusne/nepropusne? Postoje li neki obiteljski stresori u posljednje vrijeme? Svaki pojedini član ima svoje viđenje obitelji koje je važno i koje se može prihvatiti kao dio mozaika funkcioniranja cijele obitelji (različite perspektive). Nadalje, dobivaju se podatci o široj socijalnoj sredini, kao i kulturološkim utjecajima. Primjerice, koliko je obitelj integrirana u širi socijalni sustav.

24.3.2.2.1. Obiteljske granice, podsustavi, koalicije

U skladu sa sistemskom teorijom evaluiraju se obiteljske granice, podsustavi i koalicije. **Granice postoje na trima razinama**: vlastite, granice pojedinca; granice između pojedinaca /između generacija, rodne razlike/, granice između obitelji i socijalnog okoliša); npr. podsustav partnerskog para (kvaliteta roditeljstva); podsustav djeca; podsustav roditelj – dijete (patološki podsustav djeteta u trokutu) (*engl. triangle ili triangulation*) itd. **Elementi procjene vezani uz podsustav roditelja**: neki od važnijih čimbenika koji utječu na kvalitetu partnerstva jesu bračni odnos, usklađenost roditelja u skrbi oko djeteta (zajedničko roditeljstvo – *coparenting*), bračni (partnerski) odnos i psihofizičko zdravlje roditelja. Otvoreni neprijateljski roditeljski sukob nepovoljno djeluje na djecu, neovisno o tome jesu li roditelji u braku ili rastavljeni. **Prikriiveni stil konfliktnog ponašanja** (nezadovoljstvo, pasivno-agresivno ponašanje, neizrečena tenzija, „stvaranje trokuta” djeteta) povezuje se s pojavom

internalizirajućih smetnji (Buehler i sur. 1998; Dadds i sur. 1999; Kelly 2000). U slučaju međusobnog sukoba roditelja važno je procijeniti u kojoj mjeri roditelji mogu odvojiti svoj partnerski odnos i sukob unutar njega od uloge roditelja, odnosno jesu li sposobni ne uvući djecu u njega. Neusklađenost u roditeljskoj skrbi, posebno u obliku **kompetitivnog zajedničkog roditeljstva** (*competitive coparenting*), dovodi se u vezu s češćom pojavom eksternalizirajućih smetnji u djece. Kompetitivno zajedničko roditeljstvo uključuje stvaranje trokuta s djetetom kroz pokušaj jednog ili obaju roditelja da postanu favorizirani roditelj. Uključivanje **djeteta u trokut** obično služi da bi se otklonila pažnja od sukoba ili roditelji nastoje privući dijete na svoju stranu kao „suca“ ili kao partnera. Time se zamagljuje granica između generacija i podsustava, pojavljuje se jaka međusobna ovisnost između djeteta i roditelja i ozbiljno ograničavanje autonomije djeteta i roditelja. S gledišta psihodinamske teorije do toga dolazi nesvjesno, a dijete prihvaćanjem nove uloge mijenja svoj položaj i značenje u obitelji. Jedan od oblika stvaranje trokuta može biti i pretjerano zaštićivanje povezano s djetetovom fizičkom ili psihičkom disfunkcijom. U nekim obiteljima djeca preuzimaju ulogu žrtvenog jarca, a u drugima se roditelji nadmeću u pritiscima na dijete da se svrsta na stranu jednog ili drugog ili pak jedan roditelj s djetetom ulazi u čvrsti transgeneracijski savez (alijansu, povezanost), čime potpuno isključuje drugog roditelja iz doticaja s djetetom. Unutar ovog saveza postoji visoka međuovisnost i međusobna emocionalna osjetljivost s ograničenom autonomijom pa dijete ne može napustiti savez s roditeljem. Djeca su, s obzirom na svoju dob, red rođenja, spol, fizički izgled ili temperament, posebno pogodna za primanje projekcija koje se kroz generacije prenose u obitelji. Internalizirani oblici odnosa uspostavljeni u primarnoj obitelji roditelja mogu utjecati i na izbor partnera. Tako izabrani partner ili dijete, koji postaje primatelj projekcija, mogu poprimiti obilježja osoba s kojima ih identificiraju i na taj način prihvatiti ulogu koja im je namijenjena (Vidović 2014). Disfunkcionalnost roditeljskog podsustava roditelja može voditi partnerskom raskolu i formiranju koalicija (majka – sin, otac – kći).

Elementi procjene vezani za podsustav roditelj – dijete: osnovna dimenzija koja se procjenjuje u odnosu roditelj – dijete jest roditeljska ljubav koja se očituje kroz skrb i brigu o djetetu, emocionalnu uključenost u djetetov život i odgojno usmjerivanje koje, uz prenošenje znanja i iskustava, podrazumijeva i adekvatno postavljanje granica, odnosno pozitivnu kontrolu. Isto

tako procjenjuje se kvaliteta odnosa djeteta prema roditelju – emocionalni odnos, razina ovisnosti o roditeljima, suradljivost itd. Poteškoće u odnosu roditelja prema djetetu mogu uključivati odbacivanje, prekomjerno zaštićivanje, pretjeranu permisivnost, nerealna očekivanja, neadekvatne odgojne mjere, neprikladno ponašanje i stajališta koja prezentiraju roditelje kao negativne identifikacijske modele itd. Poteškoće u odnosu djeteta prema roditelju mogu uključivati nesuradnju, suprotstavljanje, prkos, ignoriranje odgojnih zahtjeva, nerealna očekivanja itd.

Elementi procjene vezani za obitelj kao sustav: uključuje informacije o aktualnim i prošlim životnim okolnostima kroz koje je obitelj prošla u tijeku dosadašnjega životnog ciklusa i procjenu funkcioniranja obitelji kao jedinstvenog sustava i njegovih osnovnih podsustava.

Elementi procjene vezani za socijalno okruženje otkriva moguće pozitivne i negativne utjecaje primarnih obitelji roditelja, šire rodbinske mreže, neposrednoga socijalnog okruženja i socijalne mreže društvenog sustava (vrtić, škola, itd.). U nekim okolnostima glavni izvor stresa koji je potaknuo „okidanje“ problema ne nalazi se u samoj obitelji i njezinim članovima, već u njihovu socijalnom okruženju.

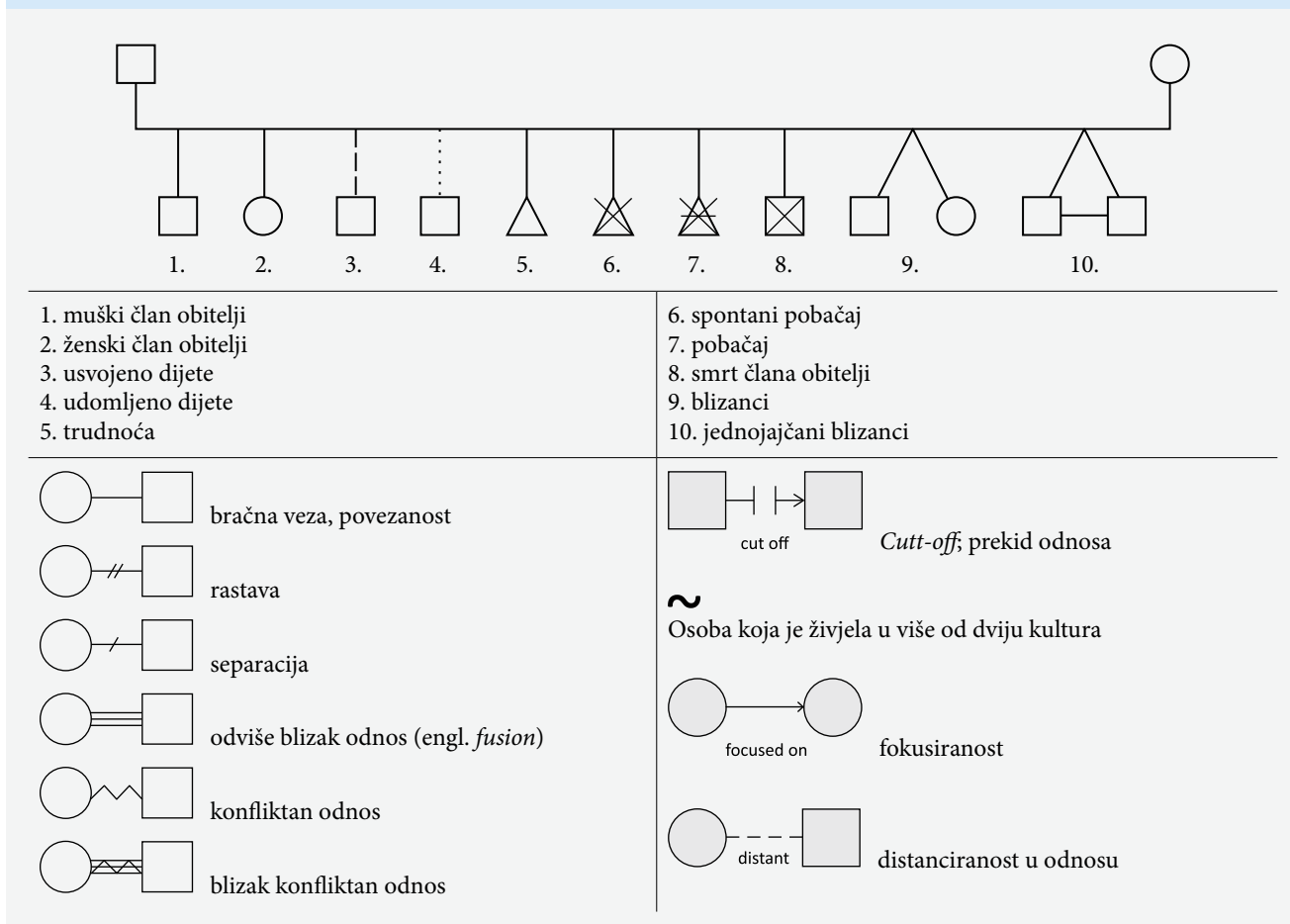
24.3.2.2.2. **Obiteljske interakcije, komunikacija, kontrola, moć, psihodinamski aspekti**

Procjenjuju se obiteljske interakcije (**monada, dijade, trijade**), te komunikacija. Za detaljniju procjenu interakcije vidjeti druga poglavlja u knjizi. **Kontakt i odnosi** očituju se međusobnom izmjenom emocija (djeteta i roditelja). Komunikacija može biti prikladna – usuglašena između verbalne i neverbalne komunikacije, **kaotična**, kada se ne zna tko govori u čije ime (Selvini-Palazzoli 1977; Selvini-Palazzoli i sur. 1980), „**dvostruko vezana**“ (*engl. double bind*), kada je verbalni izraz nesukladan neverbalnom izrazu (Bateson i sur. 1956). Važno je naglasiti pojmove **pseudozajedništvo** (zbog straha od odvajanja žrtvovan identitet pojedinca komplementarnom zajedništvu) i **pseudonepriateljstvo** (naizgled neprijateljsko ponašanje unutar partnerskog podsustava, međutim, postoji nesvjesni strah od gubitka partnera). Odgovori na pitanja postavljena roditeljskom paru o eventualnim preprekama za razvod mogu dati dobar uvid u dinamiku roditeljskog para, svjesnost utjecaja njihova patološkog odnosa na djecu, te također odrediti indikaciju partnerske terapije. **Poremećaj komunikacije** sa psi-

Slika 24.1.

Pojedini simboli koji se uporabljaju u prikazu genograma.

Modificirano prema McGoldrick i sur. 2008.



hodinamske strane gledanja shvaća se kao **pretjerano ili premalo** s obzirom na interpersonalni **sukob bližine i distance**, izostanak poštovanja granice pojedinaca u odnosu prema drugima, što se posljedično manifestira kroz **inhibicije**, nekonzistentnost verbalnog i neverbalnog izraza (**double bind**) ili **nebuloznu komunikaciju** (Bürgin 1993). Fiksne ideje, poricanja, racionaliziranja ili stvaranje obiteljskih mitova služe obranama od neželjenih ideja, osjećaja, promjena ili strahova, a daljnjim nastavljanjem u obitelji mogu znatno kočiti razvoj djeteta.

Problem kontrole i moći u obitelji: u svakoj obitelji postoje **centripetalne i centrifugalne sile**. Prevaгом centripetalne organizacije, govorimo o intenzivnoj privrženosti unutar obitelji, što onemogućuje autonomiju pojedinoga člana obitelji, npr. adolescent zbog **nevidljivih odanosti** (Boszormenyi-Nagy i Spark 1973) prema obitelji ima izrazite osjećaje krivnje radi

vlastitih autonomnih čežnji. U dominiranju centrifugalne organizacije rano dolazi do autonomije članova, lojalnost i koalicije teško se ostvaruju, a postoji mogućnost emocionalnog zanemarivanja. Drugi **psihodinamski čimbenici** mogu se također procjenjivati: nesvjesne fantazije koje su vjerojatno nastale transgeneracijski, idealizacije, mistifikacije, želje i strahovi, interpersonalni sukobi i projekcije unutar obitelji.

24.3.2.3. Genogram

Genogram omogućuje uvid u strukturu, dinamiku i prošlost obiteljskog sustava kroz više generacija u vertikalnom i horizontalnom presjeku. Registrira obiteljske obrasce i način kako prošli događaji utječu na sadašnje i buduće relacije u obiteljskom sustavu. Uključuje najmanje tri generacije (transgeneracijski prijenos) i daje uvid u dinamiku obitelji, odnosno prikazuje

simboličan prikaz transgeneracijskih životnih ciklusa obitelji, uključujući neke važne životne događaje i međusobne odnose članova obitelji. Vidjeti [sliku 24.1.](#) za usvajanje osnovnih grafičkih pojmova.

Povijesno gledano, ideja genograma potječe od Bowena (1966), začetnika sistemske obiteljske terapije. U povijesti obiteljske terapije nisu se svi značajni autori koristili genogramom. Smisao genograma ne sastoji se u tehničkoj izvedbi obiteljskoga stabla, već u načinu na koji se analiziraju procesi u obitelji. Ovaj transgeneracijski način razmišljanja slaže se sa sistemskim i psihodinamskim pristupom koji zajednički pridonose razumijevanju problema u sadašnjem i povijesnom kontekstu i proteže se od jednostavnog skupljanja osnovnih demografskih informacija o obitelji sve do multigeneracijskog praćenja obiteljskoga emocionalnog sustava koji se koristi Bowenovim postavkama te sistemskim hipotezama za strateške intervencije i razvoj projektivnih hipoteza o radu nesvjesnog.

Osnovna je pretpostavka da problemi i simptomi odražavaju prilagodbu sustava na sveukupni kontekst u određenom trenutku. Hipoteza je da obrasci odnosa u prethodnim generacijama osiguravaju modele obiteljskog funkcioniranja u sljedećoj generaciji. Genogramom se istražuju obrasci funkcioniranja, odnosa i strukture koja se nastavlja ili mijenja od jedne generacije do druge. Sistemski pristup uključuje razumijevanje sadašnjeg i povijesnog konteksta. Struja anksioznosti u obiteljskom sustavu pojavljuje se na okomitoj i horizontalnoj osi. **Okomita os** uključuje obiteljsku povijest, obrasce funkcioniranja koji se prenose kroz generacije, primarno kroz mehanizme emocionalnih trokuta, kao i sve obiteljske stavove, zabrane, očekivanja i dileme. **Horizontalna os** na razini obitelji opisuje kako se obitelj kreće kroz vrijeme i izlazi nakraj s različitim promjenama životnog ciklusa koje mogu biti u obliku predvidivih razvojnih stresova ili nepredvidivih događaja koji mogu poremetiti proces životnog ciklusa poput prerane smrti nekog člana, rođenja djeteta s posebnim potrebama, migracija, kroničnih bolesti, gubitka posla i sličnih događaja. Na sociokulturnoj razini **okomita os** uključuje kulturne, društveno-povijesne stereotipe, obrasce moći, društvene hijerarhije i vjerovanja, koji se prenose kroz generacije. U genogramu je važno pratiti simptome, obrasce, trokute i saveze (alijanse, povezanosti) koji se ponavljaju. Često se mogu zapaziti poklapanja jer rođenja, smrti ili nastup simptoma mogu koincidirati s problemom u obitelji ili nekim njezinim članom.

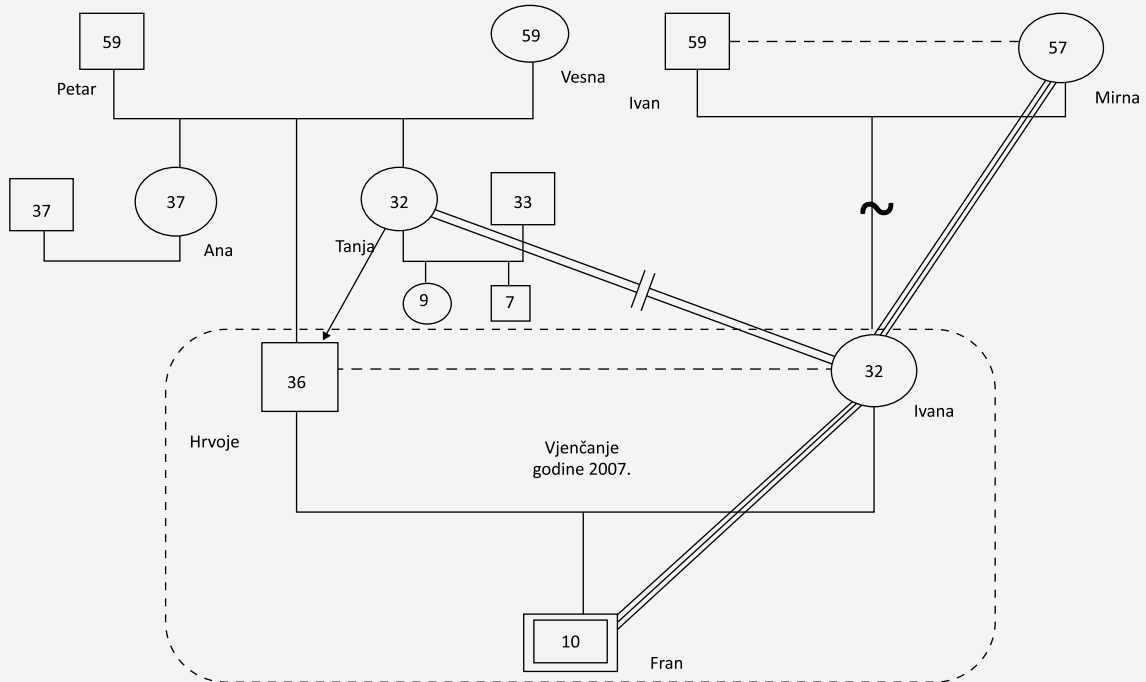
Važno je zapaziti utjecaj promjene i pogrešno uvremene tranzicije, posebno promjene u funkcioniranju i odnosima koji korespondiraju s kritičnim događajima u životu obitelji, odnosno sve ono što se događa izvan uobičajene „scheme“. Putem genograma mogu se pratiti snaga i ranjivost obitelji te specifični stresori u prošlosti na koje je obitelj odgovarala za nju uobičajenim ili posebnim odgovorima i strategijama (Vidović 2014).

Na [slici 24.2.](#) prikazan je primjer jednoga hipotetskog genograma, npr. obitelji Horvat.

Obiteljska struktura: Ivani (32) i Hrvoju (36) Fran je jedino dijete. U braku su 11 godina, nakon višegodišnje veze. Hrvoje je srednje dijete svojih roditelja Vesne (59) i Petra (59), uz stariju sestru Anu (37) i mlađu Tanju (32). Ivana je jedinica. Zajedno s roditeljima Mirnom i Ivanom u razdoblju od 3. do 15. godine života živjela je u inozemstvu. Hrvoje obiteljske odnose prikazuje prisnima (podržavajući lojalnost svojoj nuklearnoj obitelji, implicitnom pravilu o „čuvanju strane“ i o nesukobljavanju sa svojim najbližima), dok Ivana ističe animozitet i svojevrsni „cut off“ Hrvojeve mlađe sestre Tanje. Ivana ističe svoju bliskost s majkom, majčinu brigu, očeva česta izbjivanja, godinama su zajedno spavale u majčinu krevetu, opravdavajući to majčinom samoćom (svojevrsna „zaštitnica“ majke, parentificirano dijete). *Sibling* pozicije Ivane i Frana, kao jedinaca, identične su, dok je Hrvojeva pozicija obilježena značajem sina jedinca. **Životni ciklus:** obitelj Horvat primjer je obitelji sa školskim djetetom. Činjenica o poteškoćama pri Franovu rođenju i prateće „neurorizičnosti“, bile su prostor za racionaliziranje uvlačenja podsustava bake i djeda u roditeljski odnos, kao prijeko potrebne pomoći. Time je u ključnom trenutku izgradnje strukturnih osnova obitelji izostala jasna komunikacija mladih supružnika te postavljanje jasnih granica prema roditeljima prethodne generacije, s jedne strane, a djetetu, s druge. Nerazriješen odnos Ivane i njene majke, čiji prezaštićujući stav ne samo da se transgeneracijski ponavlja i prenosi, potencirajući fuziju, uvelike smanjuje mogućnost Ivanina, a sada i Franova osamostaljivanja. **Ponavljanje obrazaca kroz generacije:** Franova hiperaktivnost i psihomotorni nemir, uz hipervigilnu pažnju, moguće su posljedice intrakranijalnih promjena tijekom porođaja, međutim, znakovi separacijske anksioznosti i loših socijalizacijskih vještina povezuju se s majčinim prezaštićujućim odnosom. Ivanin savez (alijansa, poveznost) s djetetom, štoviše, simbiotska veza, u kojoj je postavljanje

Slika 24.2.

Primjer jednoga hipotetskog genograma, npr. obitelji Horvat.



Legenda: Zaobljene isprekidane crte označuju trenutačnu obitelj koja živi zajedno, kvadrat s dvjema crtama označuje „označenog pacijenta”, crta s vodoravnim i obrnutim S označuje boravak u inozemstvu (življenje osobe u više kultura), dok su drugi simboli poznati iz literature i sa slike 24.1 (v. prije u tekstu).

granica i pravila nemoguće, zaustavlja djetetov razvoj, otežava autonomnost i stvaranje povjerenja i sigurnosti u odnosima izvan obitelji. Isto tako, s druge strane, pojačava anksioznost među supružnicima. Ivana i Hrvoje imaju različita obiteljska podrijetla uzimajući u obzir svjetonazore, obrazovanje, materijalne prilike, što uvelike određuje način pristupanja svakog od njih aktualnom problemu, a navedene razlike stvaraju prostor za međusobno udaljavanje. Gledano Bowenovim principima, Ivana i Hrvoje ujednačenog su stupnja diferenciranosti, oboje još uvijek čvrsto lojalni pravilima vlastitih nuklearnih obitelji, nedovoljno samostalni u formiranju granica unutar svoje obitelji, što za pretpostavku ima i očekivano niži stupanj djetetove diferencijacije. Hrvojev osjećaj neadekvatnog doprinosa svojoj novoj obitelji, razlike u profesionalnoj izobrazbi i primanjima između njega i supruge, naznake neprihvatanja od Ivaninih roditelja („nedovoljno dobar za njihovu jedinicu“), pridonose njegovoj nesigurnosti, sve distanciranijem odnosu sa suprugom, kao i tendenciji stvaranja trokuta (engl. *triangling* ili

triangulation), odnosno uvlačenje djeteta u njihovu napetost (stvaranje trokuta više kao negativan pojam u obiteljskoj teoriji – v. poslije u tekstu i u tabl. 24.2.). Fran nema potrebu odvajanja od majke i prihvaćanja uloge koju kao desetogodišnjak ima, njegova prisutnost čini majku sretnom, umiruje njeno nezadovoljstvo i strah (primjer održavanja homeostaze). Intenzitet njihova odnosa (spavanje u majčinu krevetu) svojevrsno je upozorenje (ili kazna) ocu za disbalans u emocionalnim odnosima sin – otac, otac – majka. Lojalnost majke obrascima ponašanja i uvjerenjima njezine nuklearne obitelji, stvara njenu novu vlastitu obitelj zamrznutom, bez mogućnosti razvoja i promjene. Rezultat je toga emocionalna nezrelost (čak i regres) djeteta i nemogućnost nošenja sa „stresom“ odrastanja. Stoga, uz neprijeporni učinak terapije obitelji, individualni tretman majke svakako je dobrodošlo nastaviti. **Životni događaji i obiteljsko funkcioniranje:** selidba Ivaninih roditelja shvaćena je kao test mladim supružnicima u samostalnom funkcioniranju, ali i slabljenju granica (iz polupropusnih u propusne)

između podsustava u trenucima financijske neodrživosti. Ivanin gubitak radnog mjesta, koje je bilo svojevrsni dokaz njene kvalitete i uspjeha, shvaća se kao pokretač njezine vlastite nesigurnosti, kao i one u bračnom podsustavu.

24.3.2.4. *Odnos prema problemu djeteta*

Razrađuje se odluka o dolasku i podrijetlo upućivanja u obitelji (s temeljnim pitanjem: „Zašto baš sada?“). Sagledavamo kako obitelj prezentira problem djeteta, kako su ga shvatili (emocionalno, kognitivno) drugi članovi i obitelj u cjelini te kako je problem prethodno rješavan. Određuje se značenje simptoma djeteta za obitelj, osigurava li homeostazu te obitelji. Ovi podatci mogu biti vrlo dragocjeni u razumijevanju djetetova problema, ali i obitelji u cjelini. Povremeno psihički poremećaji djeteta mogu zapravo biti stabilizirajući za disfunkcionalan obiteljski sustav u cjelini. Nadalje, pojedini roditelji mogu imati problem s određenom djetetovom razvojnom fazom, tako da rasprava kako su prije rješavani problemi mogu mnogo pomoći. Koje su mogućnosti rješavanja problema cijele obitelji? Intervju s obitelji mora uzimati u obzir progresivne tendence cijele obitelji (orijentacija na daljnji razvoj, kao i na snage i resurse) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Kod pristupa obitelji moguće je da članovi ne žele iznositi podatke o unutarobiteljskim odnosima jer je to povezano sa stigmom u društvu, kao i to da sami članovi ne mogu razlučiti nevažno od važnog u njihovim odnosima (Remschmidt 2011).

24.3.2.5. *Samorefleksija terapeuta i koterapeuta, radne hipoteze, indikacije*

Važna je samorefleksija terapeuta i koterapeuta, odnosno rezonancija terapeuta. Sljedeći je korak formiranje **radne hipoteze** o funkcioniranju obitelji u skladu sa psihodinamskim, kognitivno-bihevioralnim i sistemnim modelima, važne za daljnje intervencije. Tijekom cijelog intervjua procjenjuje se motivacija cijele obitelji za eventualnu terapiju. Po potrebi intervju će se sastojati od više seansi (sastanaka), kada će se pokušati evaluirati drugi prije navedeni aspekti. Korisno je na kraju formulirati pismeni nalaz za medicinsku dokumentaciju. Prikaz mogućih terapija dan je u [tablici 24.6.](#), dok je odabir određenog pravca određen educiranošću terapeuta i potrebama obitelji.

Šire pojedinosti o terapijama treba naći u drugim udžbenicima. Indikacije za obiteljsku terapiju jesu

izrazita patologija pojedinog djeteta, poticanje autonomije adolescenta iz primarne obitelji, kao i drugi psihički poremećaji djece (Bürgin 1993; Vidović 2014). Svakako da je pretpostavljena kod navedenih stanja i značajna obiteljska disfunkcija. Na početku obiteljske terapije potrebno je jasno izgraditi **terapijski savez**, te će se s vremenom iskristalizirati potreba za daljnjom intenzivnom obiteljskom terapijom.

24.4. **Dodatna dijagnostika**

Mogu se primijeniti strukturiranije skale za ispitivanje obiteljskog funkcioniranja (projektivne tehnike, skulptura obitelji, crteži (tzv. familiogram), mjerenje disfunkcionalnosti obitelji, **FAD; FACES, FAM** itd.) (Epstein i sur. 1983; Olson 2011; Skinner i sur. 2000). U literaturi se navodi niz instrumenata kojima dopunjujemo obiteljsku dijagnostiku. Većina se instrumenata fokusira na sljedeća tri područja (**Mattejat 2013**): 1. individualne karakteristike pojedinaca; 2. obilježja dijadnih interakcija, 3. funkcioniranje obitelji kao cjeline. Često su u tim instrumentima istraživani koncepti interakcije, roditeljski stil, komunikacije, emocionalnosti, rješavanja problema, obiteljske kohezije, obiteljske adaptabilnosti, obiteljske hijerarhije i moći, obitelji kao sustava, obiteljska klima i drugi koncepti. U [tablici 24.7.](#) prikazane su osnove FAD, FACES, FAM instrumenta.

FAD – Family Assessment Device (FAD) model je procjene i liječenja obitelji unutar systemske teorije obiteljskog funkcioniranja i dio je **McMasterova pristupa obitelji** (Epstein i sur. 1983). Osnovne pretpostavke systemske teorije obitelji koje su podloga ovom modelu uključuju sljedeće: 1. svi su dijelovi obiteljskog sustava u međuodnosu; 2. dio se obiteljskog sustava ne može razumjeti isključen iz cjeline; 3. obiteljsko se funkcioniranje ne može dokraja razumjeti oslanjajući se samo na proučavanje pojedinih članova ili podskupina obiteljskog sustava; 4. struktura i organizacija obitelji važni su čimbenici koji snažno utječu i determiniraju ponašanje članova obitelji; 5. transakcijski obrasci obiteljskog sustava snažno oblikuju ponašanje članova obitelji.

FACES IV – Family Adaptability and Cohesion Scales – IV uključuje šest skala koje procjenjuju **fleksibilnost i kohezivnost** obiteljskog sustava (Olson 2011). Upitnik je razvijen na temelju „cirkumpleksnog modela“, čija je osnovna hipoteza da će obitelji s balansiranim dimenzijama kohezije i fleksibilnosti tijekom

Tablica 24.6.**Različite vrste partnerskih, bračnih i obiteljskih terapija.**

Modificirano prema Bateson i sur. 1956; Bauriedl 1998; Bowen 1966; Būrgin 1993; Goldenberg i sur. 2017; Madanes 1981; Minuchin 1974; Satir 1964; Robinson i sur. 2015; Selvini-Palazzoli 1977; Selvini-Palazzoli i sur. 1980; Whitaker i Keith 1981; White i Epston 1990.

Psihodinamska obiteljska terapija	Na početku se preporučuje suportivni pristup zbog mogućeg odbijanja daljnje terapije. Rad na nesvjesnim fantazijama, željama i strahovima, emocijama, interakcijama i komunikaciji, idealizacijama, mistifikacijama, obiteljskim mitovima i tajnama, „delegiranjima djece“, „parentifikaciji djece“, sukobima (izbjegavanje ili rješavanje); radu na trijadi interakcija, te na projekcijama, kao i projektivnim identifikacijama unutar obitelji. Svrha je sazrijevanje obitelji. Mogu biti temeljene na teoriji objektnih odnosa, self-psihologiji, intersubjektivnosti, relacijskoj psihoanalizi, scensko-hermeneutičkom gledanju, ili na privrženosti i odnosu prema neuroznosti.
Transgeneracijska obiteljska terapija	Ovamo ubrajamo Bowena, a može se rabiti i genogram. Kod Bowena i nasljednika ove škole fokus je na smanjivanju cjelokupne obiteljske anksioznosti, ali istodobno i jačanje sposobnosti članova obitelji za samostalno funkcioniranje i smanjivanje simptoma, dakle, jačanje osnovne razine diferencijacije pojedinih članova, kao i druge zadaće.
Iskustveni modeli	Istaknuti je pripadnik Carl Whitaker i njegovi suradnici. Pojedini ga autori ubrajaju u transgeneracijski model. Istodobno jačanje osjećaja pripadnosti obitelji, ali i slobode da se ostane posebna osoba; naglašeni su kreativnost, simbolika i nepredvidivost terapije. Ovamo možemo također ubrojiti i geštalt-terapiju; humanističko validirani procesni model (Satir), kao i emocionalno fokusirane terapije (fokus je na privrženosti).
Strukturni modeli	Istaknuti je predstavnik Minuchin. Svaki podsustav u obitelji ima posebne funkcije i polupropusnu granicu. Podsustav bračnog para vjerojatno je najvažniji i njega se ojačava.
Strateška obiteljska terapija	Ovdje su istaknuti predstavnici Don Jakson, Jay Haley i Chloe Madanes, kao i Milanski sistemski model (Selvini-Palazzoli, Checcin, Boscolo i nasljednici). Osniva se na teoriji sustava i razvoju obitelji kroz obiteljski ciklus, a fokus terapije jest sadašnjost. Milanski sistemski model temelji se na Batesovu modelu kibernetičke cirkularnosti s idejom da se obiteljski sustav stalno razvija. Roditelji bi kao podsustav trebali ponovno uspostaviti vodeću funkciju.
Bihevioralni i kognitivni modeli	Sukladno principima liječenja kod bihevioralnih i kognitivnih terapija. Modifikacije ovoga pristupa jesu npr. u Madsley obiteljskom pristupu (Robinson i sur. 2015), koje se primjenjuju kod obitelji u kojima postoji jedan član s anoreksijom nervozom (v. poglavlje 59 o poremećajima jedenja).
Socijalno- (sistemno) konstruktivistički modeli i narativne terapije	Terapije su fokusirane na mogućnosti i kolaborativnost u terapiji. Narativna je terapija najistaknutija škola obiteljske terapije „trećeg vala“, tj. obiteljske terapije koja se, prema nekim autorima, oslanja na principe socijalnog konstruktivizma. Najistaknutiji su predstavnici M. White i D. Epston.

životnog ciklusa obitelji općenito bolje funkcionirati u usporedbi s obiteljima s ekstremnim (visokim ili niskim) vrijednostima na navedenim dimenzijama. Cirkumpleksni je model definiran trima ključnim konceptima: 1. kohezija je definirana emocionalnim vezama koje članovi obitelji imaju jedni prema drugima; 2. obiteljska je fleksibilnost definirana kvalitetom i ekspresijom vodstva i organizacije, pregovaranja, pravilima i ulogama u odnosima; 3. komunikacija je definirana pozitivnim komunikacijskim vještinama unutar sustava.

24.5. Primjer pismenog nalaza dijagnostike jedne hipotetske obitelji

Ovdje je naveden primjer pismenog nalaza, a s obzirom na [tablicu 24.4](#) (v. prije u tekstu). Na početku su uzeti osnovni anamnestički podatci. Obitelj je trenutno u ciklusu obitelji sa školskom djecom, uz okomite stresore psihičkih bolesti u prethodnim generacijama. Obitelj su strukturno činila dva roditelja (majka i otac), uz 12-godišnju kćer (označeni pacijent) i mlađu sestru. Roditelji su se odlučili javiti stručnim osobama zbog psihičkog poremećaja u 12-godišnje djevojke,

Tablica 24.7.

Instrumenti koji se mogu primjenjivati pri dijagnostici obitelji.

Modificirano prema Epstein i sur. 1983; Olson 2011; Skinner i sur. 2000.

- FAD je instrument procjene koji je usmjeren na šest dimenzija obiteljskog funkcioniranja (v. poslije) uz sedmu dimenziju ukupnog funkcioniranja obitelji. S ovih sedam dimenzija obuhvaćeno je trima temeljnim područjima obiteljskog funkcioniranja: područjem temeljnih zadaća (novac, hrana, mjesto boravka i transport), područjem razvojnih zadaća vezanih za promjene u tijeku života obitelji i područjem rizičnih zadaća vezanih za krizna razdoblja poput bolesti, gubitka prihoda i sl. Šest dimenzija jesu sljedeće: **rješavanje problema (Problem Solving)** – Ako se obiteljski problem definira kao okolnost koja ugrožava integritet i funkcionalni kapacitet obitelji, tada je rješavanje problema sposobnost obitelji da ukloni tu nepovoljnu okolnost do razine koja omogućuje adekvatno obiteljsko funkcioniranje. **Komunikacija (Communication)** – Komunikacija podrazumijeva izmjenu informacija između članova obitelji i može se promatrati na kontinuumu od jasne prema prikrivenoj, može biti direktna ili indirektna, ovisno o tome upućuje li se ili ne upravo onom članu kojem je bila i namijenjena i konačno može sadržavati verbalne i neverbalne komponente. **Uloge (Roles)** – Ta dimenzija opisuje sposobnost obitelji da kroz različite funkcije osigura prihode, odgoj i podršku, stvori uvjete za osobni razvoj, održava i vodi obiteljski sustav što uključuje odlučivanje, granice i širu uključenost obitelji u društvo, kontrola ponašanja i disciplina itd. **Afektivni odgovor (Affective Responsiveness)** – Odnosi se na sposobnost obitelji da na različite stimulirajuće okolnosti odgovori prikladnom kvalitetom i kvantitetom emocija koje se mogu općenito podijeliti u dvije grupe: pozitivne „emocije blagostanja“ poput topline, nježnosti, ljubavi, radosti i sl., odnosno ugrožavajuće emocije poput ljutnje, straha, usamljenosti, tjeskobe, tuge, razočaranja i sl. Pri tome se promatra kapacitet pojedinog člana obitelji da doživljava cijeli spektar emocija, prikladnost tipa emocije s obzirom na situaciju, ali isto tako i intenzitet i trajanje. **Afektivna uključenost (Affective involvement)** – opisuje stupanj u kojem su članovi obitelji zainteresirani i cijene aktivnosti i interese drugih članova obitelji na dimenziji od nepostojeće uključenosti do pretjerane uključenosti smještajući zdravu afektivnu uključenost u sredinu između tih dvaju ekstrema. **Kontrola ponašanja (Behavior Control)** – šesta je dimenzija koja opisuje načine na koje obitelj oblikuje i podržava standarde ponašanja svojih članova. Četiri opisana stila uključuju rigidnu kontrolu, krutost u kontroli ponašanja, ležernost i kaotičnost, pri čemu je fleksibilnost najpoželjnija, a kaotičnost najnepovoljniji stil kontrole ponašanja.

- FACES IV -- Family Adaptability and Cohesion Scales – IV. Uključuje šest skala koje procjenjuju **fleksibilnost i kohezivnost** obiteljskog sustava. Skale kohezivnosti uključuju „isprepleteni“ (*enmeshed*), balansirani kohezivni (*balanced cohesion*) i razdvojeni (*disengaged*), a skale fleksibilnosti uključuju kaotični (*chaotic*), balansirani fleksibilni (*balanced flexible*) i rigidni (*rigid*) način obiteljskog funkcioniranja.

- FAM- Family Assessment Measure. Procjenjuje obiteljsko funkcioniranje kroz sedam osnovnih dimenzija i razvijen je u sklopu procesnog modela obiteljskog funkcioniranja. Sedam dimenzija obuhvaćaju **realizaciju zadataka, obavljanje uloga, komunikaciju, afektivnu ekspresiju, uključenost, kontrolu i, konačno, vrijednosti i norme**. Ove se dimenzije procjenjuju na trima razinama: 1. obiteljski sustav kao cjelina (opća skala); 2. dijadni odnosi u obitelji (dijadna skala); 3. individualno funkcioniranje (skala samoprocjene).

koja je imala simptome visoke autodestruktivnosti, jasne paranoidne tendencije te trend socijalnoj izolaciji. Obitelj je također prethodno pokušala riješiti ovaj problem na način rada na svojim interakcijama unutar obitelji i međusobnima razgovorima, međutim, bezuspješno. Otac nije mogao dati objašnjenje problema svoje kćeri i kod njega je dominirao potpun osjećaj bespomoćnosti, majka je bila rezignirano odbijajuća u odnosu prema problemu kćeri, dok je mlađa sestra revoltirano, ljutito i agresivno reagirala na simptome svoje starije sestre. Sama djevojka bila je „jasno označeni i identificirani bolesnik“. Obitelj je bila otvorena za moguća rješenja ovoga problema, ne ustručavajući se potražiti stručnu pomoć. Stilovi odgajanja djece bili su permissivni. Socijalne uloge u ovoj obitelji podrazu-

mijevaju bespomoćnog i nekompetentnog oca; rezignirano-odbijajuću majku, pacijenticu kao „žrtvenog jarca“, dok je mlađa sestra bila „klaunica“. Pacijentica većinu vremena provodi s ocem, majku svjesno isključuje, čime je, vremenski i prostorno gledano, otac preuzeo ulogu odgoja. Došlo je do raskola u partnera na odnose otac – starija kći i majka-mlađa kći (*marital schism*), odnosno remeti se hijerarhijska struktura i formiraju koalicije, što rezultira inverzijom moći. Učinitelj je genogram obitelji, koji je također upozorio na transgeneracijsku dinamiku obitelji. Rascjepom partnerskog odnosa, podsustav roditelja potpuno je narušen. Bila je prisutna jasna disfunkcionalnost majke i kćeri (individualna, intrapsihička dimenzija). Postojale su slaba kohezivnost i fleksibilnost cijele obitelji

prema promjeni. Obiteljske interakcije i komunikacija bile su bitno narušene. Obitelj je u svojim socijalnim vrijednostima bila otvorena prema progresivnim tendencijama, međutim, selektivno prije svega to se odnosilo izvan obitelji, u svojem radnom okruženju. Emocionalnost u spomenutoj obitelji je bila ozbiljno narušena, a posebno između majke i kćeri. Odnos između oca i kćeri povremeno je bio obilježen kao ucjenjivački. Najmoćnija figura u ovoj obitelji bila je starija djevojčica kao „označeni bolesnik“, što je opet znak inverzije i disbalansa moći. Psihodinamski gledano, u obitelji je vladala visoka anksioznost (vjerojatno transgeneracijski prenesena), uz značajne interpersonalne sukobe između članova obitelji te njihovo izbjegavanje i zadržavanje *statusa quo*. Značajne su bile projekcije roditelja na djecu. Izrazit je problem nemogućnosti stvaranja trijade u toj obitelji (visok intenzitet negativnih emocija dvoje prema jednome, koja se kombinirala u različitim kombinacijama između članova obitelji). Terapeut se u susretu s tom obitelji osjećao vrlo bespomoćno, ali i agresivno-revoltirano, pod dojmom snažnih osjećaja koje su iskazivali članovi obitelji. Osnovna psihodinamska radna hipoteza terapeuta u toj obitelji bila je izostanak trijade (dvoje protiv jednoga; dvoje protiv dvoje), uz izrazitu disfunkcionalnost partnerskog para. Sistemski gledano, dominira nesposobnost roditeljskog para i stvaranje disfunkcionalnih koalicija otac –starija kći i majka – mlađa kći. Bihevioralno-kognitivno gledano, bilo je niz bihevioralnih i kognitivnih simptoma, prije svega kod djevojke, ali i u drugih članova obitelji, što je iziskivalo jasne upute na početku liječenja djevojci i cijeloj obitelji. Primijenjena je i dodatna obiteljska dijagnostika obitelji. Motivacija cijele obitelji za promjenom je bila visoko ambivalentna, jer se činilo da ovakav začarani krug održava određenu homeostazu. U ovom je slučaju predložena intenzivna individualna psihoterapija same djevojke (intrapsihički rad, rad na identifikacijama, strahovima, idealizacijama), kao i obiteljska terapija cijele obitelji kod drugog terapeuta (interpersonalni rad). Međutim, zbog nemogućnosti provođenja obiteljske terapije, odabrana je usporedna partnerska psihoterapija. Također se dijagnostički evaluirala potreba individualne psihoterapije pojedinih roditelja.

24.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Svako se dijete rađa i živi u određenom socijalnom kontekstu, intenzivnih socijalnih interpersonalnih relacija, većinom unutar obiteljskog konteksta.
- ✓ Primjereno roditeljstvo i partnerstvo u obitelji karakteriziraju: dobra suradnja partnera; otvorena, direktna komunikacija, s jasnim i iskrenim neverbalnim izrazima; kontinuitet i koherencija u odnosima; čvrstoća, ali i fleksibilnost obiteljskog sustava u cjelini.
- ✓ U literaturi postoje različiti modeli dijagnostike obitelji, a ovisi o teorijskom usmjerenju pojedinog pravca.
- ✓ U svijetu je razvijen niz teorijskih modela objašnjenja obitelji, kao i terapijskih pravaca.
- ✓ Potrebna je integracija različitih psihodinamskih, sistemskih i kognitivno-bihevioralnih pravaca i terapija.
- ✓ Roditelji mogu osjećati sram i nelagodu kada govore o intimnim, obiteljskim stvarima, te to treba uzeti u obzir.

24.7. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Što znači pojam stvaranje trokuta kod Bowena u obiteljskoj dinamici i što to znači za druge psihoanalitičare?

ODGOVOR: Ovdje je riječ o konfuziji pojmova. Bowen stvaranje trokuta (međutim, neki autori govore čak o trianguliranju) smatra više nečim negativnim, odnosno proces kada se anksioznost između dvaju članova obitelji rješava uvlačenjem trećeg člana da bi se stabilizirao njihov odnos. U najgorem slučaju to može biti dijete, koje je uvučeno u sukob između roditelja. Potpuno suprotno s obzirom na ovo tumačenje, triangulizacija za psihoanalitičare i u drugim tekstovima u ovoj knjizi znači kvalitativni pozitivni pomak u razvoju djeteta, kada nakon stadija monade, dijade, trijade dijete shvaća relacije u svojoj okolini da može imati cirkularne povezanosti, u što su uključene tri osobe, obično dijete – majka – otac.

■ **PITANJE:** Koja je razlika psihoanalitičkog gledanja u smislu razvoja djeteta u obitelji, naime, linearno-prirodnoznastvenog gledanja vs. na konflikt

orijentiranog gledanja (scensko- hermeneutičkog i/ ili obiteljsko psihoanalitičkog gledanja)?

ODGOVOR: Linearno-prirodoznanstveno gledanje promatra razvoj djeteta kroz „normalnost“, te kroz predviđene „faze razvoja“ koje dijete mora prijeći, npr. od monade, dijade, do trijade, šire socijalizacije itd. Bolest se, prema ovome, definira kao zastoj u određenoj fazi. Prednost ovakvoga pristupa jest u tome što se daje konzistentni znanstveni prikaz razvoja djeteta, uz naglašavanje važnosti dijade. Naime, većinom u našoj kulturi jedna osoba (obično majka), ima najveći broj interakcija s djetetom. Kritika takvog pristupa bila bi da se odviše „idealizira“ majčinstvo, odnosno stavljaju se prevelika odgovornost i krivnja na majke. Za razliku od toga, na konflikt orijentirano gledanje (scensko-hermeneutičko i/ili obiteljsko psihoanalitičko gledanje), bavi se „tekstom“, dakle pojavama doživljavanja (emocijama), percepcijom i ponašanjima, kao i s njihovim „značenjem“ u kontekstu interakcije. Ovaj, potonji stav uzima da je djetetova ličnost po prirodi konfliktna te da je potrebno stalno suočavanje s novim izazovima tijekom odrastanja, a vjerojatno i tijekom cijelog života. Podrazumijeva se temeljna trijadnost ljudskih odnosa već od rođenja samoga djeteta. Dakle, ova trijada, npr. majka, otac, dijete, visoko je konfliktna jer postoji uvijek različit omjer između toga tko je u dijadi, a tko je onaj koji je izostavljen. Ova teorija pretpostavlja temeljnu trijadnost odnosa, te fleksibilnost svakoga pojedinog člana iz spomenute trijade; međutim, patologija bi bila kada bi došlo do pretjeranog udruživanja u dijadu protiv onoga trećega (npr. otac – kćer protiv majke). Dakle, patologija bi se ovdje shvatala kao kvantitativni eksces, a ne zastoj na prethodne faze. Prednost je ovakvog gledanja u tome što se uzima u obzir djetetova konfliktna narav, život se shvaća kao prorada kriza i konfliktnih situacija, traži se „značenje“ određenog ponašanja i konačno uzima u obzir cirkularno mišljenje, s različitim povratnim spregama.

■ PITANJE: Što su to monada, dijada i trijada?

ODGOVOR: Ovo su važni termini u psihoanalizi. Pod monadom razumijevamo jedinku, individu, odnosno intrapsihičku dinamiku (psihologija jedne osobe). Pod dijadom razumijevamo odnos dviju individua (npr. majka – dijete, muž – žena itd.) (ovdje se više ističe psihologija dviju osoba; „polje odnosa“). Često se pri relaciji majka – dijete koristimo i terminom simbioze (dvojno jedinstvo). Trijada označuje relaciju minimalno triju osoba, npr. majka – otac –

dijete. Trijada pretpostavlja ulazak u svijet socijalnih odnosa i širega socijalnog svijeta. Pojedini psihoanalitički autori razlikuju trijade od triangularizacije, ali se u ovoj knjizi ne ulazi dalje u tu problematiku. Ovdje ne treba pomiješati psihoanalitički pojam triangularizacije s pojmom stvaranje trokuta (ili trijanguiranja) kod Bowena, koji to smatra nečim negativnim u obiteljskoj dinamici. Linearno-prirodoznanstveno gledanje u psihoanalizi pretpostavlja postupnu diferencijaciju od monade, preko dijade do trijade, te ulazak u svijet socijalnih odnosa tijekom djetetova razvoja. Scensko-hermeneutički psihoanalitički model pretpostavlja temeljnu trijadnost ljudskih odnosa, od prvog dana djetetova života.

■ PITANJE: Što to znače rigidne obiteljske konstrukcije u tzv. obiteljima sa psihosomatskim bolestima prema Stierlinu?

ODGOVOR: U tzv. obiteljima sa psihosomatskim smetnjama navode se rigidne konstrukcije, koje svijet shvaćaju kao stroga pravila, gdje se mora jasno i rigidno razlikovati što je pravilno, a što pogrešno, što je dobro ili loše, gdje nema prostora za kompromise, gdje ne mogu egzistirati istodobno različite konstelacije, ne postoji nikakav treći put, te gdje se ne podnose proturječna, paradoksi, ambivalencija ili višeznačja. Dolazi do polarizacije gledanja, ili si unutar obitelji; ili si odbačen iz obiteljskog sustava. U ovakvim je obiteljima orijentacija na činjenično, radi potiskivanja konflikata i negativnih osjećaja. Često se nalazi potiskivanje svih agresivnih, kao i seksualnih napetosti, što dovodi do „forsirane harmonizacije“. Dakle, privrženost unutar obitelji, održavanje *statusa quo*, te izbjegavanje suočavanja s konfliktima široko su primjenjivani mehanizmi radi stabiliziranja obiteljskog sustava. Premda je ovaj konstrukt kritiziran da ne može definirati „tipičnu kliničku obiteljsku sliku“ u obiteljima sa psihosomatskim poremećajima, čini se taj konstrukt dovoljno korisnim u svakodnevnoj praksi.

■ PITANJE: Što to znače obiteljske tajne i obiteljski mitovi?

ODGOVOR: Poremećena komunikacija nosi fiksne ideje, poricanja, racionaliziranja, stvaranje obiteljskih mitova sa svrhom obrane od neželjenih ideja, osjećaja, promjena ili strahova, a znatno koči razvoj djeteta i obitelji općenito. Mistifikacije, obiteljski mitovi i tajne čine djelomično svjesne, zajedničke fantazije o obiteljskom funkcioniranju ili događajima o kojima se ne govori.

■ **PITANJE: Koje su indikacije za obiteljsku terapiju u djece?**

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje jer u literaturi ne nalazimo jasne smjernice. Prema, pojedini autorima, indikacije za obiteljsku terapiju jesu izrazita patologija pojedinog djeteta, poticanje autonomije adolescenta iz primarne obitelji, kao i pojedini drugi psihički poremećaji djece. Svakako da je pretpostavljena i značajna obiteljska disfunkcija. Na početku obiteljske terapije potrebno je jasno izgraditi terapijski savez te će se s vremenom iskristalizirati potreba za daljnjom intenzivnom obiteljskom terapijom.

■ **PITANJE: Koja je indikacija za partnersku terapiju vs. obiteljske terapije?**

ODGOVOR: Na ovo nikako nije lako odgovoriti. Obiteljske su terapije načelno vrlo zahtjevne, jer uvijek, u svakoj seansi, moraju uključivati sve dijelove obiteljskog sustava (moraju doslovno biti svi članovi obitelji prisutni na svakoj pojedinoj seansi) da bi se dobio kontinuitet doprinosa svakoga pojedinog člana. To nije nikako lako ostvariti u praksi i često se događa „miniranje“ ovakvog okvira terapije (*settinga*). Stoga, kao alternativa postoji mogućnost primjene „partnerske terapije“. To svakako ima smisla jer su često partnerski odnosi najvažniji, kao podsustavi u cijeloj obitelji, odnosno potrebno je ojačavati njihovu funkciju. Valja svakako preporučiti da individualnu (intraprosihičku terapiju) radi jedan terapeut, dok bi obiteljsku ili partnersku terapiju (interpersonalnu terapiju) radio drugi terapeut.

■ **PITANJE: Da li primjenjivati isključivo izoliranu obiteljsku ili partnersku terapiju u dječjoj dobi, bez individualne terapije djeteta?**

ODGOVOR: Nije lako dati odgovor. Teško da je potrebno koristiti se samo isključivo izolirano u dječjoj dobi obiteljskom i/ili partnerskom psihoterapijom (rad na interpersonalnim odnosima). Naime, s obzirom na internalizacije, identifikacije, u djece i adolescenata primarno je riječ o intrapsihičkim mehanizmima, međutim moguće je da postoje i istodobno interpersonalni (obiteljski) čimbenici. Ekonomično i etički gledano, čini se izglednim prvo se pozabaviti intrapsihičkim zbivanjima (prioritet je dijete sa svojom patnjom), a da se u drugom koraku pažnja posveti drugima (roditeljima, bračnim /roditeljskim/ i obiteljskim okolnostima /interpersonalni čimbenici se čine ovdje sekundarnima/). Rečeno drukčije, primarno treba gledati interes djeteta, dakle prvotno primijeniti individu-

alnu psihoterapiju s djetetom (intraprosihička dinamika), te naknadno procijeniti je li potrebna i dodatna bračna, partnerska ili obiteljska psihoterapija (rad na interpersonalnim relacijama).

■ **PITANJE: Što je to „double blind communication“?**

ODGOVOR: To ne postoji u literaturi. „Double blind communication“ označava dvostruku vezu ili poruku u komunikaciji. Međutim „double blind communication“ ne postoji u psihologiji i psihijatriji. Eventualno se može odnositi na situacije kada dvije slijepo osobe razgovaraju između sebe. „Double blind“ istraživanje se odnosi na istraživanja koja su dvostruko slijepa i koja istražuju učinkovitost nekog lijeka ili metode (niti pacijenti, niti ispitivači znaju da li se radi o aktivnoj supstanciji).

24.8. Pitanja

- 1 Navedite osnove obiteljske anamneze i dijagnostičke procjene obitelji.
- 2 Navedite definiciju genograma i čemu on može služiti.
- 3 Navedite tipičnu podjelu odgojnih stilova.
- 4 Navedite pojedine instrumente u području obiteljske dijagnostike, te što oni procjenjuju.
- 5 Što je to kad se kaže da je obitelj sustav?
- 6 Što znači afektivna sigurnost i privrženost u obitelji?
- 7 Koji je odnos kod psihičkih poremećaja u djece i adolescenata interpersonalnog (obiteljskog) vs. intrapsihičkog?
- 8 Navedite različite vrste partnerskih, bračnih i obiteljskih terapija.

24.9. LITERATURA

1. *Bateson G, Jackson DD, Haley J i sur.* Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1956;1:251-264.
2. *Baumrind D.* Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs* 1967;75(1): 43-88.
3. *Bauriedl T.* Die Triangularität menschlicher Beziehungen und der Fortschrittsglaube in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie. U: *Bürgin D*, ur. *Triangulierung- Der Uebergang zur Elternschaft.* Stuttgart: Schattauer; 1998, str. 123-140.
4. *Bostic JQ, Potter MP, King RA.* Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. U: *Martin A,*

- Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 299-320.
5. *Boszormenyi-Nagy I, Spark GM*. Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy. New York: Harper & Row; 1973.
 6. *Bowen M*. The use of family theory in clinical practice. *Compr Psychiatry* 1966;7(5):345-74.
 7. *Buehler C, Krishnakumar A, Stone G i sur*. Interparental conflict styles and youth problem behaviors: A two-sample replication study. *Journal of Marriage and the Family* 1998; 60(1):119-132.
 8. *Bürgin D*. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
 9. *Dadds MR, Atkinson E, Turner C i sur*. Family conflict and child adjustment: Evidence for a cognitive-contextual model of intergenerational transmission. *Journal of Family Psychology* 1999;13(2):194-208.
 10. *Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS*. The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy* 1983; 9(2), 171-180.
 11. *Goldenberg I, Stanton M, Goldenberg H*. Family therapy- an overview. 9. izd. Australia: Cengage Learning; 2017.
 12. *Kelly JB*. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(8):963-73.
 13. *Lidz T, Cornelison AR, Fleck S i sur*. The intrafamilial environment of schizophrenic patients. II. Marital schism and marital skew. *Am J Psychiatry* 1957;114(3):241-8.
 14. *Maccoby EE, Martin JA*. Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. U: Mussen PH, Hetherington EM, ur. *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development*. New York: Wiley; 1983, str. 1-101.
 15. *Madanes C*. Strategic family therapy. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
 16. *Mattejat F*. Familiendiagnostik. U: Remschmidt H, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 78-81.
 17. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
 18. *McGoldrick M, Gerson R, Petry S*. *Genograms: Assessment and Intervention*. 3. izd. New York: WW Norton & Company; 2008.
 19. *Minuchin S*. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974.
 20. *Olson D*. FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *J Marital Fam Ther* 2011 Jan;37(1):64-80.
 21. *Remschmidt H*. Erhebung der Anamnese. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 39-43.
 22. *Robinson AL, Dolhanty J, Greenberg L*. Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Psychother* 2015;22(1):75-82.
 23. *Satir V*. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books; 1964.
 24. *Selvini-Palazzoli M*. Self-Starvation – from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. 2. izd. New York: Jason Aronson; 1977.
 25. *Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G i sur*. Hypothesizing--circularity--neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Fam Process* 1980;19(1):3-12.
 26. *Skinner H, Steinhauer P, Sitarenios G, Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning*. *Journal of Family Therapy* 2000;22(2):190-210.
 27. *Steinhausen HC*. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
 28. *Stierlin, H*. Zur Familienpsychosomatik heute. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990;40:357-362.
 29. *Vidović V*. *Obiteljska i bračna terapija*. U: Kozarić Kovačić D, Frančišković T, ur. *Psihoterapijski pravci*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 205-220.
 30. *Whitaker CA, Keith DV*. Symbolic- experiential family therapy. U: Gurman AS, Kniskern DP, ur. *Handbook of family therapy (Vol. 1)*. New York: Brunne/Mazel; 1981, str. 187-225.
 31. *White M, Epston D*. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton; 1990.
 32. *Wynne LC, Ryckoff IM, Day J i sur*. Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 1958;21(2):205-20.

Klasifikacija psihičkih poremećaja

Ivan Begovac

SADRŽAJ

25.1. Uvod	359
25.2. Potreba za klasifikacijom	359
25.3. Klasifikacija, dokumentacija	359
25.4. Klasifikacijski sistemi u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji	360
25.4.1. Uvodni aspekti	360
25.4.2. Komorbiditet	361
25.4.3. Statistički klasifikacijski sistemi	361
25.4.4. Multiaksijalni klasifikacijski sistemi za psihijatrijske poremećaje djece i adolescenata	361
25.4.5. Ostali važni klasifikacijski sustavi	362
25.5. Upute za roditelje/nastavnike	363
25.6. Često postavljena pitanja	363
25.7. Pitanja	364
25.8. Literatura	364

25.1. Uvod

Nakon provedena dijagnostičkog procesa slijedi klasifikacija psihičkih bolesti. **Termin klasifikacija** u ovom se tekstu, kao i u drugim tekstovima u knjizi, uporabljuje u smislu **operacionalizacije kriterija sistema klasifikacije**, a približno odgovara zapravo terminu dijagnoza, prema angloameričkim autorima. Naime, prema angloameričkim autorima **dijagnoza** je najuži pojam, koji uključuje identifikaciju i klasifikaciju specifičnog poremećaja djeteta (DC:0-5tm 2016). Korisno je također pogledati **tablicu 14.1.** (v. posebno poglavlje 14), u kojoj se navode termini kojima se služe angloamerički autori, kao i analogni termini koji su rabljeni u ovoj knjizi. Dakle, **klasifikacija** je uži pojam od dijagnostike i uzimat će u obzir dominantno psihički status, somatski i neurološki nalaz i laboratorijske nalaze. Dobiveni opći klinički nalazi i znanstveni nalazi putem procesa dogovora ujednačivanja dovest će do operacionalizacije, odnosno konačno do kategorije klasifikacije.

Klasifikacija je pokušaj sistematskog uređivanja i podjele psihopatoloških simptoma pod aspektom jednakih ili sličnih obilježja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). **Nomenklatura** donosi opise pojmova koji opisuju klase i elemente sistema. **Nozologija (učenje o bolestima)** dovodi u odnos, zajedno s klasifikacijom, hijerarhijski pojedine entitete bolesti prema jedinstvenom principu (Mattejat i Schulte-Markwort

Tablica 25.1.

Klasifikacijski sistemi u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji

- MKB-10 (1993)
- MKB-10- višeosna (multiaksijalna) klasifikacija u dječjoj dobi (1996)
- DSM-5 (2013)
- *Zero to five: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC: 0-5; treća verzija* (2016)
- Operacionalizirana psihodinamska dijagnoza u dječjoj dobi njemačkih autora – druga verzija (2016)
- Statistički modeli (internalizirajući, eksternalizirajući poremećaji; Thomas Achenbach i suradnici 2006)
- Smjernice dijagnosticiranja pojedinih poremećaja: National Institute for Care Excellence - NICE smjernice; američke, njemačke, npr. Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter, 2015 (revidiranje svakih pet godina) itd.
- Obiteljska dijagnostika – poseban pristup

2013). Različiti klasifikacijski sistemi prikazani su u **tablici 25.1.**

Klasifikacije i sistemi dokumentacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji pridonijeli su jedinstvenosti nomenklature te time doveli do boljeg razumijevanja podatka između stručnjaka u cijelom svijetu (Remschmidt 2011). Empirijski utemeljene klasifikacije imaju veliku javnozdravstvenu važnost i potaknule su daljnje znanstvene studije, koje su dovele do novih znanja o etiopatogenezi, terapiji i tijeku pojedinih psihičkih poremećaja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011).

25.2. Potreba za klasifikacijom

Otkako je klasifikacije, postoje kontroverze o njoj (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). S jedne strane, postoje strahovi od „kodiranja“ i „etiketiranja“, „dehumanizacije“ pacijenata, a, s druge, postoje stajališta da bi, bez klasifikacije, postojali nepreciznost, nered i nemogućnost komunikacije između stručnjaka. Nadalje, slično pitanje koje je prisutno i kod dijagnostike postavlja se i ovdje kod klasifikacije, a to je pitanje kako razlikovati postoji li određeni psihički poremećaj, odnosno gdje je granica između normalnosti i patologije. Prema mišljenju autora ovog poglavlja, klasifikacija u znatnoj mjeri čini dječju psihijatriju samostalnom strukom i definira je kao struku u odnosu prema drugim različitim suradnim strukama.

25.3. Klasifikacija, dokumentacija

Klasifikacija ima za cilj operacionalizaciju pojedinih simptoma u jedan sindrom, koji je razdvojen od drugih sindroma i čini jedinstvenu kliničku sliku (**diferencirana valjanost ili validnost**). Idealno bi bilo da diferencirana valjanost razlikuje psihičke poremećaje s obzirom na dob kada je poremećaj počeo, kakva je raspodjela po spolu, kakav je utjecaj na kognitivna postignuća, koji su uzročni čimbenici, kakvi su uspjeh liječenja i tijek. Zanimljivost je ovakvih praćenja da, sindromski gledano, anksiozni poremećaji imaju najbolju prognozu u dječjoj psihijatriji, a nakon njih specifični razvojni poremećaji (Steinhausen 2010).

Klasifikacija nužno uključuje pojednostavnjenje mnogobrojnih područja promatranog pacijenta (Remschmidt 2011). Najpoznatije klasifikacije žele biti deskriptivne i ateoretične, dakle da ne uključuju odre-

đenu teoriju u svojoj klasifikaciji, što onda ostavlja prostor široko otvorenim. Dakle, klasifikacije bi trebala biti temeljene na činjenicama, a ne na konceptima. Cilj je klasificirati poremećaje, a ne osobe. Nadalje, klasifikacije ne žele upućivati na moguću etiopatogenezu, npr. to su dijagnoze depresije, shizofrenije i druge, osim pojedinih iznimaka kao što su sa stresom povezani poremećaji (koji upućuju na jedan stresni ili traumatski čimbenik) ili organski uzrokovani poremećaji, koji upućuju na organsku etiopatogenezu. Klasifikacija nije ništa više negoli niz hipoteza. Klasifikacija treba biti pregledna. Dijagnostičke bi kategorije trebale biti pouzdane (relijabilne), a posebno bi se to trebalo odnositi na pouzdanost između više ispitivača. Dijagnostičke kategorije trebale bi biti korisne i u kliničkom i u znanstvenom kontekstu. Dijagnostiku i klasifikaciju treba slijediti ispravno vođena medicinska dokumentacija. Dokumentacija može obuhvaćati anamnezu, psihički status, dijagnostiku, terapiju, kao i praćenje tijeka bolesti.

25.4. Klasifikacijski sistemi u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji

25.4.1. Uvodni aspekti

Najpoznatiji klasifikacijski sistemi jesu sada važeći MKB-10 Svjetske zdravstvene organizacije iz godine 1993. (WHO 1993), te DSM-5 američke psihijatrijske udruge, iz godine 2013 (APA 2013), koje su na neki način konkurenti, ali se i dopunjuju. S obzirom na noviji datum DSM-5, pojedini autori daju trenutno prednost toj klasifikaciji, a relativno je i u cijeloj ovoj knjizi u pojedinim poglavljima zbog toga razloga dana prevaga toj klasifikaciji. U međuvremenu se očekuje i MKB-11.

U **tablici 25.2.** prikazane su kategorije klasifikacije MKB-10.

U dojenačkoj se dobi (od nula do 5 godina) primjenjuje *Zero to five* - klasifikacija iz godine 2016 (DC: 0-5tm 2016), koja je vrlo korisna u dojenačkoj dobi i relativno je kompatibilna s DSM-5 klasifikacijom (v. poslije). Hrvatska kao europska zemlja dužna je koristiti se MKB-10 klasifikacijom, no u znanstvenim istraživanjima može se rabiti i DSM-5 klasifikacija. Moguće je da se manji dio osoba neće uklapati u postojeće klasifikacijske sisteme, a zahtijevat će terapiju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Međutim, medicinski način gledanja jasno ukazuje da je potrebna dijagnostika,

Tablica 25.2.

Klasifikacija (na prvoj osi) u odrasloj i dječjoj i adolescentnoj psihijatriji (MKB-10 1993)

1. Organski, uključujući simptomatski mentalni poremećaj (F00 – F09)
2. Mentalni i ponašajni poremećaji zbog uporabe psihoaktivnih supstancija (F10 – F19)
3. Shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji (F20 – F29)
4. Poremećaji raspoloženja (afekta) (F30 – F39)
5. Neurotski, povezani sa stresom i somatoformni poremećaji (F40 – F48)
6. Ponašajni sindromi povezani sa psihološkim poremećajima i fizičkim (tjelesnim) čimbenicima (F50 – F59)
7. Poremećaji odrasle ličnosti i ponašanja (F60 – F69)
8. Intelektualne teškoće (mentalna retardacija) (F70 – F79)
9. Poremećaji psihološkog razvoja (F80 – F89)
10. Ponašajni i emocionalni poremećaji s početkom koji se obično pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji (F90 – F98)

klasifikacija jednog poremećaja, i tek tada slijedi terapija. MKB-10, DSM-5 i *Zero to five* klasifikacije temeljno su orijentirane **kategorijalno**, što znači da je jedna dijagnoza kvalitativno različita od druge, a primjer je toga dijagnoza paranoidne shizofrenije. Prednost kategorijalnog pristupa jest u tome što je to tradicija u medicini koja pojednostavnjuje komunikaciju među stručnjacima. Međutim, u spomenutim trima klasifikacijama moguć je paralelno i **dimenzionalni pristup** u smislu da se dijagnoze promatraju kroz jedan kontinuum ili dimenzije, na primjer depresije (lakša, umjereno izražena, teška depresija), intelektualne teškoće i drugo.

Kategorijalni i dimenzionalni pristup imaju i prednosti i nedostatke te se stoga oba pristupa čine vrijednima i dopunjujućima (Steinhausen 2010). Primjerice, kod jedne kategorijalne dijagnoze npr. shizofrenije dobro je dijagnostiku dopuniti nekim instrumentom koji mjeri intenzitet poremećaja (blago, umjereno, teško) da bi se dobila cjelovitija klinička slika. Prednost dimenzionalnog pristupa bio bi u razlikovanju određenih dijagnoza s obzirom na suptilnu granicu između normalnosti i psihopatologije, jer je određen broj dijagnoza u dječjoj dobi povezan s oznakom „teškog i stalno izraženog poremećaja“, npr. hiperaktivnost, poremećaji ponašanja. Nadalje, prednost bi bila i moguća uporaba empirijski dostupnih skala, koje bi lakše dimenzionalno procjenjivale poremećaj.

U dječjoj nas dobi posebno zanimaju dijagnoze iz područja F7, F8, i F9. Moglo bi se reći da je nedostatak dosadašnje MKB-10 klasifikacije u tome što se djeca dijagnosticiraju i kodovima, npr. F2, F3, i F4, slično odraslima osobama, a nije se dovoljno vodila briga o dobnim i razvojnim specifičnostima u djece s obzirom na ove poremećaje (Steinhausen 2010).

Međunarodna klasifikacija bolesti, 11. revizija (International Classification of Disease, 11th Revision) prikazana je na Skupštini Svjetske zdravstvene organizacije godine 2019 (ICD-11 2020). Značajno je došlo do unapređenja ove klasifikacije u odnosu na prethodne verzije. Kliničke slike su smislenije obrađene. MKB-11 omogućuje detaljnije prikupljanje podataka. Fleksibilno se kombinira jednostavno i složeno kodiranje. Očekuje se da će MKB-11 biti sukladan s postojećim MKB-10, kao i s DSM-5.

25.4.2. Komorbiditet

Komorbiditet označuje prisutnost više nego jednog poremećaja u jedne osobe u jednom definiranom razdoblju i posebno je opisan u drugom poglavlju (v. poglavlje 11 o epidemiologiji i komorbiditetu). MKB-10 je prihvatio koncept komorbiditeta u usporedbi s MKB-9, međutim, klinički je konsenzus da ne bi trebalo biti više od triju dijagnoza kod jednog pacijenta (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

25.4.3. Statistički klasifikacijski sistemi

Takvi klasifikacijski sistemi temelje se na statistički utemeljenim nalazima koji su dobiveni različitim intervjuima i skalama. Jedan od takvih nalaza dijeli poremećaje u različite skupine. Čimbenici koji su izdvojeni u različitim istraživanjima podijeljeni su u nekoliko područja: 1. Anksioznost i socijalno povlačenje; 2. Sindromi nezrelosti; 3. Socijalizirano agresivno ponašanje; 4. Psihoteični poremećaji i autizam; 5. Sindromi hiperaktivnosti (Remschmidt 2011).

Achenbach i suradnici (2006) formulirali su psihopatološke liste koje psihopatologiju djece dijele u nekoliko sindroma koji su dobiveni statističkom analizom: **internalizirajući sindromi** koji se sastoji od skala anksioznosti-depresivnosti, tjelesnih smetnji, socijalnog povlačenja i **eksternalizirajući sindromi** koji se sastoji od skala agresivnosti i disocijalnog ponašanja. Zanimljivost je također u tome da su česte kombinacije internalizirajućih i eksternalizirajućih sindroma npr. kod depresivnih adolescenata, jer adolescenti svoja unutar-

nja emocionalna stanja i doživljavanja često pokazuju prema van poremećajima ponašanja.

25.4.4. Multiaksijalni klasifikacijski sistemi za psihijatrijske poremećaje djece i adolescenata

S obzirom na promatranje pojedinih klasifikacija samo na jednoj osi, u svijetu su razvijeni multiaksijalni klasifikacijski sistemi da bi se ukazalo na veću kompleksnost promatrane dijagnostike. Oni su posebno korisni jer, osim osnovnih dijagnoza, uključuju razvojne čimbenike, aktualne abnormalne psihosocijalne okolnosti i procjenu opće psihosocijalne prilagodbe.

Jedan od ovih sistema jest multiaksijalni klasifikacijski sistem za psihijatrijske poremećaje djece i adolescenata Svjetske zdravstvene organizacije koji je izišao godine 1996. (Svjetska zdravstvena organizacija 2003). U **tablici 25.3.** prikazane su ove multiaksijalne osi.

Tablica 25.3.

Multiaksijalna klasifikacija u dječjoj dobi prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 1996./2003.

I. Klinički – psihijatrijski sindrom
II. Specifični poremećaji psihološkog razvoja
III. Intelektualna razina
IV. Tjelesna simptomatologija ili zdravstvena stanja
V. Aktualne abnormalne psihosocijalne okolnosti
VI. Globalna procjena psihosocijalne prilagodbe

Ono što je prednost ovoga klasifikacijskog modela jest uključivanje primarne dijagnoze, razvojne dimenzije, razine inteligencije, somatskih tegoba, abnormalnih psihosocijalnih okolnosti i psihosocijalne prilagodbe, što je vrlo važno u pristupima poremećajima u dječjoj i adolescentnoj dobi. Međutim, s obzirom na vrijeme kada je ova klasifikacija donesena, čini se prevladana, odnosno u međuvremenu su kreirane druge multiaksijalne klasifikacije u dječjoj dobi (v. tekst koji slijedi).

Za poremećaje u dojenčadi i male djece od nula do pet godina postoji također multiaksijalna klasifikacija (v. **tabl. 25.4.**), koja navodi ukupno 5 osi (DC:0-5tm, 2016).

Tablica 25.4.**Multiaksijalni model Zero to five klasifikacije, 2016.**

1. os: Klinički poremećaj
2. os: Relacijski kontekst
3. os: Tjelesna stanja i utjecaji
4. os: Psihosocijalni stresori
5. os: Razvojna kompetentnost

Zanimljive su dijagnoze koje se kodiraju na prvoj osi jer je ovdje riječ o prvoj specijalnoj klasifikaciji, koja je isključivo rađena s obzirom na djecu (za razliku od MKB-10 i DSM-5, koje su prilagođivane dječjoj dobi) (v. tabl. 25.5.).

Zaključno se mora jasno reći u vezi s multiaksijalnim sistemima da je zapravo vrlo bitno razlikovati **dijagnoze na prvoj osi** od dijagnoza na drugim osima. Primjerice, u *Zero to five* klasifikaciji mora se razlikovati razvijeni klinički sindrom na prvoj osi, npr. PTSP u petogodišnjaka, od povremene izloženosti rujanju vršnjaka, koja se npr. kodiraju na četvrtoj osi.

25.4.5. Ostali važni klasifikacijski sustavi

Kako je prikazano u **tablici 25.1.**, postoje i drugi klasifikacijski sustavi, kao npr. operacionalizirana psihodinamska dijagnoza u dječjoj dobi njemačkih autora (v. posebno poglavlje 20) (Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016), koja je kompatibilna s osnovnim klasifikacijskim sustavima (npr. MKB-10). Također su u praksi važne i dijagnostičke smjernice pojedinih udruženja za dječju psihijatriju, npr. poznate su NICE smjernice, američke smjernice, njemačke smjernice itd. I konačno, obiteljska dijagnostika zahtijeva poseban pristup i opisana je u ovoj knjizi u posebnom poglavlju 24. **Zaključno** bi se moglo reći, slično procjeni težine pojedinog poremećaja pri dijagnosticiranju, a to se može unijeti i ovdje kod pojedinog klasificiranog poremećaja, i ovdje je preporuka klasificirati poremećaj kao lagani, umjereni i vrlo izraženi. Dijagnoza i klasifikacija konačno služe daljnjoj procjeni plana liječenja.

Tablica 25.5.**Klinički poremećaji na prvoj osi u Zero to five klasifikaciji****Neurorazvojni poremećaji**

- Autistični spektar poremećaja
- Rani atipični autistični spektar poremećaja
- Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti
- Poremećaj prekomjerne aktivnosti u dojenčeta
- Opće razvojno kašnjenje
- Razvojni poremećaj jezika
- Razvojni poremećaj koordinacije
- Drugi neurorazvojni poremećaji dojenačke dobi / dobi maloga djeteta

Poremećaj senzoričkog procesiranja

- Senzorički poremećaj prekomjernog odgovora
- Senzorički poremećaj premalog odgovora
- Drugi poremećaji senzoričkog procesiranja

Anksiozni poremećaji

- Separacijski anksiozni poremećaj
- Socijalno-anksiozni poremećaj (socijalna fobija)
- Generalizirani anksiozni poremećaj
- Selektivni mutizam
- Poremećaj u obliku inhibicije prema novome
- Drugi anksiozni poremećaji dojenačke dobi / dobi malog djeteta

Poremećaji raspoloženja

- Depresivni poremećaj ranog djetinjstva
- Poremećaj disreguliranog bijesa i agresije ranog djetinjstva
- Drugi poremećaji raspoloženja ranog djetinjstva

Opsesivno-kompulzivni poremećaj i povezani poremećaji

- Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- Touretteov poremećaj
- Motorni ili vokalni poremećaj tikova
- Trihotilomanija
- Dermatotilomanija dojenačke dobi / dobi malog djeteta
- Drugi opsesivno-kompulzivni poremećaji i povezani poremećaji

Poremećaj spavanja, jedenja i plakanja

- Poremećaji spavanja (Sleep onset disorder; Mjesečarenje; Partial arousal sleep disorder; noćne more ranog djetinjstva)
- Poremećaj jedenja dojenačke dobi / ranog djetinjstva (prekomjerno jedenje; premalo jedenje; atipični poremećaj jedenja)
- Poremećaj plakanja dojenačke dobi / ranog djetinjstva (pretjerani /ekscitivni/ poremećaj plakanja)
- Drugi poremećaji spavanja, jedenja i pretjeranog /ekscitivnog/ poremećaja plakanja dojenačke dobi / ranog djetinjstva)

Poremećaji povezani s traumom, stresom i deprivacijom

- Posttraumatski stresni poremećaj
- Poremećaj prilagodbe
- Poremećaj kompliciranog žalovanja dojenačke dobi / ranog djetinjstva
- Reaktivni poremećaj privrženosti
- Dezinhibirani poremećaj socijalne aktivnosti
- Drugi poremećaji povezani s traumom, stresom i deprivacijom

Poremećaji odnosa (relacije)

- Poremećaj specifične relacije (odnosa) u dojenačkoj dobi / ranog djetinjstva

25.5. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Danas postoji potreba klasifikacije psihičkih poremećaja u pojedine grupe poremećaja.
- ✓ Treba se služiti važećom MKB-10 klasifikacijom, a mogu se dopuniti DSM-5 klasifikacijom ili klasifikacijom *Zero to five*.
- ✓ Očekuje se da će budući MKB-11 biti sukladan s postojećim MKB-10, kao i s DSM-5.
- ✓ Ako se po nečemu razlikuje dječja psihijatrija od drugih struka, onda su to važeće klasifikacije u dječjoj dobi.
- ✓ Dijagnostika i klasifikacija nisu same sebi svrhom, nego one služe boljoj komunikaciji među stručnjacima, te postoje da bi se primijenila prikladnija terapija.
- ✓ Postoji mogućnost da se u dječjoj dobi kombiniraju više dijagnoza, premda je potrebno ipak imati procjenu koja je dominantna dijagnoza.
- ✓ Potrebna je suradnja roditelja kod dijagnostike, kao i pri uporabi određenih klasifikacijskih sustava.

25.6. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Pridonosi li klasifikacija struci dječjoj psihijatriji, kao zasebnoj struci?

ODGOVOR: Ovo je važno pitanje. Možda se ono na prvi mah ne čini dovoljno važnim. Međutim, u svim svjetskim udžbenicima dječje psihijatrije naglašena je važnost klasifikacijskih sustava, odnosno operacionalizacija kriterija za jednu dijagnozu. To je polazišna točka. Od dječjeg se psihijatra očekuje da dobro poznaje važeći klasifikacijski sustav. Prema autoru ovog članka, klasifikacija u dječjoj dobi dosta pridonosi struci dječje psihijatrije i to je razdvaja od drugih struka. Ako se poremećaj pravilno dijagnosticira i klasificira, onda se može primijeniti i prikladna terapija. S druge strane, npr. neuroznanost (neurobiologija), kao i psihoanaliza jesu samo neke od teorija objašnjenja etiopatogeneze u dječjoj psihijatriji, ali same po sebi možda ne pridonose toliko dječjoj psihijatriji kao struci, kako to čine dijagnostika i klasifikacija.

■ PITANJE: Zašto je kod multiaksijalnih sistema važno razlikovati prvu os od drugih osi?

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Vrlo je bitno dijagnoze na prvoj osi razlikovati od dijagnoza na dru-

gim osima. Primjerice, očekuje se od dječjeg psihijatra da poznaje sve dijagnoze na prvoj osi! Važno je npr. da dječji psihijatar uoči ima li dijete PTSP (dijagnoza na prvoj osi) i razlikuje ga od eventualne povremene izloženosti rujanju od vršnjaka (četvrta os, prema *Zero to five* klasifikaciji).

■ PITANJE: Što ako pojedino dijete ne ispunjava kriterije jednog poremećaja (supklinički oblici) ili postoji atipična klinička slika?

ODGOVOR: Ovo je vrlo diferentno pitanje. Pojedini autori kod pojedinih supkliničkih (atipičnih) oblika npr. poremećaja jedenja i PTSP-a preporučuju terapiju; ili ako je samo prisutan poremećaj interakcije skrbnik – dijete u dojenačkoj dobi (druga os klasifikacije *Zero to five*). Drugi autori razlikuju intervencije „savjetovanja“, koje imaju drukčiji fokus intervencija, od „terapija“ čiji je fokus ili na jasnoj kognitivno-bihevioralnoj komponentni (kognitivno-bihevioralne terapije) ili je orijentirana na odnose i osjećaje (psihodinamske terapije). Ova bi podjela onda „savjetovanja“ primjenjivala kod „supkliničkih“ i „atipičnih“ formi. Načelno gledano, ne bi trebalo u većoj mjeri stimulirati terapije, bez donesene dijagnoze, jer to može otvoriti prostor nekontroliranih primjena terapija. Čak i ako su neke kliničke slike ispod praga ili atipične, to treba također jasno navesti u medicinskoj dokumentaciji i ovdje moraju postojati prisutni pojedini važeći kriteriji.

■ PITANJE: Koliko je važno vođenje medicinske dokumentacije u dijagnostici i klasifikaciji?

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Nema pravilne dijagnostike i klasifikacije ako nema pravilno vođene pisane medicinske dokumentacije. Stručnjaci moraju imati dogovoreni način kako se pravilno piše medicinska dokumentacija. Potrebno je više se oslanjati na ponašanje, važeće psihopatološke termine, važeće dijagnostičke termine, kao i važeće klasifikacijske sustave, koje kao takve treba navoditi u medicinsku dokumentaciju. U medicinskoj dokumentaciji treba izbjegavati subjektivne interpretacije pojedinog slučaja. Ovaj aspekt vođenja medicinske dokumentacije može katkada imati i jasno pravni aspekt (npr. kada sud traži pojedinu medicinsku dokumentaciju i slično).

■ PITANJE: Je li danas opravdano ne koristiti se važećim klasifikacijama (MKB-10, DSM-5, *Zero to five*)?

ODGOVOR: Danas se ne čini opravdano ne koristiti se međunarodnim klasifikacijama. Dapače, Hrvatska

je obvezna koristiti se MKB-10 klasifikacijom. Posebno su zabrinjavajući autori koji predlažu neke zastarjele podjele i klasifikacije. Za razliku od ovakvih pristupa, različite današnje klasifikacije međusobno se upotunjuju, npr. MKB-10, DSM-5 i *Zero to five* klasifikacija, ali i druge novije alternativne dijagnoze i klasifikacije, npr. operacionalizirana psihodinamska dijagnostika itd.

■ PITANJE: Kako pristupiti problemu komorbiditeta u klasifikaciji?

ODGOVOR: Treba razlikovati diferencijalnu dijagnozu od komorbiditeta. Diferencijalna dijagnoza jasno razlikuje dva različita poremećaja, npr. anoreksiju nervozu (opsesije oko hranjenja), od OKP-a (prisutne su općenito opsesije). Ili sljedeći slučaj: dijagnoza shizofrenije isključuje dijagnozu poremećaja ponašanja. Međutim, anoreksija i OKP mogu biti i u komorbiditetu, kada ista osoba ispunjava kriterije za oba poremećaja (npr. postoje i opsesije oko hranjenja, ali usporedo postoje i druge opsesije). Što se tiče komorbiditeta, treba imati „razumnu mjeru“ u davanju drugih dijagnoza. Njemački autori preporučuju da ne bude više od triju komorbiditetnih dijagnoza. Ipak, važno je nekako imati osjećaj koji poremećaj dominira, odnosno koji poremećaj može imati teže posljedice i nepovoljnije ishode.

25.8. LITERATURA

1. *Achenbach TM, Rescorla LA, McConaughy S i sur.* Achenbach system of empirically based assessment. Burlington, VT: ASEBA; 2006.
2. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
3. *Arbeitskreis OPD-KJ-2.* Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
4. *DC:0-5tm.* Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R), Washington, DC: Author; 2016.
5. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11).* 2020. Dostupno na: <https://icd.who.int/en>. Pristupljeno 1. 5. 2020.
6. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
7. *Svjetska zdravstvena organizacija.* MKB-10: Višeosna klasifikacija psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
8. *Remschmidt H.* Klassifikation psychischer Störungen. U: Remschmidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 105-108.
9. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
10. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

25.7. Pitanja

- 1 Navedite kategorije MKB-10 klasifikacije, a koji se odnose na psihičke poremećaje.
- 2 Navedite pojedine osi multiaksijalne klasifikacije u dječjoj dobi Svjetske zdravstvene organizacije.
- 3 Navedite pojedine osi multiaksijalne *Zero to five* klasifikacije u dojenačkoj dobi.
- 4 Objasnite povezanost dijagnostike, klasifikacije i vođenja medicinske dokumentacije.
- 5 Definirajte što je to kategorijalni, a što dimenzionalni pristup klasifikaciji.
- 6 Definirajte što su to klasifikacijski internalizirajući i eksternalizirajući poremećaji.
- 7 Navedite neke poremećaje na prvoj osi *Zero to five* klasifikacije.

III.

Hitna i posebna stanja

Hitna stanja u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji

Ivan Begovac

SADRŽAJ

26.1. Uvodni aspekti o hitnim stanjima	367
26.1.2. Dijagnostika	367
26.1.2.1. Općenito o dijagnostici	367
26.1.2.2. Je li riječ o medicinskim stanjima (organskim)?	367
26.1.3. Terapija hitnih stanja	368
26.1.3.1. Može li se uspostaviti verbalni kontakt?	368
26.1.3.2. Umirivanje razgovorom (talking down)	368
26.1.3.3. Razgovor s roditeljima, osobama u pratnji	368
26.1.3.4. Farmakoterapija u hitnim psihijatrijskim stanjima	368
26.1.3.5. Humano fizičko sputavanje	370
26.1.3.6. Različiti stupnjeviti koraci pri stacionarnom liječenju	371
26.2. Specijalne situacije hitnih stanja	371
26.2.1. Akutna stanja napetosti, psihomotorna agitacija, agresija	371
26.2.2. Delirij	371
26.2.2.1. Uvodni aspekti, klinička slika	371
26.2.2.2. Predisponirajući čimbenici, etiopatogeneza	372
26.2.2.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	373
26.2.2.4. Liječenje delirija	373
26.2.3. Katatonija	375
26.2.3.1. Uvodni aspekti, klasifikacije, klinička slika	375
26.2.3.2. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	377
26.2.3.3. Liječenje	379
26.2.3.3.1. Uvodni aspekti	379
26.2.3.3.2. Katatonija povezana s medicinskim stanjima	379
26.2.3.3.3. Katatonija povezana s psihičkim poremećajima	379
26.3. Upute za roditelje/nastavnike	379
26.4. Često postavljena pitanja	380
26.5. Pitanja	380
26.6. Literatura	381

26.1. Uvodni aspekti o hitnim stanjima

Najčešća psihijatrijska hitna stanja kod djece jesu: akutna stanja napetosti i anksioznosti; akutne psihotične slike; stanja agresivnosti, suicidalnost, samoozljeđujuće ponašanje, intoksikacije; nuspojave lijekova (akutne ekstrapiramidne nuspojave antipsihotika, maligni neuroleptički sindrom, te serotoniniski sindrom), stanja tjelesnog i seksualnog zlostavljanja djeteta, delirij i katatonija, međutim, za opširnije znanje potrebno je koristiti se drugom pedijatrijskom i psihijatrijskom literaturom. Stanja intoksikacije, suicidalnosti, samoozljeđivanja, stanja tjelesnog i seksualnog zlostavljanja prikazana su u drugim posebnim poglavljima u ovoj knjizi. Stanja akutnih drugih psihičkih poremećaja, npr. psihotičnih poremećaja, pseudoepileptički napadaji, panični napadaji i drugi, kao i nuspojave na lijekove, navedena su u drugim poglavljima u ovoj knjizi.

Hitna psihijatrijska stanja često zahtijevaju ciljano djelovanje, premda tipično nedostaje niz informacija. Važna pravila u hitnim stanjima jesu da pacijenta mora svaku sekundu nadzirati osoblje (ne smije se pacijent ostaviti nijednu sekundu nasamo), treba paziti na sigurnost osoblja, krizno stanje treba, u pravilu, voditi jedna osoba, situacija se rješava u malim koracima, iznimno je bitno dobiti što više heteroanamnestičkih podataka (pokatkad je potrebno telefonski nazvati roditelje da bi ih se informiralo o stanju, ali i da se dobiju važni heteroanamnestički podatci npr. od prijatelja), potrebno je uvijek misliti na moguće intoksikacije (namjerna ili nenamjerna), na neurološke poremećaje i medikamentne nuspojave lijekova (Lempp 2014). Potrebno je da i pedijatar, kao i dječji psihijatar **uredno vode medicinsku dokumentaciju**, da se jasno opiše pacijentov status, te navedu i anamnestički i heteroanamnestički podatci, ako oni uopće postoje (tko je dao podatke, na koji se način došlo do informacija itd.).

26.1.2. Dijagnostika

26.1.2.1. Općenito o dijagnostici

Pacijent u hitnom stanju iscrpno se opservira. Promatraju se spontana motorika, napetost, spremnost za impulzivno ponašanje, znakovi motoričkog nemira, znakovi psihotičnih doživljavanja („razgovor sam sa sobom“), kao i simptomi koji upućuju na intoksikacije (npr. zadah na alkohol iz usta).

Dijagnostički se proces temelji na: 1. procjeni svjesnosti; 2. procjeni sigurnosti za samog pacijenta ili

okolinu; 3. omogućivanja osiguranja sigurnosnih mjera (dovoljno osoblja, uklanjanja opasnih predmeta, arhitektonske prilagodbe, dovoljna distanca i omogućivanje puta za bijeg osoblja, uporaba alarma omogućena osoblju); 4. uklanjanju, koliko je moguće, dodatne senzoričke stimulacije (posebna soba ako je to moguće izvesti); 5. razjašnjavanju mogućnosti uspostave komunikacije s pacijentom (pokušaji deeskalacijskih tehnika, npr. „umirivanje razgovorom“ (*talking down*)); 6. procjeni utjecaja osoba u pratnji (ako je moguće); 7. somatsko-neurološkom pregledu (ako je to moguće); 8. opširnoj dječjoj psihijatrijskoj dijagnostici. Posebno su korisni heteroanamnestički podatci od bilo koga: roditelja, prijatelja, drugih pacijenata npr. u vezi s uzimanjem droga i alkohola; anamneza o uzimanju medikamenata; o prethodnim bolestima; o vremenskom trajanju promijenjenog ponašanja; o ozljedama; psihičkim traumama (Lempp 2014).

26.1.2.2. Je li riječ o medicinskim stanjima (organskim)?

Potrebno je uvijek misliti na različita organska stanja: somatske bolesti, otrovanja, uzimanje supstancija. Važni znakovi koji upućuju na to mogu biti: poremećaji svijesti (npr. zamućenje svijesti), poremećaji orijentacije (vremenski, mjesto, prema osobama) te može li pacijent uopće govoriti. Ako pacijent ne može govoriti, ili govori potpuno nesuvislo (**delirantna stanja**), u pravilu je riječ o stanju koje se obrađuje na hitnim pedijatrijskim, a ne na psihijatrijskim odjelima.

Nadalje, primjenjuju se sljedeće mjere, a neke se mjere primjenjuju uopće ako je to moguće: **praćenje vitalnih funkcija** (stanje svijesti, disanje / eventualno postavljanje na bok zbog mogućeg ugušenja/, puls, tlak, temperatura, stanje dehidracije, razina GUK-a – može se privremeno uzeti i trakicom; utvrditi tjelesnu masu i tjelesnu visinu – posebno radi izračuna davanja eventualne terapije); po potrebi **EKG praćenje; osiguranje dišnog puta; otvaranje venskog puta** koji služi uzimanju krvi, kao i daljnjoj dodatnoj mogućnosti inf. i i.v. liječenja (npr. nadoknada tekućine i suportivne medicinske mjere, ali i diferentnija medikamentna terapija); izračun alkohola u izdisaju, što je lakše provedivo; **praćenje izlučivanje urina**; tjelesna i neurološka dijagnostika (opservacija ozljeda na glavi, reakcija zjenica na svjetlo, naznake osipa i kožnih promjena uz visoku febrilnost kod djece, koji mogu upućivati na fulminantnu meningokoknu sepsu, drugi somatski

pregled); praćenje laboratorijskih parametara i druge pretrage (određivanje alkohola u krvi; probir na droge i lijekove u krvi i urinu; KKS, GUK, K, Na, kreatin-kinaza, CRP, jetreni parametri, kreatinin, ureja, EKG, eventualno TSH, po potrebi hitni CT mozga; eventualno mjerenje koncentracije nekih lijekova u krvi itd.); po potrebi druge pretrage koje, u pravilu, indicira pedijatar (Lempp 2014).

26.1.3. Terapija hitnih stanja

26.1.3.1. *Može li se uspostaviti verbalni kontakt?*

Ako se ne može uspostaviti verbalni kontakt, u pravilu se ovakvi pacijenti moraju opservirati i pratiti na pedijatrijskim odjelima! Dakle, primjerice, ako je riječ o jasnome **delirantnom stanju**, kada npr. pacijent ne uspostavlja verbalni kontakt, već za sebe inkohherentno govori (bunca), u pravilu se takva stanja liječe na pedijatrijskim odjelima. Stoga to treba jasno upisati u medicinsku dokumentaciju. U slučaju mogućnosti verbalnog kontakta, obično se takvi bolesnici na početku liječe na pedijatrijskim odjelima, te nakon pedijatrijske obrade i liječenja, dolaze u obzir dijagnostika i liječenje koje provodi dječji psihijatar. Pri pokušaju verbalnog kontakta potrebno je osigurati visoke sigurnosne mjere. Verbalni kontakt mora biti jasan, prema cilju orijentiran, s taktom i empatijom kod mogućih psihičkih poremećaja djece i adolescenata. Važno je davanje jasnih, kratkih informacija (neulaženje u raspravu s pacijentom) koje pacijent u teškome stanju može razumjeti (npr. „očekuje se od tebe da ostaneš u ovoj sobi, jer te tada nitko neće dodirivati“). Oprez ovdje mora postojati jer, ako se pristupi pre naglo, to može izazvati dodatnu pacijentovu agitaciju. Pacijentu se jasno i kratko objašnjavaju dijagnostika i terapija koja se primjenjuje. Ne treba pacijentu nuditi nerealna očekivanja (kao ni pratnji), koja su poslije neprovediva (Lempp 2014).

26.1.3.2. *Umirivanje razgovorom (talking down)*

Nakon uspostavljanja verbalnog kontakta primjenjuje se umjereni, s mirnoćom u glasu, prijateljski pristup, te se pokušava uspostaviti razgovor koji se može održati. Pacijentu se objašnjava da se sada nalazi u sigurnoj okolini (npr. „sada se nalaziš u bolnici i ovdje se mi brinemo za tebe i pazimo na tebe“), odnosno pokušava ga se verbalno umiriti. Izbjegavaju se neke

opširne rasprave s pacijentom. Preporučuje se da takvom razgovoru prisustvuje i drugo medicinsko osoblje, premda je u tome potrebno vodstvo **jednoga, vodećeg liječnika**. Tijekom verbalnog smirivanja usporedo se prate verbalne izjave, ali i cjelokupno pacijentovo ponašanje. Ako je moguće, taj se razgovor može voditi oko 30 minuta ili koliko već treba, jer nakon razgovora liječnika procjenjuje je li se pacijent smirio (npr. je li došlo do pacijentova distanciranja od suicidalnih nakana) (Lempp 2014).

26.1.3.3. *Razgovor s roditeljima, osobama u pratnji*

Razgovor s roditeljima ili heteroanamnestički razgovor s osobom u pratnji također je važan dio procjene i slični principi razgovora kao i s pacijentom (prethodno opisano) se također mogu primjenjivati. Heteroanamneza je važna npr. pri identificiranju uzete štetne tvari, kao i stvaranje dobre suradnje s njima, s obzirom na važnost davanja jasnih uputa o pacijentovu stanju. Pratnji treba reći da je riječ o teškom medicinskom stanju, i ne treba im dati preliminarna lažna obećanja o dobrom ishodu stanja. Primjerice kod delirantnih stanja (v. poslije u tekstu) može zapravo biti prva mjera da se, ako je to moguće, omogući da roditelj stalno bude uz dijete kao dio suportivne intervencije. S vremenom, pratnja će biti upoznata i s drugim mogućim načinima liječenja, npr. liječenje na zatvorenom psihijatrijskom odjelu zbog pacijentova neizvjesnog stanja. Odgovornost za pacijentovo stanje, koliko se može, mora se podijeliti na samu **prirodu bolesti** koja može biti neizvjesna (moguće su uvijek dodatne medicinske komplikacije i smrtni ishodi), dakle odgovornost se raspodjeljuje ne samo na liječničko osoblje nego i na roditelje, te okolinu u kojoj se pacijent do sada nalazio. Ako nedostaju informacije od roditelja ili bliskih osoba, to treba zabilježiti u medicinsku dokumentaciju, a to više je teže samom medicinskom osoblju liječiti akutno stanje.

26.1.3.4. *Farmakoterapija u hitnim psihijatrijskim stanjima*

Uz prethodne tehnike verbalnog vođenja, deeskalacijskih tehnika ili, ako se s pacijentom ne može uspostaviti verbalni kontakt, može se primjenjivati farmakoterapija (Lempp 2014). Katkada je već neku vrstu farmakoterapije primijenila služba hitne pomoći, npr. intramuskularni diazepam itd. Ako je potrebno, u hit-

Tablica 26.1.**Najčešće primijenjeni lijekovi pri hitnim psihijatrijskim stanjima.**

Modificirano prema Bloch i sur. 2018; Halmed 2017; Mattejat i Schulte-Markwort 2013.

	Doza prema Hrvatskoj agenciji za lijekove i medicinske proizvode-Halmedu i drugim izvorima	Napomena
Haloperidol kapi i tablete	Djeca: 0,5 do 3 mg na dan Adolescenti: od 1 do 5 mg na dan Američki autori: 2 – 30 mg na dan*	Prema Halmedu, dob od 6 do- 17 godina; premda se katkada daje djeci od treće godine, kao „off label“
Haloperidol injekcija i.m.	Doza slična kao kod kapi i tableta; međutim, vjerojatno je potrebna manja doza; nakon intramuskularne primjene može se nastaviti oralna primjena.	Halmed navodi da se ne daje mladima od 18 godina, međutim, može se davati kao „off label“.
Risperidon tablete i solucija	Tjelesna masa ≤50 kg: početna je doza 0,25 mg 1 x na dan; doza održavanja 0,25 do 0,75 mg na dan; Tjelesna masa ≥ 50 kg: početna je doza 0,5 mg 1 x na dan; doza održavanja 0,5 mg do 1,5 mg na dan; - Američki autori kod pedijatrijske populacije: 1 – 6 mg na dan*	Minimalna dob je 5 godina. Nije odobren za shizofreniju i maniju u mlađih od 18 godina, no može se dati kao „off label“.
Diazepam tablete	Anksiozna stanja: Odrasli: od 2 mg do 30 mg na dan; međutim kao „off label“ može se primijeniti u djece. - Prema Halmedu, pojedini tvorničke lijekovi mogu se davati nakon 6. godine (tjelesna masa više od 20 kg) i tada uobičajena doza iznosi 0,1 do 0,3 mg/kg/na dan, dakle ovisno od tjelesne mase djeteta; - Njemački autori za pedijatrijske pacijente navode raspon od 2 do 60 mg na dan*	- Pojedini tvornički pripravci diazepama, prema Halmedu, ne daju se maloljetnicima kod indikacije akutne anksioznosti; dok to pojedini tvornički lijekovi ne isključuju, ali pacijent mora imati više od 6 godina. - Uvijek je moguća u djece „off label“ primjena.
Diazepam injekcija i.m.	- Epileptički napadaj: 0,2 do 0,3 mg/kg pojedinačna doza; po potrebi se ponavlja nakon 30 do 60 minuta, do dokidanja napada; preferira se davanje intravenozno od pedijatra; - Odrasli: akutno tjeskobno stanje ili uznemirenost: 10 mg i.m. pojedinačna doza; te se po potrebi ponavlja; - Uvijek je moguća u djece „off label“ primjena zbog anksioznosti. - Njemački autori za pedijatrijske pacijente navode raspon od 2 do 60 mg za tablete na dan, pa se slično može primijeniti i injekcijom*	- Ne smije se davati u nedonoščadi i novorođenčadi, a, ako se daje, tada je to „off label“; nakon treće godine pažljiva procjena; dječji psihijatri daju intramuskularnu i infuzijsku primjenu, dok ga pedijatri mogu primijeniti i intravenozno; nakon intramuskularne primjene može se nastaviti oralna primjena.
Bromazepam tablete	Anksiozna stanja: Odrasli: od 3 do 18 mg na dan	Minimalna dob je 12 godina
Biperiden tablete	Ekstrapiramidne nuspojave: Djeca od 3 do 15 godina: 1 – 6 mg na dan. - Njemački autori za pedijatrijsku populaciju: od 2 do 12 mg. na dan*	
Biperiden injekcija i.m.	Ekstrapiramidne nuspojave kod odraslih: 2,5 mg. do 5 mg. i.m. pojedinačna doza; Najveća dnevna doza je od 10 mg. do 20 mg. Ekstrapiramidne nuspojave kod djece: Djeca do 1 godine: 1 mg. pojedinačna doza; djeca do 6 godina: 2 mg. pojedinačna doza; djeca do 10 godina: 3 mg. pojedinačna doza; Najveća dnevna doza za pedijatrijsku populaciju, kao kod biperiden tableta;	- Nakon pojedinačne intramuskularne primjene može se nastaviti oralna primjena. Halmed uzima u mogućnost i davanje intravenozne primjene, no polagano u venu! U kliničkoj praksi se preferira peroralna ili intramuskularna primjena.

Važne napomene: dijete od 6 godina ima prosječnu tjelesnu masu od 20 kg; adolescent od 12 godina ima prosječnu tjelesnu masu od 40 kg, adolescent od 14 godina ima prosječnu masu od 50 kg; Vjerojatno intravenozna primjena ima najbolju resorpciju, pa tada treba davati minimalne doze do željenog učinka i daju ih načelno pedijatri. Vjerojatno intramuskularna primjena ima bolju resorpciju od oralne primjene, pa je potrebno koristiti se minimalnim dozama do željenoga kliničkog učinka; intramuskularna primjena diazepama kontroverzna je zbog resorpcije, međutim, kliničko je iskustvo pokazalo učinkovitost; moguća je infuzijska primjena diazepama od dječjeg psihijatra, te se dokida infuzija čim nastupi kliničko poboljšanje. Preporuke doza prema američkim i njemačkim autorima označene su zvjezdicom*.

nim psihijatrijskim stanjima na raspolaganju je mali izbor lijekova, no oni se već desetljećima pokazuju kao vrlo učinkoviti. Preferira se davanje **peroralnih pripravaka**, a posebno ako je riječ o brzo otapajućim lijekovima, ako je to moguće, npr. diazepam tablete ili haloperidol solucija. Ako se ne može primijeniti oralni pripravak, onda u načelu psihijatri rabe intramuskularne pripravke, i to **haloperidol i/ili diazepam** (premda se u literaturi govori o upitnoj intramuskularnoj resorpciji kod diazepama). **Haloperidol** se posebno dobrim pokazao kod agresivne agitacije pri alkoholnoj intoksikaciji, stanjima uznemirenosti kod akutnih psihotičnih poremećaja, pri intoksikacijama nepoznate etiologije te kod delirija (Lempp 2014). Haloperidol se načelno **izbjegava pri katatonim stanjima**, nego se preferira diazepam. Diazepam se, u pravilu, ne daje u stanjima alkoholne intoksikacije, već se daje haloperidol, premda pojedini drugi autori navode i ovu mogućnost (Schieveld i sur. 2015). Diazepam se posebno dobro pokazao u indikacijama visoke anksioznosti, kod paničnih napadaja, akutne suicidalnosti, kao i pri katatonim stanjima. Nakon intramuskularne primjene potrebno je sljedeći sat vremena pratiti (monitorirati) pacijentovo stanje i nastup djelovanja, u pravilu se očekuje djelovanje unutar pola sata! U načelu se **infuzijska primjena** (razrjeđenost aktivne supstance s npr. fiziološkom otopinom) može provesti uz pažljivo praćenje stanja (npr. diazepama; međutim haloperidol se ne daje u infuziji). Infuzijska se primjena uvijek može dokinuti ako se pacijent u međuvremenu smiri. Izbjegava se davanje od dječjeg psihijatra intravenske primjene diazepama i haloperidola, a ta se mogućnost ostavlja pedijatrija na intenzivnim odjelima koji imaju dodatno monitoriranje vitalnih funkcija. U **tablici 26.1.** prikazane su doze za haloperidol, diazepam, bromazepam i biperiden, razlikujući pritom daju li se oralno ili intramuskularno.

Dječji psihijatri u načelu ne daju lijekove **intravenoznom primjenom**, nego to rade pedijatri, eventualno se dječji psihijatri mogu koristiti infuzijskim davanjem (npr. diazepam razrjeđen s fiziološkom otopinom) do željenoga kliničkog učinka. Načelno, u akutnim stanjima, kada nema suradljivosti s pacijentom, daju se intramuskularna ili infuzijska primjena (intravenoznu primjenu provodi pedijatar) pojedine doze, no što prije se pokušava prijeći na oralni pripravak. Zvezdicom u **tablici 26.1.** su označene doze koje preporučuju američki i njemački autori. Poneki su lijekovi označeni u apsolutnim dozama na dan, dok su

neki lijekovi označeni u mg/kg/na dan, dakle s obzirom na tjelesnu masu djeteta ili adolescenta. Haloperidol je često dovoljno dati u apsolutnim vrijednostima od 2,5 do 10 miligrama na dan (bilo oralno bilo intramuskularno). Doza je diazepama često dovoljna u apsolutnim vrijednostima od 2 do 60 miligrama na dan (preferira se oralno davanje). Neki drugi autori u hitnim stanjima daju druge lijekove (npr. kvetiapin, olanzapin), no o tome detaljnije vidjeti u drugim udžbenicima. U slučaju **akutnih ekstrapiramidnih nuspojava** zbog antipsihotika primjenjuje se, u pravilu, jednokratno **biperiden intramuskularno**, te se može dalje davati oralnom primjenom.

26.1.3.5. *Humano fizičko sputavanje*

Humano fizičko sputavanje katkada je, unatoč svim prethodnim metodama nužno, da bi se uopće mogle provesti dijagnostika i terapija (Lempp 2014). U Hrvatskoj su općenito mjere prisile regulirane pravilnikom (NN 16/2015). Mjere prisile primjenjuju se prema osobi s težim duševnim smetnjama, u osobito hitnim slučajevima ozbiljnog i izravnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti, kada je to jedini način sprječavanja pacijenta da svojim postupcima ugrozi svoj ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. Prema pacijentu se mogu primijeniti sljedeće mjere prisile: sputavanje (fiksacija) i odvajanje (izolacija). S obzirom na to da je riječ o stanjima koja izrazito ugrožavaju pacijentov život, ili drugih osoba, dakle humano fizičko sputavanje je nužno kao krajnja mjera. Ono se provodi obzirno i s punim poštovanjem pacijenta u njegovu dostojanstvu. Tijekom humanoga fizičkog sputavanja potrebno je pridržavati se uputa i algoritama stručnih društava i bolnica, odnosno sukladno pravilniku koji je donesen u Hrvatskoj, te u ovakvim izvanrednim situacijama, vidi o tome drugu pripadajuću literaturu i pravilnike. Tijekom sputavanja potreban je intenzivan nadzor, uz pažljivo vođenje medicinske dokumentacije. S vremenom, kada nema više potrebe za sputavanjem, odnosno kada se pacijent već smirio, u pravilu, liječnik koji je i ordinirao sputavanje (vodeći liječnik), onda ordinira i dokidanje te mjere (**princip dosljednosti i kontinuiteta vodećeg liječnika**). Ako to učini drugi liječnik, s jedne strane, postoji mogućnost okrivljavanja i demoniziranja liječnika koji je ordinirao sputavanje (od pacijenta ili roditelja), te, s druge strane, pretjerano idealiziranje liječnika koji je dokinuo ovu mjeru.

26.1.3.6. *Različiti stupnjeviti koraci pri stacionarnom liječenju*

Pri stacionarnom liječenju postoje različiti stupnjeviti koraci liječenja, koje je potrebno objasniti pacijentu i roditeljima. Obično se ti stupnjevi dijele na nekoliko razina: 1. obraćanje pacijenta osoblju; 2. vođenje razgovora, deeskalacijske tehnike, smirivanje pacijenta nakon razgovora; 3. ponuda nekog oralnog psihofarmaka; 4. primjena intramuskularne primjene nekog psihofarmaka. U slučaju smirivanja pacijenta, prelazi se uvijek na niži stupanj. Općenito, hitna stanja ne treba prerano procijeniti da su razriješena, moguća su nagla pogoršanja, koja mogu slijediti nakon početnog smirivanja (Lempp 2014).

26.2. Specijalne situacije hitnih stanja

26.2.1. Akutna stanja napetosti, psihomotorna agitacija, agresija

Najčešći uzroci jesu poremećaj kontrole impulsa, poremećaji ponašanja, hiperkinetski poremećaj, anksiozni poremećaji (panični poremećaj), *borderline* poremećaj ličnosti, te intoksikacije (alkohol, droge, nepoznate supstancije). Rjeđi su uzroci: akutni psihotični poremećaji, simptomi ustezanja kod ovisnosti o supstancijama; manija; akutna stresna reakcija / PTSP; poremećaji jedenja (anoreksija, bulimija); nuspojave medikamenata; tjelesne bolesti (hipertireoza, hipoglikemija, epilepsija, trauma glave, otrovanja i intoksikacije, upalne bolesti SŽS-a: meningitisi, encefalitisi itd.) (Lempp 2014), te delirantna stanja, katatonija, a o njime će u nastavku teksta biti posebno pisano. **Opća dijagnostika i liječenje** prije navedenih stanja opisani su u uvodu ovog poglavlja.

26.2.2. Delirij

26.2.2.1. Uvodni aspekti, klinička slika

Za delirij vrijede opće dijagnostičke i terapijske smjernice koje su navedene u uvodu ovog poglavlja (v. prije opisano). Delirij u nekim aspektima različito definiraju psihijatri, pedijatri, liječnici u intenzivnoj skrbi, tako da je delirij katkada nejasan pojam. Delirij danas definiramo kao neuropsihijatrijski poremećaj, a središnje je obilježje oštećenje svjesnosti ili kognicije, a ono rezultira „konfuznim stanjem“ (Williams 2018).

Tablica 26.2.

Klasifikacija i klinička slika delirija, prema DSM-5.

Modificirano prema DSM-5 (APA 2013).

- A. Poremećaj pažnje (nesposobnost usmjerenja, fokusiranja, održavanje i premještanje pažnje) te poremećaj svijesti (reducirana orijentaciju u okolini).
- B. Relativno nagli početak (sati do dani), s obzirom na prethodno stanje pažnje i svjesnosti, i tendencija fluktuaciji u težini simptomatologije tijekom dana.
- C. Dodatni poremećaj kognicije (npr. deficit memorije, dezorijentacija, poremećaj jezika /buncanje, nesposobnost uspostavljanja verbalnog kontakta/, deficit vizuospacijalnih sposobnosti ili percepcije – npr. iluzije, halucinacije).
- D. Poremećaji pod A i C nisu bolje objašnjeni nekim drugim prethodnim, postojećim ili razvijajućim neurokognitivnim poremećajima (veliki i lagani neurokognitivni poremećaj) i ne odnosi se u kontekstu duboko reduciranog stupnja svijesti, kao što je koma.
- E. Putem anamneze, somatskog pregleda ili laboratorijskih nalaza postoje dokazi da je poremećaj izravan fiziološki učinak drugoga medicinskog stanja, intoksikacije supstancijama, ili ustezanjem od njih, ili postoji izloženost toksinima, ili je pak rezultat multiplih etiologija.

Napomena: potrebno je razlikovati akutnu intoksikaciju, koja ima ili nema delirantnu kliničku sliku. Nadalje, potrebno je svakako razlikovati akutnu intoksikaciju s delirijem od delirija pri ustezanju npr. od alkohola, što je rjeđe u adolescentnoj dobi. Nadalje, može se dodatno razlikovati **hiperaktivni delirij**, kada dominira hiperaktivni stupanj psihomotorne aktivnosti uz labilnost raspoloženja, agitaciju, i/ili odbijanje kooperacije s medicinskim timom, od **hipoaktivnog delirija**, kada je psihomotorna aktivnost obilježena sporošću i letargijom koja može uzrokovati stupor.

Klasifikacija i klinička slika delirija, prema DSM-5 (APA 2013), prikazana je u **tablici 26.2.**, koja danas jednostavnije i jasnije definira delirij.

Schieveld i sur. (2015) dijele mišljenje da delirij može biti hiperaktivan (djeca su uznemirena, razdražljiva i nemirna su), hipoaktivan (djeluju apatično, nezainteresirano), kao i mješovit, slično kako to definira i DSM-5. Prema pojedinim autorima, delirij može imati različite simptome koji mogu fluktuirati tijekom vremena, a dugo se u literaturi rabila kratica **PLASTRD**, sastavljena od prvih slova kliničkog sindroma (Psychosis; Language impairment; Altered or labile affect; Sleep-wake disturbance; Temporal course; Reactivity altered; Diffuse cognitive deficits) (Williams 2018). Prema nekim autorima, rad s odraslima upućuje na to da su neki procesi više oštećeni u deliriju od

drugih i oni bi mogli činiti „središnja“ obilježja (npr. poremećaji pažnje, poremećaj svijesti, poremećaj kognicije, motoričke smetnje, deficit memorije, dezorijentacija i poremećaj ciklusa budnost – spavanje). U ovakvom gledanju perceptivne smetnje i simptomi kao što su halucinacije, sumanutosti i afektivne promjene vide se kao sekundarne. Ima naznaka da stupanj motoričke aktivnosti varira ovisno dijelom o uzroku (npr. delirij povezan s uporabom droge ili alkohola često ide uz povećanu aktivnost, dok metabolički čimbenici češće uzrokuju smanjenje aktivnosti) (Williams 2018). Delirij može biti povezan sa značajnim morbiditetom i mortalitetom (Williams 2018). Budući da delirij može progredirati, ključni su prepoznavanje i dijagnostika delirija u djece i adolescenata koji dolaze sa psihijatrijskim problemima. Ako napreduje funkcionalna poremećenost svijesti od normalne budnosti kroz delirij do daljnjeg oštećenja, pacijent može pasti u stanje stupora, kome i na kraju može doći do smrtnih ishoda. U svojem pregledu velike serije bolesnika, Turkel i Tavaré (2003) zabilježili su stopu mortaliteta od 20 %. Prema Schieveld i sur. (2015), dječji delirij može biti **benignog tijeka**. Benigni dječji delirij dalje se dijeli na: **pojavljujući delirij** (engl. *emergence delirium*) i **uobičajeni delirij** koji se primjećuje u općoj pedijatrijskoj praksi. Pojavljujući je delirij pojava koja nastaje u djece nakon povlačenja anestetika u neposrednom postoperativnom razdoblju i može se nazvati **pojavljujućom psihomotornom agitacijom**. Ima benigni tijek i obično se potpuno rješava bez ikakve intervencije za 30 do 45 minuta (ali su intenzivnu opservaciju). Uobičajeni delirij koji se primjećuje u općoj pedijatrijskoj praksi događa se u kontekstu infekcije (febrilni delirij). Obično se podudara s porastom temperature, karakterizira ga konfuzija i ima tijek povećanja i smanjenja. Unatoč dramatičnoj pojavi, ta se vrsta delirija obično povlači u roku od 2 do 3 dana, kao i infekcija. U slučajevima trajnosti upućuje na daljnju hitnu medicinsku procjenu.

26.2.2.2. *Predisponirajući čimbenici, etiopatogeneza*

Različiti čimbenici mogu pojedinca učiniti sklonijem deliriju, a djeca su pod većim rizikom ako su pod stresom; to vjerojatno ima veze s nezreljim stupnjem razvoja SŽS-a. Drugi predisponirajući čimbenici u djece uključuju ranije epizode delirija, druge kognitivne teškoće, postojanje poremećaja SŽS-a ili osjetila, ili pak stanja koja dovode do veće propusnosti barijere

krv – mozak. Različita medicinska stanja, droge, lijekovi i operativni zahvati također su potencijalni čimbenici rizika. Antikolinergički su lijekovi napose povezani s delirijem. Neke teškoće povezane s hospitalizacijom kao što su preopterećenje osjetila i nedostatak sna pridonose riziku. Medicinski čimbenici, uključujući nedostatak tiamina (npr. u onkoloških pacijenata i u bolesnika u jedinicama intenzivnog liječenja) i snižene razine albumina mogu pridonijeti povećanju rizika, a ovo, posljednje zbog veće bioraspodivnosti medikamentata u krvi (Williams 2018). Sama hospitalizacija često dovodi do moguće kombinacije različitih čimbenika koji mogu uzrokovati delirij. Potreban je poseban nadzor djece pod rizikom, napose u bolnicama zato što obilježja regresije djece i moguće djetetovo opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje (npr. tijekom hospitalizacije) može spriječiti osoblje da rano prepozna i liječi delirij. Zanimljivo je da neka stanja povezana s delirijem u odraslih (npr. stanja nakon operacija srca) rjeđe izazivaju delirij u djece. Kad god je moguće, potrebno je planirati prijam i preoperativnu pripremu da bi se dijete upoznao s okruženjem i bolje se prilagodilo jer to poboljšava prilagodbu. U hitnim situacijama to nije uvijek moguće, a visoka razina stresa povećava mogućnost razvoja delirija. Pacijenti s opeklinama imaju visok rizik od razvoja delirija. Važni su i dodatni okolišni čimbenici kao što su socijalna izolacija, senzorički ekstremi, vizualne ili slušne poteškoće, imobilnost, novost nove okoline i stres (Williams 2018).

Neki od mnogih mogućih uzroka delirija navedeni su u [tablici 26.3](#).

Uzroci delirija mogu biti različiti. Najčešće se nalazi kod apstinencijskog sindroma od alkohola (v. posebno

Tablica 26.3.

Mogući uzroci delirija.

Modificirano prema Hales i Yudofsky 2002; Williams 2018.

- Intoksikacija supstancijama (alkohol, droga/lijekovi)
- Intrakranijska infekcija
- Apstinencijski sindrom
- Sistemska infekcija
- Metabolički/endokrinološki poremećaji
- Cerebrovaskularni poremećaj
- Traumatska ozljeda mozga
- Insuficijencija organa
- Napadaji (epileptički)
- Drugi uzroci u SŽS-u
- Neoplazme
- Drugi sistemski uzroci

poglavlje 27), kod akutnih upalnih bolesti (visoka temperatura), kod akutnih opekline, kod akutne traume glave i mozga i/ili hipoksija, kod intoksikacije (vidi dodatno posebno poglavlje 53), pri uporabi nekih lijekova, pri postoperativnim stanjima (nakon anestezije), pri neoplastičnim stanjima i drugim sistemnim stanjima (Dahmani i sur. 2014; Hatherill i Flisher 2010). U literaturi postoje također druge podjele uzroka kod delirija; vidjeti referencu Schieveld i sur. 2015. Etiopatogenetski, kod delirija se postulira **manjak kolinergičke funkcije i povećanost dopaminergičke funkcije**, što može imati i konkretne terapijske mjere (davanje antipsihotika).

26.2.2.3. *Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza*

Etiopatogenetski gledano, postojanje delirija u djeteta ili adolescenta mora potaknuti brzu i temeljitu dijagnostičku potragu za uzrokom, jer, prema definiciji, delirij uključuje direktni fiziološki učinak nekog medicinskog (organskog) razloga. Liječenje može započeti dok traje dijagnostika. Dijagnostički gledano, delirij može biti teško uočljiv. Do toga može doći zato što početak može biti polagan, a prezentacija fluktuirajuća. Osoblje pokatkad ne primijeti znakove delirija napose one koji nisu obilježeni hiperaktivnošću te mogu neobično ponašanje pripisati djetetovoj „regresiji“ ili reakciji na hospitalizaciju. Treba poticati edukaciju o prepoznavanju delirija, kao i korištenje instrumentima za probir (skrining). Nagle promjene psihičkoga statusa ili promjene u kogniciji ili pažnji trebali bi potaknuti na detaljnu procjenu/pregled, uključujući pažljivu anamnezu i klinički pregled (uključujući procjenu kognicije, laboratorijske pretrage koje indicira pedijatar, npr. elektrolitski status, EKG, usporenje EEG-a i isključenje epileptogenih događanja itd.). Potrebno je uredno voditi medicinsku dokumentaciju (Williams, 2018).

Jednostavni odgovori na sljedeća pitanja mogu upućivati na delirij (Silver i sur. 2012): Gleda li dijete roditelja u oči?; Jesu li djetetovi postupci svrhoviti?; Je li dijete svjesno svoje okoline?; Komunicira li dijete sa svojim potrebama i željama?; Je li dijete nemirno?; Je li dijete neutješno, odnosno ne može se smiriti? Je li dijete neaktivno (kreće se vrlo malo dok je budno)?; Treba li djetetu mnogo vremena da reagira na interakcije? Nadalje, u procjeni delirija mogu se primjenjivati različite skale (Daoud i sur. 2014; Schieveld i sur. 2015; Smith i sur. 2011): npr. Pediatric anesthesia emergence delirium scale – PAED (Sikich i Lerman 2004), Cornell

Assesment od pediatric delirium – CAP-D (Silver i sur. 2012; Traube i sur. 2013); Pedijatrijska ljestvica delirija – SOS-PD (Ista i sur. 2014; van Dijk i sur. 2012) itd. Moguća **diferencijalna dijagnoza** delirija i drugih psihičkih kliničkih slika povezanih s medicinskim stanjima, kao i s obzirom na kratki psihotični poremećaj prikazana je u **tablici 26.4.**

Velik i lagan neurokognitivni poremećaj mogu se katkada teško nekada razlikovati od delirija, a mogu biti i u komorbiditetu. U prilog deliriju s obzirom na opisana stanja idu promijenjena pažnja i stupanj svijesti. Delirij je potrebno razlikovati od psihotičnih poremećaja, gdje je, u pravilu, svijest očuvana. Za delirij su tipične vividne (živopisne) halucinacije, sumanutosti, nemogućnost uspostavljanja verbalnog kontakta i inkoherencija (buncanje), odnosno poremećaj mišljenja i jezika, agitacija te poremećaj ciklusa budnost – spavanje. Akutnu stresnu reakciju koja ima simptome visokog straha, disocijativne simptome te koja je povezana s nekim stresnim i/ili traumatskim događajem treba razlikovati od delirija. Simulacija i artifičijelni poremećaji razlikuju se od delirija po atipičnoj prezentaciji kliničke slike, kao i po odsutnosti etioloških medicinskih stanja.

26.2.2.4. *Liječenje delirija*

Liječenje uključuje liječenje etiopatogenetskog uzroka, kao i primjenu mjera koje će pomoći djetetu ili adolescentu, i u pravilu se liječe na pedijatrijskim odjelima. Spomenute mjere mogu uključivati liječenje primarnih medicinskih stanja, praćenje vitalnih parametara (puls, tlak, disanje, monitoring EKG-om, praćenje unosa i izlučivanje tekućine, tjelesna temperatura i drugo), suportivne medicinske mjere (npr. nadoknada tekućine), psihosocijalnu potporu (uz uključivanje roditelja), rad s roditeljima, kao i dodatne farmakološke intervencije.

Prilagodba okoline može uključivati obraćanje pažnje (osoblja i obitelji) na problem davanja usmjerujućih informacija (npr. veliki sat i kalendar u sobi, poznati predmeti i članovi obitelji). Pomoć djetetu može biti uspostava normalnoga cirkadijurnog ritma (npr. soba s prozorom, smanjenje osvjetljenja noću), ali i prisutnost njegovih roditelja koji ostaju s djetetom i tijekom noći (uz omiljene igračke, fotografije itd.). Roditeljska uloga može biti odlučujuća. Roditelji bi trebali dobiti informacije koje će im pomoći da pomognu djetetu u orijentaciji. Konzilijarni pregled kod dječjega psihijatra može biti koristan jer se tada u

Tablica 26.4.

Diferencijalna dijagnoza delirija, katatonije i drugih srodnih stanja

	Delirij	Katatonija zbog medicinskog stanja	Psihotični poremećaj povezan s medicinskim stanje	Neurokognitivni poremećaj s bihevioralnim manifestacijama	Kratki psihotični poremećaj
Klinička slika	<ul style="list-style-type: none"> - poremećaj pažnje i svijesti - relativno nagao početak - dodatni poremećaji kognicije (inkoherencija, nesposobnost uspostavljanja verbalnog kontakta; iluzije, halucinacije itd.) - direktni fiziološki učinak medicinskog stanja 	<ul style="list-style-type: none"> - tri simptoma od ukupno 12 koji definiraju katatoniju - direktni fiziološki učinak medicinskog stanja; - distres, odnosno oštećenje funkcionalnosti 	<ul style="list-style-type: none"> - halucinacije i/ili sumanutosti - direktni fiziološki učinak medicinskog stanja - distres, odnosno oštećenje funkcionalnosti 	<ul style="list-style-type: none"> - A. Kognitivno smanjenje od prethodnog - B. Utječe na samostalnost osobe - dodatni kriteriji za pojedine bolesti mozga - mogu biti bihevioralne manifestacije: psihotični simptomi, poremećaj raspoloženja, agitacija, apatija i drugi 	<ul style="list-style-type: none"> - kriteriji, od kojih barem jedan mora biti među prvim trima: sumanutosti; halucinacije; dezorganizirani govor; dezorganizirano ili katatono ponašanje - ne odnosi se na fiziološki učinak različitih supstancija ili drugog medicinskog stanja
Dominira:	<ul style="list-style-type: none"> - poremećaj pažnje i svjesnosti, nemogućnost uspostavljanja verbalnog kontakta, inkoherencija, tipične iluzije i halucinacije; poremećaj ritma budnost – spavanje; 	<ul style="list-style-type: none"> - katatoni simptomi 	<ul style="list-style-type: none"> - atipična dob početka; - olfaktorne i vizualne halucinacije; nisu toliko oštećene pažnja i svijest 	<ul style="list-style-type: none"> - neurokognitivni poremećaj 	<ul style="list-style-type: none"> - bizarne i tipične shizofrene sumanutosti i ego poremećaji - nisu toliko oštećene pažnja i svijest
Diferencijalna dijagnoza	<ul style="list-style-type: none"> - uvijek se daje prioritet ovoj dijagnozi; ne može se istodobno dati dijagnoza delirija i katatonije ili različitih psihotičnih poremećaja u ovoj tablici - ne može se dati ova dijagnoza ako postoji koma 	<ul style="list-style-type: none"> - daje se prioritet dijagnozi delirija - katatonija može biti uz medicinska stanja ili uz poznate psihičke bolesti (kratki psihotični poremećaj) 	<ul style="list-style-type: none"> - daje se prioritet dijagnozi delirija; isključuju se druge psihičke bolesti (npr. kratki psihotični poremećaj, ako nije dokazana povezanost s medicinskim stanjem) 	<ul style="list-style-type: none"> - dijagnozi delirija se daje prioritet, ako postoji; - isključuju se poznati psihički poremećaji (npr. depresija, psihotični poremećaji, shizofrenija) 	<ul style="list-style-type: none"> - Isključni su kriteriji poremećaji raspoloženja sa psihotičnim slikama, te shizofrenija. Katatonija može, ali i ne mora biti dio kliničke slike.
Primjeri:	<ul style="list-style-type: none"> dijete s upalama mozga, traumom mozga, s tumorom mozga, epilepsijom, genske/metaboličke bolesti; adolescent s uporabom droga (intoksikacije, simptomi ustezanja ili stanja nakon) 				<ul style="list-style-type: none"> Nema medicinskog stanja

suradnji s pedijatrom razrađuju moguća diferencijalna dijagnoza te plan liječenja. Najčešće su kod delirija djece dovoljne samo prvo opisane mjere, bez dodatnih farmakoloških mjera.

Od eventualnih psihofarmakoloških intervencija preporučuju se haloperidol intramuskularno (mada je tada off label primjena) ili oralno, te risperidon oralno, a posebno kod **hiperaktivnog delirija** (Williams 2018). Haloperidol se ne preporučuje kod pridruženih katatonih stanja (Denysenko i sur. 2018), jer potencijalno može dovesti do **maligne katatonije**.

Tipično se benzodiazepini primarno uporabljaju u deliriju vezanom za apstinenciju od sedativa-hipnotika (Williams 2018). Rizici su pretjerana sedacija, a u djece i paradoksalna agitacija. Mogu se rabiti i druge vrste lijekova, ovisno o uzroku delirija. Kod **hipoaktivnog delirija** primjenjuju se načelno nefarmakološke intervencije, a uporaba farmakoloških intervencija u literaturi je kontroverzno (Schieveld i sur. 2015).

26.2.3. Katatonija

26.2.3.1. Uvodni aspekti, klasifikacije, klinička slika

Za katatoniju vrijede opće dijagnostičke i terapijske smjernice koje su navedene u uvodu ovog poglavlja (v. prije opisano). Katatonija može biti nejasan pojam shvaćen različito od dječjih psihijatarata, pedijatarata, ili neuropedijatarata. Smatra se da je riječ o češćem sindromu nego što se prije mislilo u djece, odnosno da se premalo prepoznaje (Hauptman i Benjamin 2016; Sorg i sur. 2018). Katatonija zauzima posebno mjesto u DSM-5 klasifikaciji (APA 2013), jer se ne povezuje samo sa shizofrenijom (Dhossche i sur. 2012), odnosno danas se shvaća u djece da je povezana s nizom psihijatrijskih i somatskih stanja (Hauptman i Benjamin 2016). U DSM-5 (APA 2013) klasifikaciji katatonija se ubraja kao dodatna odrednica (engl. *specifier*), odnosno može se dodatno odrediti s obzirom na mnoga somatska i psihička stanja.

Katatonija se može definirati kao neuropsihijatrijski poremećaj, sa skupinom (klasterom) (psiho) motornih simptoma (Williams 2018), te se razlikuje od delirija, u kojemu dominiraju poremećaji svijesti (rezultiraju poremećajem kognicije). Aktualno DSM-5 (APA 2013) klasificira katatoniju tako da je povezana s **trima stanjima**: 1. katatonija povezana s drugim psihičkim poremećajima (neurorazvojni poremećaji / autizam, intelektualne teškoće/; psihotični poremećaji,

bipolarni afektivni poremećaji, depresivni poremećaji, drugi psihički poremećaji); 2. katatoni poremećaj zbog drugih medicinskih stanja; pretpostavlja se da je to oko 20 % svih oblika katatonije (Hauptman i Benjamin 2016), te 3. nespecificirana katatonija (relativno nejasno definirana). Iz ovoga proizlazi da se današnji termin katatonije preporučuje povezati ili sa psihičkim poremećajima ili s tjelesnim stanjima, međutim, samo u iznimnim slučajevima rabi se termin nespecificirana katatonija (npr. u hitnim stanjima, kada još nije dovoljno jasan uzrok). Pokatkad se u praksi može dogoditi da na početku postoji samo klinička slika katatonije, bez poznatoga somatskog stanja ili psihičkog poremećaja, međutim, tek se kasnijim longitudinalnim praćenjem ustanovi razvoj npr. nekog psihičkog poremećaja (Sorg i sur. 2018).

Katatonija se prezentira psihomotornim simptomima, koji su ili povišeni ili umanjeni, a mogu biti i izmjenjujući simptomi tijekom dana. Katatonija, u pravilu, zahtijeva detaljno monitoriranje koje provodi liječnik, riječ je o hitnom stanju u medicini zbog svojih opasnih posljedica (Hauptman i Benjamin 2016; Sorg i sur. 2018), odnosno potrebno je dodatno izbjeći samoozljeđivanje ili ozljeđivanje drugih. Nadalje, postoji veliki rizik od razvoja pothranjenosti (malnutricije), iscrpljenosti, hiperpireksije i samoozljeđivanja. U **tablici 26.5.** prikazani su kriteriji za katatoniju, prema DSM-5 (APA 2013), koju obilježavaju psihomotorni simptomi, uz dodatne važne napomene navedene u tablici.

Naime, prema ovoj klasifikaciji, razlika između „**posturing**“ od **katalepsije** jest da kod prvog termina postoji aktivno i spontano zauzimanje položaja tijela, dok kod katalepsije postoji pasivan položaj tijela kakav ispitivač može nametnuti pacijentu. Pojedini autori poistovjećuju **negativizam** s „**Gegenhalten**“ (suprotni otpor motoričkim kretanjima u odnosu prema ispitiivaču) (Dhossche i Wachtel 2010). Drugi termini iz tablice također su objašnjeni u posebnoj poglavlju (v. posebno poglavlje 15 o psihopatološkim terminima).

Međutim, u literaturi se navode i drugi katatoni simptomi koji mogu biti prisutni, a nisu navedeni u DSM-5 (APA 2013). Katkada se međusobno preklapaju termini: Logoreja (pretjerani, ekscesivni, monotoni govor); zurenje (engl *staring* – fiksirani pogled u daljinu, često s limitiranim praćenjem pogleda, malo kontakta oči u oči, malo treptanje s obzirom na opasnost); rigidnost (zauzimanje fiksnog stava unatoč nakani da se pacijent pokrene); ambitendencija (alte-

Tablica 26.5.**Kriteriji za katatoniju.**

Modificirano prema DSM-5 (APA 2013).

A. Potrebna su najmanje tri ili više simptoma:

1. stupor (nema psihomotorne aktivnosti; nema aktivnog odnosa s okolinom; v. pod terminom hipokinezija u poglavlju o psihopatološkim terminima);
2. katelepsija (pasivno uvođenje od ispitivača nekog položaja koji se održava, nasuprot gravitaciji, obično u neobičnom položaju tijela);
3. voštana savitljivost (ili voštana pokretljivost; na početku postoji lagani otpor ispitivaču da se udovi, glava i tijelo stave u određeni položaj, slično savijanju svijeće);
4. mutizam (nema verbalnog odgovora ili je on vrlo mali; potrebno je isključiti afaziju)
5. negativizam (opozicija ili nema odgovora na upute iz okoline);
6. spontano i aktivno zauzimanje položaja tijela (engl. *posturing*; spontano i aktivno održavanje položaja /tijela/ nasuprot težini, npr. fenomen psihološkog jastuka, kada pacijent spontano leži u krevetu s podignutom glavom kao na jastuku);
7. manirizmi (neobični i bizarni pokreti, situaciji prilagođena karikatura normalnih akcija);
8. stereotipije (repetitivne, abnormalno učestale, ne prema cilju usmjerene aktivnosti);
9. agitacija, koja nije izazvana vanjskim poticajima;
10. grimasiranje (zadržavanje bizarne facijalne ekspresije);
11. eholalija (ponavljanje govora od drugih);
12. ehopraksija (ponavljanje pokreta drugih)

Napomene:

- Kod katatonije povezane s drugim psihičkim poremećajima i kod katatonije povezane s medicinskim stanjem postoje isti simptomi u klasifikaciji; međutim, iznimka se odnosi na mutizam (čestica 4), koji nije primjenjiv ako postoji neurološka afazija.
- Potrebna je diferencijalna dijagnoza katatonije uzrokovana psihičkim poremećajima ili nekim medicinskim stanjem (kriterij C kod katatonije uzrokovane medicinskim stanjem).
- Kod katatonije zbog medicinskih stanja katatonija se tumači putem anamneze, tjelesnog pregleda ili laboratorijskih nalaza da je to izravna patofiziološka posljedica drugoga medicinskog stanja. Nadalje, katatonija zbog medicinskih stanja isključuje se ako postoji delirij (v. potpoglavlje 26.2.2. o deliriju). Druga se medicinska stanja kodiraju navodeći to stanje npr. katatonija zbog hepatične encefalopatije. I, konačno, kriterij E govori o distresu, odnosno o oštećenju funkcionalnosti.
- Posebno izazovna može biti diferencijalna dijagnoza između katatonije povezane sa psihičkim poremećajem i neuroleptičkoga malignog sindroma.

racija između kooperacije i otpora na instrukcije ispiti-vača); Zapovjedna poslušnost (pretjerana kooperacija pacijenta na zamolbu ili pretjerani nastavak izrečenih instrukcija od ispitivača); „*Mitgehen*“ (pacijent pasivno oponaša hodaње drugih – pojedini autori to ubrajaju u poslušnost); „*Mitmachen*“ (pacijent imitira pokrete drugih – pojedini autori to ubrajaju u poslušnost); Motorna perserveracija (održavanje pokreta, premda je završena instrukcija od ispitivača); Verbigeracija (verbalne stereotipije besmislenih riječi ili fraza); Averzija (izbjegavanje pacijenta da se odaziva na ime); Čvrsto hvatanje (engl. *grasp reflex* – automatsko hvatanje ispitivačeve ruke); Opstrukcija (naglo blokiranje pokreta); Socijalni negativizam (povlačenje) – udaljšavanje ako mu se pristupi, otpor otvaranju očiju, zatvaranje usta kad mu se ponudi hrana ili tekućina; Borbenost (engl. *combativeness* – agresija koja nema cilja, neprovocirana vanjskim okolnostima, bez pratnje faci-

jalne mimike); Impulzivnost (emocionalno uzrokovane kretnje za koje pacijent ne može poslije dati objašnjenje npr. vrištanje, skidanje odjeće); Automna disfunkcija (disregulacija tlaka, pulsa, respiracije, temperature) (Dhossche i Wachtel 2010).

Katatonija se relativno rijetko prezentira u djece i adolescenata, međutim, tomu vjerojatno pridonosi i nedovoljno znanje o ovom poremećaju, odnosno postoji premala dijagnostička detekcija ovoga stanja (Dhossche i Wachtel 2010). Etiopatogenetski gledano, kako je već u uvodu rečeno, važno je razlikovati katatoniju povezanu sa psihičkim poremećajima (npr. bipolarni afektivni poremećaj, depresivni poremećaj, psihotični poremećaji, konverzivni poremećaj, ali i neurorazvojni poremećaji kao što su autizam, intelektualne teškoće itd.) (Denysenko i sur. 2018), od katatonije povezanih s medicinskim stanjima (ovdje će biti vrlo važno obratiti pažnju na niz medicinskih stanja).

Kod katatonije povezane s medicinskim stanjima posrijedi je niz stanja, za koja smatramo da imaju izravan patofiziološki utjecaj na katatone simptome. Kod medicinskih stanja u pedijatrijskoj populaciji najčešće se navode, prema učestalosti: lupusni encefalitis, anti-NMDA-receptorski encefalitis, tretman ciklosporinima, epilepsija, posthipoglikemijska koma, Huntingtonova koreja, fatalna obiteljska insomnija, različite genske/metaboličke bolesti te intoksikacije (Denysenko i sur. 2018). Načelno, uzroci mogu biti slični kao i kod delirija, vidjeti [tablicu 26.3.](#) (Hales i Yudofsky 2002; Williams 2018). Neka najvažnija medicinska stanja koja mogu biti povezana s katatonijom prikazana su u [tablici 26.6.](#)

Tablica 26.6.

Neka najčešća medicinska stanja povezana s katatonijom.

Modificirano prema Fink i Taylor 2003; Williams 2018.

- infektivne bolesti SŽS-a
- neurološke bolesti (lezije, infarkti; traume glave; degenerativne bolesti; paraneoplastičke bolesti; epilepsija)
- metabolički poremećaji (npr. hormonalni poremećaji; manjak vitamina B12)
- sistemne bolesti; maligne bolesti; intoksikacije, infektivne bolesti
- autoimunosne bolesti

Etiopatogenetski gledano, kod katatonije povezane sa psihičkim poremećajima pretpostavlja se **disfunkcija GABA neurona** u SŽS-u, odnosno navodi se „**kortikalni psihomotorni sindrom**“ (Reilly i sur. 2017), ali se mogu uzeti i obzir interpersonalni i obiteljski čimbenici (Dhossche i sur. 2012).

26.2.3.2. *Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza*

Riječ je o vrlo ozbiljnom medicinskom stanju. Jedan od prvih koraka u **dijagnostici** jest prepoznavanje pojedinih psihomotornih simptoma koji tvore sindrom katatonije. Katatonija (bilo kojeg uzroka) zahtijeva detaljnu anamnezu, heteroanamnezu, promatranje ponašanja, detaljan psihijatrijski i neuropedijatrijski pregled, uz laboratorijske nalaze i druge pretrage (EEG će isključiti epileptogena stanja). Podrazumijeva se da se katatonija povezana s medicinskim stanjima dijagnosticira, u pravilu, na odjelima pedijatrije (npr. infektivne bolesti SŽS-a, uz mogućí letalan ishod),

odnosno potrebno je prethodno isključiti različita medicinska stanja (npr. neurološke bolesti). Ako je riječ o katatoniji povezanoj sa psihičkim poremećajima, svejedno je potreban ne samo psihijatrijski nego i prethodni neuropedijatrijski pregled. Pojedini autori navode da katkada može biti dijagnostički korisno dati benzodiazepine (npr. diazepam) kod katatonije povezane sa psihičkim poremećajima, nakon čega se smanjuju simptomi katatonije u kraćem vremenu (Williams 2018). Neki se autori navedeni u literaturi koriste **listama** mjerenja katatone simptomatologije (Denysenko i sur. 2018).

Moguća **diferencijalna dijagnoza** delirija, katatonije i drugih psihičkih kliničkih slika povezanih s medicinskim stanjima, kao i s obzirom na kratki psihotični poremećaj, prikazana je u [tablici 26.4.](#) Nadalje, diferencijalnodijagnostički, može biti izazovno razlikovati delirij od katatonije, a oni se prije svega razlikuju fenomenologijom kliničke slike (mogu imati istu etiologiju medicinskog stanja). Međutim, u praksi je moguće i preklapanje ovih sindroma, pa se tada uvijek daje prednost dijagnozi delirija. Posebno izazovna može biti **diferencijalna dijagnoza** između **katatonije povezane sa psihičkim poremećajima** (uz psihotične simptome) i **neuroleptičkog malignog sindroma (NMS)**. U [tablici 26.7.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza ovih stanja.

Važno je napomenuti da pojedini autori navode da čak u oko 30 % slučajeva ne mora biti povišena kreatin-kinaza kod NMS-a (Lang i sur. 2015). Pojedini autori smatraju da je kod neuroleptičkog sindroma zapravo riječ o ekstrapiramidnim nuspojavama (Neuhut i sur. 2009), odnosno navode da katkada postoje preklapanja (do 20 %) simptoma NMS-a i katatonije (povezane sa psihičkim poremećajima), dok pojedini autori idu toliko daleko da ne razlikuju NMS od maligne katatonije (Denysenko i sur., 2018). Važno je naglasiti da kod NMS-a imamo prethodno dijagnosticiranu psihičku bolest, a najčešće je to u dječjoj dobi shizofreni poremećaji u dječaka, oko 70 % (Neuhut i sur. 2009). NMS koji je prethodno liječen atipičnim antipsihoticima, za razliku od tipičnih antipsihotika, u djece se čini da može imati potpunu remisiju. Pri sumnji na NMS posebno se naglašava potpuna uskrata davanja antipsihotika, kao prva mjera. U literaturi se navodi kao krajnje liječenje NMS-a u djece s elektrostimulacijskom terapijom (EST) u do 17 % slučajeva (Neuhut i sur. 2009).

Tablica 26.7.

Diferencijalna dijagnoza neuroleptičkog malignog sindroma i katatonije povezane sa psihičkim poremećajima.

Modificirano prema APA 2013; Berman 2011; Ferrin i sur. 2016; Lang i sur. 2015; Neuhut i sur. 2009; Reilly i sur. 2017.

	Neuroleptički maligni sindrom (NMS)	Katatonija povezana sa psihičkim poremećajima, a posebno psihotičnim poremećajima
Anamneza i status	<ul style="list-style-type: none"> - Uzimanje antipsihotika, odnosno tvari koje djeluju na dopamin - tipično nastaje unutar dva tjedna od uzimanja antipsihotika, međutim, može nastati i bilo kada tijekom uzimanja terapijskih doza - tipično kod visoko potentnih antipsihotika, kao i pri visokom doziranju; međutim, može nastati i pri naglom prekidu davanja antipsihotika - Potreban je detaljan psihijatrijski i neuropedijatrijski pregled 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipično ima simptome koji prethode katatoniji: poremećaj raspoloženja, psihotični simptomi, visoki strah, ambivalencija, apatija, socijalno povlačenje, pojedinih katatoni simptomi: automatizmi, negativizmi, psihotična agitacija - U anamnezi postoje prethodna katatona stanja ili simptomi - EEG je uredan (za razliku od epilepsije) - U većine slučajeva nema uzimanja antipsihotika - Potreban je detaljan psihijatrijski i neuropedijatrijski pregled
Dominantnost simptoma	<ul style="list-style-type: none"> - Simptomi su primarno autonomni (hipertermija, znojenje, tahikardija, tahipneja, nestabilan tlak) - Postoji trijas simptoma: autonomni, neuromuskularni (psihomotorni) i bihevioralni (kognitivni, emocionalni, konfuzija, delirij, koma) 	<ul style="list-style-type: none"> - Simptomi su primarno psihomotorni uz osnovni psihički poremećaj - Nema povišene temperature
Redoslijed simptoma prema učestalosti	<ol style="list-style-type: none"> 1. povišena kreatin-kinaza (100%); 2. visoka temperatura (78 %); 3. tahikardija (74 %); 4. muskularna rigidnost (70 %); 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mutizam (78,0 %); 2. muskularna rigidnost (rigor) (73,0 %); 3. stupor (54,0 %); 4. agitacija (49,0%)
Moguća etiopatogeneza	<ul style="list-style-type: none"> - disfunkcija dopaminskih neurona u SŽS-u; „supkortikalni motorni sindrom“ 	<ul style="list-style-type: none"> - disfunkcija GABA neurona u SŽS-u; „kortikalni psihomotorni sindrom“
Laboratorijski nalazi	<ul style="list-style-type: none"> - povišena kreatin-kinaza (više od 4 puta u odnosu prema referentnim vrijednostima) - leukocitoza - poremećaj drugih parametara 	<ul style="list-style-type: none"> - nema povišene kreatin-kinaze, ni leukocitoze
Najvažnija diferencijalna dijagnoza	<ul style="list-style-type: none"> - maligna hipertermija (npr. nakon primjene anestetika) - druga somatska stanja (npr. infektivne bolesti SŽS-a itd.) 	<ul style="list-style-type: none"> - katatonija uzrokovana medicinskim stanjima (npr. epilepsija; manjak vitamina B12 itd.)
Terapija	<ul style="list-style-type: none"> - dokidanje antipsihotika - davanje manjih doza antipsihotika, ako je stanje nastalo zbog naglog dokidanja antipsihotika - suportivne medicinske mjere (hidracija i drugo) - eventualno benzodiazepini - druge mjere 	<ul style="list-style-type: none"> - benzodiazepini - primjena antipsihotika, ako postoje psihotični simptomi, ali uz velik oprez, izbjegavanje visokopotentnih antipsihotika prve generacije - antidepresivi, ovisno o primarnom psihičkom poremećaju - suportivne medicinske mjere (hidracija i drugo) - druge mjere;
Oblik liječenja	<ul style="list-style-type: none"> - načelno na pedijatrijskim odjelima intenzivne skrbi 	<ul style="list-style-type: none"> - načelno se može liječiti na dječje psihijatrijskom odjelu; međutim, u slučaju katatonije s medicinskim uzrokom ili s komplikacijama liječenje na pedijatrijskim odjelima
Dodatne napomene	<ul style="list-style-type: none"> - mogućnost multisistemskog zatajenja; smrtni ishodi 	<ul style="list-style-type: none"> - malignu katatoniju katkada je teško razlikovati od NMS-a jer se pridružuju autonomni simptomi i multisistemsko zatajenje!

26.2.3.3. *Liječenje*

26.2.3.3.1. **Uvodni aspekti**

Katatonija bilo koje etiologije, u pravilu, zahtijeva stacionarno liječenje, jer je riječ o hitnom stanju, te postoji mogućnost komplikacija i letalnog ishoda. Ako se što prije dijagnosticira katatonija, pozitivni su ishodi liječenja bolji (Hauptman i Benjamin 2016; Sorg i sur. 2018).

26.2.3.3.2. **Katatonija povezana s medicinskim stanjima**

Kako je prije bilo rečeno, ako je riječ o katatoniji povezanoj s medicinskim stanjima, onda se dijagnostika i liječenje primarno provode na pedijatrijskim odjelima (npr. liječenje infektivnih stanja SŽS-a, epilepsije, tetanusa, neuroloških bolesti itd.) i primjenjuju se principi pedijatrijskog liječenja. Kod ove vrste katatonije u literaturi postoje izvješća o dodatnoj korisnoj primjeni benzodiazepina (Denysenko i sur. 2018; Pelzer i sur. 2018), a mogu se uzeti u razmatranje i druge mjere. U svijetu postoje različiti algoritmi načina liječenja ovih stanja, gdje je fokus na održavanju vitalnih funkcija (temperatura, hidracija, tlak, srčani ritam, oksigenacija), preveniranje komplikacija imobilnosti kao što su tromboze, embolije, aspiracijska pneumonija, dekubitusi, te akutno bubrežno zatajenje, kao i drugi fokusi liječenja (Fink i Taylor 2003; Williams 2018).

26.2.3.3.3. **Katatonija povezana s psihičkim poremećajima**

Ako je riječ o katatoniji povezanoj sa psihičkim poremećajima, onda se, u pravilu, liječe osnovni psihički poremećaji (npr. atipičnim antipsihoticima kod psihotičnih poremećaja i manije, antidepressivi kod depresivnog poremećaja), ali uz druge opće medicinske suportivne mjere (rehidracija i drugo). Različito se terapijski može pristupiti „usporenoj katatoniji“ u usporedbi s „agitiranom katatonijom“, koja je rjeđa u praksi u djece i adolescenata. **Benzodiazepini** su se dodatno pokazali korisnima kod katatonije koja je povezana s drugim psihičkim poremećajima (disfunkcija GABA sustava u mozgu). Za dječjeg psihijatra mogu biti vrlo izazovne diferencijalna dijagnoza i liječenje između katatonije povezane sa psihičkim poremećajima (npr. psihotični poremećaj) i malignoga neuroleptičkog sindroma, kao što je prikazano u [tablici 26.7](#). (APA 2013; Berman 2011; Ferrin i sur. 2016; Lang i sur. 2015; Neuhut i sur. 2009; Reilly i sur. 2017), jer je

potpuno drukčiji terapijski pristup (npr. Treba li dokinuti ili dati antipsihotike?). Neliječnjem katatonije povezane sa psihičkim poremećajima radi se stručna pogreška koja može dovesti do **maligne katatonije** s ozbiljnim posljedicama i smrtnim ishodom. Liječenje maligne katatonije zahtijeva liječenje na jedinicama intenzivne njege i njezin način liječenja prelazi opseg ovog poglavlja. Pojedini autori kod katatonije (povezane sa psihičkim poremećajima) preporučuju, osim prethodnih mjera liječenja, i elektrostimulativnu terapiju (EST) (Denysenko i sur. 2018; Dhossche i Wachtel 2010; Ghaziuddin i sur. 2017; Williams 2018), međutim, kao krajnju mjeru i pod stalnim medicinskim nadzorom. Različite medicinske komplikacije isto tako mogu proizaći iz katatonije i razdoblja produljene nepokretnosti. Ako se katatonija na vrijeme liječi, ishodi mogu biti povoljni (Sienaert i sur. 2014). Nakon što se povuku akutni simptomi katatonije, kod katatonija povezanih sa psihičkim poremećajima mogu se rabiti i druge psihosocijalne metode liječenja (Dhossche i sur. 2012). U poglavlju o shizofreniji je prikazan klinički primjer 17-godišnjaka sa shizofreniformnim poremećajem uz katatoniju (v. posebno poglavlje 54).

26.3. **Upute za roditelje/nastavnike**

- ✓ Hitna psihijatrijska stanja mogu biti nerijetka u praksi. Treba poduzeti sve da se osigura zaštita pacijenta, te da se što prije pozove hitna pomoć.
- ✓ Najčešća psihijatrijska hitna stanja u djece jesu: akutna stanja napetosti; akutne psihotične slike; stanja agresivnosti, suicidalnost, samoozljeđujuće ponašanje, intoksikacije; nuspojave lijekova (akutne ekstrapiramidne nuspojave antipsihotika, maligni neuroleptički sindrom; te serotoninski sindrom), tjelesno i seksualno zlostavljanje djeteta; delirij i katatonija.
- ✓ Roditelji i nastavnici mogu biti važni izvori informiranja u dijagnostičkom procesu jer često u hitnim stanjima nedostaje dovoljno informacija.
- ✓ Hitna stanja koja su prije navedena mogu imati ozbiljne posljedice, pa i djetetov smrtni ishod.
- ✓ Roditelji mogu biti važni suradnici u liječenju hitnih stanja.

- ✓ Kod akutnih i kroničnih pedijatrijskih bolesti (akutne infekcije mozga, onkološke bolesti, neurološke bolesti, djeca na intenzivnoj njezi, različite primijenjene operacije, traume mozga) mogu biti prisutna uvijek poboljšanja, ali i pogoršanja stanja djece. Posebno se mogu dodatno pojaviti psihička pogoršanja u djece, kao što su konfuzna stanja (delirij; neprepoznavanje okoline, djeca mogu imati iluzije i halucinacije); katatona stanja (motorička hiperaktivnost /agitacija/ agresija ili motorička hipoaktivnost /apatija/), kao i promijenjenost emocionalnosti (visoki strah, izljevi bijesa). U slučaju psihičkih pogoršanja treba govoriti jasnim rečenicama, bez dvojbena pitanja, smirujućim tonovima, bez opširnog raspravljanja s djetetom.
- ✓ Nerijetko će se u hitnim stanjima primjenjivati i humano fizičko sputavanje ili druge mjere humane prisile.
- ✓ Liječnici će procijeniti da će katkada biti potrebno i psihofarmakološko liječenje, koje će biti pod nadzorom.
- ✓ Pri akutnim stanjima potrebna je uska suradnja roditelja, nastavnika i drugih instancija, kao i niza medicinskih struka.

26.4. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Zašto je važna suradnja pedijataru i dječjih psihijataru u akutnim psihijatrijskim stanjima?

ODGOVOR: Stanja kao što su koma, intoksikacije, stanja nakon pokušaja suicida i delirij načelno se primarno liječe na pedijatrijskim, anesteziološkim i kirurškim odjelima, uz konzilijarnu djelatnost dječjih psihijataru. Prema samoj definiciji, delirij je uzrokovan izravnim fiziološkim učinkom medicinskoga stanja. Katatonija se također, u pravilu, liječi prvo na pedijatrijskim odjelima, jer oko 20 % katatonije ima u podlozi neki medicinski poremećaj, a nakon isključenja medicinskog stanja kasnije se liječenje može nastaviti na dječjoj psihijatriji. Može biti i obratna situacija, naime, da pacijenti dolaze prvo k dječjem psihijatru, a, ako se posumnja na medicinsko stanje, tada su potrebni hitan pedijatrijski pregled i eventualno pedijatrijsko liječenje. Posebno izazovna situacija može biti pri primarnom psihijatrijskom liječenju nekoga psihičkog poremećaja, te posljedičnog razvoja neuroleptičkoga

malignog sindroma, kao i kod maligne katatonije, kada je intenzivno pedijatrijsko liječenje nužno. U praksi se dosada pokazala vrlo uspješnom suradnja pedijataru i dječjih psihijataru.

■ PITANJE: Koga zvati pri hitnim stanjima?

ODGOVOR: Ako pacijent ne diše ili mu srce ne radi, ili je pak u komi, treba primijeniti mjere reanimacije i pozvati hitnu pomoć ili anesteziologa. Ako pacijent ne govori, ako se ne može uspostaviti verbalni kontakt ili pak bunca (nepovezano govori), vjerojatno je riječ o deliriju, pa tada treba zvati pedijatru. Ako pacijent ima verbalni kontakt, potrebno je zvati dječjeg psihijatru.

■ PITANJE: Koja je diferencijalna dijagnoza katatonije i neuroleptičkoga malignog sindroma?

ODGOVOR: U prethodnom se tekstu, zbog edukativnih razloga, pokušala dati moguća diferencijalna dijagnoza. Tako u početku razvoja kliničke slike razlike mogu biti velike, odnosno vrlo su važne anamneza i heteroanamneza. Međutim, kako se razvija klinička slika jednog i drugog stanja, moguće je da nema više razlika u kliničkoj slici. Pojedini autori govore tada da nema razlike između maligne katatonije i neuroleptičkoga malignog sindroma, te se tada preporučuje liječenje na odjelima intenzivne pedijatrijske skrbi.

26.5. Pitanja

- 1 Navedite koja su najčešća stanja u hitnoj psihijatrijskoj praksi.
- 2 Navedite osnove dijagnostike i liječenja hitnih psihijatrijskih stanja.
- 3 Navedite kriterije delirija prema DSM-5.
- 4 Navedite neke uzroke delirija.
- 5 Navedite neke kriterije katatonije, prema DSM-5, te podjelu katatonije.
- 6 Navedite neke medicinske uzroke katatonije.
- 7 Navedite diferencijalnu dijagnozu delirija, katatonije uzrokovane medicinskim stanjima, psihotičnog poremećaja povezanog s medicinskim stanjima, neurokognitivnog poremećaja s bihevioralnim manifestacijama te kratkoga psihotičnog poremećaja.
- 8 Navedite diferencijalnu dijagnozu neuroleptičkoga malignog sindroma i katatonije povezane sa psihičkim poremećajima.

26.6. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Berman BD*. Neuroleptic malignant syndrome: a review for neurohospitalists. *Neurohospitalist* 2011 Jan;1(1):41-7.
3. *Bloch MH, Beyer C, Scahill L i sur*. Antipsychotics. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 733-741.
4. *Dahmani S, Delivet H, Hilly J*. Emergence delirium in children: an update. *Curr Opin Anaesthesiol* 2014;27(3):309-15.
5. *Daoud A, Duff JP, Joffe AR i sur*. Diagnostic accuracy of delirium diagnosis in pediatric intensive care: a systematic review. *Crit Care* 2014 Sep 26;18(5):489.
6. *Denysenko L, Sica N, Penders TM i sur*. Catatonia in the medically ill: Etiology, diagnosis, and treatment. The Academy of Consultation-Liaison Psychiatry Evidence-Based Medicine Subcommittee Monograph. *Ann Clin Psychiatry* 2018;30(2):140-155.
7. *Dhossche DM, Ross CA, Stoppelbein L*. The role of deprivation, abuse, and trauma in pediatric catatonia without a clear medical cause. *Acta Psychiatr Scand* 2012 Jan;125(1):25-32.
8. *Dhossche DM, Wachtel LE*. Catatonia is hidden in plain sight among different pediatric disorders: a review article. *Pediatr Neurol* 2010 Nov;43(5):307-15.
9. *Ferrin M, Gosney H, Marconi A i sur*. Using antipsychotic medication for the treatment of schizophrenia in children and adolescents. U: Rey JM, Martin A, ur. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2016. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
10. *Fink M, Taylor MA*. Catatonia: A clinician's guide to diagnosis and treatment. New York: Cambridge University Press; 2003.
11. *Ghaziuddin N, Hendriks M, Patel P i sur*. Neuroleptic Malignant Syndrome/Malignant Catatonia in Child Psychiatry: Literature Review and a Case Series. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2017;27(4):359-365.
12. *Hales RE, Yudofsky SC: The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 3. izd. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2002.
13. *Hatherill S, Flisher AJ*. Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. *J Psychosom Res* 2010 Apr;68(4):337-44.
14. *Hauptman AJ, Benjamin S*. The Differential Diagnosis and Treatment of Catatonia in Children and Adolescents. *Harv Rev Psychiatry* 2016;24(6):379-395.
15. *Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (Halmed)*. Dostupno na: www.halmed.hr. Pristupljeno 1. 7. 2017.
16. *Ista E, te Beest H, de Hoog M et al*. A preliminary validation of a screening tool for pediatric delirium. *Archives of Disease in Childhood* 2014; 99Suppl 2:A84-A85.
17. *Lang FU, Lang S, Becker T i sur*. Neuroleptic malignant syndrome or catatonia? Trying to solve the catatonic dilemma. *Psychopharmacology (Berl)* 2015 Jan;232(1):1-5.
18. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
19. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
20. *Narodne Novine (NN 16/2015)*. Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_02_16_303.html. Pristupljeno 1. 5. 2019.
21. *Neuhut R, Lindenmayer JP, Silva R*. Neuroleptic malignant syndrome in children and adolescents on atypical antipsychotic medication: a review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19(4):415-22.
22. *Pelzer AC, van der Heijden FM, den Boer E*. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018 Jan 17;14:317-326.
23. *Reilly TJ, Cross S, Taylor DM i sur*. Neuroleptic malignant syndrome following catatonia: Vigilance is the price of antipsychotic prescription. *SAGE Open Med Case Rep* 2017 Mar 31;5:2050313X17695999.
24. *Schieveld JNM, Ista E, Knoester H i sur*. Pediatric delirium: A practical approach. U: Rey JM, Martin A, ur. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
25. *Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D i sur*. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry* 2014;5:181.
26. *Sikich N, Lerman J*. Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. *Anesthesiology* 2004;100:1138-1145.
27. *Silver G, Traube C, Kearney J i sur*. Detecting pediatric delirium: development of a rapid observational assessment tool. *Intensive Care Medicine* 2012;38:1025-1031.
28. *Smith HA, Boyd J, Fuchs DC i sur*. Diagnosing delirium in critically ill children: validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 2011;39:150-157.
29. *Sorg EM, Chaney-Catchpole M, Hazen EP*. Pediatric Catatonia: A Case Series-Based Review of Presentation, Evaluation, and Management. *Psychosomatics* 2018;59(6):531-538.
30. *Traube C, Silver G, Kearney J i sur*. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: A valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. *Critical Care Medicine* 2013;42:656-663.
31. *Turkel SB, Tavare CJ*. Delirium in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003 Fall;15(4):431-5.
32. *Van Dijk M, Knoester H, van Beusekom BS i sur*. Screening pediatric delirium with an adapted version of the Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS). *Intensive Care Medicine* 2012;38:531-532.
33. *Williams DT*. Delirium and catatonia. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 604-612.

Poremećaji povezani sa supstancijama

Ivan Begovac

SADRŽAJ

27.1.	Uvodni aspekti, razvojni aspekti, definicije, klasifikacije	384
27.2.	Poremećaji povezani sa supstancijama	384
27.2.1.	Poremećaji uzimanja supstancija (SUD)	384
27.2.2.	Poremećaji prouzročeni supstancijama (SID)	384
27.2.2.1.	Uvodni aspekti	384
27.2.2.2.	Intoksikacija	385
27.2.2.3.	Ustezanje	386
27.2.2.4.	Drugi psihički poremećaji koji su uzrokovani uzimanjem supstancija/lijekova	386
27.3.	Pojedine supstancije	386
27.3.1.	Uvodni aspekti, epidemiologija	386
27.3.2.	Alkohol	386
27.3.3.	Nikotin	387
27.3.4.	Kofein	387
27.3.5.	Kanabis	387
27.3.6.	Inhalanti	388
27.3.7.	Opioidi	388
27.3.8.	Sedativi, hipnotici ili anksiolitici	388

27.3.9.	Stimulanti	388
27.3.10.	Anabolički steroidi	389
27.3.11.	Druge ili nepoznate supstancije	389
27.4.	Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	389
27.4.1.	Dijagnostika akutnih kliničkih slika	389
27.4.2.	Dijagnostika poremećaja uzimanja supstancija (SUD)	389
27.5.	Etiopatogeneza	391
27.5.1.	Integrativna etiopatogeneza	391
27.5.2.	Psihodinamski aspekti	392
27.6.	Klinička vinjeta	392
27.7.	Liječenje	392
27.7.1.	Liječenje akutnih stanja	392
27.7.2.	Liječenje poremećaja uzimanja supstancija (SUD)	393
27.8.	Upute za roditelje/nastavnike	394
27.9.	Često postavljena pitanja	394
27.10.	Pitanja	395
27.11.	Literatura	395

27.1. Uvodni aspekti, razvojni aspekti, definicije, klasifikacije

Razvojno gledano, adolescenti tijekom svojeg odrastanja trebaju proraditi svoj odnos granica prema različitim dostupnim supstancijama, kao što su legalizirani oblici: alkohol, nikotin, a vrlo je dostupan i kanabis, premda je on zabranjena tvar. Dakle, moraju proraditi svoje granice s obzirom na nekontrolirana stanja u kojima se mogu naći. Zbog svoje emocionalne labilnosti, slabe kontrole, sklonosti rizicima i eksperimentiranju, potrebe za socijalizacijom te potrebe za dobrim školskim uspjehom, adolescenti traže svoj identitet, odnosno iskušavaju svoje granice (Lempp 2014). Često će adolescenti posegnuti za nekom supstancijom „kao bijegom“, ili za smirivanje tijekom svojega razvojnog razdoblja. Nakon što su se dogodila stanja opijenosti/omamljenosti (u kliničkoj praksi gotovo da nema adolescenta koji nije bio u takvom stanju), potrebno je neutralno i empatično detaljno razgovarati s adolescentom da se, razvojno gledano, može dobiti uvid u njegovu razvojnu poziciju.

Danas se ovi poremećaji nazivaju neutralnije, pa se u današnjim klasifikacijama izbjegava riječ **ovisnosti** (engl. *addiction*), zbog stigmatizirajućih konotacija ovog termina. **Poremećaji povezani sa supstancijama** (engl. *substance-related disorders*), prema DSM-5 klasifikaciji, uključuju dvije velike kategorije poremećaja (APA 2013): 1. **Poremećaji uzimanja supstancija** (engl. *substance use disorders – SUD*); i 2. **Poremećaji prouzročeni supstancijama** (engl. *substance induced disorders – SID*), pa ih je potrebno razlikovati. Supstancije su podijeljene u deset skupina: 1. alkohol; 2. kofein; 3. kanabis; 4. halucinogeni; 5. inhalanti; 6. opioidi; 7. sedativi, hipnotici ili anksiolitici; 8. stimulanti; 9. nikotin; te 10. drugi ili nepoznati. Smatra se da te supstancije imaju izravan fiziološki aktivacijski učinak na sustav nagrade u mozgu, odnosno osoba se osjeća ugodno ili „high“.

Za razliku od prije navedenih supstancija, postoje neka stanja koje nazivamo **biheviornim (ponašajnim) ovisnostima**, kao što su: patološko kockanje; patološko korištenje internetom i videoigrama (engl. *internet gaming disorder ili compulsive – impulsive internet usage disorder*), a opisani su u poglavlju o poremećaju kontrole impulsa te se o njima ovdje više neće govoriti. U „biheviornalne (ponašajne) ovisnosti“ možemo još ubrojiti i patološko kupovanje, patološko vježbanje, kao i patološku ovisnost o seksu. Vidjeti posebno korisne [tablice 58.1.](#) i [58.2.](#), gdje se međusobno uspoređuju različita stanja: poremećaji povezani

s uzimanjem supstancija, „biheviornalne (ponašajne) ovisnosti“, poremećaji kontrole impulsa, poremećaji kontrole impulsa s obzirom na vlastito tijelo, poremećaj s tjelesnom dismorfijom i OKP-om (v. posebno poglavlje 58). Kod „biheviornalnih ovisnosti“, u kojima se ne rabe supstancije, međutim, smatra se revolucionarnim da i kod njih postoje slične promjene u mozgu (neurobiološki modeli –aktivacija sustava nagrade), kao u osoba koje se koriste supstancijama. U [tablici 27.1.](#) prikazani su kriteriji za SUD i SID, koje treba razlikovati (APA 2013).

27.2. Poremećaji povezani sa supstancijama

27.2.1. Poremećaji uzimanja supstancija (SUD)

SUD je definiran kao skup kognitivnih, biheviornalnih i fizioloških simptoma zbog kontinuiranog uzimanja unatoč različitim problemima. DSM-5 klasifikacija ne rabi više termine „**zloporebe**“ i „**ovisnosti**“, kao što je to bilo u klasifikaciji DSM-4, već se ova dva termina sada uključuju u dijagnozu SUD-a. Kako se vidi u tablici, postoji 11 kriterija koji se odnose na četiri područja. Može se odrediti težina poremećaja: ako postoje 2 – 3 simptoma, riječ je o laganoj težini, ako postoji 4 – 5 simptoma, o umjerenoj, te ako postoji 6 i više simptoma, o teško izraženoj. Podrazumijeva se da, ako postoji samo jedan simptom, ne možemo govoriti o poremećaju, npr. jednokratno opijanje (intoksikacija) adolescenta nije dovoljno da se dijagnosticira SUD. Dijagnoza SUD-a u pravilu se ne daje kod **medicinske primjene** nekih supstancija, premda mogu postojati razvoj tolerancije (kriterij 10) i uestezanja (kriterij 11).

Često se uz SUD, kao i uz SID (v. poslije) mogu pojavljivati neželjene prometne nesreće sa smrtnim ishodom, kriminalna ponašanja (agresivni i seksualni delikti) (Lempp 2014), kao i seksualno rizično ponašanje (nezaštićeni seks, neželjena trudnoća). Također se navode moguća povećanost SUD-a i SID-a sa suicidalnim ponašanjem i s izvršenim suicidom.

27.2.2. Poremećaji prouzročeni supstancijama (SID)

27.2.2.1. Uvodni aspekti

SID, kako se vidi iz tablice, uključuje intoksikaciju, uestezanje te druge psihičke poremećaje koji su izazvani uzimanjem supstancija/lijekova.

Tablica 27.1.

Kriteriji za poremećaje uzimanja supstancija (SUD) i Poremećaji prouzročeni supstancijama (SID).

Modificirano prema DSM-5 (APA 2013).

SUD	<p>- Dva ili više simptoma u posljednjih 12 mjeseci:</p> <p>I. Oštećena kontrola</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uzimanje veće količine ili tijekom duljeg razdoblja nego se namjeravalo (tzv. <i>heavy use</i>). 2. Stalna želja ili neuspješni pokušaji prekida ili da se kontrolira uzimanje. 3. Veliki vremenski naponi da se dođe do supstancije, da ih se dobije ili bolesnik izliječi od njezina utjecaja. 4. „Žudnja“ (engl. <i>craving</i>) ili snažna želja ili potreba za uzimanjem. <p>II. Socijalno oštećenje</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Manjak izvršavanja velikih zahtjeva uloga. 6. Kontinuirano uzimanje unatoč socijalnim ili interpersonalnim problemima. 7. Redukcija u važnim socijalnim, radnim (školskim) ili rekreacijskim aktivnostima. <p>III. Rizična uporaba</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Učestalo uzimanje u fizički rizičnim situacijama. 9. Kontinuirano uzimanje unatoč znanju o fizičkim i psihološkim problemima. <p>IV. Faramakološki učinci</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Tolerancija (potreba za većim količinama ili umanjeni učinak). 11. Ustezanje (sindrom ustezanja ili primjena mjera da se smiri/izbjegne ustezanje).
SID	<p>Intoksikacija</p> <ol style="list-style-type: none"> A. nedavno konzumiranje; B. problematično ponašanje ili psihološke promjene (neprimjereno agresivno ili seksualno ponašanje, labilnost raspoloženja /disforija, euforija, apatija/, anksioznost, oštećenost rasuđivanja; socijalno povlačenje; katatona agitacija ili retardacija); C. jedan ili više znakova i simptoma koji se odnose na pojedinu supstanciju; D. ne odnosi se na drugo medicinsko stanje, psihički poremećaj ili supstanciju; <p>Ustezanje</p> <ol style="list-style-type: none"> A. uskrata ili redukcija teške i prolongirane uporabe; B. dva ili više znakova ili simptoma koji se odnose na uskratu ili redukciju uporabe; C. klinički značajan distress ili oštećenje u važnim područjima funkcioniranja; D. ne odnosi se na drugo medicinsko stanje, psihički poremećaj ili supstanciju;
	<p>Kriteriji drugih psihičkih poremećaja koji su izazvani uzimanjem supstancija/lijekova:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. dominira pojedini psihički poremećaj; B. anamnestički, tjelesni pregled ili laboratorijski nalazi upućuju na to da poremećaj nastaje unutar jednog mjeseca nakon intoksikacije ili ustezanja ili pak lijekovi i pojedina supstancija uzimani zajedno mogu izazvati pojedini psihički poremećaj; C. psihički se poremećaj ne objašnjava bolje neovisnim psihičkim poremećajem, naime, poremećaj prethodi uzimanju supstancije ili se psihički poremećaj nastavlja (više od mjesec dana) nakon prestanka akutnog ustezanja ili teške intoksikacije. Ovo se ne odnosi na slučaj neurokognitivnih poremećaja koji su uzrokovani supstancijama ili na perzistirajući halucinogeni poremećaj uzrokovan halucinogenima. D. isključuje se delirij (daje se prednost dijagnozi delirija u odnosu prema bilo kojemu psihičkom poremećaju); E. značajan distress ili oštećenje funkcionalnosti u mnogim područjima. <p>Mogu biti prisutni sljedeći pojedinačni psihički poremećaji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. delirij; 2. neurokognitivni poremećaji; 3. psihotični poremećaji; 4. bipolarni afektivni poremećaj; 5. depresivni poremećaj; 6. anksiozni poremećaj; 7. opsesivno- kompulzivni poremećaj i srodni poremećaji; 8. poremećaji spavanja; 9. seksualne disfunkcije.
	<p>Napomena: kriteriji kod drugih ili nepoznatih supstancija: pri intoksikaciji posebno je važan kriterij B.</p>

27.2.2.2. Intoksikacija

Intoksikacija uključuje četiri simptoma. Kriterij A odnosi se na nedavno uzimanje supstancija. Kriterij B odnosi se na problematično ponašanje ili psihološke

promjene, koji su izravni učinak supstancije na funkcioniranje mozga, npr. neprimjereno agresivno ili seksualno ponašanje, labilnost raspoloženja (disforija, euforija, apatija), anksioznost, oštećenost rasuđivanja; socijalno povlačenje; katatona agitacija ili retardacija.

Kriterij C odnosi se na posebnost kliničke slike s obzirom na neku supstanciju (npr. mioza kod opioidne intoksikacije), a kriterij D podrazumijeva da se poremećaj ne odnosi na drugo medicinsko stanje, psihički poremećaj ili supstanciju. Intoksikacija sama po sebi ne uključuje da je riječ o SUD-u, a ne odnosi se ni na duhan. Intoksikacije često počinju u adolescenciji. Važno je razlikovati intoksikaciju od ustezanja (ustežanje nastaje kada se smanjuje koncentracija supstancije u tijelu osobe), premda to nije katkada lako razlikovati u praksi. Poseban problem u praksi može postojati kada se npr. neki adolescent intoksicira s više supstancija ili je riječ o nepoznatim tvarima.

27.2.2.3. Ustežanje

Ustežanje uključuje četiri simptoma. Kriterij A odnosi se na uskratu ili redukciju teške i produljene uporabe; kriterij B na dva ili više znakova ili simptoma koji se odnose na uskratu ili redukciju uporabe; kriterij C na klinički značajan distres ili oštećenje u važnim područjima funkcioniranja, a kriterij D na drugo medicinsko stanje, psihički poremećaj ili supstanciju. Ustežanje je u većini slučajeva, ali ne uvijek, povezano sa SUD-om.

27.2.2.4. Drugi psihički poremećaji koji su uzrokovani uzimanjem supstancija/lijekova

Ovdje je povremeno riječ o teškim kliničkim slikama i obično su to prolazna stanja, a radi se o izravnom učinku supstancija/lijekova na SŽS. S obzirom na različite supstancije, u uvodu je navedeno njih 10, može biti prisutna šarolika klinička slika. Kriteriji, kao i mogućnosti o kojim je psihičkim poremećajima riječ, navedeni su u [tablici 27.1.](#) (APA 2013). Ovdje se smatra da je riječ o idiosinkratičnom učinku supstancija na SŽS. Važno je napomenuti da se prednost postavljanja dijagnozi delirija u odnosu prema bilo kojemu psihičkom poremećaju (v. posebno poglavlje 26 o hitnim stanjima i deliriju), i ne može se onda dati druga dijagnoza. Nadalje, važno je razlikovati je li riječ o deliriju tijekom intoksikacije ili tijekom ustezanja (npr. kod alkohola). Neurokognitivni poremećaji opisani su u posebnom poglavlju 53. Osim prije navedenih 10 supstancija, ove poremećaje mogu uzrokovati i druge supstancije i toksini (npr. antihistaminici, antihipertenzivi, pesticidi, ugljikov monoksid itd.). Posebna je

napomena da je pri drugim ili nepoznatim supstancijama, ako je riječ o intoksikaciji, važan kriterij B.

27.3. Pojedine supstancije

27.3.1. Uvodni aspekti, epidemiologija

Prilikom prikaza pojedinih supstancija opisan će se samo najčešće kliničke slike, a za detaljnije podatke potrebno je usmjeriti se na druge, detaljnije udžbenike hitne medicine. Epidemiološki gledano, alkohol je najčešće sredstvo koje se upotrebljuje među adolescentima, a slijedi nikotin. Kanabis je najčešće rabljeno ilegalno sredstvo. Prva uporaba alkohola bilježi se već oko 13. godine, dok se prvo alkoholno opijanje događa oko 15. godine. Oko 4 % 16 – 17-godišnjaka imaju SUD. Oko 25 % osoba dobi od 12 do 25 godina bar jednom je probalo kanabis, prva uporaba bila je oko 17. godine, dok je za nikotin prva uporaba zabilježena s oko 14 godina (Lempp 2014).

Pojedine supstancije mogu uzrokovati različite psihičke i medicinske slike. **SUD** je moguć kod **svih deset supstancija** navedenih u uvodu! **Intoksikaciju** također može uzrokovati svih deset supstancija. **Ustežanje** može biti prisutno kod većine supstancija, osim kod **halucinogena i inhalanata**. Nadalje, treba izdvojiti da **delirij** može biti prisutan gotovo kod svih od deset prije navedenih supstancija (osim kofeina). **Tijekom ustežanja** posebno su tipični deliriji kod alkohola, opioida, sedativa, hipnotika i anksiolitika i kod drugih ili nepoznatih supstancija. **Neurokognitivni poremećaji** koji su perzistentni posebno su povezani kod alkohola, inhalanata, sedativa, hipnotika i anksiolitika, kao i kod drugih ili nepoznatih supstancija (APA 2013). Za detalje o drugim psihičkim poremećajima koji se mogu pojaviti s obzirom na pojedine psihičke poremećaje vidjeti DSM-5 klasifikaciju (APA 2013).

27.3.2. Alkohol

Alkohol je obično prva tvar kojom se adolescenti koriste i ona se najviše upotrebljava. Sadržaj etanola u piću obično se mjeri u mililitrima alkohola na 100 mililitara pića izraženo u postotku alkohola. Primjerice, pivo sa 6 % alkohola sadržava 6 mL alkohola na 100 mL. Alkohol se brzo apsorbira i distribuira u cijelom tijelu. On je depresor mozga koji uzrokuje dezinhibiciju, oštećenje pamćenja, odlučivanja i neusklađenost. S daljnjim dozama ovo može prerasti u katatoni

stupor, komu i smrt zbog depresije disanja. Često se razvija **SUD**.

Kod **intoksikacije alkoholom** postoje već prije navedena četiri kriterija (v. tabl. 27.1.) (APA 2013). Posebno nam je tu specifičan kriterij B, kao i specifični kriterij C, koji uključuje nejasan govor, manjak motoričke koordinacije, nestabilan hod, nistagmus, oštećenje pažnje ili memorije, ali i katatoni stupor (hipokinezija), delirij ili komu. Ako postoji koma, onda se isključuju bilo koje druge psihijatrijske dijagnoze (npr. delirij, katatonija, psihotični poremećaji). Relativno često nakon akutne intoksikacije postoji amnezija tijekom intoksikacije (tzv. *blackouts*). Alkoholna intoksikacija važan je prediktor suicidalnog ponašanja, kao i **izvršenih suicida**. Sama alkoholna intoksikacija može biti tipična za adolescentnu dob, bez razvoja SUD-a. Naime, pokazalo se da maturanti izvješćuju da su se „opili u tekućoj godini“ gotovo u 44 % slučajeva, dok se to na studente odnosi i do 70 %.

Pri **ustezanju od alkohola** posebno je važan kriterij B, koji može imati autonomne simptome, tremor, nesanicu, mučninu ili povraćanje, prolazne vizualne, taktilne ili auditorne halucinacije ili pak iluzije, katatonu psihomotornu agitaciju, anksioznost, pa sve do generaliziranih toničko-kloničkih grčeva, kao i delirantnu kliničku sliku. Ustezanje od alkohola u većini slučajeva prati SUD i rjeđi je u maloljetnika.

Važna je **diferencijalna dijagnoza** kod SUD-a, kada postoji nepatološko uzimanje alkohola. Ovdje se navodi slučaj kada nema dovoljno kriterija za SUD, npr. samo jedan simptom, ili se uzimaju umjerene količine alkohola tijekom dana.

Čest je **komorbiditet** u adolescenata alkoholnih intoksikacija s poremećajima ponašanja. Mnogo puta uz alkoholnu se intoksikaciju mogu pojavljivati neželjene prometne nesreće sa smrtnim ishodom, kao i kriminalna ponašanja (Lempp 2014), te seksualno rizično ponašanje (nezaštićeni seks, neželjena trudnoća). Nadalje, dosta je čest slučaj da postoji poremećaj ponašanja, koji se u odrasloj dobi nastavlja u antisocijalni poremećaj ličnosti, a on koegzistira sa SUD-om. Posebna posljedica alkohola mogu biti dugotrajni **neurokognitivni poremećaji** (v. posebno poglavlje 53) (APA 2013).

27.3.3. Nikotin

Nikotin u duhanskim proizvodima može uzrokovati SUD i povezan je s nizom medicinskih problema.

Jedna od glavnih zabrinutosti u vezi s duhanom jest njegov potencijal da služi kao uvod u uporabu drugih supstancija. Učinci su duhana brzi i uključuju stimulaciju središnjega živčanog sustava. Mehanizam nikotina na acetilkolinskim receptorima dobro je poznat. S vremenom poluživota od nekoliko sati, nikotin se može nakupiti u tijelu tijekom dana. Prestanak upotrebe može uzrokovati iritabilnost, karakterističnu žudnju te probleme u raspoloženju i ponašanju.

27.3.4. Kofein

Općenito, rijetki su poremećaji u adolescenata uzrokovani ovom supstancijom. Ne dijagnosticira se SUD povezan s kofeinom. Kod **kofeinske intoksikacije** mogu se nalaziti različiti simptomi (npr. autonomni simptomi, tjeskoba, tahikardija ili kardijalne aritmije), ali i katatona psihomotorna agitacija. Kod **simptoma ustezanja** od kofeina mogu biti prisutni različiti simptomi (npr. glavobolje, iritabilnost, stanje slično prehladi */flu-like simptomi/* itd.), a rjeđe se pojavljuje kod adolescenata.

27.3.5. Kanabis

Kanabis je opći termin za psihoaktivnu tvar izvedenu iz *Cannabis sativa*, biljke koja se uzgaja u mnogim dijelovima svijeta i koja se široko upotrebljava za promjenu svijesti. Mnogi poznaju kanabis pod drugim imenima: marihuana, hašiš, dagga, bhang, ganja, korov, trava, lonac ili reefer, da nabrojimo samo neke. Iako kanabis sadržava mnogo kemijskih supstancija, delta-9-tetrahidrokanabinol (THC) identificiran je kao primarni spoj koji stvara osjećaj koji nastaje pri pušenju ili gutanja biljnih materijala. Najčešće upotrebljavana zabranjena droga u adolescenata jest marihuana i SUD je najčešće navođen razlog zbog kojeg adolescenti dolaze na tretmane odvikavanja. Etiopatogenetski i neurobiološki gledano, važna su saznanja o endogenim kanabinoidnim sistemima u mozgu (Hopfer i sur. 2018).

Može se razviti **SUD**. Učinci povezani s osjećajem koji uzrokuje kanabis uključuju **tipično euforiju**, osjećaj opuštenosti, povećanu vrtoglavicu ili sklonost smijehu, osjećaj da se vrijeme usporuje, pojačano prihvatanje glazbe i drugih oblika umjetnosti i sklonost da se preferiraju neverbalne društvene aktivnosti ili introspekcija. Mogu se pojaviti i osjećaji anksioznosti, paranoje, straha ili panike, a korisnici mogu osjetiti halucinacije. **Akutna intoksikacija kanabisom** (kriterij C) posebno uključuje injekciju (crvenilo) konjunktive,

povećani apetit, suha usta i tahikardiju, a mogu biti prisutni i poremećaji percepcije (halucinacije, auditorne, vizualne i taktilne iluzije). **Simptomi ustezanja** od kanabisa mogu biti slični kao i pri alkoholnom ustezanju, a posebno se navode (kriterij B) iritabilnost, bijes, agresija; anksioznost ili napetost; poremećaji spavanja, smanjeni apetit ili gubitak na tjelesnoj masi, nemir, depresivno raspoloženje, kao i drugi tjelesni simptomi. Dugotrajne posljedice uzimanja kanabisa također se povezuju s **neurokognitivnim poremećajima** (v. posebno poglavlje 53), a posebno na egzekutivne funkcije, kao i sa smanjenjem IQ (Hopfer i sur. 2018; Rey 2012). Nadalje, uporaba kanabisa povezana je s drugim psihijatrijskim poremećajima (Hopfer 2018). **Diferencijalnodijagnostički**, neproblematičnu uporabu kanabisa u odnosu prema SUD-u katkada može biti vrlo teško razdvojiti u praksi. Naime, u praksi je češće prisutno poricanje adolescenata da je riječ o SUD-u.

27.3.6. Inhalanti

Prosječno 5 % srednjoškolaca probalo je inhalatorna sredstva. Ona sadržavaju promjenjive organske komponente koje uključuju mnoge plinove i pare koji se namjerno mogu uzeti u svrhu omamljenosti. Često se njime koriste mlađi adolescenti. Konzumiraju se direktnom inhalacijom u usta. Pri uzimanju inhalanata, mogu biti prisutni različiti psihički simptomi. Kod **intoksikacije inhalantima** mogu biti prisutni različiti neurološki simptomi, euforija, ali i katatoni stupor ili koma. Intoksikacija je slična alkoholnoj intoksikaciji, na početku postoji euforija, dezorijentacija, a potom slijede pospanost i depresija SŽS-a (Hopfer i sur. 2018). Dugotrajno uzimanje inhalanata upućuje na neurotoksičnost, odnosno posljedica mogu biti **neurokognitivni poremećaji** (v. posebno poglavlje 53), odnosno gubitak bijele tvari moždane kore, kao i gubitak kognitivnih vještina (Hopfer i sur. 2018).

27.3.7. Opioidi

SUD uzrokovan opioidima u adolescenata je tipično povezana s psihosocijalnim oštećenjem, neuspjehom u školi, delinkventnim ponašanjem, kao i obiteljskim problemima (Hopfer i sur. 2018). Ugoda koja se zadobiva uporabom opioida u većini je slučajeva odgovorna za potencijal razvoja SUD-a i vrlo brzo se može razviti tolerancija. Nenamjerne smrti zbog predoziranja nisu rijetkost.

Intoksikacija opioidima životno je ugrožavajuće stanje (toksični sindrom), a prisutni su različiti simptomi (kriterij B), dok se kriterij C odnosi na: pupilarnu konstrikciju (ili pupilarnu dilataciju zbog anoksije kod teških predoziranja; ali midrijaza može biti prisutna i kod kombinacije opioida i kokaina), kao i drugi simptomi nejasnog govora, oštećenje pažnje i memorije, uspavanosti, delirija, kome. Mogu biti prisutni i perceptivni poremećaji kao što su halucinacije ili iluzije, premda je to rjeđe u praksi. **Ustezanje od opioida** uključuje niz simptoma (kriterij B): disforno raspoloženje, mučninu i povraćanje, muskularne bolove, lakrimaciju i rinoreju, zjениčnu dilataciju, piloerekciju ili znojenje, dijareju, zijevanje, vrućicu te nesanicu.

27.3.8. Sedativi, hipnotici ili anksiolitici

Može se razviti SUD. **Intoksikacija spomenutim supstancijama** može imati različite neurološke simptome, a mogu biti prisutni i katatoni stupor i koma. Pri **ustezanju** od tih supstancija mogu se pojaviti različiti simptomi, npr. nesanica, mučnina i povraćanje, ali i prolazne vizualne, taktilne ili auditorne halucinacije ili iluzije, anksioznost, katatona psihomotorna agitacija, te epileptički napadaji. Ova skupina supstancija posebno može imati dugotrajnu posljedicu u obliku **neurokognitivnih poremećaja** (v. posebno poglavlje 53).

27.3.9. Stimulanti

Među stimulanate ubrajamo skupinu amfetamina, derivate amfetamina, kao i kokain. Oko 2 % adolescenata izvještava o ilegalnoj upotrebi derivata amfetamina. Različiti ulični nazivi za metamfetamin uključuju **ice, speed, crystal, glass**. **MDMA** (3,4-metildioksiimetamfetamin) (Ecstasy) sljedeća je često zloupotrebljena tvar sa stimulirajućim i psihodeličnim učinkom. Neznatno više od 1 % adolescenata izvještava o njegovoj upotrebi tijekom jedne godine. **GHB** (γ -hidroksibutirat) poznat je na ulici kao **G, grievous bodily harm ili tekući Ecstasy**. **GHB** ima slične učinke kao i alkohol, međutim, mogu biti prisutni veći poremećaji svijesti (Hopfer i sur. 2018). **Kokain** ima različite psihološke efekte, uključujući osjećaj mentalne jasnoće i gubitak osjećaja umora i tipično postoji euforija (Hopfer 2018).

Brzo se može razviti SUD, kao i brzo psihosocijalno oštećenje (Hopfer i sur. 2018). **Intoksikacija stimulan-tima** uključuje opće kriterije uz posebne kriterije (kriterij C), tahikardiju ili bradikardiju, zjениčnu dilataciju,

povišen ili snižen krvni tlak, pojačano znojenje ili bolove; mučninu ili povraćanje, gubitak na tjelesnoj masi; katatonu psihomotornu agitaciju ili retardaciju; muskularnu slabost, respiratornu depresiju, bolove u prsima, kardijalne aritmije, konfuziju, epileptičke napadaje, katatone diskinezije, katatone distonije, delirij ili komu. Mogu biti pridruženi poremećaji percepcije: halucinacije ili iluzije. **Simptomi ustezanja** uključuju uskratu uzimanja (kriterij A) te (kriterij B) disforično raspoloženje i dva ili više drugih simptoma: umor, vividni (živopisni) neugodni snovi; insomnija ili hipersomnija; povećani apetit, psihomotorna katatona retardacija ili agitacija.

27.3.10. Anabolički steroidi

Uporaba **anaboličkih steroida** postala je relativno česta. Otprilike 3 % muških adolescenata izvještava o njihovoj primjeni u protekloj godini. Glavni cilj njihove upotrebe jest dobivanje na mišićnoj masi i zato je njihova uporaba različita od uporabe drugih supstancija čiji je učinak više povezan s trenutačnim psihološkim promjenama. Postoje mnoge različite psihološke i medicinske posljedice, uključujući preuranjeno zaustavljanje rasta i smanjivanje testisa. Psihološki problemi mogu uključivati izražene promjene raspoloženja, kao i psihotične poremećaje (Brown 2005; Hopfer i sur. 2018).

27.3.11. Druge ili nepoznate supstancije

Može se razviti SUD. Pri **intoksikaciji** postoje opći kriteriji za akutnu intoksikaciju, a o tome vidjeti posebno kriterij B u **tablici 27.1.** (APA 2013). Mogu postojati i simptomi ustezanja, delirij, kao i neurokognitivni poremećaji, kao i svi navedeni pojedini psihički poremećaji.

27.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

27.4.1. Dijagnostika akutnih kliničkih slika

Pri dijagnostici akutnih stanja (intoksikacije, akutni sindrom ustezanja, delirij, katatonije, druga jasna medicinska i neurološka stanja npr. epileptički napadaji, koma), i dijagnostika i posljedično liječenje načelno se provode na pedijatrijskim odjelima. Neki primjeri kliničkih slika već su prije navedeni kod pojedinih supstancija. Ovdje se klasično primjenjuju hete-

roanamnestički podatci (npr. telefonsko nazivanje roditelja da identificiraju stanja ili supstancije), anamnestički podatci (ako ih je moguće dobiti od adolescenta); tjelesni pregled, održavanje vitalnih funkcija, opće suportivne medicinske mjere, laboratorijska dijagnostika, hitni CT mozga zbog eventualne traume glave, dodatni laboratorijski nalazi utvrđivanja droga i lijekova u krvi ili urinu, test na trudnoću u djevojaka zbog mogućega seksualnoga rizičnog ponašanja, testovi na spolno prenosive bolesti (npr. HIV testiranje) itd. Za svakog je liječnika utvrđivanje uporabljene supstancije od iznimne važnosti, ako se ona uopće može detektirati, jer će ne tako rijetko biti riječ i o kombinaciji supstancija (npr. kombinacija opioida i kokaina, što može dovesti do zbunjujuće kliničke slike npr. midrijaza; ili miješanje energijskih pića, kofeina i alkohola itd.) ili će biti posrijedi nepoznata supstancija (Hopfer i sur. 2018). Alkohol se može detektirati u **izdahnutom zraku**, a to se može potvrditi i drugim specijaliziranim testovima. Pokatkad se laboratorijski neke supstancije uopće neće moći dokazati, npr. sintetski kanabinoidi, sintetski opioidi, ili amfetamini (Hopfer i sur. 2018). U akutnim je stanjima bitno dodatno pitati **dva „probirna“ pitanja**, anamnestički ako je to uopće moguće, ili heteroanamnestički: 1. U prošloj godini, jesi li si bio pod utjecajem supstancija kada je došlo do prometne nezgode, ili si bio ozlijeđen?; 2. Jesi li se koristio supstancijama mnogo više nego što si namjeravao? (Rey 2012). Ako je bilo koje od tih dvaju pitanja pozitivno, onda je najvjerojatnije riječ o SUD-u i potrebno je daljnje upućivanje dječjem psihijatru. Nakon smirivanja akutnih kliničkih slika, dolazi u obzir dijagnostika koju provode dječji psihijatri. Posebno mogu biti važna pitanja kako je adolescent doživio svoju uporabu supstancije (ugoda, neugoda)? Kontekstualni čimbenik? Također mogu biti važna pitanja kako je okolina reagirala poslije omamljenosti (mamurnost – engl. *hangover*), jesu li roditelji bili suportivni ili osuđujući, a to će usporedo zrcaliti i obiteljsku dinamiku.

27.4.2. Dijagnostika poremećaja uzimanja supstancija (SUD)

Dijagnostika se nastavlja na akutnu dijagnostiku, o čemu je prethodno bilo riječi, ako je uopće postojala takva klinička slika. U slučaju dugotrajnijih stanja pristupa se dijagnostici SUD-a. Kako je već rečeno, identificiranje potencijalne supstancije od iznimne je važnosti za dijagnostiku (Hopfer i sur. 2018), i ovdje su

Tablica 27.2.

Specifična anamnestička, ali i heteroanamnestička pitanja u vezi s uzimanjem supstancija

Modificirano prema Budney i Stanger 2012; Lempp 2014; Rey 2012.

Idenificirana supstanija	<ul style="list-style-type: none"> - Koja se supstanija upotrebljava? - Uporabljaju li se kombinacije supstancija ili nepoznate supstancije? Jesi li svjestan/svjesna rizičnosti ako uzimaš nepoznate supstancije?
Početak	<ul style="list-style-type: none"> - Jesi li se katkada opio ili omamio nekom supstancijom? - Kako je došlo do početka uzimanja supstancija?
Frekvencija simptoma, težina	<ul style="list-style-type: none"> - Koja je frekvencija uzimanja? - Koja se količina uzima (velika količina- <i>heavy use</i>)? - <i>Binging</i> epizode (epizode opijanja velikom količinom)? - Je li postojalo recentno uzimanje, koji je bio najteži i najrizičniji način uzimanja? - Kakav je način uzimanja (injekcije, šmrkanje)?
Razvojni aspekti	<ul style="list-style-type: none"> - Povezanost s drugim čimbenicima u adolescentovu životu (npr. odgovor na stres, depresiju, probleme kontrole impulsa, nerazriješen odnos vlastitih granica prema supstancijama, eksperimentiranje, autodestruktivno ponašanje)?
Kontekst	<ul style="list-style-type: none"> - Postoje li različiti osjećaji prije uzimanja: dosada, bijes, depresija, tjeskoba? - Je li uzimanje grupno (u nekim prigodama) ili pojedinačno? - Kako tvoji prijatelji reagiraju na uzimanje supstancija? - Koje su prednosti uzimanja supstancija (pripadnost grupi adolescenata, redukcija problema, samomedikacija u slučaju neprepoznatoga psihičkog poremećaja)? - Dostupnost supstancija (npr. od prijatelja, susjedstva)?
Intoksikacija	<ul style="list-style-type: none"> - Kakav je osjećaj kad si omamljen/omamljena ili opijen/opijena? Jesi li se osjećao/osjećala relaksirano kad si uzeo/uzela supstanciju? Kakve su tada tvoje reakcije? Jesi li katkada doživio/doživjela halucinacije, iluzije? Jesi li požalio/požalila nakon pijanstva/omamljenosti? - Jesi li katkad iskusio/iskusila osjećaj mamurnosti? Događa li se to često? - Imaš li razdoblja nesjećanja na događaje (rupe u sjećanju ili <i>blackouts</i>)?
Ustezanje	<ul style="list-style-type: none"> - Jesi li pokušao/pokušala prestati koristiti se supstancijama? - Jesi li imao/imala simptome ustezanja?
SUD	<ul style="list-style-type: none"> - Jesi li namjerno uzeo/uzela neko sredstvo? - Jesi li se koristio/koristila supstancijama mnogo više nego što si namjeravao/namjeravala? - Jesi li svjestan/svjesna rizika od uzimanja? - Jesi li imao/imala simptome žudnje (<i>craving</i>)? - Je li ti netko rekao da imaš probleme s uzimanjem supstancija? - Postoji li verbalno minimiziranje problema?
Posljedice povezane s uporabom	<ul style="list-style-type: none"> - Jesi li vozio/vozila automobil ili motor nakon uzimanja supstancija, ili je tebe vozio netko tko je bio „<i>high</i>“? - Jesi li se katkada potukao/potukla u stanjima uzimanja alkohola/droga? - Jesi li imao/imala seksualni odnos tijekom uzimanja supstancija? Jesi li požalio/požalila zbog toga? - Postoje li naznake tjelesnih posljedica (npr. gastritis, ozljede u prometu)? - Koje negativne posljedice postoje uzimanjem supstancija (poremećaji spavanja, financijski problemi /krađe vrijednih predmeta od kuće/; problemi u školi; kriminalna ponašanja, uključivanje policije i nadležnog centra za socijalnu skrb u slučaj, socijalna izolacija)? - Ograničava li te supstanija u tvojim aktivnostima, npr. u slobodnim aktivnostima, sklapanju prijateljstava?
Obitelj	<ul style="list-style-type: none"> - Jesu li u obitelji svjesni problema? - Jesi li uzimao/uzimala supstancije u prisutnosti drugih članova obitelji? - Ima li u obitelji članova koji uzimaju droge/alkohol/lijekove (roditelji, braća/sestre); psihičke bolesti u obitelji, suicidalno ponašanje? - Jesu li supstancije dostupne kod kuće? - Što tvoji roditelji misle o uzimanju sredstava?
Protektivni čimbenici	<ul style="list-style-type: none"> - Postoje li neki protektivni čimbenici (motiviranost za prestanak uzimanja; obiteljska podrška, dobar školski uspjeh, mogućnost druženja s vršnjacima koji se ne koriste supstancijama itd.)?

nam važni anamnestički i dodatni laboratorijski nalazi. Neki primjeri kliničkih slika već su prije navedeni kod pojedinih supstancija. Važan je tjelesni pregled (Lempp 2014) ili će detaljniji pregled biti prethodno proveden kod pedijatra. **Laboratorijski nalazi**, a posebno probir urina na toksične supstancije, upućuju na povećanu važnost probira (skrininga) uporabljenih supstancija. Ipak, važno je shvatiti da je neke supstancije lakše detektirati ili se mogu detektirati samo u kraćim razdobljima (npr. inhalante je teško detektirati u urinu, a alkohol se brzo eliminira). Uglavnom, u kliničkim uvjetima dostupan je standardni panel testova usmjeren na najčešće upotrebljavane supstancije. Alkohol se može detektirati u izdahnutom zraku, a to se može potvrditi i drugim specijaliziranim testovima. Za halucinogene, MDMA i GHB potrebni su specifični testovi. Dodatno se primjenjuju opći laboratorijski nalazi (**posebno jetrene probe**), testovi na trudnoću u djevojaka, kao i eventualno ciljana provjera postojanja spolno prenosivih bolesti (npr. HIV) (Rey 2012).

U **tablici 27.2.** prikazana su orijentacijska specifična anamnestička pitanja, a mogu biti istodobno postavljena i heteroanamnestička (roditeljima) povezana s uzimanjem supstancije.

Uobičajeno, informacije se dobivaju **direktnim intervjuima od adolescenata**, kao i od roditelja, učitelja i drugih izvora. Adolescenti s uporabom alkohola/droga/lijekova obično umanjuju problem. Općenito, kliničari bi trebali pokušati održavati prisan odnos s pacijentima, koristeći se neosuđujućim, empatičnim i iskrenim pristupom osmišljenim kako bi se formirao terapijski odnos. Kliničari ne bi smjeli imati dvojbi u vezi s povjerljivošću i njezinim ograničenjima. Adolescenti bi trebali razumjeti da su pravila povjerljivosti primjenjiva, unutar određenih ograničenja, uz važne iznimke koje se odnose na opasna ponašanja (Hopfer i sur. 2018). Uvjerenost adolescenata u tajnost podataka (unutar navedenih limita) općenito ohrabruje iskreno izvještavanje o problemima uporabe supstancija. Relevantne informacije od adolescenata uključivat će prirodu i opseg upotrebe supstancija, njezin početak i trajanje te povezanost s drugim čimbenicima u životu adolescenta (npr. odgovorom na stres, depresiju, probleme kontrole impulsa). Često je najbolje napraviti početni intervju u prisutnosti i adolescenta i roditelja tako da svi čuju pravila evaluacije.

Intervju s roditeljima treba dopuniti intervju s adolescentom da bi se razumjeli relevantni čimbenici iz povijesti i aktualnog funkcioniranja djeteta i obitelji.

Tada može slijediti intervju s adolescentom. Kod adolescenata je često od pomoći započeti intervju s neutralnijim temama (npr. povijest razvoja) prije nego što se prijeđe na osjetljivije teme.

U literaturi postoji niz skala koje mogu procijeniti uporabu supstancija, poneke su probirne (skrining) skale, a poneke su ljestvice težine simptoma, a koji brzo mogu upućivati na ozbiljnost situacije, dok je jedna od najpoznatijih **CRAFFT skala** (Budney i Stanger 2012; Cheung i sur. 2012; Rey 2012). CRAFFT je pokrata od prvih slova pitanja. To je probirna (skrining) skala koja mjeri šest pitanja: 1. Je li u trenutku uzimanja supstancije korišten automobil (CAR), pacijentov ili neki drugi?; 2. Postoji li osjećaj relaksiranosti (RELAX)?; 3. Upotrebljava li se supstancija kada si osamljen/osamljena (ALONE)?; 4. Je si li zaboravio (FORGET) na neke stvari tijekom uzimanja? 5. Jesu li ti obitelj ili prijatelji (FRIENDS) rekli da imaš problem?; 6. Jesi li su upao u teškoće (TROUBLE) tijekom uzimanja?

Kao što je već navedeno, glavna **diferencijalna dijagnoza** jest između **SID-a i SUD-a**, odnosno postoji li uopće **SUD** (APA 2013). Nadalje, ne treba poistovjetiti **medicinsko korištenje** nekim supstancijama (dominantno kod karcinoma, AIDS-a, težih neuroloških bolesti itd.) s njihovim nekontroliranim uzimanjem. U literaturi postoje zagovornici i kontraargumenti u vezi s medicinskom primjenom (Budney i Stanger 2012), međutim, ova pitanja mogu adolescenti shvatiti kao dopuštenost uporabe nekih ilegalnih supstancija (npr. kanabis).

Također treba uzeti u obzir i moguće različite **komorbiditete**. Mogu biti prisutni i eksternalizirajući (poremećaji ponašanja, ADHD) i internalizirajući (anksioznost, poremećaji raspoloženja, suicidalnost) poremećaji, iako je nešto veća vjerojatnost za eksternalizirajuće poremećaje (Budney i Stanger 2012; Lempp 2014). Nadalje, mogu biti prisutni poremećaji jedenja (npr. *Binge eating disorder*), samoozljeđujuće ponašanje, *borderline* poremećaj, depresivni poremećaji, kao i početni shizofreni poremećaj (Lempp 2014).

27.5. Etiopatogeneza

27.5.1. Integrativna etiopatogeneza

Danas se smatra da postoji integrativna etiopatogeneza poremećaja, a ne treba zanemariti ni mogući direktni učinak na dodatno oštećenje funkcioniranje mozga. Razvijeni su različiti modeli za razumijevanje

obrasca i progresije uporabe droga. Prevladavajuća teorija sugerira da se adolescenti prvo koriste alkoholom ili duhanskim proizvodima, a zatim marihuanom, prije nego što prijeđu na upotrebu drugih supstancija (Kandel i sur. 1992). Slična ideja, hipoteza „postupnih koraka“ ili „kapije“ (engl. *gateway* teorija), vidi marihuanu kao ključ za prelazak na druge droge u adolescenata. Različiti su mehanizmi primijenjeni da objasne ovaj mehanizam, a istaknuti su biološki mehanizmi učinka na funkcioniranje mozga (Hopfer i sur. 2018). Pojavljivanje upotrebe supstancija ima genske, razvojne, obiteljske i okolišne komponente (školska okolina, susjedstvo, utjecaj vršnjaka, dostupnost supstancija itd.) (Budney i Stanger 2012). Ovdje ne treba zanemariti ni uzimanje alkohola ili droga prenatalno u majki (v. poglavlje 32 o perinatalnim smetnjama), a koja predisponiraju adolescente za uzimanje supstancija. Etiopatogenetski se najčešće spominje model vulnerabilnosti (ili stres-dijateza model- vidi poglavlje 10 o razvojnoj psihopatologiji), koji uključuje genske, psihološke, psihodinamske i obiteljske modele (v. poglavlje 10 o etiopatogenetskim modelima), kao i bihevioralni model kondicioniranja na ugodna stanja kakva nude supstancije. Često se u literaturi navode obiteljski čimbenici, kao što je disfunkcionalno roditeljstvo, kao i roditelji koji uzimaju supstancije (Budney i Stanger 2012). Rana dob početka uzimanja supstancija, roditelji koji uzimaju supstancije i starija braća/sestre koji ih uzimaju, prisutnost drugih psihijatrijskih poremećaja (npr. poremećaja ponašanja), prediktor su za razvoj SUD-a. Također je važan vršnjački utjecaj, iako je shvaćanje da ovo vodi ravno u uporabu supstancija previše pojednostavnjeno.

27.5.2. Psihodinamski aspekti

Najčešće psihodinamsko objašnjenje kreće se oko pitanja održavanja **narcističke ravnoteže**, odnosno nemogućnosti odgovora na napetosti i konflikte. S jedne strane, uzimanje supstancija označuje određeno narcističko povlačenje u jedan omnipotentni svijet s precijenjenim fantazijama. S druge strane, elementi narcističke ugone nadalje kondicioniraju osobu na daljnju uporabu supstancija. U literaturi se navode različite strukturne razine u osoba koje se koriste supstancijama. Osobe koje funkcioniraju na **umjerenom strukturnom razini** (ili umjerenom neurotskoj razini) (v. tabl. 4.3. u posebnoj poglavlju 4) bit će slične narcističkim pacijentima. U njih će dominirati osjećaji

narcističke ranjivosti. Ako se pacijenti nalaze na **nižoj strukturnom razini**, onda će se pretpostavljati *border-line* patologija, kao što su navale različitih preplavljujućih osjećaja, tjeskobe, praznine i nemogućnost kontrole impulsa. Socijalno povlačenje u tom je smislu pokušaj integracije svojega ega i, prema tome, slično je kao i kod psihodinamike samoozljeđujućeg ponašanja. Moglo bi se, prema tome, reći da ovisnost stabilizira slabi ego (Ermann 2007).

27.6. Klinička vinjeta

Na pregled dječjem psihijatru dolazi adolescent Marko dobi od 16 godina. Anamnestički se od njega samog saznaje o simptomima SUD-a zbog alkohola i kanabisa. Primarno shvaća te supstancije kao sredstva olakšavanja njegovih razvojnih zadataka. Često se tuče u svojem susjedstvu, a mnogo puta ima i seksualne odnose s više partnerica, većinom bez zaštite. Jedno je vrijeme i dilao ilegalne supstancije, a sada je verbalno distanciran od takvih radnji. Često upada u verbalne svađe s ukućanima. U obitelji je riječ o kaotičnim odnosima, roditelji nisu nikada ni živjeli zajedno. Samohrana majka zabrinuta je i angažirana. Dobra figura u obitelji jest baka (majčina majka). Otac je svakodnevni konzument različitih droga, a čega je Marko svjestan. Marko s ocem ima učestale kontakte kada se želi domoći novca, koje troši u enormnim količinama. Povremeno je sklon krađi novca od ukućana. Sklapa se terapijski savez. Preporučuje se dugotrajnije, multimodalno liječenje.

27.7. Liječenje

27.7.1. Liječenje akutnih stanja

U **tablici 27.3.** sažeto su prikazani modaliteti liječenja akutnih stanja, kao i SUD-a.

Liječenje **akutnih stanja intoksikacije** (uključujući pojedina katatona stanja, npr. katatonu agitaciju, katatonu retardaciju, katatoni stupor; delirij, komu) zahtijeva intenzivne medicinske mjere dijagnostike (npr. prisutnost epileptičkih napadaja; isključenje neuroloških stanja) i liječenja na pedijatrijskim odjelima, te se za ove aspekte liječenja trebaju rabiti drugi udžbenici hitne medicine. Posebno u praksi mogu biti izazovni dijagnostika i liječenje stanja pri kojima su supstancije nepoznate, pa je potrebno, ako je to moguće, identificirati koja se supstancija upotrebljavala (kat-

Tablica 27.3.**Terapijski principi liječenja poremećaja povezanih sa supstancijama****Akutna stanja**

- Primarno pedijatrijsko liječenje (intoksikacije, ustezanje, psihički poremećaji uzrokovani uzimanjem supstancija; epileptički napadaji, katatonija, delirij, koma)
- Naknadna dijagnostika i liječenje koje provodi dječji psihijatar (npr. kratke psihološke intervencije)
- Eventualna psihofarmakoterapija

Liječenje SUD-a

- Postizanje apstinencije (prvih mjesec dana, prvih tri mjeseca, prvih 12 mjeseci); uz kontrole urina i laboratorijske testove
- Strukturirane terapije (kratke psihološke intervencije, bihevioralne i kognitivno-bihevioralne metode (motivacijsko intervjuiranje, kognitivno-bihevioralna terapija), obiteljske i multisistemske terapije; bihevioralne terapije u zajednici, bihevioralno osnaživanje i nagrađivanje (engl. *contingency management*), odnosno primjenjivat će se integrirani postupci;
- Liječenje komorbiditeta
- Eventualna psihofarmakoterapija
- Eventualne psihodinamske terapije

kada je potrebno telefonski nazvati roditelje). Slično ovomu **akutni simptomi ustezanja** (npr. alkoholni delirij uzrokovan ustezanjem od alkohola) načelno se liječe na odjelima intenzivne pedijatrijske skrbi (detaljnije vidjeti u pripadajućim udžbenicima). Dakle, **katatonija** (izazvana bilo kojim uzrokom, a posebno se to odnosi na povezanost s medicinskim stanjem) i **delirij** u načelu se liječe na pedijatrijskim odjelima. **Akutna klinička slika drugih psihičkih poremećaja** koji su izazvani uzimanjem supstancija/lijekova uključuje: neurokognitivne poremećaje; psihotične poremećaje; bipolarni afektivni poremećaj; depresivni poremećaj; anksiozni poremećaj; opsesivno-kompulzivni poremećaj i srodne poremećaje; poremećaje spavanja i seksualne disfunkcije. Barem na početku, radi diferencijalne dijagnoze, preporučuje se da se svi ti poremećaji također liječe na pedijatrijskim odjelima. U slučaju akutnih stanja može se primijeniti i dodatna psihofarmakoterapija (v. liječenje hitnih stanja) (Lempp 2014). Psihotične simptome posebno uzrokuju kanabis, amfetamini, ecstasy, kokain i LSD (Lempp 2014).

Nakon smirivanja akutne kliničke slike preporučuju se konzilijarni pregled kod dječjeg psihijatra, te daljnja psihijatrijska opservacija, kontrola i eventualno

liječenje. Pojedini autori tada savjetuju stacionarno psihijatrijsko liječenje (liječenje na zaključanim psihijatrijskim odjelima) da bi se potaknula apstinencija, a ona bi mogla trajati i do 4 tjedna (Lempp 2014). Pri stanju nakon akutnih kliničkih slika potrebne su suportivne i neosuđujuće mjere koje provode liječnik i roditelji, npr. kako je prošla mamurnost, odnosno tada se preferiraju podrška okoline, tekućina, visoko kalorično voće (banana) i druge mjere. Pojedini autori preporučuju **kratke psihološke intervencije**, koje su vođene kognitivno-bihevioralnim principima (Rey 2012).

27.7.2. Liječenje poremećaja uzimanja supstancija (SUD)

U **tablici 27.3.** sažeto su prikazani modaliteti liječenja akutnih stanja, kao i SUD-a. Moramo biti svjesni da je pri liječenju SUD-a obično riječ o kronično-relapsirajućim stanjima (Hopfer i sur. 2018). Na početku se preporučuje potpuna apstinencija (npr. kontrolirana tjednim uzimanjem testiranja na supstancije), te primjena psihosocijalnih intervencija, kao i faze održavanja ili faze prevencije relapsa. Ovo se može provesti i dugotrajnim načinima liječenja, od jedne do tri godine (Lempp 2014). Važno je održati apstinenciju u prva 3 mjeseca liječenja, a poželjno je da ona bude 12 mjeseci (Budney i Stanger 2012; Lempp 2014).

Često će adolescenti minimizirati svoj problem, a zabrinuti će biti roditelji, škola ili socijalne službe. U svijetu se primjenjuje niz **strukturiranih načina liječenja**, koji su tipično multimodalni, a zahvaćaju samog pacijenta, obitelj, vršnjake i druge okolišne domene zajednice. **Farmakoterapija** može biti važan način liječenja i u pravilu se neće davati benzodiazepini (zbog mogućeg razvoja ovisnosti), nego antidepresivi, ako postoje indikacije (npr. selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) (Hopfer i sur. 2018). Od strukturiranih terapija u literaturi se spominju kratke psihološke intervencije, bihevioralne i kognitivno-bihevioralne metode (motivacijsko intervjuiranje, kognitivno-bihevioralna terapija), obiteljske i multisistemske terapije; bihevioralne terapije u zajednici, bihevioralno osnaživanje ili nagrađivanje (engl. *contingency management*), odnosno primjenjivat će se integrirani postupci. Ove strukturirane terapije često uključuju **tjedne kontrole urina** s obzirom na supstancije, koja je važan preduvjet liječenja (Budney i Stanger 2012; Hopfer i sur. 2018; Rey 2012). U slučaju komor-

biditetnih stanja, koja nisu rijetka u adolescenata, liječiti će se ovi komorbiditeti, npr. poremećaj ponašanja (kombinirano psihoterapijsko i pedagoško liječenje, u smislu kontrole apstinencije) (v. posebno poglavlje 64 o poremećajima ponašanja).

Postoji otvoreno pitanje primjene **psihodinamskih terapija** kod SUD-a jer pacijenti, umjesto za psihičkom proradom, posežu za trenutačnim olakšanjem napetosti s pomoću supstancija (povreda granica terapije). Pretpostavka eventualnog psihodinamskog liječenja jest apstinencija od supstancija, mogućnost kontrole vlastitog stanja, dostatno opće strukturiranje svakodnevice, socijalna uključenost s vršnjacima koji ne uporabljaju supstancije, te zadobivanje motivacije za liječenje. Tek tada će se odvagnuti mogućnost psihodinamskog liječenja, te će se pokušati raditi na strukturnim oštećenjima (Ermann 2007). Međutim, ako je neka povremena intoksikacija prisutna kod adolescenata, ali bez razvoja SUD-a, moguće je psihodinamsko liječenje, slično principima drugih entiteta (npr. poremećaj ponašanja, poremećaji jedenja, samoozljeđujuće ponašanje, *borderline* poremećaj ličnosti, piromanije, parafilčnih poremećaja i drugo) (v. druga poglavlja u knjizi).

Ishodi su pokazali da SUD obilježava kronični tijek, s relapsima (Hopfer i sur. 2018). Prognoza poremećaja uporabe supstancija ovisi o prirodi rabljene tvari, težini problema i prisutnosti komorbiditetnih stanja. Raniji početak poremećaja, teža klinička slika, prisutnost komorbiditeta, kaotično obiteljsko okruženje, nizak socioekonomski status obitelji, manjak percepcije autodestruktivnog ponašanja, uzimanje više supstancija te korištenje supstancijama kod roditelja ili vršnjaka imaju lošiju prognozu (Budney i Stanger 2012). Bolji ishod pružaju potpora obiteljskog sustava i bolji školski uspjeh.

Preventivne mjere pokazale su se učinkovitima u 10 – 13-godišnjaka (Lempp 2014). Mogu se primjenjivati edukacijske kampanje, medijsko praćenje, edukacija roditelja, intervencije smanjenje uporabe supstancija provedene u školama i druge mjere (Budney i Stanger 2012).

27.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Adolescenti, a pokatkad i djeca koji se koriste drogama/lijekovima značajni su izazovi za mentalno i javno zdravstvo.

- ✓ U adolescenata češće se susrećemo s intoksikacijama nego sa SUD-om.
- ✓ Adolescentne intoksikacije mogu dovesti do SUD-a u odrasloj dobi.
- ✓ U adolescenciji su česti komorbiditeti poremećaja ponašanja i poremećaja koji su povezani s uporabom droga/lijekova.
- ✓ Roditelji i nastavnici trebaju empatično, neosuđujuće i što je moguće neutralnije razgovarati s adolescentom nakon povremenih omamljenih/opijenih stanja ili intoksikacija. Treba izbjegavati izravno osuđujući stav ili sramoćenje.
- ✓ Razvojno gledano, adolescentu treba pomoći u zadobivanju granica s obzirom na različite supstancije.

27.9. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Zašto je važno razlikovati SID od SUD-a?

ODGOVOR: Ovo je prevažno pitanje. Kod SID-a je uobičajeno riječ o kratkotrajnim stanjima, koja su često akutna. Primjerice, akutni simptomi intoksikacije, simptomi ustezanja, simptomi drugih psihičkih poremećaja koji su uzrokovani supstancijama. Ako u nekog adolescenta npr. postoji intoksikacija alkoholom (što je i najčešća klinička slika u adolescenata), to ne mora odmah značiti da je riječ o razvoju SUD-a. Međutim, ako postoje simptomi ustezanja, velika je vjerojatnost da je riječ o SUD-u. S druge strane, SUD označuje trajnije stanje kada su prisutni različiti simptomi od kojih su svakako najvažniji uzimanje veće količine ili tijekom duljeg razdoblja nego se namjeravalo (tzv. *heavy use*); „žudnja“ (engl. *craving*), ili snažna želja ili potreba za uzimanjem; učestalo uzimanje u fizički rizičnim situacijama (izazivanje prometnih nesreća pod utjecajem supstancija); te razvoj tolerancije i simptomi ustezanja. Terapijski su principi ovdje dugotrajniji.

■ PITANJE: Zašto je važna tijesna suradnja između pedijataru i dječjih psihijataru u ovom području?

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Kod akutnih kliničkih slika koja se mogu različito manifestirati načelno se primjenjuje liječenje na pedijatrijskim odje-

lima. Na primjer, akutne intoksikacije tipičan su primjer liječenja na pedijatrijskim odjelima. Međutim, nakon smirivanja kliničke slike potrebna je uska suradnja s dječjim psihijatrima, koji će primijeniti dodatno neke terapijske mjere npr. kratke psihološke intervencije. Pri liječenju SUD-a prioritet će imati dijagnostika i liječenje koje provode dječji psihijatri, ali uz konzultativnu djelatnost pedijataru.

■ **PITANJE: Zašto su važni drugi psihički poremećaji koji su izazvani uzimanjem supstancija/lijekova u dijagnostici kod dječjeg psihijatra?**

ODGOVOR: Načelno postoji pri akutnim stanjima važna diferencijalna dijagnoza različitih psihičkih kliničkih slika: 1. delirij; 2. neurokognitivni poremećaji; 3. psihotični poremećaji; 4. bipolarni afektivni poremećaj; 5. depresivni poremećaj; 6. anksiozni poremećaj; 7. opsesivno-kompulzivni poremećaj i srodni poremećaji; 8. poremećaji spavanja; 9. seksualne disfunkcije. Ovdje je također vrlo važna tijesna suradnja s pedijatrima. Iznimke dugotrajnijih stanja mogu biti slučaj neurokognitivnih poremećaja koji su uzrokovani supstancijama ili na perzistirajući halucinogeni poremećaj uzrokovan halucinogenima.

27.10. Pitanja

- 1 Navedite razliku između SUD-a i SID-a.
- 2 Navedite neke simptome SUD-a.
- 3 Navedite neke simptome intoksikacije.
- 4 Navedite neke simptome ustezanja.
- 5 Navedite druge psihičke poremećaje koji su uzrokovani uzimanjem supstancija/lijekova.
- 6 Navedite najčešće supstancije kojima se koriste adolescenti i njihovo moguće djelovanje.
- 7 Navedite specifična anamnestička, a mogu biti i heteroanamnestička pitanja u vezi s upotrebom supstancija.
- 8 Koji su terapijski principi pri liječenju akutnih stanja prilikom uzimanja supstancija?
- 9 Navedite principe liječenja SUD-a.

27.11. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Budney AJ, Stanger C*. Cannabis use and misuse. U: Rey JM, Martin A, ur. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental health. 2012. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
3. *Brown JT*. Anabolic steroids: what should the emergency physician know? *Emerg Med Clin North Am* 2005;23(3):815-26.
4. *Cheung W, Kit-sum Lam A, Hung S*. Other substance use. U: Rey JM, Martin A, ur. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental health. 2012. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
5. *Ermann M*. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2007.
6. *Hopfer C, Hinckley JD, Riggs P*. Substance use disorder. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewis's child and adolescent psychiatry*. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 568-580.
7. *KandelDB, Yamaguchi K, Chen K*. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol* 1992;53(5):447-57.
8. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
9. *Rey JM*. Alcohol misuse. U: Rey JM, Martin A, ur. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental health. 2012. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.

Suicidalnost u djece i adolescenata

Ivan Begovac

SADRŽAJ

28.1. Uvodni aspekti	397
28.2. Epidemiologija	398
28.3. Rizični čimbenici kod suicidalnosti, kognitivni i bihevioralni aspekti, psihodinamski aspekti	398
28.3.1. Uvodni aspekti	398
28.3.2. Pojedini glavni rizični čimbenici kod suicidalnosti, kognitivni i bihevioralni aspekti	399
28.3.3. Psihodinamika suicidalnosti	400
28.4. Suicidalnost kao kontinuum	400
28.5. Dijagnostika	401
28.5.1. Dijagnostika akutnih stanja	401
28.5.2. Dijagnostika kronične suicidalnosti	402
28.6. Liječenje, prevencija	403
28.6.1. Liječenje akutne suicidalnosti	403
28.6.2. Liječenje kronične suicidalnosti	404
28.6.3. Prevencija	405
28.7. Upute za roditelje/nastavnike	405
28.8. Često postavljena pitanja	405
28.9. Pitanja	407
28.10. Literatura	407

28.1. Uvodni aspekti

Potrebno je usporedo pročitati poglavlje o samoozljeđivanju u adolescenata (v. posebno poglavlje 29), a napose proučiti [tablicu 29.3.](#), u kojoj se pokušavaju razlikovati nesuicidalno samoozljeđivanje, neletalni pokušaj suicida, od letalnog pokušaja suicida, odnosno ozbiljnog pokušaja suicida i izvršenog suicida, premda postoje i moguća preklapanja. U toj je tablici vjero-

jatno najvažnije razlikovati nesuicidalno samoozljeđivanje od pokušaja suicida (Jans i sur. 2018). Međutim, uz važnu napomenu da nekada samoozljeđivanje može nenamjerno završiti izvršenim suicidom, odnosno pojedini autori ne razlikuju samoozljeđivanje od suicidalnosti, jer je u praksi uvijek moguć suicid!

U [tablici 28.1.](#) navedeni su pojedini termini o kojima će se govoriti dalje u tekstu, međutim, te termine različiti autori različito shvaćaju.

Tablica 28.1.

Pojedini termini povezani sa suicidalnošću.

Modificirano prema Ermann 2007; Jans i sur. 2018; Posner i sur. 2011; Ringel 1976.

Suicidalnost	Najširi pojam. Kognicije i aktivnosti kojima se traže vlastita smrt putem misli, akcijom ili omaškom. Neki autori to nazivaju suicidalnim sindromom.
Suicidalno ponašanje	Relativno nejasan pojam. Vjerojatno uključuje kogniciju, emocije, kao i ponašanje, slično suicidalnosti.
Želja za smrću (engl. <i>intent to die</i>)	Jasna želja ili namjera za smrću. Vjerojatno je slična pojmu aktivne suicidalne ideacije (v. poslije). Međutim, u adolescenata može biti nejasna i teško se može procijeniti.
Suicidalna ideacija – pasivna	Pasivne misli da bi bolje bilo da ga nema, bez preparatornih (pripremnih) aktivnosti.
Suicidalna ideacija – aktivna	Pojedini autori to poistovjećuju sa željom ili namjerom za smrću (<i>intent to die</i>), te razrađenim planom kako se ubiti. Pojedini autori ovamo ubrajaju i presuicidalni sindrom. Nema preparatornih (pripremnih) aktivnosti.
Preparatorne (pripreme) aktivnosti prije neposrednog suicidalnog ponašanja	Osoba poduzima korake da se samoozlijedi, ali sam odustaje ili je spriječen od drugih.
Presuicidalni sindrom	Može biti nejasan pojam. S jedne strane, pojedini ga autori poistovjećuju s aktivnom suicidalnom ideacijom, ali bez preparatornih (pripremnih) aktivnosti. S druge strane, pojedini autori ovamo ubrajaju i aktivnu suicidalnu ideaciju i preparatorne aktivnosti.
Pokušaj suicida	Neletalne aktivnosti ili preparatorne (pripreme) aktivnosti koje ne rezultiraju smrću. Suicidalne aktivnosti mogu biti povučene, prekinute ili mogu biti neuspješne. Obično postoji želja za smrću ili je ona ipak prisutna u manjoj mjeri.
Ozbiljni (letalni) pokušaj suicida	Teži oblik pokušaja suicida, većinom postoji želja za smrću.
Suicid	Obično se misli na izvršeni suicid. U određenoj je mjeri postojala želja za smrću.
Nesuicidalno samoozljeđivanje, bez namjere za smrću	Može biti nejasan pojam. Obično se rabi kada ne postoji želja za smrću.
Nesuicidalno samoozljeđivanje, nejasna želja za smrću	Nejasno stanje, ali iziskuje veliku pažnju kliničara.
Parasuicidalno ponašanje	Neuobičajeno, potencijalno životno ugrožavajuće samoozljeđivanje, bez namjere za smrću. Često se poistovjećuje s „nesuicidalnim samoozljeđivanjem“.
Namjerno samoozljeđivanje	Nejasan pojam. Ne razlikuje se „nesuicidalno samoozljeđivanje“ od neletalnih pokušaja suicida.
Nedostatak informacija	Nema informacija postoje li suicidalna ideacija i suicidalno ponašanje (namjerna ili nenamjerna). Zahtijeva veliku kliničku pozornost.

U ovom tekstu, kada se govori o suicidalnosti, pisat će se u najširem kontekstu, a kada se bude govorilo o suicidu, mislit će se na izvršeni suicid. Pojedini autori radi pojednostavnjenja nesuicidalno samoozljeđivanje uporabljaju u sličnom terminu kao i parasuicidalno ponašanje (Jans i sur. 2018). Sve vrste nesuicidalnog samoozljeđivanja, pokušaja suicida i suicida mogu biti izvedene na različite načine, od korištenja supstancija i otrovnim supstancijama, kao i vješanjem, utapanjem, uporabom vatrenog oružja i oštrih predmeta, skokom s velikih visina, namjernom uporabom prometnih vozila u tu svrhu itd. (WHO 1996). Pojedini autori u ne-suicidalno samoozljeđivanje ne ubrajaju artificijelni poremećaj (v. posebno poglavlje 49), simulaciju, kao i indirektno posljedice samoozljeđivanja: npr. nezaštićeni spolni odnos, visoko rizično ponašanje (npr. ilegalne auto utrke) ili intoksikacije psihoaktivnim supstancijama. Želja za smrću (engl. *intent to die*) označuje jasnu želju ili namjeru za smrću. Vjerojatno je slična pojmu aktivne suicidalne ideacije (v. poslije u tekstu). Međutim, u adolescenata može biti nejasna i teška za procjenu.

28.2. Epidemiologija

U pojedinim je zemljama izvršeni suicid u dobi od 10 do 24 godina drugi od najčešćih uzroka smrti u toj dobi, nakon prometnih nezgoda (Jans i sur. 2018). U dobi od 15 do 19 godina u Europi variraju izvršeni suicidi od nulte stope do 16,7 na 100 000 stanovnika (podatci za godinu 2014.), odnosno prosječna je stopa oko 2. Primjerice, u Latviji je u dobi od 15 do 19 godina stopa izvršenih suicida 16,7 za 2014. godinu. U Hrvatskoj je za sve dobne skupine stopa izvršenih suicida za 2018. godinu 16,6 na 100 000 stanovnika. U našoj zemlji stopa izvršenih suicida u dobi do 14 godina stopa za godinu 2018. ne prelazi 1 slučaj na 100 000 osoba (HZJZ 2019). U dobi od 14 do 19 godina stopa izvršenih suicida u Hrvatskoj za 2018 godinu je 4,8. Međutim, ovomu treba dodati da su zabilježeni statistički podatci o izvršenim suicidima zbog različitih razloga (npr. religijski razlozi) vjerojatno umanjeni. Dodatno, u cijelome svijetu nedostaju podatci o pokušajima suicida, a koji su od 10 do 20 puta učestaliji nego izvršeni suicidi (Jans i sur. 2018). Apsolutno gledano, za dob od 14 do 18 godina izvješćuje se da oko 15,8 % adolescenata ima ozbiljne pokušaje suicida, a dodatnih 7,8 % ima (neletalne) pokušaje suicida.

Nadalje, epidemiologija bi stoga trebala uzeti detaljnije podatke o dobi, rodu, specifičnim regijama i zemljama, etnicitetu, kao i o sekularnim trendovima (Jans i sur. 2018). Općenito gledano, izvršeni suicidi češći su kod dječaka nego u djevojčica, u adolescenata je omjer oko 4 : 1. Najčešći način izvršenja suicida čini se da je vješanje (posebno dječaci), dok u djevojaka mogu biti drukčiji načini. Pokušaji suicida tipično su češći u adolescentica (**tzv. *gender paradox***). Od medicinskih struka, psihijatri nose jedan od najvećih rizika od suicida (Ermann 2007).

28.3. Rizični čimbenici kod suicidalnosti, kognitivni i bihevioralni aspekti, psihodinamski aspekti

28.3.1. Uvodni aspekti

Klasično se u literaturi navode rizični čimbenici kod suicidalnosti (Jans i sur. 2018), međutim, pojedini autori kod adolescenata ne navode da postoje takvi specifični čimbenici (Schulte-Markwort 2007). Kao i za rizične čimbenike, slično bi se moglo reći za kognitivne, bihevioralne i psihodinamske aspekte da mogu biti nespecifični. U **tablici 28.2.** navedeni su radi edukativnih razloga čimbenici koji bi se mogli povezati s umjerenim ili visokim rizikom od suicida, uz istodobni pokušaj sagledavanja kontinuiteta suicidalnosti, od razmatranja, ambivalencije, do odluke o suicidu.

Pojedini autori razlikuju „teške metode pri pokušaju suicida“, a među njih ubrajamo vješanje, uporabu oružja, skok s visine, dok u „lakše suicidalne metode“ ubrajaju intoksikacije, otrovanje medikamentima (Ermann 2007), međutim ovo ne treba doslovno shvatiti (v. poslije u tekstu). Dakle, postoji **važna napomena** iz navedene tablice: pojedini autori rizik od suicida ne dijele na mali, umjereni ili visoki! Naime, moguć je i impulzivni izvršeni suicid u adolescenata, čak i ako ne postoji ikakav rizični čimbenik ili mali rizik od suicida, odnosno suicid u pozadini ne mora imati neku definiranu psihičku bolest, npr. nakon neposrednog razočaranja mogu nastati nagle impulzivne misli i čini. Stoga je važno izjave djece i adolescenata o **suicidu uvijek uzimati ozbiljno!** (Schulte-Markwort 2007). I kako je već navedeno u tablici, posebno su rizična stanja kada mogu nedostajati anamnestički ili heteroanamnestički podatci ili pak adolescent odbija govoriti o sebi.

Tablica 28.2.

Stupnjevi suicidalnosti s obzirom na umjereni ili visoki rizik.

Modificirano prema Bronisch i Hegerl 2011; Ermann 2007; Jans i sur. 2018; NSW Department of Health 2004; Ringel 1976.

Umjereni rizik od suicida (razvoj dovoljne emocionalne i biheioralne regulacije; pacijent spreman primiti pomoć; stvaranje terapijskog saveza; dobar okolišni suport)		Visoki rizik od suicida (težina, ozbiljne metode aktualnog stanja; jasna želja za smrću; kronično anksiozne i beznadne osobe; teška psihopatologija; prethodni pokušaji ozbiljnog suicida /težina, ozbiljne metode;/ impulzivnost; nedovoljno informacija; pacijent odbija razgovor; nedostatak suporta okoline)		
Ideje o suicidu; pasivne želje da se bude mrtav ili da me nema;	Suicidalne ideje; suicidalna ideacija; „presuicidalni sindrom“;	Planovi za suicid; preparatorne (pripreme) aktivnosti	Suicidalne čini; pokušaj suicida	Ozbiljni pokušaji suicida
Razmatranje (engl. <i>consideration</i>) (uključuje kognitivnu i emocionalnu dimenziju)		Ambivalencija (borba između namjere za životom i namjerom za smrću)	Odluka (osoba se može osjećati naglo relaksirano, manje agitirano; manifestno se može osjećati poboljšano)	
- Liječenje - Ponovna procjena unutar tjedan dana		- Pacijenta se ne može nijednu sekundu ostaviti samoga - Liječenje akutnoga stanja - Ponovna procjena unutar 24 sata		

Važna napomena: pojedini autori rizik od suicida ne dijele na mali, umjereni ili visoki jer je to katkada teško procijeniti u praksi, odnosno moguć je i impulzivni izvršeni suicid u adolescenata, čak i da ne postoji ikakav rizični čimbenik ili mali rizik od suicida. Posebno su rizična stanja kada mogu nedostajati anamnestički ili heteroanamnestički podatci ili adolescent odbija govoriti o sebi.

28.3.2. Pojedini glavni rizični čimbenici kod suicidalnosti, kognitivni i biheioralni aspekti

Pojedini autori jasno navode sljedeće rizične čimbenike: prethodni pokušaji suicida, psihopatologija adolescenta; obiteljski čimbenici: tjelesno i seksualno zlostavljanje; manjak socijalne potpore, manjak vršnjačkih odnosa, osjećaji socijalne izolacije; „osvješćivanje“ (*coming out*) kod homoseksualne orijentacije ili pitanja oko rodnog identiteta; dostupnost letalnih metoda; izloženost suicidu (unutar obitelji ili preko medija); kao i drugi čimbenici (Jans i sur. 2018).

Prethodni pokušaji suicida jedan su od glavnih rizičnih čimbenika. Retrospektivno gledano, 30 % izvršenih suicida ima anamnezu pokušaja suicida. Nakon pokušaja suicida postoji do 20 puta veća šansa za ponovni pokušaj suicida; teži oblik ozbiljnog pokušaja suicida jasno je povezan s brojem prethodnih pokušaja suicida. Ovdje vjerojatno ulogu imaju **kognitivni i biheioralni aspekti** (kondicioniranje na prethodne pokušaje suicida). **Psihopatologija u adolesce-**

nata drugi je važan rizični čimbenik i u 80 do 90 % njih postoje neki psihički poremećaji (npr. poremećaji spavanja, depresivni poremećaj, razvojni *borderline* poremećaj). Međutim, mogu postojati rizična zdravstvena ponašanja (nema još definiranog psihičkog poremećaja), kao što su npr. agresivno i seksualno ponašanje, prigodna uporaba supstancija, osjećaji beznadnosti i bezvrijednosti, impulzivna agresija, dezinhbirajući učinak alkoholne intoksikacije. Nadalje, suicid se može pojaviti i u adolescenata bez ikakvih psihijatrijskih poremećaja ako postoji prethodno suicidalno ponašanje, legalni problemi, kao i psihičke bolesti u obitelji. **Obiteljsko okruženje** sljedeći je važan čimbenik. Roditeljska psihopatologija (pokušaji suicida kod majki, uporaba supstancija u obaju roditelja, što može upućivati i na **gensko-molekularne čimbenike** itd.), kao i anamneza suicidalnog ponašanja u članova obitelji mogu biti prediktor pojavljivanja suicidalnosti u djece. **Socioekonomski razlozi**, kao npr. siromaštvo, može biti rizični čimbenik. **Aktualni stresori** također se povezuju, npr. vršnjačko nasilje (*bullying*- nije psihijatrijska dijagnoza na prvoj klasifikacijskoj osi), disci-

plinarni i legalni prekršaji, pritvaranja, školske poteškoće. Pitanja u vezi s razvojem **homoseksualne orijentacije i rodna pitanja** („osvješćivanje“ ili *coming out*) mogu također biti povezana sa suicidalnošću. **Internet, socijalne mreže i mediji** isto tako mogu biti važan rizični čimbenik (**kognitivni i bihevioralni aspekti**). Naime, postoje internetske stranice na kojima se „slavi suicid kao herojski čin“, gdje se promovira samoubojstvo; daju se konkretne upute kako se ubiti; objavljuju se fiksni datumi o zajedničkom suicidu mladih osoba; neprilagođeno medijsko izvješćivanje ili romani i filmovi o suicidima (**npr. Werther učinak**), gdje veliku ulogu imaju imitacija, sugestivni moment, status poznate osobe u javnosti (*celebrity*), ili idoli onoga koji je izvršio suicid, romantično izvješćivanje o suicidima, tzv. suicidalna epidemija itd. (Ermann 2007; Jans i sur. 2018; Kernberg 1994).

Dodatno se u literaturi nalaze druge podjele rizičnih čimbenika, jer se adolescent nalazi u **stanju krize**, kao što su **predispozicija** (npr. prethodni pokušaji suicida, muški rod); „**okidači**“ (npr. sukob s roditeljima, loše ocjene u školi; prekid emocionalne veze, poniženja i sramoćenja, usamljenost itd.); **facilitatori** (emocionalni čimbenici uz omamljenost supstancijama, imitacije s drugima koji su izvršili suicid itd.), te **prigoda** (dostupnost letalnih metoda). S druge strane, svakako treba uzeti u obzir i protektivne čimbenike, kao što su psihološka podrška, dobra obiteljska klima, prisutnost drugih osoba u okolini, religijska uvjerenja itd. (Jans i sur. 2018).

28.3.3. Psihodinamika suicidalnosti

Pojedini autori govore da zapravo ne postoje specifični rizični čimbenici, kao ni specifična psihodinamika (Schulte-Markwort 2007), ali ovdje će se ipak radi edukativnih razloga navesti neki. Naime, mogu biti prisutni i aktualni „okidači“, aktualne traume, kao i dublji poremećaj doživljaja selfa (*borderline* patologija). „Okidači“ mogu biti razočaranja, separacije, gubitci, duševne ozljede, kao i temeljni osjećaj nesigurnosti; koji djeluju na **labilnost narcističke ravnoteže**. Reaktivno se pojavljuju strah, bijeg koji se usmjeruju prema samome sebi (samoprijezir), a često su prisutni i osjećaji mržnje/protumržnje, moći/nemoći; odnosno psihodinamski se manifestiraju kao **autoagresija** (Ermann 2007).

U pojedinim slučajevima mogu psihodinamski (intrapsihički) biti različiti tipovi suicidalnosti, a ovdje

se navode samo neki: **fuzionarna suicidalnost** – kada postoji nesvjesna želja za fuzijom (intrapsihičko fuzioniranje selfa i objekta); **antifuzionirana nesvjesna želja** (nesvjesna želja za autonomijom; suprotno od nesvjesnih fuzionarnih želja); **manifestirana potreba za sigurnosti (ili apel za pomoć)** nasuprot strahovima od ostavljenosti i separacijskih strahova; **rezignirana suicidalnost** – dominiraju osjećaji da su suvišni i ostavljeni, bez mogućnosti da se dopre do drugih; suicidalnost povezana s **masivnim osjećajima krivnje**: ovdje se nalazi bijeg od savjesti i nesvjesnog samokažnjavanja (pojedini autori govore u pojedinim slučajevima o mazohističkim osjećajima krivnje); te **izazivanje sudbine** (opasno, pseudoigranje) (Ermann 2007).

28.4. Suicidalnost kao kontinuum

Suicidalnost se može shvatiti kao kontinuum ili kao stupnjevanje, od misli o suicidu s jedne strane pa sve do ozbiljnih suicidalnih pokušaja na drugoj strani (Jans i sur. 2018), premda zbog impulzivnosti mladih osoba to i ne mora biti tako stupnjevito. U **tablici 29.3.** (v. posebno poglavlje 29) i u **tablici 28.2.** (Bronisch i Hegerl 2011; Ermann 2007; Jans i sur. 2018; NSW Department of Health 2004; Ringel 1976) također se može slijediti ovakav kontinuum. U **tablici 28.2.** (Bronisch i Hegerl 2011; Ermann 2007; Jans i sur. 2018; NSW Department of Health 2004; Ringel 1976) razlikuju se pasivne suicidalne ideje, aktivne suicidalne ideje, planovi za suicid, preparatorne (pripremljene) aktivnosti, suicidalni čini, pokušaj suicida te ozbiljni pokušaji suicida. Ti termini pokušali su se u tablici povezati s fazom razmatranja, ambivalencije i odluke, odnosno s umjerenim i visokim rizikom od suicida. **Presuicidalni sindrom** može biti nejasan pojam. S jedne strane, pojedini autori ga poistovjećuju s aktivnom suicidalnom ideacijom, ali bez preparatornih (pripremljenih) aktivnosti (Jans i sur. 2018). Prema Warnkeu (2008), ovaj se sindrom treba shvatiti kao „**znak upozorenja**“ i sastoji se od osjećaja beznadnosti, samooptuživanja, osamljenosti i nerazumijevanja; negativne kognitivne ruminacije (samosažalijevanje); inhibirana agresija okreće se prema sebi (autoagresija) ili se pacijent osjeća manifestno napeto; uz suicidalne fantazije i suicidalne konkretne planove; kao i uz somatske simptome, probleme spavanja, umor i gubitak apetita. S druge strane, pojedini autori u taj sindrom ubrajaju i aktivnu suicidalnu ideaciju i pre-

paratorne aktivnosti (Ermann 2007), uz dodatno naglašavanje protuprijenosnih osjećaja putem projekтивnih identifikacija moći/nemoći, te uz sljedeće simptome: **restrikcija** (njem. *Einengung*) kada rastu napetost i hitnoća; autoagresija, te fantazije o suicidu, ulaženje u fantazirani svijet, uz konkretne planove o tome kako izvesti suicid. Međutim, kako je već prije bilo rečeno, impulzivni suicid može se pojaviti bilo kada s obzirom na prethodno opisane stupnjeve!

28.5. Dijagnostika

28.5.1. Dijagnostika akutnih stanja

Uobičajeno je potreban prethodni **tjelesni pregled**, odnosno detaljniji pregled kod pedijatra, jer se često akutna stanja nakon pokušaja suicida zapravo i liječe prvo na pedijatrijskim odjelima. Ako postoji komorbiditet s uzimanjem supstancija, onda treba uzeti u obzir identificiranje te supstancije, te moguću trudnoću adolescentice, kao i primijeniti druge laboratorijske pretrage (v. poglavlje 27 o poremećajima povezanih s korištenjem supstancija). Svaka izjava djeteta i adolescenta o suicidu rečena roditeljima ili bilo kojem profesionalcu mora se uzeti ozbiljno u obzir! (Schulte-Markwort 2007). Također treba poticati adolescenta da otvoreno govori o vlastitoj suicidalnosti svojoj okolini (roditeljima) da bi se što kvalitetnije mogla ostvariti dobra suradnja. Važno je uspostaviti mogućnost za međusobno dogovaranje, potrebno je voditi **urednu medicinsku dokumentaciju**, a sumnje u suicidalnost treba jasno i dokumentirati.

Pri dijagnostici akutnih stanja svakako je na prvome mjestu **klinički pregled** koji provodi dječji psihijatar, a on uključuje anamnezu i heteroanamnezu. Pokušat će se duljim razgovorom doći do podataka je li riječ o laganom, umjerenom ili visokom riziku od suicidalnosti. Terapeut na kraju duljeg razgovora (minimalno 45 minuta) treba sam procijeniti je li došlo do smirivanja pacijenta na kraju razgovora s obzirom na početak intervjua, je li uspostavljena dobra suradnja, je li moguć „antisuicidalni ugovor“ ili je i dalje ostala „napetost i neizvjesnost u zraku“. U slučaju pacijentove uznemirenosti kadšto će razgovor trajati i dulje od sat vremena. U inicijalnom dijagnostičkom intervjuu treba se koristiti paralelno kognitivnim i bihevioralnim intervencijama (npr. „Ja sam liječnik, ja štitim život, i važan si mi“), a izbjegavati psihodinamske analize, hipoteze i rečenice.

O podjeli rizika od suicidalnosti vidjeti [tablicu 28.2.](#) (Bronisch i Hegerl 2011; Ermann 2007; Jans i sur. 2018; NSW Department of Health 2004; Ringel, 1976), a mogu pomoći i tekst i tablica navedeni u literaturi (Jans i sur. 2018), koji rizik dijele na mali, umjereni i visoki. Ako je riječ o visokom riziku, ne smije se pacijenta ostaviti samoga nijednu sekundu, barem jedna osoba mora stalno biti uz pacijenta i treba mu pružiti sigurnu okolinu, uz jasne i nedvosmislene kognitivne i bihevioralne upute radi pacijentova smirivanja. Ponovna procjena kod dječjeg psihijatra, u pravilu, slijedi unutar 24 sata. Ako je posrijedi umjeren ili mali rizik od suicidalnosti, potrebno je dodatno iskustvo kliničara koji će procijeniti hoće li se primijeniti stacionarno (otvoreni ili zatvoreni tip) dječje psihijatrijsko liječenje ili će se odlučiti za ambulantno liječenje. Nedostatak potpore obitelji važan je čimbenik u odluci o potrebi hospitalizacije (Volkmar i Martin 2011). Posebno je važno procijeniti protektivne čimbenike: dobra suradnja, dobar suport roditelja, školska postignuća adolescenta itd.

U slučaju da adolescent odbija govoriti o sebi ili je klinička slika nejasna ili se pak ne može doći do prikladnih heteroanamnestičkih podataka, opravdano je dijete uputiti na **zatvoreni odjel dječje psihijatrije**, čak i ako je to u suprotnosti s željom roditelja (prisilna hospitalizacija). U slučajevima intoksikacija ili pokušaja vješanja, uobičajeno adolescenti dolaze prvo na pedijatrijske ili kirurške odjele, te u tom slučaju dječji psihijatar dolazi u službi konzilijarnog liječnika te provodi svoju dijagnostičku procjenu. U slučajevima nakon nekog pokušaja suicida, npr. lijekovima, a kada postoji dobra suradnja s adolescentom, kao i s roditeljima, te ako je daljnji rizik od suicidalnosti mali, moguće je nakon pedijatrijskog liječenja ambulantno liječenje koje provodi dječji psihijatar, međutim, ovdje je potrebno veliko iskustvo u njegovoj procjeni. Pacijenti koji lažu (namjerno ili nenamjerno) zapreka su za ambulantnu individualnu terapiju (Kernberg 1994). Neka probirna (skrining) pitanja u konzilijarnoj službi mogu biti važna: „Imaš li katkada misli da tvoj život nema smisla?“; „Pojavljuju li se ona često?“; „Možeš li otkloniti takve misli o smrti?“; „Imaš li specifične konkretne planove i preparatorne (pripremljene) aktivnosti kako se ubiti?“; „Ima li nešto što te sprječava da ostvariš ove planove?“; „Jesi li komu govorio o svojim suicidalnim idejama?“; „Jesi li se već prije pokušao/pokušala ubiti?“; „Je li tko u obitelji ili od tvojih prijatelja izvršio suicid?“ (Jans i sur. 2018).

Može se raditi procjena akutne suicidalnosti koja uključuje više aspekata: **individualne čimbenike**, odnosno psihički status; **individualne čimbenike u anamnezi**, uključujući **obiteljske čimbenike**, te **procjenu prethodnih pokušaja suicida** (Jans i sur. 2018).

Individualni čimbenici, odnosno psihički status posebno se orijentira na: 1. suicidalnu ideaciju (npr. nema distanciranja od suicidalnosti nakon duljeg razgovora; spontana navala suicidalnih ideja, precizni suicidalni plan /metoda, mjesto, vrijeme/; preparatorne /pripreme/ aktivnosti /oproštajno pismo/; „altruistična i žrtvujuća suicidalnost“); 2. simptomi komorbiditeta (značajno beznade; socijalno povlačenje; visoka agitacija, iritabilnost, agresija, emocionalna nestabilnost ili panika; intoksikacija; akutna psihoza; oštećena kontrola impulsa i dezinhibicija npr. akutna alkoholna intoksikacija, akutni delirij ili manija; teška depresija; simptomi poremećaja ličnosti ili poremećaja ponašanja uz uporabu supstancija; teško samoozljeđujuće ponašanje; neželjena postojeća trudnoća adolescentice); 3. drugi važni čimbenici (ne može se ostvariti dobra suradnja; sam pacijent izražava želju za stacionarnim zatvorenim liječenjem; vrijeme od zadnjeg pokušaja suicida unutar godine dana itd.).

Individualni čimbenici u anamnezi, uključujući obiteljske čimbenike: 1. anamneza pacijenta (prethodni pokušaji suicida; suicidi u okolini; socijalni stresori /gubitak voljene osobe putem suicida, završetak emocionalne veze, osjećaji osamljenosti/; simptomi i komorbiditeti /agresivno ponašanje i delinkvencija, psihijatrijski poremećaji, školski neuspjeh/; drugi važni čimbenici /nema religijskih uvjerenja ni sličnih povezanosti, neželjena trudnoća, konflikti seksualnosti i roda/; 2. obiteljska anamneza (suicidi u obitelji, psihopatologija roditelja, nasilje u obitelji, uporaba supstancija u obitelji, nestabilni obiteljski odnosi, nedostatak podrške u obitelji).

Obilježja **prethodnih pokušaja suicida:** uporaba „teških i ozbiljnih metoda“ npr. vješanje, bacanje s visine, ležanje ispred vozila u prometu; jasno suicidalno planiranje; mala mogućnost pomoći kod prethodnih pokušaja npr. prevencija da bude nađen od drugih, nejavljanje drugima kada su izvršene suicidalne aktivnosti; drugi su obaviješteni o suicidalnosti, npr. oprostajno pismo; jasna želja za smrću bez olakšanja što je ipak ostao živ. Pojedini autori pri analizi „lanca događanja“ jednog prethodnog pokušaja suicida navode dijagnostičku procjenu razine psihopatologije (Kernberg 1994; Vitiello i Pearson 2008): 1. neu-

rotski (edipska razina ili kao **četvrti organizator psihe** u adolescenciji koji se tumači kroz preokupacijom sa suicidalnosti i suočavanjem s konceptom smrti, da zapravo dolazi do preuzimanja odgovornosti za razvijeno tijelo i vlastiti život, odnosno da se potvrđuje želja za životom (Manor i sur. 2004); 2. poremećaj ličnosti (impulzivni tip); 3. psihoza (farmakoterapija i suportivno- kognitivni pristup).

Pojedini autori imaju posebna pitanja za **prepubertalnu djecu**, kao i njihove roditelje, s obzirom na to da imaju ograničen pojam vremena, uzročnosti i koncepta smrti (Jans i sur., 2018).

U kasnijim koracima eventualno se mogu primjenjivati pojedine ocjenske skale, koje pobliže određuju visoki, umjereni ili mali suicidalni rizik, primjerice Columbia- suicide severity rating scale (C-SSRS) (Posner i sur. 2011). Ona razlikuje suicidalnu ideaciju i suicidalno ponašanje. Razlikuje također četiri konstrukta: težinu suicidalne ideacije (od pasivnih ideja, aktivnih ideja, suicidalnih ideja koje uključuju metodu); želje ili namjere za smrću (*intent to die*), pa sve do namjere za smrću s jasnim planom; intenzitet ideacije; manifestno ponašanje; te letalnost metoda.

28.5.2. Dijagnostika kronične suicidalnosti

Dijagnostika kronične suicidalnosti poseban je izazov za kliničara. Može uvijek uključivati elemente akutne procjene koji su prethodno opisani. Uvijek se trebaju pokušati uzeti u obzir rizični, ali i protektivni čimbenici (npr. uspostavljena šira socijalna potpora). Terapeuti koji dijagnosticiraju i liječe osobe sa suicidalnošću često će putem prijenosa beznadnosti i rezignacije i sami osjećati vlastitu latentnu rezignaciju i mogu sami dolaziti u konflikt s osobnim i profesionalnim idealima. Nije rijetkost da nastupi jedna prijenosno-protuprijenosna koluzija, kada se na početku terapije terapeut visoko idealizira, a nakon nekog se vremena pojavljuje razočaranje. Kod terapeuta može putem vlastite depresivnosti, idealiziranja i razočaranja doći do oštećenja empatije, npr. terapeut se manje oslanja na psihički poremećaj koji može biti u pozadini suicidalnosti, separacijski se strahovi mogu previdjeti ili se minimaliziraju, terapeut može prihvatiti potiskivanje pacijenta i može se umanjivati pacijentova autoagresivnost („uopće se nije tako mislilo“). Umjetnost rada s pacijentom jest prepoznavanje intenzivnih osjećaja kao što su mržnja/protumržnja, moći/nemoći, dosade, rezignacije i sumnje te izbjegavanja da

sam terapeut postane žrtva ovakvih osjećaja ili da se sam pacijent počne mrziti (Ermann 2007). Zbog tih intenzivnih osjećaja preporučuju se supervizije terapeuta ili mogućnost da povremeno istoga pacijenta dijagnostički pregleda drugi terapeut, koji bi „objektivnije“ mogao procijeniti suicidalni potencijal (Kernberg 1994). Suicidalnost je prije dinamički nego statički pojam. Ona može nestajati, ali se opet pojavljivati u obliku akutne suicidalne krize. I zaključno rečeno, terapeuti su uvijek za život, nikada za smrt! (Kernberg 1994).

28.6. Liječenje, prevencija

28.6.1. Liječenje akutne suicidalnosti

U **tablici 28.3.** sažeto su prikazani elementi akutnog liječenja, liječenja kronične suicidalnosti, kao i preventivni aspekti.

Neki su elementi već opisani pri dijagnostici akutnih stanja i osnova je liječenja dijagnostička procjena težine suicidalnosti. Svaka izjava djeteta i adolescenta o suicidu treba se uzeti ozbiljno u obzir! (Schulte-Markwort 2007). Akutno liječenje zahtijeva da se pacijenta ne može ostaviti ni sekundu samoga (medicinsko osoblje, roditelj, učitelj), primjenjuje se zaštita pacijenta (uklanjanje supstancija, i opasnih predmeta; nadzor roditelja; suportivna okolina), te se primjenjuju bihevioralne i kognitivne terapije i intervencije (npr. dobro uspostavljen kontakt, razjašnjavanje krizne situacije; krizne intervencije, „contingency therapy“, davanje kognitivnih alternativa, naglašavanje školskih postignuća, smanjenje optuživanja te antisuicidalni ugovor) (Ermann 2007; Jans i sur. 2018; Kernberg 1994). Terapeuti su uvijek za život, nikada za smrt! (Kernberg 1994). Terapeut ne treba davati lažna obećanja da će situacija biti odmah poboljšana ili obećanja koja se ne mogu provesti. Kako je već rečeno, u akutnim se stanjima izbjegavaju psihodinamske intervencije.

Primjeri kognitivnih intervencija koje terapeut pruža adolescentima (i roditeljima) mogu biti sljedeći: „Ja sam najviše zabrinut za tvoju sigurnost i zaštitu i učinit ću sve da se to ostvari“; „Mnogi mladi ljudi misle o smrti i suicidu i poneki se trude to i izvršiti“; „Sve odluke koje si donio s vremenom se mogu mijenjati, kao što se inače mijenjaju i odluke odraslih“; „Važno mi je saznati koje su sve okolnosti dovele do toga da se sada nalaziš u ovoj krizi“.

Tablica 28.3.

Terapija akutne i kronične suicidalnosti, prevencija.

Modificirano prema AACAP 2001; Jans i sur. 2018; Kernberg 1994; Schulte-Markwort 2007; Vitiello i Pearson 2008.

Terapija akutne suicidalnosti

- primarno zaštita pacijenta, pacijenta se ne smije ni jednu sekundu ostaviti samoga (sredstva, supstancije, prostor);
- bihevioralne i kognitivne terapije i intervencije (npr. dobro uspostavljen kontakt, razjašnjavanje krizne situacije; krizne intervencije, „contingency therapy“, davanje kognitivnih alternativa, naglašavanje školskih postignuća, smanjenje optuživanja, te antisuicidalni ugovor);
- stacionarno psihijatrijsko liječenje
- psihofarmakološka terapija
- liječenje psihijatrijskih poremećaja
- rad s roditeljima
- suradnja s drugim strukama (pedijatri, liječnici opće medicine, nastavnici itd.)

Terapija kronične suicidalnosti

- bihevioralne i kognitivne terapije i intervencije
- psihoanalitičke terapije
- rad na interpersonalnim odnosima
- psihofarmakoterapija
- liječenje psihijatrijskih poremećaja
- rad s roditeljima
- kontinuirano praćenje
- Supervizije terapeuta ili povremeno upućivanje pacijenta drugom terapeutu na procjenu akutne suicidalnosti

Prevencija

- liječenje psihijatrijskih poremećaja (posebno depresije)
- umanjivanje stresnih događanja
- ciljane intervencije s obzirom na impulzivnost, beznade i/ili pesimizam; smanjenje dostupnosti letalnih metoda; umanjivanje mogućnosti imitacije
- preporuke za učitelje i stručne službe u školama
- preporuke za medije

Procjena potrebe za **stacionarnim psihijatrijskim liječenjem** (zatvoreni ili otvoreni tip), ili će se nastaviti ambulantno liječenje, ovisi o procjeni iskusnog kliničara. Kako je već bilo rečeno, manja je šteta „preventivno“ zaštititi pacijenta i uputiti ga na zatvoreni odjel dječje psihijatrije, gdje će mu se prije svega pružiti zaštita, čak i ako je to suprotno želji roditelja (prisilna hospitalizacija). Načelno, stacionarno se liječenje preporučuje kod visokoga suicidalnog rizika, a posebno ako ne postoje drugi, alternativni načini liječenja, ako je nedavno postojao ozbiljan pokušaj suicida, te ako se jasno ne može procijeniti suicidalni rizik (Jans i sur. 2018). Tijekom hospitalizacije dodatno se može primi-

jeniti psihofarmakoterapija (benzodiazepini, antipsihotici). Nadalje, valja istaknuti da svuda u svijetu postoje izvješća o **pokušajima suicida i izvršenim suicidima na medicinskim i psihijatrijskim odjelima**. Čak i u najrazvijenijim zemljama, čak i ako postoji maksimalni oblik sigurnosti, moguće su ovakve situacije. Na osjetljiv je način potrebno roditelje unaprijed upozoriti na ove rijetke mogućnosti da se uvijek može pogoršati klinička slika jer je suicidalnost dinamički fenomen (v. prije o tome u tekstu), slično kao što se to može dogoditi i u bilo kojemu drugom prostoru (škola, na školskom izletu, na koncertu, na partijanju kod prijatelja, kod kuće, u zatvoru).

Liječenje suicidalnog adolescenta zahtijeva unaprijed razrađeni **plan liječenja**, koje će biti individualno prilagođeno, uzimajući u obzir pojedine rizične i proektivne čimbenike. Sažeto se može reći da su u akutnim stanjima važni zaštita i sigurnost pacijenta, sudjelovanje, motivacija za liječenje, suportivne intervencije, smanjenje okolišnih stresnih okolnosti, organizacija umanjivanja velikih napetosti npr. pretjeranih školskih obveza, liječenje psihičkih poremećaja koji su vrlo česti (depresije, razvojnog *borderline* poremećaja, impulzivnosti), sprečavanje ponovne suicidalnosti, hitni plan rješavanja akutnih suicidalnih kriza, međusobna suradnja različitih profesionalaca (dječjih psihijatara, pedijatara, socijalnih radnika itd.) (Ermann 2007; Jans i sur. 2018). Naglasak će biti na psihosocijalnim intervencijama, pri čemu se mogu primjenjivati različiti spektri intervencija, a važan je i dodatni rad s roditeljima.

Od **psihofarmakoloških** metoda mogu se, ovisno o kliničkoj slici, rabiti različite skupine lijekova, uobičajeno benzodiazepini, ili niske doze antipsihotika. Utjecaj je SIPPS-a kontroverzan jer može uzrokovati „bihevioralnu aktivaciju“ i eventualno povećanu pojavu suicidalnih ideja pa je potrebno pažljivo praćenje stanja, međutim, studije su pokazale da u konačnici ovi lijekovi ne dovode do povećane pojave izvršenih suicida (v. poglavlja 73 i 74 o psihofarmakoterapiji). S vremenom se može pacijenta pripremati na intervencije koje ciljaju na umjereni i dulji vremenski rok, koje će dublje razmotriti sve elemente suicidalnosti (Ermann 2007).

Posebno izazovne situacije jesu kada se ne dobivaju informacije ili nema adolescentove suradnje, ako nema heteroanamnestičkih podataka, ako se ne liječe komorbiditetni poremećaji, ako se zanemare stresori, ako se

pokušaj suicida proglasi kao „manipulativan“, „demonstrativan“, ili „neozbiljan“, ako se minimizira klinička slika („Sa mnom je sve u redu, doktore“); ako se previde drugi elementi suicidalnog rizika te ako terapeut previdi svoje supervizije. Dakle, da se ponovi, danas su **zastarjeli pojmovi** kao što su „manipulativan“, „demonstrativan“, ili „neozbiljan“ pokušaj suicida. Nijedan terapeut tijekom liječenja ne može sto posto jamčiti da pojedini adolescent neće ipak izvršiti suicid. Tako će se na početku liječenja odgovornost za liječenje ravnomjernije podijeliti na terapeuta, roditelja, samog pacijenta i širu socijalnu okolinu.

28.6.2. Liječenje kronične suicidalnosti

Kronična stanja suicidalnosti u adolescenata nisu rijetkost. Elementi liječenja kronične suicidalnosti već su navedeni pri dijagnostici, kao i pri liječenju akutne suicidalnosti. Ovdje se mogu primijeniti kognitivne i bihevioralne intervencije, kao i psihodinamske terapije (suportivne, sadržavajuće, interpretativne), dodatni rad s roditeljima, a slične su liječenju samoozljeđivanja, depresivnog ili razvojnog *borderline* poremećaja (v. posebno poglavlja 29, 55, 66) (Schulte-Markwort 2007). Za pojedinog su terapeuta to vrlo izazovne situacije s obzirom na prijenosno-protuprijenosnu kolužiju (v. prije u tekstu). U ovakvim će slučajevima često postojati intenzivna onipotentna kontrola da bi pacijent zaštitio sebe nasuprot osjećaju vulnerabilnosti s obzirom na beznade i bespomoćnost (Kernberg 1994). Preporučuju se jasan okvir (*setting*), redovito dolaženje; rad s lošim introjektima; razjašnjavanje primitivnih mehanizama; usmjerivanje intenzivne destruktivnosti suicidalnosti u odnos s terapeutom, rad na interpersonalnim odnosima, eventualna psihofarmakoterapija, rad s roditeljima te kontinuirano praćenje (Kernberg 1994). Suicidalnost je prije dinamički nego statički pojam. Ona može nestajati, ali se opet pojavljivati u obliku akutne suicidalne krize. Važno je naglasiti da je potrebna stalna supervizija ili povremeno upućivanje pacijenta drugom terapeutu da „objektivnije“ procijeni recidivirajuću akutnu suicidalnost ili kriznu suicidalnu situaciju. Nijedan terapeut tijekom liječenja ne može sto posto garantirati da pojedini adolescent neće ipak izvršiti suicid. Ako se ipak suicid i dogodi, onda je važno imati otvorenost s roditeljima i kadšto će biti potrebno obaviti više dodatnih razgovora s roditeljima na proradi izvršenog suicida njihovog djeteta.

28.6.3. Prevencija

U svijetu i Hrvatskoj postoje mnogi preventivni programi suicidalnosti u djece i adolescenata, a neke su mjere prikazane i u [tablici 28.3.](#) (AACAP 2001; Jans i sur. 2018; Kernberg 1994; Schulte-Markwort 2007; Vitiello i Pearson 2008). Najpoznatiji su modeli predloženi u publikacijama (AACAP 2001; Jans i sur. 2018; Mann i sur. 2005). Za dječje psihijatre možda je jedna od najvažnijih preventivnih aktivnosti liječenje psihičkih poremećaja, npr. depresivnog poremećaja. Pojedini autori kod preventivnih aktivnosti razlikuju preporuke za učitelje i stručne službe u školama, te preporuke za medije. Preporuke za medije načelno trebaju izbjegavati izvješćivanje o suicidima, izbjegavati navođenje metode suicida, izbjegavati izvješćivanje o suicidima poznatih osoba, te trebaju konstruktivno izvješćivati o tome da se depresija može liječiti.

28.7. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Ako jedno dijete ili adolescent govori da će se ubiti, ovakve izjave treba uvijek uzeti ozbiljno. Treba poticati adolescenta da otvoreno govori o svojoj depresiji ili suicidalnosti, jer dobiva poruku da ga netko želi saslušati te da ima osobu koja se brine za njega.
- ✓ Adolescent koji se učestalo samoozljeđuje ima povećani rizik od suicidalnosti.
- ✓ Važni su rano prepoznavanje i rano liječenje depresivnih simptoma: učestale tuge, žalosti, plačljivosti; manjka interesa u aktivnostima; nesposobnosti uživanja u prijašnjim ugodnim aktivnostima; beznađa; učestale dosade; manjka energije; socijalne izolacije, slabe komunikacije; slabog samopoštovanja i osjećaja krivnje; ekstremne osjetljivosti na odbijanja ili grešku; povećane iritabilnosti, bijesa ili neprijateljstva; poteškoća u vezama; učestalih somatskih pritužbi kao što su glavobolje i bolovi u trbuhu; učestalih izostajanja iz škole ili lošeg uspjeha u školi; slabe koncentracije; velikih promjena u hranjenju i/ili spavanju; govori ili pokušaja bjegova od kuće; uporabe alkohola i drugih supstancija (adolescenti).
- ✓ Kod suicidalnosti treba obratiti pozornost na sljedeće rečenice: „Žali se da je loša osoba ili se osjeća iznutra bezvrijedan“; daje verbalne natuknice npr. „Neću ti biti problem još dugo“;

„Nema veze, nema koristi“ i „Ne želim te više vidjeti“; posprema svoje stvari, npr. darivanje dragih stvari, čišćenje svoje sobe, bacanje važnih dragocjenosti itd.; postao je odjednom veseo/vesela nakon razdoblja depresije; ima znakove psihoze (halucinacije ili bizarno mišljenje).

- ✓ Suicidalne ideje i pokušaji nisu rijetkost u adolescentnoj dobi. Suicidalnost, kao i depresivnost mogu se liječiti.
- ✓ Nakon adolescentova pokušaja suicida, ne treba ga zbog toga optuživati.
- ✓ Prva mjera kod suicidalnosti jest omogućavanje pacijentove zaštite, i ne treba adolescenta ostaviti samog nijednu sekundu. U akutnim je situacijama potrebno izdvojiti potencijalno opasne objekte i lijekove te omogućiti siguran prostor.
- ✓ Treba umanjivati visoka, nerealistična očekivanja od uspjeha, a obitelj i učitelji trebaju davati podršku i emocionalnu njegu. Treba poticati odnose s vršnjacima.
- ✓ Nastavnici u suradnji s roditeljima mogu sudjelovati u prepoznavanju te u zaštiti suicidalnog adolescenta.
- ✓ Suicidalnost je prije dinamički nego statički pojam. Ona može nestajati, ali se opet pojavljivati u obliku akutnih suicidalnih kriza.
- ✓ U akutnim suicidalnim stanjima potrebno je kontaktirati hitnu pomoć, kao eventualno i policiju, uz istodobnu obavijest roditeljima.
- ✓ Korisno je da nastavnici vode urednu dokumentaciju o tome što se sve događalo i što je poduzeto.

28.8. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Kako treba izgledati konzilijarni pregled koji provodi dječji psihijatar na pedijatrijskom odjelu, a nakon pokušaja suicida?

ODGOVOR: Potrebno je pristupiti s neosuđujućim stavom, razgovarati minimalno 45 minuta, a katkada će razgovor biti dulji od sat vremena: potrebno je davati istodobno suportivne i kognitivne poruke. Nakon obavljenog razgovora dječji psihijatar će procijeniti je li došlo do smirivanja, ili će i dalje postojati suicidalni

rizik. Obvezan je također heteroanamnestički razgovor s roditeljima, a preporučuje se da bude prethodno provedeno i psihološko testiranje. Preporučene daljnje intervencije ovisit će o kliničkoj slici, kao i o iskustvu terapeuta. Potrebno je voditi urednu medicinsku dokumentaciju, s minimalističkim pristupom.

■ **PITANJE: Je li opravdano adolescenta uputiti na stacionarni zatvoreni ili otvoreni odjel dječje psihijatrije nakon pokušaja suicida?**

ODGOVOR: Ovo se pitanje nastavlja na prethodno, naime, što učiniti nakon iscrpne anamneze i heteroanamneze. Ako terapeut i dalje misli da postoji suicidalni rizik, ako nema heteroanamnestičkih podataka, ili je klinička slika nejasna, ili pak adolescent odbija govoriti o sebi, uputno je adolescenta uputiti na stacionarno liječenje, čak i ako je to u suprotnosti sa željom roditelja (djetetov je interes iznad interesa roditelja, odnosno može se primijeniti prisilna hospitalizacija). U praksi je manja šteta uputiti adolescenta na stacionarno liječenje nego riskirati daljnju suicidalnost. Zapravo je delikatnija situacija kada dječji psihijatar nakon pokušaja suicida preporuča daljnje ambulantno liječenje i za takvu je odluku potrebno veliko iskustvo terapeuta.

■ **PITANJE: Što je to epidemija samoozljeđivanja u adolescenciji?**

ODGOVOR: Adolescenti su skloni imitaciji, radi vlastite nesigurnosti, fascinacije kontroliranja, te pitanja kao što je smrt/život itd. Samoozljeđivanje može biti fenomen koji je sklon imitaciji, kao i suicidalnost. Nisu rijetke epidemije samoozljeđivanja na stacionarnom psihijatrijskom liječenju i s tim se trebaju upoznat roditelji.

■ **PITANJE: Kakav je odnos između želje za smrću i metode izvršenja pokušaja suicida?**

ODGOVOR: Ovo je delikatno pitanje. U kliničkoj slici ovdje mogu biti različite kombinacije. Primjerice jedan adolescent može imati jasnu želju za smrću (dokončanje života), ali se ne mora koristiti „ozbiljnim“ metodama suicida. Ili, obratno, mogu se primjenjivati „teške“ metode suicida a da zapravo ne postoji jasna želja za smrću (npr. u prepubertalne djece koja nemaju dovoljno shvaćen koncept smrti kao o ireverzibilnom fenomenu). Ovdje se može čak i dogoditi da se suicid i počinu, a tada bi se moglo govoriti o „nenamjerno izvršenom suicidu“. Potrebno je veliko iskustvo kliničara u procjeni težine suicidalnosti.

■ **PITANJE: Što je to impulzivni izvršeni suicid u adolescenata?**

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Impulzivnost je odlika adolescencije. Nijedan terapeut ne može sto posto jamčiti da jedan pacijent neće nakraju i izvršiti suicid, i to se na osjetljiv način može i unaprijed priopćiti roditeljima. Tako će se na početku liječenja odgovornost za liječenje ravnomjernije podijeliti na terapeuta, roditelja, samog pacijenta i na širu socijalnu okolinu.

■ **PITANJE: Što je to „četvrti organizator psihe“ u adolescenciji?**

ODGOVOR: Oslanjajući se na tri organizatora psihe, prema Reneu Spitzu, Tyano i suradnici razrađivali su koncept četvrtog organizatora psihe u adolescenciji, kao dilemu želje za smrću vs. želje za životom. Želja za smrću, prema ovim autorima, posebno se naglašava u adolescenciji, ali traje i cijeli život. Razrješenjem dileme želja za smrću vs. želja za životom stječe se pozitivan stav prema životu. Zanimljivost ovog koncepta jest da je razvojno orijentiran i govori da se adolescent treba suočiti s tom dilemom i razriješiti je.

■ **PITANJE: Jesu li mogući pokušaji suicida ili izvršeni suicidi na medicinskim ili psihijatrijskim odjelima?**

ODGOVOR: Svuda u svijetu postoje izvješća o pokušajima suicida i izvršenim suicidima na medicinskim i psihijatrijskim odjelima. I u najrazvijenijim zemljama, čak i ako postoji maksimalan oblik sigurnosti, moguće su ovakve situacije. Na primjer, u Njemačkoj su nakon jednog izvršenog suicida pacijenta koji je imao status poznate osobe, dodatno još dva pacijenta počinila suicid u istoj psihijatrijskoj instituciji za odrasle osobe. Na osjetljiv način potrebno je roditelje unaprijed upozoriti na ove rijetke mogućnosti, naime da se uvijek može pogoršati klinička slika, jer je suicidalnost dinamički fenomen, slično kao što se to može dogoditi i u bilo kojem drugom prostoru (škola, na školskom izletu, na koncertu, na partijanju kod prijatelja, kod kuće, u zatvoru).

■ **PITANJE: Kako postupiti nakon izvršenog suicida adolescenta?**

ODGOVOR: Ovo je visoko delikatno pitanje. U nekim će slučajevima kriminalističko istraživanje koje provodi policija samo tražiti dosadašnju medicinsku dokumentaciju od dječjih psihijatara i tako će se saznati o izvršenom suicidu pojedinog pacijenta. U

drugim slučajevima, sami će roditelji tražiti dodatni razgovor s terapeutom. Treba biti otvoren za ovakve situacije, jer su roditelji u stanju šoka, nevjerice, i često s velikim osjećajima krivnje (samookrivljanje), kao i s mogućnošću agresivne projekcije na druge osobe (liječnici, policijski službenici, nastavnici u školama, loš utjecaj vršnjaka, ponuđene ilegalne supstancije od vršnjaka itd.). Potrebno je veliko iskustvo u takvim situacijama. Najvažnije je roditelje samo slušati, uz minimalne komentare! Roditelji se nakon ovakvih razgovora mogu osjećati barem malo relaksiranije. Povremeno će biti indicirano dodatno psihoterapijsko liječenje ovakvih roditelja kod drugih terapeuta. Terapeutima će u takvim slučajevima često biti potrebne supervizije ili intervizije, odnosno dodatni rad na sebi.

■ PITANJE: Kakav je postupak u slučaju kronično suicidalnog adolescenta?

ODGOVOR: Ovdje je riječ o visoko delikatnom pitanju. Suicidalnost može biti kronična, a s druge strane uvijek je moguća dodatna epizodična akutna suicidalnost, jer je suicidalnost dinamički fenomen. U najvećem broju slučajeva riječ je o kroničnome psihičkom poremećaju (depresija, *borderline* poremećaj) koji treba liječiti bihevioralno, kognitivno ili psihodinamski. Često će u takvim slučajevima biti potrebni visoka educiranost terapeuta, rad na sebi, supervizije, intervizije, ili povremeno upućivanje drugom terapeutu koji će „objektivnije“ procijeniti suicidalni potencijal.

28.9. Pitanja

- 1 Navedite definiciju suicidalnosti.
- 2 Navedite definiciju pokušaja suicida.
- 3 Navedite definiciju samoozljeđivanja.
- 4 Navedite osnove procjene rizika za suicidalnost.
- 5 Navedite osnove dijagnostike akutne i kronične suicidalnosti?
- 6 Navedite osnove terapije akutne i kronične suicidalnosti, te preventivne aspekte.

28.10. LITERATURA

1. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)*. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40 Suppl: 24-51.
2. *Bronisch T, Hegerl U*. Suizidalität. U: Möller H, Laux G, Kapfhammer H, ur. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Berlin: Springer Medizin; 2011, str. 1469-1501.
3. *Ermann M*. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
4. *Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ)*. 2019. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvrsena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2019/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
5. *Jans T, Vloet TD, Taneli Y i sur.* Suicide and self-harming behaviour. U: Rey JM, Martin A, ur. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. 2018. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
6. *Kernberg PF*. Psychological interventions for the suicidal adolescent. *Am J Psychother* 1994 Winter;48(1):52-63.
7. *Mann JJ, Apter A, Bertolote J i sur.* Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294(16):2064-74.
8. *Manor I, Vincent M, Tyano S*. The wish to die and the wish to commit suicide in the adolescent: two different matters? *Adolescence* 2004;39(154):279-93.
9. *New South Wels (NSW)*. 2004. Department of Health. Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff. Dostupno na: <https://www.health.nsw.gov.au/publications/Pages/Date/2004.aspx>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
10. *Posner K, Brown G, Stanley B i sur.* The Columbia- Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry* 2011; 168:1266-1277.
11. *Ringel E*. The presuicidal syndrome. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 1976; 6:131-149.
12. *Schulte- Markwort M*. Depression und Suizidalitaet. U: Hopf H, Windaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie*, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. München: CIP Medien; 2007, str. 311-325.
13. *Vitiello B, Pearson JL*. A depressed adolescent at high risk of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2008;165(3):323-8;
14. *Volkmar FR, Martin A*. *Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
15. *Warnke A*. Suizid und Suizidversuch- Suizidalität. U: Hertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte- Markwort HJ i sur, ur. *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklungspsychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer; 2008, str. 1006-1023.
16. *World Health Organization (WHO)*. *Multi-axial classification of child and adolescent psychiatric disorders. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders in children and adolescents*. Cambridge, New York: Cambridge University Press; 1996.

Samoozljeđivanje

Ivan Begovac, Mara Tripković

SADRŽAJ

29.1. Uvod	409
29.2. Definicija, klasifikacije, pojedini simptomi	410
29.3. Povezanost samoozljeđivanja i suicidalnosti	411
29.4. Epidemiologija	413
29.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	413
29.6. Etiopatogeneza	414
29.6.1. Psihodinamski aspekti	415
29.7. Klinička vinjeta	415
29.8. Terapija, ishodi	415
29.9. Upute za roditelje/nastavnike	416
29.10. Često postavljena pitanja	417
29.11. Pitanja	418
29.12. Literatura	418

29.1. Uvod

Preporučuje se, s obzirom na sličnosti pristupa, prethodno pročitati poglavlja o suicidalnosti, poremećajima ličnosti i o *borderline* poremećaju ličnosti. Samoozljeđujuće ponašanje u postojećim dijagnostičkim klasifikacijama nije zaseban dijagnostički entitet. Može se pojaviti kao samostalni simptom, bez nekog drugog poremećaja, međutim, često je dio pojedinoga psihičkog poremećaja (Kaess i sur. 2014). U [tablici 29.1.](#) prikazana je podjela samoozljeđivanja koja će biti poslije u tekstu detaljnije objašnjena.

U ovoj su knjizi pojedini aspekti samoozljeđivanja prikazani također u pojedinim poglavljima, npr. u poglavljima o intelektualnim teškoćama, autističnom spektru poremećaja, genskim sindromima, motoričkoj stereotipiji, poremećaju kontrole impulsa itd. (v. posebna poglavlja 36, 39, 58). U ovom će poglavlju biti više riječi općenito o samoozljeđivanju, a reći će se i nešto više o adolescentnom samoozljeđivanju koje u podlozi ima različitu etiopatogenezu.

U literaturi je postojala tendencija da se ovaj sindrom osamostali, a pod njim se razumijeva jedan heterogeno definirani sindrom samoozljeđivanja (*deliberate self-harm*) (Lempp 2014; Pattison i Kahan, 1983). Međutim, taj sindrom nije prihvaćen kao zasebna dijagnostička kategorija, jer se smatralo da, ako se uvede dijagnoza nesuicidalnog samoozljeđivanja, da bi se u takvih osoba mogla ipak fatalno previdjeti mogućnost suicida. U ovom području u angloameričkoj literaturi postoji barem tridesetak pojmova koji se djelomično jedinstveno i ne upotrebljavaju (npr. self-ranjavanje, *self-injury*, automutilacija, parasuicidalno ponašanje, samorezanje /*self-cutting*/, *self-harm* itd.).

Bez obzira na etiologiju, često je riječ o teškom, kroničnom, opterećujućem poremećaju, koji se često teško liječi (Libal i Plener 2009). U terapeuta bolesnikovo samoozljeđujuće ponašanje izaziva nerazumijevanje, brigu, protest, nesigurnost, zaziranje, kao i nemoćan bijes. To je tvrdokoran fenomen koji može označivati nemoćnu poziciju, kao i snažno iskazivanje vlastite moći. Samoozljeđivanje je i paradoksalan fenomen

Tablica 29.1.

Podjele samoozljeđivanja

S obzirom na psihički poremećaj	- s psihičkim poremećajima (često) - bez psihičkih poremećaja
S obzirom na suicidalnost	- nesuicidalno samoozljeđujuće ponašanje - (neletalni) pokušaj suicida - letalni pokušaj suicida; ozbiljan pokušaj suicida; izvršeni suicidi
S obzirom na pojedine psihičke poremećaje	- Najčešći poremećaji: - internalizirajuće smetnje: depresija, anksioznost - eksternalizirajući poremećaji: poremećaj ponašanja - poremećaji povezani s uzimanjem supstancija - <i>borderline</i> poremećaj ličnosti i drugi poremećaji ličnosti - drugi poremećaji u manjoj čestoti (npr. bulimija, autistični spektar poremećaja itd.)
S obzirom na tip	- superfcijalni/umjereni tip (kod različitih psihičkih stanja) - teški tip (kod psihotičnih i autističnih poremećaja; uz manirizme) - stereotipni (motoričke stereotipije; Touretteov sindrom; intelektualne teškoće, „organska i medicinska stanja”)
Prema dobi	- u prve dvije godine života (povezano s motoričkim stereotipijama te s drugim „habitualnim poremećajima“: sisanje prsta, vrtnja glavom ili tijelom, genitalne manipulacije) - dob školskog djeteta (uz tikove) - adolescentna dob (različita etiologija)
Druge podjele i oznake	- neurotsko - impulzivno (uz druge poremećaje kontrole impulsa npr. dermatotilomanija, trihotilomanija, grizenje noktiju, kopkanje nosa) - ovisničko - opsesivno (uključuje kompulzije) - povezano uz artifičijelne poremećaje

men jer, koliko je agresivan, toliko traži i pažnju, a u svojoj višeslojnosti zrcali oštećenje pacijentova doživljaja sebe (selfa) (Resch 2007).

29.2. Definicija, klasifikacije, pojedini simptomi

U adolescenata su najčešće prisutna rezanja, grebanja, udaranja, samoozljeđivanje paljenjem, kao i otežavanje cijeljenja rana. Najčešće lokalizacije (poredane prema učestalosti) jesu: podlaktica i ručni zglob, nadlaktica i lakat, potkoljenica/stopalo, natkoljenica i koljeno, ruke i prsti te abdomen (Libal i Plener 2009).

Slika 29.1.

Poremećaji koji se najčešće povezuju sa samoozljeđivanjem.

Modificirano prema Jacobson i Gould 2007; Lempp 2014; Libal i Plener 2009.

Najčešći poremećaji:

- internalizirajuće smetnje: depresija, anksioznost
- eksternalizirajući poremećaji: poremećaj ponašanja
- poremećaji povezani s uzimanjem supstancija
- borderline poremećaj ličnosti i drugi poremećaji ličnosti

Drugi poremećaji (u manjoj mjeri)

- disocijativni poremećaji svjesnosti
- poremećaji hranjenja (posebno bulimija)
- poremećaji privrženosti
- Touretteov sindrom
- autistični spektar
- Intelektualne teškoće
- „Sugestibilno samoozljeđivanje“
- Shizofrenija
- Poremećaji kontrole impulsa (posebno trihotilomanija, dermatotilomanija, grizenje prstiju)
- OKP
- Pica, ruminacija
- Motoričke stereotipije
- Druga medicinska stanja: genetski sindromi, često povezani s intelektualnim teškoćama; kronični encefalitis; temporalna epilepsija



samoozljeđivanje

Pojedini autori navode slijed napetosti kod samoozljeđujućeg ponašanja. Tom slijedu napetosti prethode stresni interpersonalni odnosi, uz jaku subjektivnu komponentu (Libal i Plener 2009). **Narcistička ranjivost** dovodi do sve većeg disforičnog raspoloženja i osjećaja bijesa, očaja, straha, kao i do bespomoćnosti i beznadnosti. Nedostaje prikladna prorada negativnih afekata. Prijezir prema drugima pretvara se u prijezir prema samome sebi, a okrivljavanje drugih u samo-okrivljavanje. Zbog pritiska jakih afekata kognitivni procesi, kao što su percepcija i forme mišljenja, počinju disocirati (tijelo i duša se razdvajaju). Želja za samoozljeđivanjem (koja se nije uspjela potisnuti) povezuje se s određenim vitalnim osjećajem praznine i omamljenosti. Depersonalizacija i derealizacija (unutra prazno, a oko mene sve nerealno), analgije (boli nema – ne osjećam je) i konstrukcije perceptivno kognitivnih procesa (prvo se događa svašta, a onda ništa), označuju različite forme samoootuđenja. Self se dijeli na jedan percipirani i na jedan iskustveni, čime se izbjegava dublja fragmentacija selfa. Ishod samoozljeđivanja može biti golemo olakšanje: „opet osjećaj da sam živ (to je kao kad povraćaš pa sva muka i zlo izađu iz tebe)“.

Na **slici 29.1.** prikazani su najčešći poremećaji koji se pojavljuju uz samoozljeđivanje, kao i drugi poremećaji.

Jacobson i Gould (2007) navode da oko 88,9 % adolescenata koji se samoozljeđuju ima kriterije za depresivni poremećaj (uključujući distimiju). U oko 60 % njih mogu biti prisutni eksternalizirajući poremećaji, uz uporabu supstancija. U odrasloj dobi postoji povezanost između poremećaja ličnosti, odnosno *borderline* poremećaja ličnosti i samoozljeđivanja, međutim, u dječjoj dobi ove relacije nisu toliko jasne, navode se nalazi od 37 do 51,7 %, dok neki autori navode i do 71 % (Jacobson i Gould, 2007). Zanimljivost je da može postojati i tzv. **sugestibilno samoozljeđivanje**, dakle međusobno induciranje adolescenata, a to se posebno može odnositi na stacionarne odjele dječje psihijatrije.

Menninger (1938) već je davno pokušao podijeliti samoozljeđivanje (*self-mutilation*) na religiozno, neurotsko, konvencionalno, psihotično i ono nastalo zbog „organskog“ ili medicinskog uzroka. I danas se u znanstvenoj literaturi upotrebljuje naziv neurotsko samoozljeđivanje (*neurotic self-mutilation*), koje podrazumijeva zarezivanje, grebanje ili paljenje vlastite kože.

Autori Lacey i Evans (1986) zagovaraju da je samoozljeđivanje dio **multiimpulzivnog obrasca poremećaja**, u koje se, uz samoozljeđivanje, ubraja niz simptoma, kao npr. mutističke epizode, odbijanje jedena, odbijanje pijenja, agresivni izljevi bijesa, prekršaj granica svakodnevnog života, prijetnje suicidom, bjezgovori od kuće, konverzivni simptomi, npr. spontani padovi (*drop attacks*). Favazza (1996) kod samoozljeđujućeg sindroma ističe stalnu zaokupljenost mislima o samoozljeđivanju, gubitak kontrole impulsa, osjećaj napetosti prije samoozljeđivanja, osjećaj olakšanja nakon samoozljeđivanja, te odsutnost impulsa za suicid, odnosno psihozu.

Danas je najaktualnija podjela samoozljeđivanja na: teško, stereotipno i superficijalno/umjereno (Favazza, 1996; Favazza, 1998). U superficijalni/umjereni tip ubrajaju se najčešće u adolescenata prisutne forme: opsesivne radnje, kao npr. trihotilomanija, kao i epizodični poput zarezivanja i paljenja kože. Kod teške forme obično je riječ o psihotičnoj pozadini, dok se kod stereotipnih samoozljeđivanja radi npr. o Touretteovu sindromu ili o intelektualnim teškoćama. Favazza (1996. i 1998) ističe da je prvi korak u klasifikaciji samoozljeđivanja izdvajanje onoga što tip samoozljeđivanja čini patološkim i suprotno je s kulturalno i socijalno prihvatljivim ponašanjem. Socijalno prihvatljivo samoozljeđivanje nalazimo u okviru grupe rituala i običaja, a u tu skupinu mogu se uvrstiti *piercing* i tetoviranje. Nekada, a i danas u mnogim afričkim plemenima neizostavan je dio rituala inicijacije gdje je dokaz fizičke, ali i emocionalne zrelosti. Također može biti dio nekih vjerskih rituala. Pattison i Kahan (1983) navode tri važne komponentne u aktu samoozljeđivanja: direktnost, letalnost, repetitivnost. Direktnost podrazumijeva svjesnu namjeru, tj. da je akt samoozljeđivanja dokraja izveden u kratkom vremenu i s prisutnom spoznajom o štetnosti. Letalnost razmatra kolika je vjerojatnost smrtnog ishoda samoozljeđivanja u trenutku ili neposredno nakon nanošenja ozljede. Repetitivnost definira ponavlja li se samoozljeđivanje. Pojedini autori samoozljeđivanje povezuju s artifičijelnim poremećajima, s obzirom na povremenu zamagljenost potrebe za samoozljeđivanjem, s obzirom na potrebu da se bude u ulozi bolesnika i to se prikaže medicinskom osoblju (v. posebno poglavlje 49 o artifičijelnom poremećaju). U **tablici 29.2.** prikazane su neke funkcije i interpretacije samoozljeđivanja, a mogu imati paradoksalne poruke, o kojima će biti govora u tekstu.

Tablica 29.2.**Različite funkcije samoozljeđivanja**

- intrapsihički razlozi

- afektivna disregulacija (osjećaj smirenja; osjećaj tjelesnog bola umjesto psihičke boli)

- samoreguliranje, samopomoć, manjak stimulacije od drugih (deprivirana djeca)

- prekid disocijativnih stanja

- agresivno prema sebi / traži pomoć od drugih za sebe

- osjećaj nemoći / osjećaj moći

- poticanje identiteta / zastoj razvoja

- nesuicidalno/suicidalno

- zbog vršnjaka, supkulture

Najčešće se samoozljeđivanje tumači na nekoliko načina, no u praksi vjerojatno postoje mješoviti oblici: 1. kao izražaj jedne poremećene afektivne regulacije, kada se osobe osjećaju iscrpljeno te traže određeno smirenje ili pak zato što je psihička bol veća, te da „bar osjete tjelesni bol“; 2. kao izražaj neprikladnog odnosa prema drugima, u smislu traženja pažnje drugih; 3. kao izražaj manjka stimulacije od vanjskih podražaja, npr. u osoba s intelektualnim teškoćama u smislu stereotipija (Lempp 2014). U sličnome smislu, Solomon i Farrand (1996) navode da je samoozljeđivanje rezanjem adaptivni čin i način preživljavanja koji se rađa iz volje da se ide dalje usprkos nesavladivom osjećaju bespomoćnosti, očaja i mržnje prema samom sebi.

29.3. Povezanost samoozljeđivanja i suicidalnosti

Samoozljeđivanje je povezano sa suicidalnošću (Walsh, 2006). Slične definicije koje su prije navedene nalaze se i kod drugih autora, međutim, oni se dosta trude razlikovati pokušaje suicida od samoozljeđivanja, u kojemu bi jasnije bili navedeni početak, tipična simptomatologija, poznati rizični čimbenici i „okidači“, kao i poznati komorbiditet. Iz ovoga je proizašla definicija s Cornell sveučilišta (CRPSIR 2016) koja samoozljeđujuće ponašanje (*self-injurious behavior*) opisuje kao široki oblik ponašanja, gdje se pojedinac namjerno ozljeđuje, zbog razloga koji nisu socijalno

Tablica 29.3.**Nesuicidalno samoozljeđivanje i suicidalnost (suicidalno samoozljeđivanje).**

Modificirano prema Hamza i sur. 2012; Jans i sur. 2018; Libal i Plener 2009; Ougrin i sur. 2012; Walsh 2006; Wilkinson 2013.

	Nesuicidalno samoozljeđujuće ponašanje	Pokušaj suicida (neletalni)	Letalni pokušaj suicida; ozbiljan pokušaj suicida; izvršeni suicidi
Metode	Često više metoda (zareživanje, paljenje, grebanje i drugo)	Obično jedna metoda (predoziranje lijekovima)	Obično jedna metoda (vješanje, oružje, otrovanje, skok s visine)
Namjera ili želja	Smanjivanje vlastita stresa da bi se osoba bolje osjećala; pozitivniji stav prema životu; impulzivno i bez plana; osoba ne prevenira otkrivanje znakova samoozljeđivanja; Postoji komunikacija s drugima o samoozljeđivanju	Nejasna namjera i/ili smanjivanje stresa i/ili manja želja da se završi život; negativniji stav prema životu; impulzivno do planirano; osoba ne prevenira otkrivanje znakova samoozljeđivanja; različita komunikacija s drugima o samoozljeđivanju	Završiti život, jasna želja ili namjera za smrću (<i>intent to die</i>); negativniji stav prema životu; unaprijed planirano; osoba prevenira nalaženje samoozljeđivanja (skriva ožiljke); nema komunikacije s drugima o samoozljeđivanju
Letalitet	nizak, manje je potrebno medicinsko liječenje	srednji do visok, često je potrebno medicinsko liječenje	visok; često je potrebno medicinsko liječenje
Kroničnost	često je repetitivno	može biti repetitivno, nije često	nije često
Psihopatologija	lakša do teža psihopatologija npr. anksiozni poremećaji, <i>borderline</i> poremećaji ličnosti	umjerena do teža psihopatologija, npr. depresija, zlostavljanje, impulzivnost itd.	teža psihopatologija, npr. obiteljska disfunkcija, depresija, zlostavljanje, impulzivnost itd.
Emocije	akutni bijes, očaj ili distres koji se ne može tolerirati;	može biti impulzivno, uz kronični osjećaj beznada ili usamljenosti	može biti impulzivno, ali i kronični osjećaji, uz teže emocionalne simptome
Kognicija	želja za olakšanjem, nema misli o smrti	želja za olakšanjem, želja za smrću, suicidalne misli	želja ili namjera za smrću (<i>intent to die</i>), suicidalne misli
Reakcija okoline	strah, gađenje, neprijateljstvo	prisutnost i sudjelovanje, zabrinutost	prisutnost i sudjelovanje, zabrinutost
Poslije samoozljeđivanja	olakšanje, smirivanje	često nema olakšanja	često nema olakšanja
Demografija	najčešće adolescenti, češće djevojke, 13 godina	djevojke, 16 godina	odrasli muškarci

Važna napomena: pojedini autori ne razlikuju samoozljeđivanje od suicidalnosti i suicida zato što je u praksi uvijek moguća suicidalnost!

prihvatljivi i gdje, u pravilu, nema suicidalne namjere. Dakle, u ovom se slučaju samoozljeđivanje definira kao nesuicidalno. Druga mogućnost jest, međutim, da uz samoozljeđujuće ponašanje postoji i izražena suicidalnost uz želju ili namjeru za smrću (*intent to die*), što može biti često u praksi. Teoretski i praktično, moguća je i treća mogućnost, da postoji samoozljeđivanje s nejasnom željom za smrću (Ougrin i sur. 2012), kao što je katkada prisutno kod nekih pokušaja suicida.

U tablici 29.3. radi edukativnih razloga dana je podjela između „nesuicidalnog samoozljeđivanja“, pokušaja suicida i izvršenih suicida, međutim, treba naglasiti da su moguća preklapanja, i da nikako samoozljeđivanje po sebi ne može isključivati i suicidalnost.

Kako je i navedeno u tablici, važno je napomenuti da pojedini autori ne razlikuju samoozljeđivanje od suicidalnosti. Nadalje, pojedini autori rizik od suicida

ne dijele na mali, umjereni ili visoki, jer je to katkada teško procijeniti u praksi, odnosno moguć je u adolescenata i impulzivni izvršeni suicid, čak i da ne postoji ikakav rizični čimbenik ili je rizik od suicida mali. Posebno su rizična stanja kada mogu nedostajati anamnestički ili heteroanamnestički podatci; ili adolescent odbija govoriti o sebi (Jans i sur. 2018).

Parasuicidalno ponašanje bilo bi nešto između nesuicidalnog samoozljeđivanja i pokušaja suicida, a posebnost bi bila u njegovoj metodi, jer je ovdje riječ o primjerima kao što su: uporaba većih doza lijekova, ali ne u letalnoj dozi; vožnja u pijanom stanju; rizična i opasna vožnja. Pojedini autori radi jednostavnosti poistovjećuju samoozljeđivanje s parasuicidalnim ponašanjem (Jans i sur. 2018).

Pitanje povezanosti samoozljeđujućeg ponašanja i suicidalnosti u literaturi je otvoreno za raspravu. U širem smislu pojedini autori navode samoozljeđujuće ponašanje bez ulaženja u pitanje povezanosti sa suicidalnom namjerom (dakle, uključuju i suicidalnu namjeru, kao i nejasnu suicidalnu namjeru) (Hawton i sur. 2003), dok drugi autori samoozljeđivanje dijele od suicidalne namjere i uže ga definiraju (Skegg 2005). Stručnjaci s **Cornell sveučilišta** idu u smjeru razlikovanja želje ili namjere za smrću (*intent to die*) kod suicidalnosti, koje nema pri **samoozljeđujućem ponašanju** (CRPSIR 2016).

Slično prije rečenome, pojedini se autori koriste izrazom *non-suicidal self-injury* (NSSI). Oslanjajući se na taj koncept, samoozljeđujuće ponašanje smatra se kao svojevrijedno, direktno oštećenje vlastita tijela bez suicidalne namjere, koje nije socijalno prihvatljivo (ne uključuje *piercing*), repetitivno je i izravno (ovamo se ne ubraja indirektno samoozljeđivanje, kao npr. vožnja u alkoholiziranom stanju) te uzrokuje manja ili umjerenjena oštećenja (Libal i Plener 2009).

Nesuicidalno samoozljeđujuće ponašanje i suicidalnost vjerojatno su povezani kroz više čimbenika: direktna veza kroz dimenzionalni pristup (tzv. gateway teorija), u kojem bi nesuicidalno samoozljeđivanje bilo na jednome kraju, dok bi suicidalno ponašanje bilo na suprotnome kraju kontinuuma; drugi čimbenik povezanosti bio bi kroz prisutnost „treće zajedničke varijable“ kao npr. depresivni poremećaj; i treće, kroz Joinerovu teoriju o „stečenom kapacitetu za suicidalnost“ (Hamza i sur. 2012). U ovoj, posljednjoj teoriji Joiner navodi da se kroničnim samoozljeđujućim ponašanjem pojedinci habituiraju na bol i strahove te da se time prag za suicidalnost smanjuje (lakše dolazi do sui-

cidalnosti) (Joiner i sur. 2005). Sličan bi učinak moglo imati i sudjelovanje u nasilnom okruženju (ratna iskustva), uporaba droga ili alkohola itd. Važni daljnji čimbenici u ovom modelu mogu biti još: težina „nesuicidalnog“ samoozljeđivanja, interpersonalni distress, kao i izraženost suicidalne želje (percipirane tegobe, ugroženo pripadanje) (Hamza i sur. 2012).

Sažeto rečeno, svako (nesuicidalno) samoozljeđivanje prediktor je suicidalnosti! Ne treba izgubiti iz vida moguću suicidalnost u adolescenata koji se samoozljeđuju (Resch 2007), štoviše, osobe koje se samoozljeđuju imaju 100 puta veću šansu za suicidalno ponašanje od opće populacije (Lempp 2014). Ako postoji nesuicidalno samoozljeđujuće ponašanje uz suicidalnost (npr. pokušaje suicida) te ako je riječ o višestrukim formama samoozljeđivanja, postoji veća vjerojatnost teže psihopatologije (Hamza i sur. 2012). U kliničkoj praksi zapravo nije rijetka kombinacija samoozljeđivanja i ozbiljnih pokušaja suicida.

29.4. Epidemiologija

Zbog poteškoća u pojmovnom određenju otežano je dobivanje podataka o prevalenciji. Smatra se da je učestalost u općoj populaciji školske djece do 11 % (Lempp 2014). Ono je češće u djevojaka nego u dječaka; u kliničkoj populaciji učestalost za dječake iznosi 26 %, dok je za djevojke 59 % (Kirkcaldy i sur. 2006). Zarezivanje je najčešći oblik samoozljeđivanja, do 65 % (Lempp 2014).

29.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

Dijagnostički pri uzimanju anamneze i promatranju ponašanja općenito se preporučuje jedan neutralni pristup problemu samoozljeđivanja, a u slučaju šokantnih reakcija terapeuta može se očekivati odlazak adolescenta iz terapije. Anamnestički treba obuhvatiti opća pitanja, dok se s vremenom mogu postavljati detaljnija pitanja vezana za samoozljeđivanje, jer su ona često povezana sa sramom. Preporučuje se razgovor s adolescentom i roditeljem pojedinačno i zajedno (Lempp 2014). Sveučilište Cornell (CRPSIR 2016) daje upute za vođenje intervjua: terapeut se ne bi trebao šokirati ili pokazati goleme afektivne reakcije, samoozljeđujuće ponašanje u većine osoba nije suicidalna gesta i ne treba biti tako shvaćena; ono ima svoju određenu funkciju u smislu smirivanja pacijenta; važno je osigurati sigurnost u intervjuu; procijeniti koliki je

utjecaj grupe vršnjaka na samoozljeđujuće ponašanje, naime, viđa se određena „opasnost zaraze od drugih vršnjaka“. Posebnu poteškoću čini situacija u kojoj adolescent skriva i taji svoje samoozljeđivanje, što se događa u rjeđim slučajevima (npr. roditelj slučajno nađe krv na plahtama, adolescent nosi duge majice, ne želi se kupati, ne želi sudjelovati na nastavi tjelesnog, stalno nosi „narukvicu protiv znojenja“ ili razne vrpce, itd.). Potrebna je procjena izraženosti simptoma, procjena genskih čimbenika (npr. temperament), stila privrženosti, životnih događaja, iskustva učenja te socijalnih okolnosti. Ako se samoozljeđivanje naglo pojavi, potrebna je posebna dijagnostička procjena (Lempp 2014). Napose treba dijagnostički razmišljati o mogućnosti različitog zlostavljanja. Potrebno je uzeti u obzir psihičke poremećaje koji idu zajedno sa samoozljeđivanjem, a navedeni su prije.

Najvažnije je u dijagnostici obratiti pažnju na mogućnost prepoznavanja rizika od **suicidalnog ponašanja** (Wilkinson 2013). Pokatkad je teško razlučiti samo samoozljeđivanje od suicidalnosti, a posebno ako postoji podležeći poremećaj npr. *borderline* poremećaj ličnosti ili bulimija (Lempp 2014). Stoga su važni izravan intervju, razjašnjavanje i vođenje **uredne medicinske dokumentacije**. U tom slučaju važno je misliti i na potrebu stacionarnoga psihijatrijskog liječenja (Lempp 2014). Važno je naglasiti da samoozljeđivanje može imati različite motive ili namjere, a utvrđivanje motiva ili namjere za samoozljeđivanje kompleksno je i teško zbog niza razloga kao što je ambivalentan odnos adolescenata oko njihove moguće suicidalnosti, kao i njihovo fluktuirajuće stanje raspoloženja (uvijek u adolescenta postoji impulzivna suicidalnost), zbog čega se teško mogu dobiti jasne informacije od adolescenta, posebno retrospektivno.

Izbor metode samoozljeđivanja često se uzima kao mjera namjere ili ozbiljnosti samog čina samoozljeđivanja, što je u adolescenciji isto tako teško odrediti jer je poznato da adolescenti podcjenjuju opasnost i slabije procjenjuju rizična ponašanja. Dakle, oni ne namjeravaju umrijeti, ali ipak odabiru metodu samoozljeđivanja koja može biti smrtonosna (tzv. nenamjerni izvršeni suicid) ili, obratno, kada namjeravaju umrijeti, ali je odabir metode benignan. Mladi ljudi imaju slabo znanje o potencijalnoj smrtnosti stvari koje uzimaju pri predoziranju (Harris i Myers 1997), a isto tako izmjenjuju različite metode namjernog samoozljeđivanja. Prezentiranje metoda relativno niske smrtnosti u budućnosti može biti praćeno epizodama samoozljeđivanja koje će biti smrtonosnije.

Tjelesni je pregled nužan da bi se dobio uvid u lokalizaciju i težinu rana i procijenila potreba za daljnjim medicinskim postupcima. Potrebno je utvrditi lokalizaciju ozlijeđenog dijela tijela, jesu li ozljede različite starosti, postojanje poremećaja cijeljenja rana te radi li se o dubljim ili površinskim ozljedama. U slučaju težeg samoozljeđivanja potrebno je učiniti KKS, hemoglobin, parametre upalnih procesa te provjeriti mogućnost infekcije rana (Lempp 2014). Potrebna je psihološka dijagnostika, koja može uključivati testove inteligencije, projektivne i druge testove. Mogu se rabiti i skale za procjenu samoozljeđivanja, koje adolescenti katkada lakše ispune, jer je riječ o pisanom ispitivanju (npr. *deliberate self-harm inventory*; *self-harm behavior questionnaire* itd.). Četvrta os višesodne MKB-10 klasifikacije omogućuje šifriranje tjelesnih zdravstvenih stanja.

Diferencijalnodijagnostički, prvo se može procijeniti postojanje nekog jasno određenog medicinskog poremećaja (encefalitis, epilepsija, genski sindromi), intelektualnih teškoća ili psihotičnog i autističnog poremećaja. Nakon što se isključe navedeni entiteti pristupa se daljnjoj dijagnostici, utvrđujući eventualne psihičke poremećaje, posebno suicidalnost, te tjelesno i seksualno zlostavljanje (Lempp 2014).

29.6. Etiopatogeneza

Ako je riječ o nekom poznatom psihičkom poremećaju, onda je etiopatogeneza slična tim poremećajima. Često je etiopatogeneza slična suicidalnosti, depresiji, *borderline* poremećaju ličnosti ili intelektualnim teškoćama. Ovdje će biti navedeni pojedini etiopatogenetski čimbenici koji se posebno odnose na samoozljeđujuće ponašanje, bez obzira na pojedine moguće entitete (Libal i Plener 2009). Često je riječ o multifaktorijelnoj genezi. **Biološki čimbenici** čine se važnima. Najčešće se samoozljeđujuće ponašanje dovodi u vezu s disfunkcijom serotoninergičkog sustava. Ovo se povezuje s impulzivnošću te ima sličnosti s pacijentima s impulzivno-agresivnim ponašanjem. Također se u pojedinim znanstvenim radovima odgovornim čini dopaminergički sustav, kao i opioidni sustav (endorfinska hipoteza koja ima ulogu pri ovisničkom ponašanju). Važni su također i **psihosocijalni** rizični i protektivni čimbenici, od kojih Linehan (1993) i Resch (2007) navode: smanjenje emocionalnog odgovora, psihičku bolest u majke, poremećaj privrženosti, zastoj u razvoju – nediferenciranost selfa i objekta, emocionalno zane-

marivanje, sukobe unutar obitelji, rastavu roditelja, visoku kritičnost roditelja, parentificiranje, pa sve do emocionalnog, fizičkog i seksualnog zlostavljanja. Ovi čimbenici uzrokuju manjak emocionalne regulacije i interpersonalnih odnosa s drugima, koji posljedično dovode do disfunkcionalnih *coping* vještina kao što je samoozljeđivanje. Emocionalnom disregulacijom objašnjava se da negativne emocije prethode samoozljeđivanju, tj. da je glavni motiv zapravo oslobađanje od ove napetosti pa konačno nakon izvršenog samoozljeđivanja nastupa psihičko smirivanje, odnosno mješavina osjećaja smirivanja, srama, stida i razočaranja (Jacobson i Gould, 2007).

29.6.1. Psihodinamski aspekti

Psihodinamski se samoozljeđivanje može razumjeti kao forma afektivne regulacije na temelju jedne disocijacije selfa (Resch, 2007). **Tijelo** postaje matriks samoozljeđujućeg ponašanja, koji onda zaštićuje ostale dijelove selfa (aktivni self, socijalni self /koji uključuje idealni self/, kao i intrapsihički self). Motiva za samoozljeđivanjem često ima niz, a oni se tek u individualnom slučaju mogu razumjeti. Paradoksalno, samoozljeđivanje može označivati autoagresiju, samokažnjavanje, ali i samozaštitu. Intrapsihički, samoozljeđujuće ponašanje može služiti brizi o sebi, oslobađanju napetosti, kanaliziranju narcističkog bijesa te može na neki način biti „profilaksa protiv suicida“, jer ne moraju svi koji se samoozljeđuju pokazivati suicidalno ponašanje (Wilkinson 2013). Nadalje, može značiti jednu na perverzni način doživljenu ugodu, završetak jedne depersonalizacije, kao i akt koji potiče razvoj identiteta, odnosno koji može djelovati profilaktički protiv razvoja psihoze. Samoozljeđivanje može imati, na magičan način, ulogu transcendiranja stresne situacije (u ovome imaju ulogu rituali, kao i ritualno bratstvo/sestrinstvo preko puštanja krvi s drugima). Na interpersonalnom području samoozljeđivanje može činiti preverbalni hitni apel prema drugima, kao i određeno reinsceniranje traumatskih situacija. Različite intrapsihičke dvojbe mogu se zrcaliti kroz samoozljeđivanje u suprotstavljenim polovima: idealizacija/razočaranje, „trebam pomoć / ali nemam povjerenja ni u koga“, potreba za zaštitom / potreba za sadističkom kontrolom drugih.

29.7. Klinička vinjeta

Na liječenju u dnevnoj bolnici nalazi se djevojka od 14 godina. Ima intenzivne osjećaje praznine, izbjegava socijalne situacije, ne druži se s vršnjacima i teško ostvaruje socijalne kontakte. Učestalo se samoozljeđuje unatrag nekoliko mjeseci. Neko vrijeme skrivala je to od roditelja, no oni su opazili njezine posjekotine, što je bio neposredan povod za dolazak dječjem psihijatru. Djevojka ima niz pravilno raspoređenih posjekotina žiletom u raznim fazama cijeljenja na rukama, kao i na gornjim dijelovima natkoljenica. Nosi odjeću s dugim rukavima i nogavicama, da se to ne bi vidjelo. Utvrđuje se depresivni poremećaj. Obiteljska je situacija donekle podržavajuća. Na grupnim psihoterapijama otvoreno razgovara o samoozljeđivanju, nalazi suport i podršku cijele grupe, premda nedostaje mogućnost verbalizacije vlastitih osjećaja i njihova bolja diferencijacija. Tijekom terapije djelomično se poboljšava psihička funkcionalnost, ima otvoreniji stav prema interpersonalnim odnosima i vršnjacima te upisuje srednju školu koju je dugo priželjkivala.

29.8. Terapija, ishodi

Liječenje je slično liječenju osnovnih poremećaja, a posebno depresije i *borderline* poremećaja ličnosti, razvojnih poremećaja ličnosti, poremećaja hranjenja, intelektualnih teškoća i motoričkih stereotipija te se treba pridržavati osnova terapija koje su tamo napisane (v. posebna poglavlja 36, 39, 55, 59, 65, 66) (Sharp i Fonagy 2015; Schiavone i Links 2013). Ovdje će biti navedeni samo pojedini opći dodatni aspekti liječenja.

Akutne i krizne intervencije: kod otvorenih rana treba razmotriti potrebu kirurškog zbrinjavanja, kao i provjeru zaštite od tetanusa (Lempp 2014). Treba također razmotriti mogućnost kriznih intervencija, kao i stacionarnog liječenja adolescenta, odnosno kreiranja plana liječenja. Krizne se intervencije čine od odlučujuće važnosti, jer postoji velika nesuradnja pri liječenju adolescenata sa samoozljeđujućim ponašanjem (Ougrin i sur. 2012). Ako se procijeni da uz samoozljeđivanje postoji i suicidalnost, onda je prioritet u liječenju potonjeg (v. poglavlje 28 o suicidalnosti).

Pri **dugotrajnijem liječenju** dolaze u obzir druge vrste liječenja. Preduvjet za **psihoterapiju** jest stvoren terapijski okvir (*setting*) i sigurna klima, ispunjena empatijom (Schiavone & Links 2013). Posebno su se učinkovitima pokazale **biheviornalne** metode, od toga

posebno dijalektičko-bihevioralna terapija, koja je opisana kod poremećaja ličnosti (Linehan 1998). Neka načela bihevioralne terapije jesu „smanjenje“ simptoma (npr. nepridavanjem pažnje). Mogu se primjenjivati i alternativne tehnike afektivne regulacije, npr. sportskim aktivnostima ili relaksirajućim tehnikama. Obično se razgovor ne vodi neposredno nakon samoozljeđivanja kako mu se ne bi dala prevelika važnost, nego nakon određenoga vremenskog razmaka. Korisna je i „situacijska analiza“ pojedinih „okidača“ koji dovode do samoozljeđujućeg ponašanja (Lempp 2014). Posebno pitanje, a napose i u stacionarnom okviru (*settingu*), može biti pitanje neposredne adolescentove potrebe da se samoozlijedi, tj. kada osjeća veliku potrebu da to učini. U tom akutnom slučaju preporučuju se određene bihevioralne mjere (engl. *skills training*), kao što su veći perceptivni podražaji, npr. napinjanje gumenim narukvicama i zadavanje boli na zapešću, stavljanje nogu u hladnu vodu, hodanje bos po hladnoj podlozi, stavljanje leda u svoje ruke, stavljanje leda na vrat (paziti na mogućnost ozeblina!), naslanjanje cijelog tijela leđima na zid u relativno neprirodan položaj, jedenje ljutih proizvoda (paprčice) itd. Ovakvi postupci mogu imati određeni vremenski pozitivan učinak (Lempp 2014).

Psihodinamske terapije ne zadovoljavaju se samo stvorenom početnom empatijom i razumijevanjem nego i kroz uspostavljanje novog odnosa s terapeutom (Resch 2007). Potrebno je u terapiji dotaknuti simboličku paradoksalnost simptoma, a posebno mogu biti korisne psihodinamske interpretacije orijentirane na projektivnu identifikaciju. Sami se terapeuti mogu osjećati vrlo iscrpljeno i razočarano. Na početku je veća orijentacija na sadašnjost i perspektivu budućnosti, a tek nakon toga pokušava se dotaknuti prošlost pojedinca, koja je često bila traumatska. Polaganim se radom pokušava doći do rekonstrukcije integracijskih procesa u ličnosti pojedinca. Na mentalizaciji temeljena terapija također se pokazala uspješnom (v. poglavlje 65 o poremećajima ličnosti) (Wilkinson 2013). Rad s roditeljima i obiteljska terapija mogu biti korisni u liječenju obiteljskih disfunkcija (Larrievée 2013).

Što se tiče medikamentne terapije, treba biti oprezan ako je riječ o lijekovima koji su na *off-label* listi (v. posebno poglavlje 73). Uporabljaju se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), međutim, postoje opažanja i reakcije pogoršanja samoozljeđivanja, odnosno povećanja suicidalnosti, tako da ih je

potrebno davati s oprezom. Prema nekim autorima, lijek izbora prvog reda pri samoozljeđivanju jest fluoksetin, a nakon njega su drugi SIPPS (npr. sertralin) (Ougrin i sur. 2012). Mogu se rabiti i lijekovi iz drugih skupina: tipični i atipični antipsihotici, stabilizatori raspoloženja te eventualno druge skupine lijekova. Općenito je medikamentna terapija slabog učinka. Postoje sljedeće preporuke: prvo liječenje poremećaja na prvoj osi; liječenje skupine (klastera) simptoma: u slučaju afektivne labilnosti, napetosti, impulzivnosti ili straha preporučaju se antipsihotici; kod depresije, bulimije, „flashbackova“ ili opsesivnih crta preporučaju se SIPPS, ili pak, u slučaju drugih komorbiditetnih simptoma, kombinacija s antipsihotikom. Nastup suicidalnosti u prvome tjednu liječenja treba jasno nadzirati! Kod velikih oscilacija raspoloženja ili agresivnosti preporučuju se stabilizatori raspoloženja, a u slučaju „velikog pritiska za grebanjem“ može se u stacionarnom okviru (*settingu*) primijeniti nisko potentni antipsihotik. Kod lijekova, osim suicidalnosti i pogoršanja samoozljeđujućeg ponašanja, treba obratiti pozornost i na dobivanje na tjelesnoj masi, kao i na pojavu kasnih diskinezija (Libal i Plener 2009).

Primjenjuju se i **multimodalne (integrativne) terapije** koje se koriste i psihoterapijom i farmakoterapijom. Ovakvo liječenje također treba ići postupno. Prvo se liječe, ako postoje, dijagnoze s prve osi (npr. depresija), a nakon toga se usmjerujemo na dodatne simptome: napetost, strah, bijes, podražljivost, osjećaj praznine ili želja za kaznom (Jacobson i Gould, 2007). Na trećem mjestu pokušat će se utjecati izravno na samoozljeđujuće ponašanje.

Tijek i ishodi ovise o komorbiditetnim psihičkim poremećajima. U većini slučajeva simptom samoozljeđivanja se povlači do 30. godine života (Lempp 2014).

29.9. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Treba naći ravnotežu u pristupu roditelju/nastavniku s obzirom na adolescenta koji se samoozljeđuje. S jedne strane, trebaju postojati briga i zauzetost, a, s druge, treba postojati mogućnost nadvladavanja ovoga problema.
- ✓ Često je samoozljeđivanje dio pojedinoga psihičkog poremećaja te ga treba ozbiljno shvatiti. Posebno samoozljeđivanje može biti povezano sa suicidalnosti.

- ✓ Pokatkad su potrebne dugotrajnije terapije.
- ✓ Stacionarno (psihoterapijsko) liječenje može biti korisno u pacijenata s obzirom na potrebu diferencijalne dijagnoze, kao i započinjanja prikladne terapije.
- ✓ Roditelji trebaju biti suradnici u liječenju i potrebno ih je uključiti u terapiju, a istodobno treba ojačavati njihovu roditeljsku ulogu te raditi na boljoj komunikaciji između djeteta i roditelja.

29.10. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Je li samoozljeđivanje samostalan psihički poremećaj?

ODGOVOR: Nije. To je simptom ili sindrom koji je, u pravilu, povezan s nizom psihičkih poremećaja. Najčešći psihički poremećaji jesu internalizirajuće smetnje (depresija, anksioznost), eksternalizirajući poremećaji (poremećaj ponašanja) uz uporabu supstancija, te *borderline* poremećaj ličnosti i drugi poremećaji ličnosti.

■ PITANJE: Kakav je odnos između samoozljeđivanja i suicidalnosti?

ODGOVOR: Riječ se o visoko važnom i kompleksnom pitanju. S jedne strane, sam čin samoozljeđivanja ne mora uvijek uključivati i suicidalnu namjeru. Sami adolescenti mogu verbalizirati da žele samo osjetiti tjelesni bol jer su im psihička bol i napetost preteške. Zato je važno nakon samoozljeđivanja razgovarati s pacijentom. Ipak, adolescenti koji se samoozljeđuju mogu također biti i suicidalni pa i to treba uzeti u obzir. Adolescenti koji se samoozljeđuju imaju čak oko 100 puta veću šansu za suicidalnim ponašanjem u usporedbi s normalnom populacijom.

■ PITANJE: Kakav je odnos između ovisnosti, poremećaja kontrole impulsa, „habitualnih poremećaja“ i OKP-a s obzirom na samoozljeđivanje?

ODGOVOR: Potreba za samoozljeđivanjem, npr. zarezivanjem ruku i nogu, može biti toliko intenzivna da zaista podsjeća na pojedini oblik ovisnosti o toj radnji. S druge strane, uzimanje alkohola i droga nije rijetkost u osoba koje se samoozljeđuju. Samoozljeđivanje je, s jedne strane, povezano i s drugim poremećajima kontrole impulsa, npr. trihotilomanija, dermatotilomanija, te s „habitualnim poremećajima“ (npr. motoričke vrtnje), a, s druge, strane s opsesivnim mislima o

samoozljeđivanju, tako da se katkada dobiva dojam o različitoj dinamici pri istoj pojavi. Kod poremećaja jedenja, kao i kod drugih psihičkih poremećaja, samoozljeđivanje također nije rijetkost.

■ PITANJE: Što kada se npr. adolescentica zareže nekim predmetom tijekom liječenja na stacionarnom odjelu?

ODGOVOR: Ovo ne mora uopće biti rijetka pojava. Potrebno je reagirati prema algoritmu postupanja. Medicinska sestra treba pogledati ranu, previti je, procijeniti potrebu kirurške intervencije, opservirati te razgovarati s adolescentnom. Pri laganim oblicima to je pokatkad dovoljno. U slučaju umjerenih i težih oblika samoozljeđivanja medicinska sestra postupa slično kao i pri laganom samoozljeđivanju te u načelu zove i liječnika, koji će dalje razgovarati i postupati. Ako je posrijedi umjeren i teži oblik, uvijek je potrebna procjena moguće suicidalnosti. U pravilu, sami adolescenti dovoljno dobro opisuju svoja psihička stanja nakon samoozljeđivanja i većinom se njihovo mišljenje o vlastitu stanju poštuje. Na stacionarnim odjelima nije rijetka ni „zaraza samoozljeđivanja“, kada se adolescenti međusobno induciraju u samoozljeđivanju. Slična „zaraza“ inače nije rijetkost ni za druge fenomene kao što su npr. povraćanje, rituali oko jedenja, konverzivni simptomi, suicidalno ponašanje itd.

■ PITANJE: Što kada pacijent na stacionarnom odjelu ima veliku potrebu da se samoozlijedi?

ODGOVOR: U tom slučaju također postoji algoritam postupanja. Potrebno je razgovorom smiriti pacijenta, a, ako to ne uspije, pokušavaju se primijeniti perceptivni podražaji (npr. stavljanje kockica leda na dijelove tijela, stavljanje tijela na zid u neprirodan položaj, uporaba ljutih proizvoda itd.). Ako ni nakon toga napetost ne popušta, zove se nadležni liječnik, koji također razgovara s pacijentom i eventualno primjenjuje neku dodatnu medikamentnu terapiju. Ovakvi se postupci nastavljaju sve do pacijentova smirenja.

■ PITANJE: Kakav je odnos samoozljeđivanja s obzirom na artificijelne poremećaje?

ODGOVOR: Pojedini autori i samoozljeđivanje ubrajaju u podskupinu artificijelnih poremećaja. Pokatkad je zaista teško odrediti kolika je zaista pacijentova potreba da bude u ulozi bolesnika koji se prikazuju medicinskom osoblju, pa ta potreba asocira na artificijelne poremećaje. Kod takvih poremećaja

samoozljeđivanje se izvodi, u pravilu, u tajnosti, dok je to pri uobičajenom samoozljeđivanju tipično otvoreno i bez skrivanja.

29.11. Pitanja

- 1 Navedite koji su psihički poremećaji povezani sa samoozljeđivanjem.
- 2 Navedite najvažnije podjele samoozljeđivanja.
- 3 Navedite funkcije samoozljeđivanja.
- 4 Navedite razlike između različitih vrsta samoozljeđivanja i suicidalnosti.
- 5 Navedite načine liječenja samoozljeđivanja.

29.12. LITERATURA

1. Favazza AR. The coming age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(5):259-268.
2. Favazza AR. Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. 2. izd. Baltimore: John Hopkins University Press; 1996, str. 225-61.
3. Hamza CA, Shannon SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model: *Clinical Psychology Review* 2012;32(6):482-495
4. Harris HF, Myers WC. Adolescents' misperceptions of the dangerousness of acetaminophen in overdose. *Suicide Life-Threat* 1997;27:274-277.
5. Hawton K, Hall S, Simkin S i sur. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990- 2000. *J Child Psychol psychiatry* 2003;44:1191-8.
6. Jacobson CM, Gould, M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of literature. *Arch Suicide Res* 2007;11:129-47.
7. Jans T, Vloet TD, Taneli Y i sur. Suicide and self-harming behaviour. U: Rey JM, Martin A, ur. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2018. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
8. Joiner TE Jr, Brown JS, Wingate LR. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol* 2005; 56:287-314.
9. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics* 2014;134:782-793.
10. Kirkcaldy BD, Beown J, Siefen RG. Disruptive behaviour disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. *Int J Adolesc med health* 2006;18:597-614.
11. Lacey JJ, Evans CDH. The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict* 1986;81:641-9.
12. Larrivee MP. Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2013;15(2):171-179.
13. Lempp T. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
14. Libal G, Plener PL. Selbstverletzendes Verhalten. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ, ur. *Adoleszenzpsychiatrie*. Stuttgart: Schttauer GmbH; 2009, str. 190-200.
15. Linehan MM. An Illustration of Dialectical Behavior Therapy. In *Session: Psychotherapy in Practice* 1998;4(2):21-44.
16. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen psychiatry* 1993;50: 971-4.
17. Menninger K. Man against himself. New York: Harcourt, Brace and Company; 1938.
18. Ougrin D, Tranah T, Leigh E i sur. Practitioner Review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(4):337-50.
19. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983;140:867-872.
20. Resch F. Selbstverletzendes Verhalten. U: Hopf H, Windhaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie*. 3. izd. München: CIP-Medien; 2009, str. 303-11.
21. Schiavone FL, Links P. Common elements for the psychotherapeutic management of patients with Self Injurious Behavior. *Child Abuse & Neglect* 2013;37:133-138.
22. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence- recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatr* 2015;56(12):1266-88.
23. Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005;366:1471-83.
24. Solomon Y, Farrand J. „Why don't you do it properly?“ Young women who self-injure. *J Adolescence* 1996;19(2): 111-119.
25. *The Cornell Reasearch Program on Self-Injury and Recovery (CRPSIR)*. Dostupno na: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/resources.html>. Pristupljeno 1. 5. 2016.
26. Walsh BW. *Treating Self-injury*. New York: Guilford Press; 2006.
27. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:75-7

Tjelesno zlostavljanje i zanemarivanje

Ivan Begovac, Marija Bačan

SADRŽAJ

30.1. Uvod, definicije	420
30.2. Epidemiologija	420
30.3. Mogući simptomi i znakovi, rizični čimbenici, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza . . .	422
30.4. Somatske i psihičke posljedice	423
30.5. Etiopatogeneza	423
30.5.1. Različiti integrativni modeli	423
30.5.2. Psihodinamika	424
30.6. Klinička vinjeta	424
30.7. Terapija, (re)habilitacija, prevencija, tijek	424
30.7.1. Opći principi	424
30.7.2. Akutna (krizna) intervencija i postavljanje indikacije za liječenje	425
30.7.3. Psihoterapijski rad s djetetom	425
30.7.4. Psihoterapijski rad s roditeljima (skrbnicima) i obitelji	425
30.7.5. Prevencija ponovljenog pojavljivanja	426
30.7.6. Tijek	426
30.8. Upute za roditelje/nastavnike	426
30.9. Često postavljena pitanja	426
30.10. Pitanja	427
30.11. Literatura	428

30.1. Uvod, definicije

Postoje različite vrste zlostavljanja i zanemarivanja (može se reći i zapostavljanja), koje se rijetko pojavljuju izolirani i zapravo mnogo su češće kombinirane, npr. teško je zamisliti da netko tjelesno ili seksualno zlostavlja dijete, a da ga pri tome ne zlostavlja i emocionalno.

U ovom poglavlju neće se govoriti toliko o **emocionalnom zlostavljanju** (i **zanemarivanju**). Emocionalno (psihološko) zlostavljanje (i zanemarivanje) uključuje teži manjak roditeljske brige, manjak empatije, interakcije i stimulacije, ponižavanje, obescjenjivanje, zastrašivanje, diksriminaciju, ismijavanje (Lempp 2014; Norman i sur. 2012; Remschmidt 2011). Oštećuje osjećaj doživljaja sebe (identiteta), kao i procese individuacije i autonomije (Haeussler 2009), a često se skriva iza poremećaja hranjenja dojenčeta, poremećaja razvoja, kao i poremećaja regulacije, i teško ga je dokazati u praksi (Lempp 2014; Remschmidt 2011).

Općenito je problematika zanemarivanja (u emocionalnom, fizičkom, edukacijskom smislu) prilično nedovoljno prisutna u literaturi, za razliku od zlostavljanja (Stoltenborgh i sur. 2013).

Tjelesno zlostavljanje odnosi se na učestalo ili jednokratno grubo, namjerno nanošenje bola, tjelesnih ozljeda, kao i neodgovorno postupanje roditelja i drugih osoba koje uključuje potencijalni rizik od tjelesnog ozljeđivanja (Bilić i sur. 2012; McCoy i Keen 2009). Iz ove je definicije jasno da se i pojedinačne epizode mogu definirati kao zlostavljanje. Premda tjelesno zlostavljanje ima različita kulturalna značenja i standarde prema kojima se određuje, ono se odnosi na neslučajno nanošenje ozljeda od odrasle osobe (McCoy i Keen 2009). Može uključivati pljuskanje i čuškanje, udaranje predmetima, silovito drmanje, snažno odgurivanje, udaranje šakama ili nogama, teške batine (premlaćivanje), grizenje, ubadanje, vezivanje, gnječenje, gušenje i utapanje (Bilić i sur. 2012).

Vršnjačko nasilje (engl. *bullying*) također možemo ubrojiti u jedan oblik tjelesnog zlostavljanja, ali je važan kriterij **repetitivnosti i asimetrija moći** između nasilnika i žrtve, odnosno npr. ne uključuje međusobni fizički sukob npr. dvaju dječaka iste dobi, što se može činiti kao razvojno prihvatljivo ako je povremeno (Čakić i sur. 2013).

Tjelesno zlostavljanje kao posljedicu često ostavlja tjelesne ozljede u djeteta koje su uzrokovali roditelj, skrbnik ili druge osobe (Lempp 2014; Remschmidt

2011). **Tjelesno zanemarivanje**, kako je već prije bilo rečeno, odnosi se na teži manjak minimuma njege i brige o djetetu (npr. manjak hrane, odjeće, higijene, skloništa) (Lempp 2014; Remschmidt 2011). Pokatkad granica između zlostavljanja i zanemarivanja nije sasvim jasna, posebno kad je riječ o emocionalnom zlostavljanju i zanemarivanju. Zanemarivanje i zlostavljanje ne odnosi se na siromaštvo, iako ono može koegzistirati sa zanemarivanjem. U engleskoj literaturi nalazimo različite nazive koji se odnose na zlostavljanje i zanemarivanje: *child abuse, child neglect, non accidental trauma, battered child syndrome* i drugi.

Münchhausenov sindrom preko posrednika također je zlostavljanje djeteta od roditelja (ili bliske osobe) te se ovaj tekst odnosi i na taj sindrom koji je detaljnije opisan u drugom poglavlju (v. posebno poglavlje 49 o artifičijelnim poremećajima).

Kada govorimo o tjelesnom zlostavljanju, važno je razlikovati i definirati **tjelesno kažnjavanje** u odnosu prema zlostavljanju. Tjelesno se kažnjavanje odnosi na primjenu fizičke sile s namjerom da dijete doživi bol i/ili nelagodu, ali ne i ozljedu, u svrhu korekcije ili kontrole djetetova ponašanja (Pećnik 2003; Straus 2000). Primjena tjelesne kazne kao odgojnoga sredstva može prerasti u tjelesno zlostavljanje. Tjelesno kažnjavanje od tjelesnog se zlostavljanja razlikuje po intenzitetu, riziku od ozljede i namjeri roditelja (Bilić i sur. 2012), pri čemu velik broj autora ne razlikuje kažnjavanje od zlostavljanja prema kriterijima, već ističu stupanj intenziteta. Djeca koja doživljavaju tjelesno kažnjavanje u sedam puta većem su riziku da budu i zlostavljana u usporedbi s djecom koja nisu tjelesno kažnjavana (Clement i sur. 2000). U Hrvatskoj je, kao i u nekim drugim zemljama poput Njemačke, tjelesno kažnjavanje zakonom zabranjeno, međutim, to nije slučaj u nekim drugim zemljama poput Velike Britanije, nekih država SAD-a itd. (Wong i sur. 2013).

Kroz literaturu se provlači saznanje da kadšto zlostavljana djeca, kada postanu roditelji, postaju zlostavljači prema svojoj djeci (Haeussler 2009), što ne znači da će svako dijete koje je bilo zlostavljano tijekom djetinjstva u odrasloj dobi postati zlostavljač.

30.2. Epidemiologija

U literaturi se navodi da je prevalencija tjelesnog zlostavljanja od 3 do 6 % (Remschmidt 2011; Steinhilber 2010). Smatra se zapravo je da broj mnogo veći nego što to prikazuju epidemiološki podatci, odnosno

Tablica 30.1.***Znakovi i rizični čimbenici koji mogu biti prisutni u djeteta pri sumnji na tjelesno zlostavljanje ili zanemarivanje.***

Modificirano prema Lempp 2010; Mann i sur. 2002; NICE 2009; Remschmidt 2011; Steinhausen 2014.

- dijete ili neka druga osoba optužuju roditelje
- anamnestički nejasno odugovlačenje liječenja nakon neke ozljede ili odbijanje djetetove hospitalizacije
- kontradiktorna anamneza u vezi s mehanizmima ozljeda
- nedostajuća ili neprikladna anamneza s obzirom na tjelesne ozljede
- anamnestički podatci o učestalim ozljedama
- postojanje teških ozljeda, dok roditelji navode da se dijete samo ozlijedilo
- roditelji optužuju braću ili treće osobe za ozljede
- ozljede u djeteta koje nije pokretno (dojenačka dob)
- ozljede koje nisu konzistentne s prethodnim događajima i okolnostima
- u statusu obrasci ozljeda koji snažno sugeriraju tjelesno zlostavljanje
- znakovi tjelesnog kažnjavanja na ekstremitetima, genitalijama (npr. slično kažnjavanju zbog enkopreze i enureze)
- znakovi repetitivnog zlostavljanja (npr. krvni podljevi koji su nastali u različitim razdobljima)
- višestruki hematomi (modrice) u različitim stadijima cijeljenja i različite vrste; hematomi koji nikako ne prolaze; ozljede koje nisu tipične za nastavke kosti
- ozlijeđeni pojedini dijelovi tijela
- ozljede koje su nalik na neke predmete, npr. na remen
- ozljede, laceracije i abrazije na koži
- ožiljci od vatre (npr. opušaka cigareta) ili ozljede od smrzavanja
- različiti ugrizi
- traume u abdomenu; subduralni i intrakranijalni hematomi; ozljede kralježnice; ozljede očiju, retinalno krvarenje
- rendgenološki znakovi subperiostalnih krvarenja; razdavajanje epifiza; multiple frakture
- seksualno prenosive bolesti
- trudnoća
- znakovi životno ugrožavajućih stanja; otrovanja; ozljede od utapanja
- specifična ponašanja: neočekivani djetetov oprez (npr. stavlja ruke u obrambeni položaj ako mu se priđe), sklonost pretjeranoj poslušnosti autoritetima, agresivnost, poremećaji ponašanja (impulzivnost, manjak tolerancije na frustraciju) i razvojni poremećaji ličnosti
- emocionalni znakovi: strah, ljutnja i neprijateljstvo, nemogućnost izražavanja osjećaja, neprihvatljiva i ometajuća ponašanja te razne emocionalne teškoće
- autoagresivno ponašanje (automutilacija, samoozljeđivanje, depresija, suicidalnost)
- u stanjima straha izostanak traženja zaštite kod roditelja ili odraslih; u starije djece „ograđivanje“ od bilo kojeg konflikta, odnosno znakovi prekomjerne prilagodbe u ponašanju
- nejasne somatizacije djece; npr. učestali funkcionalni bolovi u trbuhu; često izostajanje s nastave
- interpersonalne poteškoće; teškoće u uspostavi i održavanju socijalnih odnosa, nepovjerenje, slabije socijalne i jezične vještine, kao i sklonost agresivnom načinu rješavanja problema
- ostali kombinirani znakovi zlostavljanja; znakovi psihičkog ili fizičkog zanemarivanja (npr. izglednost, neadekvatno odijevanje, (npr. neprikladne cipele s obzirom na godišnje doba); tjelesna zapuštenost: zubalo, koža, kosa, izgled kože u području peleni; poremećaji rasta u slučaju kroničnih slučajeva
- niža porođajna masa (manje od 30 %); djeca s regulacijskim poremećajima; razvojni poremećaji (do 70 %); hiperaktivnost; intelektualne teškoće; malformacije i deformacije djeteta; „teški temperament“ djeteta
- blizanci; neželjena djeca; izvanbračna djeca
- dijete je bilo predstavljeno mnogim liječnicima i u mnogim bolnicama

da na jedan otkriveni slučaj postoji još 15 do 20 neotkrivenih slučajeva (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Od sve djece koja se javljaju liječnicima zbog tjelesnih ozljeda pretpostavlja se da se oko 10 % odnosi na tjelesno zlostavljanje, a da se dodatnih deset posto odnosi na tjelesno zanemarivanje.

U pedijatrijskim je klinikama oko 2 % tjelesno zanemarene ili zlostavljane djece (Lempp 2014). Dvije

trećine su djeca mlađa od šest godina. Tijekom djetinjstva podjednako su zlostavljani dječaci i djevojčice, dok su u adolescentnom razdoblju češće zlostavljane djevojke (Steinhausen 2010).

Istraživanja u Hrvatskoj koja su temeljena na samoprocjenama mladih upućuju na to da je 15,9 % mladih bilo izloženo tjelesnom zlostavljanju (Buljan Flander 2007; Luca-Mrđen i sur. 2007). Kao i u drugim zemljama

i u Hrvatskoj su češće žrtve mlađa djeca, kao i djeca s kroničnim bolestima i kognitivnim deficitima (Bilić i sur. 2012). Kao što je prije bilo rečeno, tjelesno se zlostavljanje često pojavljuje praćeno ostalim oblicima zlostavljanja, kao što je emocionalno zlostavljanje.

30.3. **Mogući simptomi i znakovi, rizični čimbenici, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza**

Ne postoji klinički sindrom koji bi jasno i nedvosmisleno upućivao na tjelesno zlostavljanje (Lempp 2014). Klinička slika može biti vrlo šarolika i nespecifična, i ovisi o dobi, kao i o razvijenoj strukturi djetetove ličnosti, npr. u dojenčadi i male djece mogu biti prisutni simptomi regulacije, kao i simptomi hospitalizma, ili pak simptomi mogu biti slični autističnom spektru poremećaja (Haeussler 2009; Steinhausen 2010). Imajući u vidu različite vrste zlostavljanja, znakovi tjelesnog zlostavljanja mogu biti očitiji u odnosu prema ostalim vrstama zlostavljanja. Pri procjeni tjelesnih znakova važno je voditi brigu o lokaciji, naravi i ozbiljnosti zadobivene ozljede u djeteta (Hobbs i sur. 2000). Pojedini autori dijele tjelesno zlostavljanje na „lakše“ i „teže“ s obzirom na tjelesne ozljede (Steinhausen 2010). U pravilu, djeca češće dolaze do pedijataru nego do dječjih psihijataru. Rizične čimbenike (odnosno moguće znakove zlostavljanja) koji se dobivaju anamnezom i opservacijom i tjelesnim pregledom, pojedini autori različito svrstavaju u skupine a to su: čimbenici povezani s djetetom, čimbenici povezani s interakcijom djeteta – roditelj; čimbenici povezani s roditeljima, te obiteljski i socijalni čimbenici (NICE 2009; Remschmidt 2011).

U **tablici 30.1.** prikazani su mnogobrojni znakovi i rizični čimbenici koji mogu biti prisutni **u djeteta** pri sumnji na zlostavljanje ili zanemarivanje.

Kako se vidi u tablici, anamnestički se mogu naći podatci o sumnji na zlostavljanje i iscrpno se uzimaju podatci o okolnostima nastanka ozljeda i modrica. U statusu se također orijentiramo na ozljede, posebno na nekim specifičnim mjestima. Mogu biti prisutni i drugi somatski simptomi i ozljede, frakture, koje se mogu potvrditi radiološkim metodama, a posebnu pozornost treba obratiti u slučaju spolno prenosivih bolesti i trudnoće te znakova životno ugrožavajućih stanja. Sumnju treba pobuditi i učestalo dovođenje djeteta u različite bolnice. U djeteta se mogu očitovati emocio-

nalne smetnje, interpersonalne teškoće ili može imati kombinaciju smetnji.

U **tablici 30.2.** prikazani su znakovi i rizični čimbenici koji mogu biti prisutni kod **interakcije djeteta – roditelj** pri sumnji na zlostavljanje ili zanemarivanje (Lempp 2014; NICE 2009; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010).

Tablica 30.2

Znakovi i rizični čimbenici koji mogu biti prisutni kod interakcije djeteta – roditelj pri sumnji na tjelesno zlostavljanje ili zanemarivanje.

Modificirano prema Lempp 2014; NICE 2009; Remschmidt 2011; Steinhäusen 2010.

- negativnost i hostilnost; odbacivanje u interakciji;
- dijete kao „žrtveni jarac“ u interakciji;
- nisko pozitivna i visoko negativna interakcija;
- manjak kontakta očima s djetetom;
- neprimjerena interakcija i očekivanja od djece;
- izlaganje zastrašujućim događanjima, npr. kućnom nasilju; neprimjereno uključivanje djeteta u bračne svade;
- nepružanje djetetu prikladne socijalizacije;
- tjelesno kažnjavanje djeteta;
- neprikladna roditeljska interakcija prema djetetu;
- izostanak posjeta roditelja u stacionarno smještene djece

Kao što se vidi iz tablice, važno je na pregledu promatrati interakciju djeteta – skrbnik. Patološku interakciju treba opservirati u različitim oblicima, od verbalnog do tjelesnog kažnjavanja, neprikladnosti roditeljske interakcije ili izostanka posjeta roditelja u stacionarno smještene djece.

U **tablici 30.3.** prikazani su znakovi i rizični čimbenici koji mogu biti prisutni **kod roditelja** pri sumnji na zlostavljanje ili zanemarivanje.

Ponašanje roditelja koje zahtijeva pozornost i sumnju može varirati od neuobičajenog do izraženih karakternih crta, a rizični su čimbenici svakako psihijatrijska bolest u roditelja, neprikladni roditeljski stavovi, te zlostavljanje koje su sami roditelji iskusili u djetinjstvu.

U **tablici 30.4.** prikazani su znakovi i rizični čimbenici koji mogu biti prisutni **u obitelji i u socijalnom okolišu** pri sumnji na zlostavljanje ili zanemarivanje.

Kao što je prikazano u tablici, mogu biti prisutni disfunkcionalni partnerski i/ili obiteljski odnosi, različiti socijalni čimbenici, nasilje u okolini te drugi kulturnološki čimbenici.

U slučajevima zlostavljanja dojenčadi i male djece češće su prisutni socijalni čimbenici, dok su u slučaje-

Tablica 30.3.**Znakovi i rizični čimbenici koji mogu biti prisutni kod roditelja pri sumnji na zlostavljanje ili zanemarivanje.**

Modificirano prema Lempp 2014; Mann i sur. 2002; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

- neuobičajeno ponašanje skrbnika
- nedostajuća emocionalna briga roditelja; nesuradljivi ili neprijateljski stav roditelja
- znakovi stanja napetosti i straha, senzitivnost; tendencija izolaciji; strah od gubitka kontrole; agresivno ponašanje
- niža inteligencija
- psihijatrijske bolesti u roditelja (zloraba alkohola; psihoza; poremećaji ličnosti)
- mladi i samohrani roditelji
- roditelji koji imaju nerealistična očekivanja prema djeci
- nedostatak roditeljskih kompetencija
- roditelji su bili zlostavljani u djetinjstvu

Tablica 30.4.**Znakovi i rizični čimbenici koji mogu biti prisutni kod obitelji i u socijalnom okolišu pri sumnji na zlostavljanje ili zanemarivanje.**

Modificirano prema Lempp 2014; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

- infantilna bračna situacija ili partnerski odnosi i svađa između partnera
- jaka izoliranost cijele obitelji
- nerazvijena socijalna mreža (manjak kontakta s rodbinom, susjedima)
- brojnost obitelji
- nezaposlenost
- niži socioekonomski status (slabija edukacija, niža obiteljska primanja)
- socijalna diskriminacija
- nasilje u okolini te drugi socijalni i kulturološki čimbenici

vima zanemarivanja adolescenata češće prisutni akutni sukobi odnosa roditelj – adolescent ili psihički oboljeli roditelji (Lempp 2014).

Pri **dijagnosticiranju** tjelesnoga zlostavljanja najvažniji su anamnestički podatci, međutim, oni često nisu vjerodostojni. Zbog eventualno forenzičkih razloga, potrebno je dijete jasno pitati: „Što ti se točno dogodilo?“, te potom dobiveni opis doslovno citirati u medicinskoj dokumentaciji, uz druge podatke iz anamneze (Lempp 2014). **Dijagnostički** su važni opservacija interakcije roditelj – dijete i pažljiv tjelesni pregled djeteta u okviru kojeg nam je od koristi eventualno

fotografranje tjelesnih znakova (Lempp 2014). Važno je dobiti i heteroanamnestičke podatke (npr. informacije od liječnika obiteljske medicine) te provesti tjelesnu obradu: radiološke pretrage u slučaju sumnje na starije frakture; od laboratorijske dijagnostike mogu se učiniti alkalna fosfataza koja je povišena pri frakturama kostiju; može se napraviti dijagnostika poremećaja zgrušavanja krvi; pri sumnji na otrovanja može se učiniti probir na toksine u krvi i urinu. Korisno je učiniti razvojnu procjenu i procjenu inteligencije (Lempp 2014).

Diferencijalnodijagnostički, može biti riječ o stvarnim slučajnim padovima i ozljedama; krvnim poremećajima (npr. hemofilija); osteogenezi imperfekti; u rijetkim slučajevima može biti posrijedi samoozljeđujuće ponašanje (Lempp 2014).

30.4. Somatske i psihičke posljedice

Posljedice tjelesnoga zlostavljanja uključuju već opisane tjelesne simptome, ali uključuju i netjelesne posljedice, odnosno psihološke i psihijatrijske simptome i poremećaje. Naime, u zlostavljane i zanemarene djece učestalija je pojava PTSP-a, depresije, poremećaja privrženosti, disocijativnih simptoma, zlorabe droga, poremećaja jedenja, poremećaja ponašanja, opozicionalnog (suprotstavljajućeg) ponašanja i *borderline* poremećaja ličnosti (Volkmar i Martin 2011). Usto, mogu se pojaviti i drugi problemi, uključujući probleme s vršnjacima i nisko samopouzdanje, kognitivni problemi, jezični problemi, razvojna kašnjenja te neuspjeh u školi (Annerback i sur. 2012; Arata i sur. 2005; Bilić i sur. 2012; Clemmons i sur. 2007; Crosson-Tower 2010; McCoy i Keen 2009; Miller-Perrin i Perrin 2007; Norman 2012; Springer i sur. 2007; Volkmar i Martin 2011).

30.5. Etiopatogeneza

30.5.1. Različiti integrativni modeli

Pojedini aspekti etiopatogeneze i psihodinamike opisani su u poglavlju o poremećajima povezanim sa stresom ili traumom (v. posebno poglavlje 67 o poremećajima povezanih sa stresom). Tjelesna zlostavljanja djece nastaju zbog međugre različitih čimbenika, koji su prije opisani (Remschmidt 2011). U literaturi nalazimo različite etiopatogenetske modele: individualno orijentirane modele; neurobiološke modele, poreme-

ćaje privrženosti; psihosocijalne modele; psihodinamske modele, multidimenzionalne modele; kao i interakcionalne modele u kojima se različiti čimbenici međusobno dopunjuju (Remschmidt 2011; Steinhau- sen 2010).

Neurobiološki model govori o neurobiološkoj vul- nerabilnosti, koja se očituje kroz smanjeni *corpus callo- sum* te u promjenama različitih sustava, npr. imuno- snog sustava (De Bellis i Zisk 2014). S neurobiološkog aspekta, djeca koja su traumatizirana teško nalaze mogućnost verbalizacije osjećaja, nastupa emocio- nalna disregulacija, odnosno oštećena je mogućnost simboliziranja (Dvir i sur. 2014; van der Kolk 1998). Kod različitih vrsta zlostavljanja dominiraju mješavina nesigurno-izbjegavajuće i ambivalentne privrženosti, odnosno mješavina izbjegavanja i dezorganizacije (Haeussler 2009). Posebno maligna forma kliničke slike može biti povezivanje „privrženosti za osobu“, koja je istodobno sadistička i agresivna. Kod interakcij- skog modela čimbenici djeteta i roditelja međusobno se upotpunjuju, npr. dijete sa smetnjama čini roditelje posebno bespomoćnima i dodatno agresivnima. U razvijenoj kliničkoj slici pojedini se čimbenici dodatno pojačavaju pa je katkad teško odgovoriti koji je čimbe- nik najodgovorniji, npr. koliki je izravan utjecaj mož- dane traume, koliki je utjecaj nedovoljne njege u trud- noći i u ranoj dobi, koliki je deficit smanjene prehrane, koliki je manjak medicinske njege te koliki je utjecaj okolišnih čimbenika (Steinhausen 2010).

30.5.2. Psihodinamika

Za psihoanalizu je važna realna trauma, ali i uloga fantazije (realna trauma i fantazija), odnosno koji se mehanizmi obrane upotrebljavaju. Dulje vrijeme središnje je shvaćanje traume bila identifikacija s agresorom. Kod ovog se mehanizma zlostavljano dijete pod- laže agresoru, s njim se identificira, te na taj način dolazi do mogućnosti preživljavanja (Haeussler 2009). Oštećeno je „temeljno povjerenje“ i nastaje poremećaj privrženosti. Gledano s teorije objektnih odnosa, nisu oštećeni samo „vanjski realni“ odnosi nego su oštećeni i „unutarnji, podupirući, u sigurnosti zadan dijalog između self i objektnih reprezentacija“ (Bohleber 2004; Haeussler 2009), što uzrokuje strukturna oštećenja (model deficita). Sve ovo može imati za posljedicu deficite u simbolizaciji i mentalizaciji. Posljedice zlo- stavljanja mogu biti oštećenje selfa, odnosno stvaranje „lažnog selfa“ (Haeussler 2009; Winnicott 1990), s

određenom fasadom ličnosti prema van, međutim, koji u sebi imaju prazninu. Mogući su poremećaji selfa, afekata, regulacije impulsa, stanja promijenjene svi- jesti, promijenjene percepcije, poremećaji granica između selfa i objekata, realnosti i fantazije, te razli- kovanje između sadašnjosti, prošlosti i budućnosti (Streeck-Fischer 2000). Posebno može biti oštećen tje- lesni self. Prijenosno i protuprijenosno mogu se nala- ziti znakovi oštećenja objektnih odnosa, oštećenja strukture ličnosti (deficitarna patologija), kao i odre- đeni mehanizmi obrane. Klinička slika može biti kom- binacija izravne traumatizacije, mehanizama obrana, kao i identifikacijskih procesa.

30.6. Klinička vinjeta

Na pregled dolazi 16-godišnja djevojka s nizom psi- hičkih simptoma, u kojima dominiraju visoka anksio- znost, depresija, sklonost samoozljeđivanju, loše samo- poštovanje, socijalna izolacija od vršnjaka. Imala je nekoliko pokušaja suicida. Učestalo posjećuje hitne pedijatrijske ambulante zbog različitih simptoma. U detaljnom anamnestičkom i heteroanamnestičkom postupku, uz opservaciju djevojke i roditelja koju pro- vodi multidisciplinarni tim (dječji psihijatar, psiholog, socijalni radnik) dolazi se do anamnestičkih podataka o tjelesnom kažnjavanju koje doseže razinu tjelesnog zlostavljanja. Ovaj je slučaj prijavljen policiji, koja odmah reagira postupcima u svojem djelokrugu, te nadležnom centru za socijalnu skrb koji također podu- zima postupke. Nastavlja se psihoterapijski rad s dje- vojkom u stacionarnim uvjetima, a pokušava se i tera- pijski raditi s roditeljima. U kliničkoj slici tijekom vremena ne pokazuje se stabilizacija djevojčina stanja.

30.7. Terapija, (re)habilitacija, prevencija, tijekom

30.7.1. Opći principi

U **tablici 30.5.** prikazan je različit spektar mogućih intervencija.

U slučaju tjelesnoga zlostavljanja djece bitno je pro- vesti nekoliko koraka sa svrhom oporavka djeteta, konkretno zaštititi dijete od daljnjeg zlostavljanja, procijeniti situaciju i krizno intervenirati, provesti psihija- trijsku i psihološku procjenu djeteta, procijeniti stanje i podršku obitelji, te planirati tretman radi oporavka djeteta (Buljan Flander i Kocijan Hercigonja 2003).

Tablica 30.5.**Različiti spektar mogućih intervencija u slučaju tjelesnoga zlostavljanja**

Prevenција
Akutna (krizna) intervencija i postavljanje indikacije za liječenje (uključujući i izdvajanje djeteta iz obitelji)
Psihoterapijski rad s djetetom
Psihoterapijski rad s roditeljima i obitelji

Ključne su i **preventivne aktivnosti** za koje je važno da budu usmjerene na sve razine društva (obitelj, lokalna zajednica, razina sustava), prije svega primarna i sekundarna prevencija, odnosno prevencija tjelesnoga zlostavljanja prije no što se ono dogodi. Primjer su toga programi i edukacije usmjereni na usvajanje i poboljšanje roditeljskih kompetencija te adekvatnih odgojnih postupanja, kao i kampanje podizanja javne svijesti o neprihvatljivosti, znakovima i posljedicama tjelesnog zlostavljanja (Miller-Perrin i Perrin 2007).

30.7.2. Akutna (krizna) intervencija i postavljanje indikacije za liječenje

U Hrvatskoj je **interes djeteta** iznad svih interesa, uključujući i interese roditelja, kao i iznad obveze pridržavanja liječničke tajne! Prije svega treba procijeniti postoji li **neposredna opasnost** za ponavljanje zlostavljanja, te u tom slučaju dijete treba odmah izdvojiti iz obitelji, što može biti vrlo delikatan postupak. Pravnu procjenu treba prepustiti socijalnim radnicima, sucima, psihijatrijskim vještacima, a ne terapeutima (Haeussler 2009).

Dakle, na prvom mjestu treba biti sigurnost djeteta, kao i njegove braće/sestara, odnosno djetetov interes, te sprječavanje daljnjeg zlostavljanja (Lempp 2014)! U kliničkoj je praksi čest slučaj da postoji velik pritisak na stručnjake da donesu brzu odluku, iako uz manjak dovoljnih informacija (Lempp 2014). Stoga su važni uključivanje drugih, različitih stručnjaka (interdisciplinarni tim) te vođenje detaljne medicinske dokumentacije.

Nadalje, na listi prioriteta na visokom mjestu treba biti terapija (Remschmidt 2011). Ako roditelji imaju neku psihijatrijsku bolest, treba ih uputiti na liječenje. U ovisnosti o težini zlostavljanja i drugim čimbenicima, treba razmotriti je li dijete spremno samostalno ili zajedno s roditeljima sudjelovati u terapijskom pro-

cesu. U posebno teškim načinima zlostavljanja kao što su npr. zlostavljanja s teškim tjelesnim oštećenjima, zlostavljanje nekim predmetima ili sadistički način zlostavljanja indicirano je akutno izdvajanje djece od kuće. Korisno može biti liječenje u specijaliziranim ustanovama, kao i u različitim skloništima (za žene žrtve nasilja, smještaj djeteta u dom itd.). U kliničkoj se praksi pokazao korisnim otvoren razgovor s roditeljima, bez prekomjernog pridavanja krivnje. Reakcija roditelja na opisivanje simptoma može biti važna u dijagnostičkom, kao i u prognostičkom smislu (Lempp 2014). Pokatkad je korisna akutna psihijatrijska hospitalizacija, u smislu dijagnostičke procjene situacije djeteta i obitelji, uz usporednu procjenu koju provodi interdisciplinarni tim (Lempp 2014).

30.7.3. Psihoterapijski rad s djetetom

U pravilu, potreban je **individualan psihoterapijski rad** s djetetom (načelno se ne preporučuje grupno psihoterapijsko liječenje). Često terapija traje godinama. Pojedini autori preporučuju različite metode ovisno o djetetovoj dobi (Steinhausen 2010). U manje se djece može primjenjivati terapija igrom. Ciljevi su terapije da dijete postane sposobno svoje konflikte i strahove prezentirati i/ili izreći, te da ponovno zadobije povjerenje u druge ljude, odnosno da se poveća samopoštovanje. U slučaju školskih poteškoća, mogu se dodatno rabiti terapije za specifične poteškoće učenja (v. posebno poglavlje 43). Važno je raditi s djetetom da se ne bi nastavio transgeneracijski ciklus zlostavljanja, odnosno da nekada zlostavljana djeca poslije u odrasloj dobi ne zlostavljaju svoju djecu. Psihoanalitičke su terapije usmjerene na „novo pozitivno iskustvo u odnosima“, na ego-stabilizaciju, napuštanje oštećenog testiranja realnosti i poricanja, smanjenje identifikacije s agresorom, te rad da se vlastite potrebe percipiraju, da se stabilizira vlastiti tjelesni self, te da djeca „nađu riječi za svoje osjećaje“ (Haeussler 2009). Izazov u terapiji jest „prisila ponavljanja“ loših objektivnih odnosa u terapiji.

30.7.4. Psihoterapijski rad s roditeljima (skrbnicima) i obitelji

Unatoč situacijama nedovoljne kritičnosti roditelja, ipak se uspijeva stvoriti suradnja s centrom za socijalni rad. Roditeljsko (skrbničko) prihvaćanje da jesu zlostavljači, dobra je predispozicija za njihovu terapiju (Lempp 2014). Najvažniji je cilj pomoći roditeljima

(skrbnicima) u stjecaju uvida u svoje ponašanje i kritičnosti prema postupcima, povećanje roditeljske kompetencije, promjena roditeljskog ponašanja, kao i utjecaj na intrapsihičke probleme roditelja (Remschmidt 2011; Steinhausen 2010). Korisno je uključiti i roditelja koji nije uključen u zlostavljanje (Lempp 2014). Najčešće se primjenjuju kognitivno-bihevioralni postupci koji brže dovode do promjena ponašanja, premda se mogu rabiti i psihodinamski modeli. Ako pojedini roditelj ima težu psihopatologiju, moguća je i individualna terapija roditelja. Svakako je važno zbog protuprijenosnih razloga da terapiju s roditeljima (eventualno su to zlostavljači) provodi drugi terapeut, a ne onaj koji radi terapiju s djetetom (Haeussler 2009).

30.7.5. **Prevenција ponovljenog pojavljivanja**

Općenita prevencija jest u podupiranju roditeljstva. U literaturi se spominju i posebni programi koji služe u preventivne svrhe (Haeussler 2009). Općenito postoji veliki rizik od ponavljanja zlostavljanja (Lempp 2014). Velika je opasnost ponovljenog zlostavljanja pri psihičkim odstupanjima roditelja u smislu eksplozivnosti, nasilnosti, alkoholizma i drugih poremećaja. „Teži“ načini zlostavljanja (prije opisani) imaju veću predikciju ponavljanja, iako to nije isključeno ni za „blaže“ oblike tjelesnog zlostavljanja. Ako roditelj nema uvida u svoje ponašanje, ako umanjuje važnost svojeg ponašanja na razvoj djeteta, postoji veći rizik od ponavljanja zlostavljanja. Isto se odnosi i na nesuradljivost, kao i kod emocionalno hladnog roditelja u kontaktu sa svojom djecom. Neki simptomi u djece nose veći rizik od ponovljenog zlostavljanja npr. ustrašeno ponašanje, enureza, enkopreza.

30.7.6. **Tijek**

Tijek ovisi o međugri različitih čimbenika koji su opisani prije u tekstu. Prognoza je relativno nepovoljna, oko tri četvrtine djece pokazuje određene psihičke smetnje u odrasloj dobi (Lempp 2014). Prognoza ovisi o ranoj ispravnoj dijagnostici, psihopatologiji, primijenjenoj terapiji, prirođenoj „otpornosti“ na traumatska događanja (engl. *resilience*) te o drugim čimbenicima. Pokatkad je zadovoljavajuće doći do određenih parcijalnih postignuća, kao što je stabilizacija osjećaja u djeteta (Haeussler 2009). Posljedice i ishodi zlostavljanja mogu biti razvoj poremećaja privrženosti,

PTSP-a, somatizacijskog poremećaja, poremećaja jedenja, depresije, *borderline* poremećaja te zlorabe alkohola, droga i lijekova (Lempp 2014; Remschmidt 2011). Oko četvrtine osoba koje su u djetinjstvu zlostavljane kao roditelji također zlostavljaju svoju djecu (Lempp 2014).

30.8. **Upute za roditelje/nastavnike**

- ✓ Primaran je interes neposredna zaštita djeteta. Ovo može uključivati prijavu slučaja policiji i/ili izdvajanje djeteta iz obitelji i/ili policijsko postupanje prema zlostavljaču. Nakon ovog preduvjeta moguća je psihoterapija djeteta, kao i eventualno uključivanje roditelja u terapijske intervencije.
- ✓ Nakon utvrđivanja tjelesnog zlostavljanja potrebno je zadobiti povjerenje roditelja te otvoreno razgovarati s njima.
- ✓ Potrebna je multidisciplinarna dijagnostika i multidisciplinarna terapija.
- ✓ Potrebno je procijeniti potrebu uključenja drugih institucija u pojedini slučaj, npr. centra za socijalnu skrb, škole i drugih institucija.
- ✓ U školama je važno njegovanje kulture nulte tolerancije fizičkog nasilja, vrijeđanja, obsceniranja i ruganja drugima. Ako se i dogode izolirani incidenti fizičkog obračuna, potrebno je medijacijski proraditi ovu situaciju. Potrebno je poticati empatiju prema žrtvi („Znaš li da je njega dosta boljelo kad si ga udario?“) te posljedični proces pomirenja među učenicima.
- ✓ Izbjegavati pridavanja jednom učeniku u školi ili u obitelji „ulogu žrtvenog jarca“, odnosno situaciju u kojoj se sve negativnosti uvijek pripisuju (projiciraju) na jednu osobu.

30.9. **Često postavljena pitanja**

■ **PITANJE: Koja je razlika između tjelesnog zlostavljanja i tjelesnog zanemarivanja?**

ODGOVOR: Tjelesno se zlostavljanje odnosi na učestalo ili jednokratno grubo, namjerno nanošenje bola, tjelesnih ozljeda, kao i neodgovorno postupanje roditelja i drugih osoba koje uključuje potencijalni rizik od

tjelesnog ozljeđivanja. Zanimarivanje je teži manjak minimuma njege i brige o jednom djetetu (npr. manjak hrane, odjeće, higijene, skloništa). Dakle, zlostavljanje se odnosi na izravno nanošenje ozljeda, dok je zanemarivanje teži manjak minimuma njege i brige o nekom djetetu. Katkada ova razlika nije toliko jasna.

■ **PITANJE: Je li riječ o vršnjačkom nasilju (engl. *bullying*) ako se povremeno potuku dva vršnjaka iste dobi?**

ODGOVOR: Ne. Ovdje nije riječ o vršnjačkom nasilju jer nema kriterija repetitivnosti, kao ni asimetrije moći između nasilnika i žrtve. Povremene fizičke obračune između vršnjaka ne treba promatrati kao znak određene patologije. Nadalje, ako nema asimetrije moći, ne može se govoriti o zlostavljanju. Treba općenito biti oprezan kada se govori o vršnjačkom zlostavljanju (engl. *bullying*) slično kao i kod *mobbinga* u odrasloj dobi, jer često ima jasnu forenzičku i pravnu implikaciju, za razliku od stresnog poremećaja ili poremećaja prilagodbe. Kod vršnjačkog nasilja nisu važni samo zlostavljači, žrtve te djeca zlostavljači-žrtve, nego i djeca koja nisu uključena (promatrači) u bilo koji oblik odnosa zlostavljača i žrtve. Ako ova većina djece promatrača ne tolerira nasilje, onda je općenito manja mogućnost pojave vršnjačkog nasilja. Stoga se preventivne aktivnosti (koje se mogu provoditi u školama) najviše usmjeruju na ovu skupinu djece.

■ **PITANJE: Postoji li jasan klinički sindrom koji bi upućivao na tjelesno zlostavljanje?**

ODGOVOR: Ne postoji. Naime, nema tipičnoga temeljnog sindroma koji bi upućivao na tjelesno zlostavljanje. Riječ o nizu mogućih znakova i simptoma ili rizičnih čimbenika koji bi mogli upućivati na to te su oni detaljnije opisani u tekstu. To više je dijagnostika vrlo kompleksna.

■ **PITANJE: Što to znači da je interes djeteta iznad svih interesa?**

ODGOVOR: U Hrvatskoj je interes djeteta iznad svih interesa, uključujući i interese roditelja, kao i iznad obveze pridržavanja liječničke tajne! Dakle, primarna je zaštita djeteta i ona je prioritetna s obzirom na druge okolnosti. Primjer može biti neprikladno roditeljstvo i ovisnost majke o alkoholu, te posljedična nesposobnost da se brine za osnovnu sigurnost svoje djece. Nakon prvoga pregleda, dobivajući ovaj anamnestički podatak, liječnik odmah slučaj prijavljuje policiji, koja upućuje na daljnje postupanje.

■ **PITANJE: Zašto se primjenjuje multidisciplinarni pristup u dijagnostici i liječenju tjelesnog zlostavljanja?**

ODGOVOR: Primjenjuje se multidisciplinarni pristup u dijagnostici i liječenju da bi se osnažila uloga pojedinog stručnjaka, s nalazima drugih stručnjaka. Korisno je u to, osim dječjega psihijatra, uključiti npr. socijalnog radnika, psihologe, pedagoge, pedijatre, edukatore rehabilitatore i druge stručnjake. Pojedini je stručnjak izložen pritisku brzog reagiranja u relativno kratkom vremenu, bez dovoljnih anamnestičkih podataka, te stoga multidisciplinarna procjena dodatno dobiva na težini.

■ **PITANJE: Zašto se preferiraju individualne psihoterapije pri tjelesnom zlostavljanju?**

ODGOVOR: Preferiraju se individualne psihoterapije djece jer u međusobnoj povjerljivoj dijadnoj interakciji dolazi do očekivanog razrješenja traumatskog događanja. Dijete zadobiva osnovno povjerenje, identificira se s dobrim razvojnim objektom terapeuta, te dolazi do redukcije simptoma i boljeg općeg funkcioniranja. Čini se da grupne metode liječenja nemaju ovakav učinak, s obzirom na nepoželjne učinke manjka privatnosti, međusobne indukcije u grupi, kontaminacije, te poticanja obrane rascjepom (*splitting*) („Može me razumjeti samo onaj tko je proživio isto“), posebno u adolescentnoj dobi. U slučaju grupnih intervencija treba biti svjestan ovih navedenih mehanizama, kao i toga da je preporuka da eventualne intervencije trebaju biti unaprijed vremenski ograničene (fokalne grupne traumatske terapije).

30.10. Pitanja

- 1 Koja je razlika između tjelesnog zlostavljanja i tjelesnog zanemarivanja?
- 2 Koji su rizični čimbenici, odnosno simptomi tjelesnog zlostavljanja koji mogu biti prisutni u djeteta, u interakciji djeteta – roditelj, kod roditelja, te obiteljski i socijalni čimbenici?
- 3 Navedite sažetu etiopatogenezu tjelesnog zlostavljanja.
- 4 Navedite psihodinamiku tjelesnog zlostavljanja.
- 5 Navedite terapijske intervencije pri tjelesnom zlostavljanju.
- 6 Koji čimbenici povećavaju rizik od ponavljanja tjelesnog zlostavljanja?

30.11. LITERATURA

1. *Annerback EM, Sahlqvist L, Svedin CG i sur.* Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden - Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect* 2012;36:585-595.
2. *Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D i sur.* Single versus multi-type maltreatment. An examination of the long-term effects of child abuse. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma* 2005;11:29-52.
3. *Bilić V, Buljan Flander G, Hrpka H.* Nasilje nad djecom i među djecom. Jastrebarsko: naklada Slap; 2012.
4. *Bohleber W.* Adoleszenz, Identitaet, Trauma. U: *Streeck-Fischer A, ur. Adoleszenz- Bindung- Destruktivitaet.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2004, str. 228-242.
5. *Buljan Flander G.* Izloženost djece nasilju: Jesmo li nešto naučili? U: *Kolesarić V, ur. Psihologija i nasilje u suvremenom društvu.* str. 45-52. Zbornik radova znanstvenostručnog skupa Psihologija nasilja i zlostavljanja. Osijek; 2007.
6. *Buljan Flander G, Kocijan Hercigonja D.* Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb: Marko M; 2003.
7. *Clement ME, Bouchard C, Jette M i sur.* Familial violence in the lives of children from Quebec 1999. Quebec, Canada: Institut de la Statistique du Quebec; 2000.
8. *Clemmons JC, Walsh K, DiLillo D i sur.* Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment* 2007;12:172-181.
9. *Crosson-Tower C.* Understanding child abuse and neglect. Boston: Allyn & Bacon; 2010.
10. *Čakić S, Begovac B, Pleština S i sur.* Bullying among children in Split, Croatia: Association with general, psychosocial, behavioral and school variables. (In Croatian) *Društvena istraživanja* 2013;22:693-711.
11. *De Bellis MD, Zisk A.* The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* 2014 Apr 1;23(2):185-222
12. *Dvir Y, Ford JD, Hill M i sur.* Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry* 2014;22(3):149.
13. *Haeussler G.* Missbrauch und Misshandlung. U: *Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie.* München: CIP Medien; 2009, str. 461-482.
14. *Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM.* Child abuse and neglect: a clinician`s handbook. New York: Harcourt Publishers; 2000.
15. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
16. *Luca Mrđen J, Čosić I, Buljan Flander G.* Prevalence of sexual abuse in Croatia. XI. ISPCAN European regional Conference on Child Abuse and Neglect. Lisabon; 2007.
17. *Mann D, Corell AP, Lucy Dobson C i sur.* Physical abuse of children. U: *Encyclopedia of Crime and Punishment, Vol 1.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
18. *McCoy ML, Keen SM.* Child abuse and neglect. New York: Taylor and Francis Group; 2009.
19. *Miller-Perrin CL, Perrin RD.* Child maltreatment. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2007.
20. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE).* When to suspect child maltreatment. 2009. Dostupno na: www.nice.org.uk/CG89. Pristupljeno 1. 5. 2019.
21. *Norman RE, Byambaa M, De R i sur.* The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine* 2012 Nov 27;9(11):e1001349.
22. *Pečnik N.* Teorijski pristupi objašnjenju zlostavljanja i zanemarivanja djece. *Dijete i društvo* 2001;3:33-59.
23. *Remschmidt H.* Koerperliche Misshandlung und Vernachlaessigung. U: *Remschidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 337-342.
24. *Springer KW, Sheridan J, Kuo D i sur.* Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 2007;31: 517-530.
25. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
26. *Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH.* The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2013 Mar 1;48(3):345-55.
27. *Straus MA.* Corporal punishment and primary prevention of physical abuse. *Child Abuse and Neglect* 2000;24: 266-277.
28. *Streeck-Fischer A.* Jugendliche mit Grenzenstoerungen-Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationaerer Psychotherapie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2000; 49:497-510.
29. *van der Kolk BA.* Zur Psychologie und Psychobiologie von Kinheitstraumata. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1998;47:19-35.
30. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
31. *Wong PY, How CH, Wong P.* Management of child abuse. *Singapore Med J* 2013;54(10):533-7.
32. *Winnicott DW.* Die Vorstellung eines gesunden Individuums. Der Anfang ist unsere Heimat. Stuttgart: Klett Cotta; 1990.

Seksualno zlostavljanje, incest

Ivan Begovac, Marija Bačan

SADRŽAJ

31.1. Uvod, definicije	430
31.2. Seksualno zlostavljanje	431
31.2.1. Epidemiologija	431
31.2.2. Mogući simptomi i znakovi, rizični čimbenici	431
31.2.3. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza	432
31.2.4. Somatske i psihičke posljedice	434
31.2.4.1. Neposredne ili kratkotrajne posljedice	434
31.2.4.2. Dugoročne posljedice	434
31.2.5. Etiopatogeneza	434
31.2.5.1. Integrativni modeli	434
31.2.5.2. Psihodinamika	435
31.2.6. Klinička vinjeta	435
31.2.7. Terapija, rehabilitacija, prevencija	435
31.2.7.1. Opći principi	435
31.2.7.2. Akutna (krizna) intervencija i postavljanje indikacije za liječenje	435
31.2.7.3. Psihoterapijski rad sa žrtvom i obitelji	435
31.2.7.4. Prevencija	436
31.2.8. Tijek	436
31.3. Incest	436
31.3.1. Uvod, definicija	436
31.3.2. Epidemiologija	436
31.3.3. Mogući simptomi i znakovi, rizični čimbenici, dijagnostika, etiopatogeneza, psihodinamika	436
31.3.4. Terapija, tijek	437
31.4. Upute za roditelje/nastavnike	437
31.5. Često postavljena pitanja	437
31.6. Pitanja	438
31.7. Literatura	439

31.1. Uvod, definicije

U ovom će se tekstu govoriti o kliničkom i stručnom aspektu seksualnog zlostavljanja, dok će se pravni dio dotaknuti u manjoj mjeri, tako da pravne aspekte treba detaljnije i opširnije pogledati u drugim udžbenicima.

Seksualne radnje s djetetom mlađim od 15 godina, prema hrvatskim zakonima, kažnjive su za bilo koje osobe po Kaznenom zakonu (NN 125/2011). Međutim, seksualne radnje s djetetom mlađim od 15 godina nisu kazneno djelo ako je razlika u dobi s obzirom na drugu osobu unutar tri godine (čl. 158.), osim ako nije riječ o prisili ili navođenju (čl. 152.). Još je potrebno dodati da djeca mlađa od 14 godina u Hrvatskoj nisu kazneno odgovorna, nego će se primijeniti druge mjere. Za osobe starije od 15 godina nema seksualnog zlostavljanja ako je ona to učinila „svojevoljno”, uključujući i s punoljetnim osobama. Međutim, ako se osoba starija od 15 godina nalazi u nekom posebnom odnosu prema osobi s kojom ima seksualne aktivnosti, onda je to kažnjivo djelo, odnosno ako postoji prisila (čl. 159., čl. 152.). U Hrvatskim se zakonima nalaze izrazi: kaznena djela protiv spolne slobode (silovanje, teška kaznena djela protiv spolne slobode, bludne radnje, spolno uznemiravanje, prostitucija), kaznena djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta (spolna zlouporaba djeteta mlađeg od 15 godina; spolna zlouporaba djeteta starijeg od 15 godina; zadovoljenje pohote pred djetetom mlađim od 15 godina; mamljenje djece za zadovoljenje spolnih potreba, te podvođenje djeteta) i drugo. Postoji otvoreno pitanje „prisile“ i „asimetrije moći“ ili „svojevoljnog“ upuštanja u seksualne aktivnosti, kada ta granica kadšto nije jasna (Miljević-Ridički 1995).

Seksualno zlostavljanje odnosi se na bilo kakav seksualni čin između odrasle i maloljetne osobe ili između dviju maloljetnih osoba ako jedna ima moć nad drugom te uključuje i prisiljavanje ili uvjeravanje djeteta na sudjelovanje u činu (Bilić i sur. 2012; McCoy i Keen 2009). Pojedini autori dijele seksualno zlostavljanje na ono koje uključuje i na ono koje ne uključuje nasilje te na ono koje je jasno protiv i na ono koje nije jasno protiv želje djeteta. Čak i da dijete nije jasno protiv uključenja u seksualne aktivnosti, svejedno je riječ o seksualnom zlostavljanju.

Seksualno se zlostavljanje može odnositi na uključivanje djeteta u seksualne aktivnosti bez tjelesnog kontakta ili s kontaktom. Seksualne aktivnosti bez tje-

lesnog kontakta mogu uključivati davanje sugestivnih seksualnih komentara djetetu, promatranje seksualnih aktivnosti, izlaganje djeteta pornografskim sadržajima, pokazivanje intimnih dijelova tijela, masturbaciju pred djetetom, nagovaranje djeteta da se svuče i/ili masturbira te voajerizam pred djetetom, dok seksualne aktivnosti s kontaktom uključuju seksualni odnos, oralni seks, penetraciju prstom, penisom ili objektom, dodirivanje djeteta po intimnim dijelovima tijela ili poticanje djeteta da dodiruje intimne dijelove počiniteljeva tijela, trljanje genitalija o djetetovo tijelo ili odjeću (Bilić i sur. 2012). Za razliku od nezlostavljajućih ponašanja, seksualno zlostavljanje karakterizira razlika u moći počinitelja i žrtve, kao i razlika u znanju i zadovoljenju, s obzirom na to da su počinitelji primarno usmjereni na vlastito seksualno zadovoljenje.

Pojedini autori navode četiri vrste seksualnog zlostavljanja (Steinhausen 2010):

1. zajedničko promatranje seksualnih čina, pornografije i egzibicionizam (djela bez dodirivanja kože, engl. *hands-off*);
2. dodirivanje djetetovih genitalija, odnosno djetetu nametnuto dodirivanje genitalija odraslih (djela s dodirivanjem kože, engl. *hands-on*);
3. seksualni odnos vaginalnim, oralnim ili analnim načinom, obično bez prisile, koji traje dulje vrijeme (pokušana ili provedena penetracija);
4. silovanje kao akutni prisilni seksualni odnos.

Drugi autori razlikuju intrafamilijarne od ektrafamilijarnih trauma. Naime, većinu seksualno zlostavljane djece zlostavlja član obitelji ili poznata i obitelji bliska osoba: roditelji, djedovi i bake, braća i sestre roditelja djece, djetetova braće i sestre, kumovi, susjedi, obiteljski prijatelji te figure koje su djeci autoriteti: učitelji, treneri. Također pojedini autori razlikuju tip 1 traume (pojedinačan traumatski događaj) ili tip 2 traume (riječ je o ponavljanoj i kroničnoj stanju, v. poglavlje 67 o stresnim poremećajima) (Lempp 2014). U literaturi nalazimo različite nazive za seksualno zlostavljanje, npr. seksualno nasilje, „ubojstvo duše“, „seksualni napadaj“ i drugo. Posebni oblici seksualnog zlostavljanja jesu incest te pedofilični poremećaji (v. posebno poglavlje 69 o parafilicnim poremećajima). Seksualno zlostavljanje među članovima obitelji naziva se incestom. Stupanj traume izazvan seksualnim zlostavljanjem ovisi o brojnim čimbenicima poput težine zlostavljanja, identiteta počinitelja, učestalosti i trajanja zlostavljanja te dobi u kojoj je dijete bilo zlostav-

ljano, kao i reakciji osoba bliskih djetetu nakon razotkrivanja (Crosson-Tower 2010; Trickett 2006).

31.2. Seksualno zlostavljanje

31.2.1. Epidemiologija

U epidemiološkim podacima prikazana su dokazana zlostavljanja, dok u stvarnosti vjerojatno postoji mnogo veći broj seksualnih zlostavljanja koja nisu dokazana zbog tabuiziranja (skrivanja) nasilja (Remschmidt 2011; Steinhausen 2010). Poteškoće u epidemiološkim prikazima mogu biti i u problemu definiranja i u metodama procjene (Lempp 2014). Žrtve seksualnog zlostavljanja često se boje ili su u dvojbi u vezi s prijavom zlostavljanja, posebno kada je zlostavljač član obitelji koji se skrbi za cijelu obitelj i prijava bi donijela niz poteškoća (promjene odnosa, sramota za obitelj, financijske poteškoće). Seksualno zlostavljanje najčešće se događa unutar kruga djetetu poznatih osoba; u djevojaka je tako u oko 90 % slučajeva (Lempp 2014; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010), dok je u dječaka nešto manji postotak poznatih osoba s obzirom na nepoznate. Smatra se da prevalencija vrlo varira: u djevojaka od 0,3 do 25 %, (Haeussler 2009; Steinhausen 2010), dok je u dječaka prevalencija od 2 do 8 % (Lempp 2014). Djevojke su izloženije od dječaka, a u obaju spolova učestalost je veća u pubertetu.

Istraživanje prevalencije zlostavljanja u Hrvatskoj među 4193 maturanata u Hrvatskoj 2006. godine pokazalo je kako je 18,1 % ispitanika doživjelo seksualno zlostavljanje prema blažem kriteriju, koji uzima u obzir nepoželjna izlaganja, a 13,7 % prema strožem kriteriju seksualnog zlostavljanja koje ne uključuje takva izlaganja (Luca-Mrđen i sur. 2007).

Unatoč velikom rasponu seksualnog zlostavljanja od dojenačke dobi do 17. godine, prosječna dob seksualno zlostavljanog djeteta jest 9 godina (Berliner i Elliott 2002). Kako je već prije bilo rečeno, naime, 90 % seksualno zlostavljane djece zlostavljale su bliske i poznate osobe (Berliner i Elliott 2002), od kojih trećinu čine roditeljske figure (majka, otac, očuh, maćeha), dok ostatak najčešće čine rodbina i prijatelji obitelji. Zbog tog je razloga važno napomenuti da često davani savjeti poput „Nemoj razgovarati s nepoznatim osobama“ ili „Nemoj sjediti s nepoznatom osobom u auto“, iako važni, djeci nisu dovoljni.

31.2.2. Mogući simptomi i znakovi, rizični čimbenici

Znakove seksualnog zlostavljanja u djece teško je prepoznati jer ne postoje jasni znakovi, odnosno klinički sindrom seksualnog zlostavljanja, koji jednoznačno upućuje na seksualno zlostavljanje! U [tablici 31.1.](#) prikazani su mogući simptomi i znakovi te rizični čimbenici koji bi mogli upućivati na seksualno zlostavljanje, međutim, oni sami po sebi pojedinačno ne moraju značiti seksualno zlostavljanje.

Tablica 31.1.

Mogući simptomi i znakovi, rizični čimbenici koji bi mogli upućivati na seksualno zlostavljanje.

Modificirano prema Lempp 2014; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

- Djetetove izjave o seksualnom zlostavljanju
- Izjave roditelja, braće/sestara, rođaka ili drugih odraslih
- Fizički simptomi ili znakovi (npr. na genitalijama, dojčkama, strana tijela, spolne bolesti npr. gljivice; trudnoća)
- Dobno neodgovarajuće seksualno ponašanje (seksualizirano ponašanje) ili djetetovo znanje o seksualnosti, obično novonastalo (egzibicionizam, seksualna znatiželja, prisilna i učestala masturbacija, adolescentna prostitucija)
- Anksiozni poremećaji, regresivno ponašanje, depresivni poremećaj, disocijativni poremećaji, poremećaji spavanja, obično novonastali
- Nagli poremećaji u djetetovu ponašanju, slabiji školski uspjeh, agresivno ponašanje
- Neprimjereno ponašanje djevojaka prema muškarcima
- Pseudozrelo ponašanje
- Povezanost s drugim oblicima zlostavljanja

Kao što se vidi iz tablice, znakovi koji mogu upućivati na zlostavljanje jesu izjave o zlostavljanju, neki specifični fizički simptomi, dobno neodgovarajuće ponašanje, različiti anksiozni i ponašajni simptomi djeteta te povezanost s drugim oblicima zlostavljanja.

Kod seksualno zlostavljanih nalazimo znakove koji mogu upućivati i na neki drugi problem. Klinička slika i posljedice seksualnog zlostavljanja, slično posljedica tjelesnog zlostavljanja, vrlo su šarolike i ovise o vremenu, djetetovoj dobi te o strukturi ličnosti djeteta (Haeussler 2009; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010). U kliničkoj slici mogu biti prisutni već opisani simptomi pri tjelesnom zlostavljanju (v. posebno poglavlje 30), a to su podatci iz anamneze, statusa, čimbenici vezani za dijete, čimbenici u vezi s interak-

cijom djeteta – roditelj, roditeljski čimbenici, kao i obiteljski i socijalni čimbenici.

Često se seksualno zlostavljana djeca počinju previše seksualizirano ponašati, pretjerano (ekscesivno) masturbirati, inicirati seksualne interakcije s vršnjacima, a znaju se i zavodljivo ponašati te upuštati u promiskuitetna ponašanja (Miller-Perrin i Perrin 2007). Razlog je tomu prerana seksualna stimulacija djece, kao i činjenica da su navikli da počinitelju, često bliskoj osobi, vrijede kao seksualni objekti zadovoljavajući njihove seksualne potrebe. Takva djeca znaju se koristiti prostim riječima ili crtati crteže s naglašenim seksualiziranim detaljima. Pri dodiru često ne mogu razlikovati emocionalnu bliskost od seksualnog dodira, jer im se svaki dodir može činiti seksualnim. S druge strane, djeca mogu reagirati sasvim obrnuto, pa pretjerano oblačiti više slojeva odjeće, pokušavati ostati „nevidljivi“ i prikrivati bilo koju naznaku svoje seksualnosti. Seksualno zlostavljana djeca znaju se često tuširati jer imaju osjećaj da će time sa sebe „isprati“ neugodan osjećaj zlostavljanja. Pokatkad pokazuju strah od zatvorenih vrata, kupaonica ili soba s jednim vratima, te neka djeca imaju strah od fizičkog dodira.

Fizički znakovi seksualnog zlostavljanja mogu uključivati genitalne infekcije, ozljede na koži i intimnim dijelovima tijela, probleme s mokraćnim mjehurinom, upale grla i psihosomatske smetnje (Buljan Flander i Kocijan Hercigonja 2003). Što se tiče **emocionalnih znakova**, može biti izražen osjećaj srama i krivnje. U seksualno zlostavljane djece često su prisutni osjećaji ljutnje, tjeskobe, bespomoćnosti, straha od odlaska kući, mraka ili odlaska u krevet, izoliranost, depresivnost i konfuzija, kao i osjećaj izdaje od bliske osobe ako je bliska osoba bila počinitelj.

U **male djece** posebno treba obratiti pažnju na situacije kada djeteta odbija ostati s određenom osobom. Tada je potrebno s djetetom kroz razgovor ispitati zašto ne želi ostati s tom osobom. U djece u **školskoj dobi** simptomi mogu uključivati smetnje pažnje, sanjarenje, distraktibilnost, često spominjanje „tajni“ ili seksualnih tema u zadaći ili razgovoru. U školskoj dobi djeca mogu odbijati hranu ili mogu previše jesti. Često su sklona autodestruktivnom ponašanju poput ovisnosti ili samoozljeđivanja kako bi fizičkim bolom prikriili psihičku bol koju teže podnose. Znaju ulaziti u problematične situacije, bježati od kuće, pokušati suicid itd. Slika o sebi u zlostavljane je djece često narušena, uz vjerovanje da su ona sama učinila nešto čime su potaknula počinitelja na zlostavljanje, što ujedno

zna biti i predrasuda društva koje se očituje u rečenicama poput „Da se nije tako obukla...“, „Da ga nije izazivao/izazivala...“. Važno je naglasiti da djeca nikada nisu kriva za zlostavljanje ni odgovorna za ponašanje odraslih prema njima.

Klinička slika i posljedice ovise o mnogim drugim čimbenicima kao što su npr. primjena prisile, zlostavljač koji je dio obitelji, situacija prikrivanja itd. Posebno teški oblici seksualnog zlostavljanja jesu silovanje, kronično seksualno zlostavljanje, uska rodbinska povezanost između zlostavljača i djeteta te kombinacija seksualnog i drugog oblika zlostavljanja npr. tjelesnog zlostavljanja ili zanemarivanja (Lempp 2014). Pri dijagnosticiranju djeteta izložena seksualnom zlostavljanju treba imati na umu da su ona često i tjelesno zlostavljana (v. posebno poglavlje 30). Osim samog zlostavljanja, važan je i cjelokupan kontekst u kojem se zlostavljanje događa, odnosno reakcija okoline nakon doživljenog zlostavljanja. Djeca su tipično ambivalentna u svojim osjećajima prema zlostavljaču uz često samookrivljavanje i osjećaje krivnje (Lempp 2014).

31.2.3. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza

Dijagnostički gledano, nema jasnih znakova, odnosno sindroma koji jednoznačno upućuje na seksualno zlostavljanje. S obzirom na tjelesno zlostavljanje, rjeđe postoje indicije koje upućuju na seksualno zlostavljanje (Lempp 2014). U **tablici 31.2.** prikazani su opći dijagnostički principi pri sumnji na seksualno zlostavljanje.

Kao što je to navedeno u tablici, prema djetetu je potrebno razviti odnos povjerenja i biti posebno obziran, misliti na moguću retraumatizaciju medicinskim postupcima poput npr. kod ginekološkog pregleda te fizikalne preglede smanjiti na najmanju moguću mjeru. Uputno je dobiti što više heteroanamnestičkih podataka, misliti na vjerodostojnost djetetovih izjava, te uzeti u obzir potrebe cijele obitelji.

Teško je otkriti zlostavljanje jer je djetetova šutnja često uvjetovana prijetnjama tjelesnim ozljeđivanjem, podmićivanjem ili emocionalnim ucjenama počinitelja, koje su dodatno pojačane osjećajem krivnje i srama koji su vrlo česti u zlostavljane djece. Zlostavljana su djeca često i ovisna o osobi koja ih zlostavlja koja im je često skrbnik ili vrlo bliska obitelji. Nadalje, zlostavljanje često počinje tako da se djetetu posvećuju pažnja, „nježnost“ i „ljubav“ te nakon što zadobiju djetetovo povjerenje započinju zlostavljajuća ponašanja (Bilić i

Tablica 31.2.

Opći dijagnostički principi sumnje na seksualno zlostavljanje.

Modificirano prema Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

- razviti posebnu osjetljivost prema traumi koju je dijete doživjelo; potrebno je razviti odnos povjerenja te s djetetom na prikladan način razgovarati
- način i utemeljenost dijagnostičkog postupanja treba biti u razmjernoj mjeri prema jačini sumnje u pojedinačnom slučaju (princip mjere postupanja)
- paziti na traumatske posljedice tjelesnih medicinskih pretraga (u slučaju odbijanja treba pregled odgoditi, odnosno medicinski pregled treba svesti na najnužnije pretrage; u djevojaka tjelesni pregled treba provoditi liječnica)
- izbjegavati različite preglede i različite ispitivače (po mogućnosti treba imati jednu povjerljivu osobu koja će voditi dijete kroz cijeli dijagnostički proces)
- preporučuje se obaviti ginekološki pregled unutar 24 sata, a najviše 72 sata (zbog moguće forenzičke važnosti, ali i preventivne u infektološkom smislu); radi otkrivanja mogućih materijalnih dokaza zlostavljača (sperma, dijelovi kose), provjere trudnoće te provjere drugih infektivnih bolesti (HIV, hepatitis); uz eventualnu primjenu fotografskog snimanja (ako se zlostavljač dokaže na ovaj način, to može djetetu umanjiti saslušanja koja su vrlo opterećujuća)
- koliko je god moguće koristiti se vanjskim izvorima informiranja, koji se odnose na djetetovo ponašanje, a da se prerano ne navodi sumnja na zlostavljanje.
- pri djetetovim izjavama treba misliti na njihovu vjerodostojnost. Lažne izjave u djeteta su rijetkost, međutim, u adolescenata su lažne izjave češće. S druge strane, treba uzeti u obzir vjerodostojnost jednog adolescenta, premda može biti riječ o psihički upadnim adolescentima.
- posebnu pažnju treba posvetiti cjelokupnoj obitelji, što je velik izazov za ispitivača (npr. cijela obitelj može biti prepuna straha od posljedica sudskog postupka). Nadalje, treba svakako obeshrabrivati stereotip o „seksualnom zavođenju” žrtve prema zlostavljaču.

sur. 2012). Čak i nakon otkrivanja zlostavljanja, dijete može povući sve što je reklo, jer bude preplavljeno događajima koji uslijede nakon otkrivanja zlostavljanja.

Razotkrivanje seksualnog zlostavljanja je rijetko i, prema nekim procjenama, manje od četvrtine seksualno zlostavljane djece razotkrije zlostavljanje (Paine i Hansen 2002). U male djece razlog je u tome što imaju smanjenu sposobnost razumijevanja onoga što se događa ili smanjen rječnik kojim mogu opisati svoja iskustva. U starije djece često je prisutan strah od posljedica razotkrivanja ili strah od počinitelja, strah da im se neće vjerovati, sram zbog zlostavljanja te briga

da ne stvore probleme obitelji (Crisma i sur. 2004). Pojedina istraživanja pokazuju da je prosjek vremena proteklog od početka do razotkrivanja seksualnog zlostavljanja u rasponu od 10 do 16 godina (Read i sur. 2006; Somer i Szwarcberg 2001).

Dijagnostika seksualnog zlostavljanja komplicirana je i velik je izazov. Zlatni je standard vođenje intervjua kojim se dobivaju (hetero)anamnestički podatci, uz opservaciju ponašanja te vođenje detaljne medicinske dokumentacije (Lempp 2014). Pokatkad dijete preko crteža može dati određene znakove koji upućuju na seksualno zlostavljanje, ali i u tome treba biti vrlo oprezan.

Anamnestički treba obratiti pozornost na rizične čimbenike koji su slični drugim čimbenicima pri zanamirivanju i fizičkom zlostavljanju, a uključuju obiteljsku disfunkciju, visok stres, manju edukaciju roditelja, neprikladno roditeljstvo, roditeljsku ovisnost, obiteljsko nasilje, manjak roditeljske topline, djecu s različitim smetnjama, adolescente, djecu bez roditeljske skrbi, djecu iz okoline gdje dominiraju sukobi, djecu iz zatvora; djecu vojnike; djecu koja rade, adolescentne majke itd. (Murray i sur. 2014). Potrebno je detaljno voditi medicinsku dokumentaciju te iz terapijskih i forenzičkih razloga u dijagnostici treba posebnu pozornost obratiti na različite čimbenike, uz napomenu da dijete treba što više poticati da govori slobodno svojim riječima, te treba bilježiti djetetove originalne citate (izjave) (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Osobitu pozornost treba obratiti na neka važna pitanja, npr. koji je povod razotkrivanja seksualnog zlostavljanja; je li dijete spontano željelo prijaviti seksualno zlostavljanje; koji je način, početak i trajanje seksualnog zlostavljanja; mjesto i vrijeme zlostavljanja; kakva je ličnost zlostavljača, kakva je vrsta odnosa između zlostavljača i žrtve; koji je razvojni stupanj i ličnost žrtve/djeteta; koji je stupanj znanja i kakva su stajališta drugih članova obitelji.

Diferencijalnodijagnostički, dolaze u obzir različita stanja (Lempp 2014). Naime, pri seksualiziranom ponašanju djece mogu biti prisutni i drugi uzroci: djetetovo korištenje pornografskim medijima; imitiranje ponašanja drugih; nadalje, treba razlučiti kulturološko prihvaćeno ponašanje između roditelja i djece (npr. pri kupanju). Kod **patološke lažljivosti** (*pseudologia fantastica*) dijete ne govori istinu, ali je uvjereno u ono što govori. Kod **ciljanih i svjesnih laži** djece riječ je o sugestibilnoj djeci. Kod **sumanutosti** radi se o neistinitim podacima, tipičnima za shizofrene poremećaje (v.

posebno poglavlje 54). Važno je razlikovati samostalno tjelesno zlostavljanje od seksualnog zlostavljanja (Lempp 2014).

31.2.4. Somatske i psihičke posljedice

31.2.4.1. *Neposredne ili kratkotrajne posljedice*

Neposredne posljedice mogu biti sljedeće: tjelesne ozljede, bolovi, razočaranje, nepovjerenje, rezignacija, depresija, smanjeno samopoštovanje, osjećaji bespomoćnosti i izloženosti, popuštanje u učenju, socijalno povlačenje, suicidalne misli i pokušaji suicida. Obično je u djevojaka riječ o seksualnom zlostavljanju u njima poznatom mjestu (Steinhausen 2010). Dijete povremeno ne želi ići doma, odnosno više provodi vremena u školi zbog traumatiziranosti kod kuće (Steinhausen 2010). Pri seksualnom zlostavljanju unutar obitelji mogu nastati konflikti odanosti (pitanje komu ostati vjeran u obitelji). Ove „**tajne**“ opterećuju, dijete se kao najslabija karika ne može oduprijeti i na neki način dijete (žrtva) priznaje kapitulaciju tako da se ne odupire zlostavljaču. Moguće je da članovi obitelji, svjesni seksualnog zlostavljanja, sudjeluju pasivno u ovom „**paktu šutnje**“, bespomoćno i šutljivo, jer ne želi izgubiti partnera (npr. majka ne želi izgubiti svojeg partnera). Nadalje, npr. takve majke mogu optuživati djevojke/djevojčice kako su „zavodile“ druge osobe, da su „dobile što su zaslužile“, odnosno brane zlostavljača da „on ima pravo na svoje seksualne potrebe“.

31.2.4.2. *Dugoročne posljedice*

Povezane su s nedostatkom samopoštovanja, depresivnošću i suicidalnim ponašanjem te brojnim emocionalnim poremećajima, kao i poremećajima ličnosti (Bilić i sur. 2012; Feerick i sur. 2006; Hebert i sur. 2006; Hobbs i sur. 2000; Miller-Perrin i Perrin, 2007). Djeca žrtve zlostavljanja i u odrasloj dobi često imaju simptome posttraumatskoga stresnog poremećaja (PTSP), koji je primarno karakteriziran čestim proživljavanjem događaja kroz intruzivne misli i noćne more, izbjegavanjem podražaja koji podsjećaju na traumu, te uz perzistentne simptome pobuđenosti kao što su teškoće spavanja i slabija koncentracija. Posljedice seksualnog zlostavljanja mogu se očitovati na tjelesnom, emocionalnom, socijalnom, kognitivnom i ponašajnom planu, kao i na planu seksualnosti u odrasloj dobi. Brojni su tjelesni poremećaji povezani s iskustvom seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu. Odrasli koji su bili sek-

sualno zlostavljani kao djeca mogu imati različite seksualne disfunkcije i poremećaje u seksualnom funkcioniranju, slabije socijalno funkcioniranje koje često karakterizira i otežano održavanje bliskih emocionalnih odnosa s drugima, što uključuje i partnerske odnose. Naime, seksualno zlostavljanje katkad je uopće prvo seksualno iskustvo, te se kasniji seksualni odnosi mogu povezivati s tim seksualnim zlostavljanjima, kao što su ponavljani osjećaji bespomoćnosti, neugode, pasivnosti i izloženosti. U kasnijim se vezama ovakva neugodna iskustva mogu ponavljati. Nadalje, mogu postojati poremećaji razvoja identiteta i preuzimanje rodne uloge. Roditelji se npr. ne doživljavaju kao poželjni identifikacijski modeli međusobnih partnerskih odnosa. U nekih se osoba može razviti prostitucija (Steinhausen 2010). Konačno, mogu se razviti i kronični psihički poremećaji u smislu depresivnog poremećaja, suicidalnosti, poremećaja jedenja, poteškoća u učenju, anksioznih poremećaja, somatizacijskog poremećaja, poremećaja u ponašanju, *borderline* poremećaja, autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja. Muškarci su skloni češće razviti zloporabu droga, antisocijalni poremećaj ličnosti te poslije u životu mogu postati zlostavljači (Lempp 2014; Steinhausen 2010).

31.2.5. Etiopatogeneza

31.2.5.1. *Integrativni modeli*

Seksualno zlostavljanje djece nastaje u međugri različitih čimbenika (Remschmidt 2011) i mogu se razmatrati različiti etiopatogenetski modeli, slično tjelesnom zlostavljanju (v. posebno poglavlje 30). Od individualnih čimbenika mogu se spomenuti osobine zlostavljača. Zlostavljači su često introvertirane, socijalno povučene osobe, pasivne, iz djetetove socijalne okoline (Lempp 2014; Remschmidt 2011). Često su u djetinjstvu također bili tjelesno ili seksualno zlostavljani, imaju sniženo samopoštovanje, ponašaju se egocentrično i autokratski te često imaju narcistički poremećaj ličnosti. Interakcijski modeli (v. pri tjelesnom zlostavljanju) uključuju međugru različitih čimbenika koji se dopunjuju (npr. interakcija između zlostavljača i žrtve), odnosno pojedino seksualno zlostavljanje izraz je poremećaja npr. cijeloga obiteljskog sustava (Lempp 2014; Remschmidt 2011). Kod incestuoznih obitelji može biti riječ o pomanjkanju granica unutar obitelji, tzv. slijepljenost uloga (engl. *enmeshment*), kada nema granica između članova (nema granica

uloga i generacija), dok prema vanjskome svijetu mogu postojati rigidne granice. Sociološki modeli uzimaju u obzir sljedeće čimbenike: promjene odnosa prema seksualnosti (npr. gubitak granica između dopuštenih i nedopuštenih seksualnih aktivnosti); povećan broj razvoda s posljedičnim obiteljskim odnosima (engl. *patch-families*), gdje odrasle osobe žive s mladim djevojkama s kojima nisu u krvnoj vezi (očuh i pokćerka); te trend socijalne izolacije malih obitelji (Lempp 2014; Remschmidt 2011). Međutim, važno je naglasiti da među seksualnim zlostavljačima ima osoba u kojih ne nalazimo nijednu od navedenih osobina, te koje se ubrajaju u potpuno neupadne, uspješne osobe.

31.2.5.2. *Psihodinamika*

Psihodinamika je slična opisanoj u poglavlju o tjelesnom zlostavljanju. Seksualno je zlostavljanje mnogostruko zlostavljanje, naime, ono zloupotrebljava djetetove potrebe za nježnošću, zloupotrebljava djetetove želje za dijadnim odnosom, zloupotrebljava spremnost djeteta za edipalnim fantaziranjem s obzirom na realnost seksualnog zlostavljanja; zloupotrebljava dječju poslušnost i povjerenje; čini dijete nesposobnim za razlikovanje nježnosti od seksualnog iskorištavanja, te zloupotrebljava djetetov strah od raspada obitelji (zakon šutnje) (Fischer i Riedesser 2003; Haeussler 2009).

31.2.6. *Klinička vinjeta*

Trinaestogodišnja djevojka navodi da ju je prije nekoliko godina seksualno zlostavljao rođak. Slučaj je prijavljen policiji te se vodi sudski postupak koji je dugotrajan i za djevojku iscrpljujući. U kliničkoj slici prevladavaju polimorfni simptomi anksioznosti, depresije, impulzivnosti, disocijativni simptomi te samoozljeđivanje, što je povezano s doživljajima seksualnog zlostavljanja. I nakon dugogodišnjega psihoterapijskog liječenja djevojka i dalje u psihički nestabilnom stanju. Uz rad s djevojkom, paralelno se radi i s roditeljima.

31.2.7. *Terapija, rehabilitacija, prevencija*

31.2.7.1. *Opći principi*

U **tablici 31.3.** prikazan je spektar različitih intervencija i terapija.

Liječenje seksualno zlostavljanoga djeteta od ključne je važnosti za oporavak. Postoje različiti tretmani

Tablica 31.3.

Terapije i intervencije pri seksualnom zlostavljanju

- Prevencija
- Akutna (krizna) intervencija, prorada traumatskog događaja i postavljanje indikacije za liječenje (uključujući izdvajanje djeteta iz obitelji)
- Smanjenje simptoma eventualnog PTSP-a
- Psihoterapijski rad s djetetom
- Psihoterapijski rad s roditeljima i obitelji

kojima je svrha oporavak djeteta, a većinu karakteriziraju intervencije usmjerene na proradu traumatskog događaja, smanjenje simptoma posttraumatskoga stresa i stvaranje kapaciteta za suočavanje s proživljenim iskustvom (Cummings i sur. 2012; Murray i sur. 2014). Pri liječenju seksualno zlostavljane djece ključan je rad ne samo sa zlostavljanim djetetom nego i s roditeljima ili, u slučaju zlostavljanja unutar obitelji, s nezlostavljajućim roditeljem čija je podrška djetetu od iznimne važnosti.

31.2.7.2. *Akutna (krizna) intervencija i postavljanje indikacije za liječenje*

Kao pri tjelesnom zlostavljanju, prije svega treba procijeniti postoji li neposredna opasnost za ponavljanje zlostavljanja. Razlikuju se načelno tri intervencije (Remschmidt 2011). Prvo, primarna kaznena intervencija označuje kazneno odvajanje zlostavljača od djeteta. Drugo, primarna zaštita djeteta, u smislu odvajanja djeteta, u situacijama kada su oba roditelja „sudjelovala“ u zlostavljanju. Ovakva mogućnost može izazvati osjećaje krivnje u djeteta da je ono izazvalo izdvajanje pojedinaca iz obitelji. Treće, primarne terapijske intervencije usmjerene na terapijske učinke, bez obzira na to je li riječ o izdvajanju djeteta iz obitelji ili nije. U ovom se konceptu pažnja pridaje cijeloj obitelji kao sustavu, kao i odnosima između članova obitelji, preuzimanju roditeljskih uloga kod roditelja; stvaranju granica među generacijama te radu na osjećajima moći, zavisti, ljubomore, te potrebi za kontrolom.

31.2.7.3. *Psihoterapijski rad sa žrtvom i obitelji*

Liječenje je slično liječenju djece s tjelesnim zlostavljanjem, odnosno liječenju PTSP-a u djece. U pravilu se primjenjuje **individualna psihoterapija**. Ne preferiraju se grupne psihoterapije. Mogu se rabiti kognitivno-bihevioralni postupci, kao i psihodinam-

ske terapije. Nakon jednokratnog kontakta s osobom s egzibicionističkim poremećajem, korisnije su kratkotrajnije psihoterapije od dugotrajnijih ili jednostavnije psihoterapijsko praćenje (Steinhausen 2010). Posebni terapijski ciljevi mogu biti usmjereni prema ohrabrivanju djeteta da govori o seksualnom zlostavljanju, a uključuju psioedukativne aktivnosti u smislu upoznavanja anatomije tijela i seksualnog razvoja; stvaranje povjerljivog odnosa; povećanje samopoštovanja; umanjivanje osjećaja krivnje; poticanje novih veza s drugima; suočavanje s osjećajima bespomoćnosti i ohrabrivanje autonomije (Lempp 2014; Remschmidt 2011). Važni su psihoterapijsko praćenje i liječenje radi uočavanja razvoja psihičkih poremećaja (npr. PTSP) (v. posebno poglavlje 67 o poremećajima povezanih sa stresom). Važno je psihijatrijsko praćenje djeteta koje je u tijeku sudskog postupka, jer nije rijetkost da zbog nedostataka dokaza, zlostavljači budu oslobođeni krivnje. Također, dijete je zbog dugotrajnosti postupka izloženo stresu. Važan je rad s roditeljima i cijelom obitelji, odnosno od velike važnosti može biti rad na odnosu npr. kćeri (žrtve) i njezine (pasivne) majke, odnosno s roditeljem koji nije bio uključen u seksualno zlostavljanje (Lempp 2014).

31.2.7.4. **Prevenција**

Prevenција seksualnog zlostavljanja može se provoditi na trima razinama, primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini (Buljan Flander i Kocijan Hercigonja 2003). Primarna se prevenција odnosi na rad na podizanju javne svijesti te edukacija roditelja i djece o zdravom spolnom razvoju i osnovnim pravilima seksualnog ponašanja. Sekundarna je prevenција usmjerena na rizične grupe djece u populaciji te ostvarivanje podrške za rizičnu djecu i odrasle osobe, dok tercijarna prevenција uključuje tretman za žrtve i počinitelje, sa svrhom prestanka zlostavljanja (Finkelhor 2008). Osim pravnih i kaznenih intervencija, u posljednje su se vrijeme pokazale važnim i paralelna terapijska nastojanja koja se primjenjuju kod zlostavljača, a, u pravilu, to rade terapeuti, koji nisu uključeni u djetetovu terapiju.

31.2.8. **Tijek**

Prije u tekstu opisane su neposredne i dugotrajne posljedice seksualnog zlostavljanja. Važno je napomenuti da se u svih osoba koje su bile seksualno zlostavljane ne mora nužno razviti psihički poremećaj. Naime, važna je subjektivna percepcija, interpretacija doživlje-

nog i reakcija drugih osoba iz okoline (Lempp 2014). Oko 20 % osoba sa seksualnim zlostavljanjem u djetinjstvu, pokazuje značajne psihičke poteškoće u odrasloj dobi. Nepovoljni su prognostički čimbenici sljedeći (Steinhausen 2010): zlostavljanje od oca/očuha; genitalni odnos s obzirom na druge aktivnosti; primjena nasilja pri seksualnom zlostavljanju; zlostavljanje od muškaraca ili odraslih u usporedbi npr. sa zlostavljanjem od žene ili vršnjaka; nepovoljna podrška od cijele obitelji prema žrtvi i/ili ako se žrtva izdvaja iz obitelji.

31.3. **Incest**

31.3.1. **Uvod, definicija**

Incest je jedan od oblika seksualnog zlostavljanja djeteta. Mnoge su spoznaje već opisane u poglavlju o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju, ovdje će se navesti samo pojedine posebnosti. Incest označuje seksualne aktivnosti unutar članova obitelji, mogu uključivati i rodbinsku vezu (kao i nekrvnu vezu npr. između očuha i pokćerke). U većini zemalja u svijetu incest je zakonom zabranjen.

31.3.2. **Epidemiologija**

Vrlo je teško odrediti prevalenciju. Najčešći je između oca/očuha i kćeri/pokćerke (Remschmidt 2011), međutim, realno je vjerojatno češći između braće i sestara (Steinhausen 2010). Događa se češće u obiteljima srednjega sloja (Steinhausen 2010).

31.3.3. **Mogući simptomi i znakovi, rizični čimbenici, dijagnostika, etiopatogeneza, psihodinamika**

Mogući simptomi i znakovi, dijagnostika, etiopatogeneza i psihodinamika slični su kao pri seksualnom zlostavljanju. U djeteta se mogu pojaviti masivni osjećaji krivnje, srama i razočaranja te nesigurnosti (Nissen 1994). Dijete zbunjuju rečenice „Mama će biti ljubomorna“ ili „Tata će morati ići u zatvor“, „Ti ćeš ići u dom ako otkriješ našu tajnu“ (Nissen 1994). Pojedini autori razlikuju tijekom vremena različite faze koje su povezane sa seksualnim zlostavljanjem, a posebno incestuoznim odnosima: prvo je „čuvanje tajni“, zatim stanje bespomoćnosti, zatim stanje prilagodbe te, konačno, „razotkrivanje“ (Remschmidt 2011). U žrtve incesta može postojati prekomjerna prilagodba u

smislu pasivnosti, međutim, s vremenom se može pojaviti agresivno ponašanje, kada se želi prekinuti incestuozni odnos.

31.3.4. Terapija, tijek

Terapijski su aspekti slični kao pri seksualnom i tjelesnom zlostavljanju. Terapeut treba djetetu uvijek potvrđivati svoju spremnost da mu vjeruje, treba otklanjati njegovu krivnju s obzirom na sudbinu zlostavljača i cijele obitelji (Nissen 1994). Žrtve incesta u usporedbi sa žrtvama drugog seksualnog zlostavljanja u većem su postotku povezane s različitim psihičkim smetnjama. Djeca rođena iz incestuoznih veza mogu imati različite psihičke smetnje i potrebu za psihoterapijom.

31.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Dijete mora imati pravo reći „ne“ ako ga tko dodiruje na način koji mu se ne sviđa.
- ✓ Nije u redu pokazivati svoje intimne dijelove tijela drugima, niti tražiti druge da pokazuju svoje intimne dijelove tijela.
- ✓ Nijedna odrasla osoba ne smije od djeteta tražiti da taji poljubac, zagrljaj ili diranje.
- ✓ Odrasloj osobi kojoj dijete vjeruje u redu je reći tajne zbog kojih se osjeća loše i koje ga muče.
- ✓ Ako netko dira dijete na način koji mu nije ugodan i traži da to ostane njihova tajna, važno je naučiti dijete da to kaže bliskoj odrasloj osobi.
- ✓ Važno je u razgovoru s djetetom naglasiti da sva pravila u vezi s tajnama i dodirima vrijede i na internetu, te da nitko nema pravo slati djetetu elektroničke poruke seksualnog sadržaja.
- ✓ Važnije je da roditelj/nastavnik ima otvoren odnos s djetetom u kojemu će se ono osjećati slobodno podijeliti s njim što mu se događa i što ga muči nego pokušavati ga neprestano kontrolirati i nadzirati, što današnjim ubrzanim razvojem tehnologije postaje i nemoguće.
- ✓ Žrtve seksualnog zlostavljanja često se boje ili imaju dvojbe u vezi s prijavom zlostavljanja, posebno kada je zlostavljač član obitelji koji se skrbi za cijelu obitelj i prijava bi uzrokovala niz poteškoća (promjene odnosa, sramota za obitelj, financijske poteškoće).

- ✓ Seksualno zlostavljanje najčešće se događa unutar kruga djetetu poznatih osoba.
- ✓ Važno je naglasiti da djeca nikada nisu kriva za seksualno zlostavljanje ni odgovorna za ponašanje odraslih prema njima.
- ✓ Posebno teški oblici seksualnog zlostavljanja jesu silovanje, kronično seksualno zlostavljanje, uska rodbinska povezanost između zlostavljača i djeteta te kombinacija seksualnog i drugog oblika zlostavljanja, npr. tjelesnog zlostavljanja ili zanemarivanja.
- ✓ „Seksualne tajne“ opterećuju, dijete se kao najslabija karika ne može oduprijeti i na neki način žrtva priznaje kapitulaciju tako da se ne odupire zlostavljaču.
- ✓ Jako je važno djeci i adolescentima pružiti podršku tijekom cijeloga procesa razotkrivanja, liječenja i/ili sudskog postupka, koji mogu trajati i godinama.
- ✓ Terapeut/roditelj/nastavnik treba djetetu uvijek potvrđivati svoju spremnost da mu vjeruje i treba otklanjati njegovu krivnju s obzirom na sudbinu zlostavljača i cijele obitelji.
- ✓ U slučaju razvoja psihičkih poremećaja (npr. PTSP) indicirano je posebno liječenje.
- ✓ Treba poticati djetetove razvojne sposobnosti i, koliko je moguće, umanjivati učinke traume.

31.5. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Postoji li tipičan klinički sindrom seksualnog zlostavljanja?

ODGOVOR: Ne postoji. Znakove seksualnog zlostavljanja u djece teško je prepoznati jer ne postoje jasni znakovi odnosno klinički sindrom seksualnog zlostavljanja, koji jednoznačno upućuje na seksualno zlostavljanje! To je slično kao i pri tjelesnom zlostavljanju, međutim, u usporedbi sa seksualnim zlostavljanjem, pri tjelesnom zlostavljanju ima više somatskih (fizičkih) znakova. U kliničkoj slici mogu biti opisani čimbenici vezani za dijete, vezani za interakcije dijete – roditelj, roditeljski čimbenici, kao i obiteljski i socijalni čimbenici opisanih pri tjelesnom zlostavljanju. Od fizičkih znakova pri seksualnom zlostavljanju mogu biti prisutni spolno prenosive bolesti, ozljede anogenitalne regije te trudnoća.

■ **PITANJE:** Ako dijete učestalo crta spolne organe na crtežima, može li se reći da je ono seksualno zlostavljano?

ODGOVOR: Ne može se reći. Samo po sebi to je samo jedan podatak, koji može biti nespecifičan. Međutim, uz druge podatke iz anamneze, heteroanamneze, prezentiranu kliničku sliku, opservaciju ponašanja, to može upućivati na seksualno zlostavljanje.

■ **PITANJE:** Kako postupiti ako neka adolescentica u vrijeme hospitalnoga psihijatrijskog liječenja otvoreno navodi da je prije nekoliko mjeseci bila silovana?

ODGOVOR: Riječ je o vrlo delikatnoj problematici. Potrebno je dodatno individualno uzeti anamnezu, medicinski to dokumentirati, opservirati simptome i prijaviti to policiji. Ovdje su posrijedi vrlo ozbiljne adolescentičine verbalizacije pa to treba ozbiljno shvatiti. Policija će sa svojim stručnim službama (psiholozi) dalje voditi ovaj slučaj kao moguće seksualno zlostavljanje (sumnja), dok će usporedo terapeut i dalje raditi na terapijskim aspektima s tom adolescenticom. Možda će taj terapeut biti poslije pozvan u svojstvu svjedoka na sud, gdje će nastupiti kao terapeut, dok će procjenu vjerodostojnosti i istinitosti iskaza prepustiti policiji, sudovima te njihovim stručnim službama (vještacima). Slično pitanje je li adolescentica dala lažne izjave. Bez obzira na to sumnja li se u vjerodostojnost iskaza, s obzirom na ozbiljnost izjava, potrebno je prijaviti ovaj slučaj policiji te će ona postupiti kako je prije navedeno. Adolescentici se mora objasniti da liječnik ima dužnost prijave slučaja, čak i ako to adolescentica ne želi, s obzirom na to da je maloljetnica te se na taj način mogu zaštititi druge potencijalne žrtve istog nasilnika. Ove aspekte treba adolescentici razjasniti taktično u razgovoru i proraditi ih s njom. Također se i roditelj upoznae s tim aspektima.

■ **PITANJE:** Zašto je rijetko razotkrivanje seksualnog zlostavljanja?

ODGOVOR: Razotkrivanje seksualnog zlostavljanja je rijetko, a, prema nekim procjenama, tek manje od četvrtine seksualno zlostavljane djece razotkrije zlostavljanje. U male je djece razlog u tome što imaju smanjenu sposobnost razumijevanja onoga što se događa ili smanjen rječnik kojim mogu opisati svoja iskustva. U starije djece često je prisutan strah od posljedica razotkrivanja ili počinitelja, strah da im se neće vjerovati, sram zbog zlostavljanja te briga da ne stvore probleme obitelji. Pojedina istraživanja pokazuju da je

vrijeme proteklo od početka do razotkrivanja seksualnog zlostavljanja prosječno od 10 do 16 godina.

■ **PITANJE:** Čime se koristimo u dijagnostici seksualnog zlostavljanja?

ODGOVOR: Dijagnostika seksualnog zlostavljanja komplicirana je i izazovna dijagnostika. Za dijagnostiku je zlatni standard vođenje intervjua kojim se dobivaju anamnestički podatci, opservacija ponašanja, uz vođenje detaljne medicinske dokumentacije. Potrebna je multidisciplinarna procjena, kao i paralelno uključivanje policije, sudova i njihovih stručnih službi u dijagnosticiranje.

■ **PITANJE:** Zašto se preferiraju individualne terapije pri seksualnom zlostavljanju?

ODGOVOR: Sličan je odgovor kao i pri tjelesnom zlostavljanju. U individualnim se psihoterapijama njeuguje veća intima i povjerljivost razgovora o ovako osjetljivim temama. Povremeno će neka djevojka zahtijevati da ima ženskog individualnog terapeuta, što treba respektirati. Ako se u terapijskoj grupi adolescenta otkrije tema seksualnog zlostavljanja, to je velik izazov za cijelu grupu, kao i za terapijsko vođenje te grupe. Praksa pokazuje da su stoga važni i dodatni individualni razgovori u vezi s ovim temama.

31.6. Pitanja

- 1 Definirajte seksualno zlostavljanje.
- 2 Navedite vrste seksualnog zlostavljanja.
- 3 Navedite simptome i znakove koji bi mogli upućivati na seksualno zlostavljanje.
- 4 Koji su opći dijagnostički principi pri seksualnom zlostavljanju?
- 5 Koja je diferencijalna dijagnoza seksualiziranog ponašanja djece?
- 6 Koja je etiopatogeneza i psihodinamika seksualnog zlostavljanja?
- 7 Koje su terapijske intervencije pri seksualnom zlostavljanju?

31.7. LITERATURA

1. *Berliner L, Elliott DM.* Sexual abuse of children. U: Meyers JEB, Berliner L, Briere J i sur, ur. *The APSAC handbook on child maltreatment.* Thousand Oaks CA: Sage Publications; 2002, str. 55-78.
2. *Bilić V, Buljan Flander G, Hrpka H.* Nasilje nad djecom i među djecom. Jastrebarsko: naklada Slap; 2012.
3. *Buljan Flander G, Kocijan Hercigonja D.* Zlostavljanje i zanemarivanje djece. Zagreb: Marko M; 2003.
4. *Crisma M, Bascelli E, Paci D i sur.* Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse Negl* 2004;28(10):1035-48.
5. *Crosson-Tower C.* Understanding child abuse and neglect. Boston: Allyn & Bacon; 2010.
6. *Cummings M, Berkowitz SJ, Scribano PV.* Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Current psychiatry reports* 2012;14(6):599-607.
7. *Feerick MM, Knutson JF, Trickett PK i sur.* Child abuse and neglect: Definitions, classifications, and a framework for research. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing; 2006.
8. *Finkelhor D.* Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people. New York: Oxford University Press; 2008.
9. *Fischer G, Riedesser P.* Lehrbuch der Psychotraumatologie. 3. izd. Muenchen: Ernst Reinhardt Verlag; 2003.
10. *Haeussler G.* Missbrauch und Misshandlung. U: Hopf H, Windaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie.* Muenchen: CIP Medien; 2009, str. 461-482.
11. *Hebert M, Parent N, Daignault IV i sur.* A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment* 2006;11:203-216.
12. *Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM.* Child abuse and neglect: a clinician's handbook. New York: Harcourt Publishers; 2000.
13. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
14. *Luca Mrđen J, Ćosić I, Buljan Flander G.* Prevalence of sexual abuse in Croatia. XI. ISPCAN European regional Conference on Child Abuse and Neglect. Lisabon; 2007.
15. *McCoy ML, Keen SM.* Child abuse and neglect. New York: Taylor and Francis Group; 2009.
16. *Miljević-Ridički R.* Zlostavljanje djece: oblici zlostavljanja i njihovo prepoznavanje. *Društvena istraživanja* 1995;4: 539-549.
17. *Miller-Perrin CL, Perrin RD.* Child maltreatment. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2007.
18. *Murray LK, Nguyen A, Cohen JA.* Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* 2014 Apr 1;23(2): 321-37.
19. *Narodne Novine.* NN 125/2011. Kazneni zakon. 2011. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_11_125_2498.html. Pristupljeno 1. 5. 2015.
20. *Nissen G.* Psychische Stoerungen in der Pubertaet und Adoleszenz. U: Eggers C, Lempp R, Nissen G i sur, ur. *Kinder- und Jugend- psychiatrie.* 7. izd. Berlin: Springer; 1994, str. 281-318.
21. *Paine ML, Hansen DJ.* Factors influencing children to self-disclose. *Clinical Psychology Review* 2002;22:274-295.
22. *Read J, McGregor K, Coggan C i sur.* Mental health services and sexual abuse: the need for staff training. *J Trauma Dis-sociation* 2006;7(1):33-50.
23. *Remschmidt H.* Sexueller Missbrauch und sexuelle Misshandlung. U: Remschidt H, ur. *Kinder- und Jugendpsy-chiatrie- Eine Praktische Einfuehrung.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 343-348.
24. *Somer E, Swarcberg S.* Variables in delayed disclosure of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsy-chiatry* 2001;71:332-341.
25. *Springer KW, Sheridan J, Kuo D i sur.* Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 2007;31: 517-530.
26. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
27. *Straus MA.* Corporal punishment and primary prevention of physical abuse. *Child Abuse and Neglect* 2000; 24:266-277.
28. *Trickett PK.* Defining child sexual abuse. U: Feerick MM, Knutson JF, Trickett PK i sur, ur. *Child abuse and neglect: Definitions, classifications, and a framework for research.* Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing; 2006, str. 129-149.

IV.

Psihopatološki entiteti

Perinatalno mentalno zdravlje i perinatalna psihijatrija, te psihički poremećaji roditelja i njihovi učinci na fetus i dijete

Ivan Begovac

SADRŽAJ

32.1. Uvod	443
32.2. Razdoblje djetinjstva pojedinaca, koji poslije postaju roditelji	445
32.3. Generativna dob i seksualno aktivni pojedinci – općeniti aspekti	445
32.4. Koncepcija, trudnoća, prenatalno razdoblje	445
32.4.1. Uvodni aspekti o prenatalnom razdoblju	445
32.4.2. Adolescentne trudnice s psihičkim smetnjama	447
32.4.3. Neurobihevioralni poremećaji koji se odnose na fetus	447
32.4.3.1. Uvodni aspekti o neurobihevioralnim poremećajima u fetusa	447
32.4.3.2. Alkoholni fetalni spektar poremećaja (AFSP) u fetusa i kasnijega djeteta	448
32.4.3.3. Trudnice koje su ovisne o opijatima i mogući utjecaji na fetus	448
32.5. Porođaj i postnatalno razdoblje – do jedne godine nakon porođaja	449
32.6. Psihički poremećaji roditelja i poveznica s psihičkim problemima u djece – općeniti prikaz, izvan perinatalnog razdoblja	450
32.7. Somatski poremećaji kod roditelja	450
32.8. Strukturirani intervjui i liste	451
32.9. Multidisciplinarna dijagnostika, dijagnostički proces, klasifikacije i planiranje liječenja	452
32.10. Upute za roditelje/nastavnike	452
32.11. Često postavljena pitanja	453
32.12. Pitanja	454
32.13. Literatura	454

32.1. Uvod

U pojedinim razvijenijim europskim zemljama postoji posebna supspecijalizacija psihijatrije koja se specijalizira za perinatalnu dob, odnosno postoje razvijeni odjeli koji se posebno multidisciplinarno bave perinatalnom problematikom. **Perinatalno mentalno zdravlje ili perinatalna psihijatrija** bavi se mentalnim zdravljem i psihičkim poremećajima u perinatalnom razdoblju, a koje je definirano trudnoćom (prenatalna dob), kao i razdobljem nakon porođaja (postnatalna dob do prve godine nakon porođaja), međutim fokus je također i na fetusu i dojenčetu, odnosno na interakciji trudnica – fetus i majka – dojenče.

Na početku ovog poglavlja moraju se razjasniti neki termini. **Perinatalno** je u ovom tekstu najširi pojam i uključuje **trudnoću**, dakle stanje od začeca do porođaja (**prenatalno razdoblje**), kao i prvu godinu života nakon djetetova rođenja (**postnatalno razdoblje**). **Prenatalnu dob** označuje stanje ženine trudnoće, dakle razdoblje od koncepcije do porođaja. **Postnatalno** ovdje označuje ženino stanje do prve godine nakon porođaja. **Postpartalno**, prema DSM-5, označuje stanja koja se događaju u žene u prvim **četirima tjednima nakon porođaja** (npr. postpartalna depresija), međutim, ta stanja većinom već počinju u trudnoći, tako da je pravilniji izraz **peripartalni poremećaji** (psihički poremećaji koji se događaju oko ženina porođaja) (APA 2013). Većinom se u ovom poglavlju

misli na stanja u fetusa ili djeteta, odnosno u roditelja, specifično i većinom u majki, premda se može odnositi i na očeve. U širem će se smislu u ovom poglavlju govoriti i o poremećajima u pojedinaca, prije nego što dođu u generativnu dob (ili kada postanu seksualno aktivni), dakle, o onome što se odnosi na njihovo prethodno djetinjstvo. Nadalje, govorit će se i o dobi kada više nisu izravno vezani za perinatalnu dob, odnosno kada npr. kao roditelji imaju odrasliju djecu (nakon jedne godine), međutim, mogu imati različite psihičke smetnje. U **tablici 32.1.** prikazana su različita životna razdoblja vezana za perinatalno razdoblje i roditeljstvo, a bit će detaljnije opisani u ovom poglavlju.

U **tablici 32.2.** prikazano je **perinatalno razdoblje** u užemu smislu i različiti psihološki i psihijatrijski fokusi liječenja, što će poslije u tekstu biti pobliže objašnjeno.

U ovom će se tekstu pretežno govoriti o **majkama**, jer je većina istraživanja rađena među majkama, premda ne treba zanemariti ni moguće psihičke poremećaje **očeva** u perinatalnom razdoblju (Gentile i Fusco 2017). Kada se ovdje dakle bude rabio termin majka, upotrebljavat će se u širem smislu, kao roditelj/skrbnik, osim ako nije riječ o specifičnosti ženskog roda. U ovom će poglavlju biti više pažnje posvećeno utjecaju što ga psihički poremećaji u roditelja mogu imati na fetus/dijete, a neće se raspravljati o partnerskim odnosima i široj socijalnoj sredini.

Treba biti oprezan u interpretaciji međusobne poveznice psihičkog (ili somatskog) poremećaja i poreme-

Tablica 32.1.

Različita životna razdoblja vezana za perinatalna razdoblja i roditeljstvo

	Posebne napomene
Razdoblje djetinjstva	Osobe su bile ili nisu pod visokim rizikom u djetinjstvu. Eventualno liječenje psihičkih poremećaja u djetinjstvu kod dječjih psihijatara, npr. poremećaji jedenja, razvojni poremećaji ličnosti.
Adolescencija, seksualna aktivnost i generativna dob pojedinaca; prekonceptijsko razdoblje	Svjesnost seksualne aktivnosti i generativne dobi kod adolescenata i odraslih osoba. Depresija je najčešća u žena generativne dobi.
Koncepcija i trudnoća; prenatalno razdoblje	Važna je interakcija između majke i fetusa; osnaživanje ove veze stvaranjem sigurnosti u okruženju. Mogu biti prisutni različiti psihički poremećaji u majke.
Porođaj. Postnatalno razdoblje	Važno je individualno zdravlje majke kao i djeteta, međutim, važna je i interakcija majka – dijete. Mogu biti prisutni različiti psihički poremećaji u majke i dojenčeta.
Roditeljstvo izvan perinatalnog razdoblja	I dalje postoji međusoban recipročni utjecaj između roditelja i djece. Dolaze u prvi plan eventualno poremećaji u djeteta.

Tablica 32.2.

Perinatalno razdoblje u užemu smislu i različiti psihološki i psihijatrijski fokusi liječenja

	Fokus na majci	Fokus na fetusu/ dojenčetu	Fokus na interakciji majka – fetus/ dojenče	Fokus na partneru, obitelji, široj socijalnoj sredini
Prenatalno razdoblje, trudnoća	Liječenje psihičkih poremećaja u majke (individualno liječenje majke i druge vrste liječenja)	Primjerice, dijagnoza alkoholnoga fetalnog spektra poremećaja u fetusa i kasnijeg djeteta; liječenje majke, npr. potpuna apstinencija od alkohola	Potpora prilagodbe majke na fetus	Potpora okoline majci, što ojačava stanje majke i fetusa (npr. grupe podrške, bračna terapija itd.)
Postnatalno razdoblje, do prve godine nakon porođaja	Liječenje psihičkih poremećaja u majke (npr. individualno liječenje majke, ali i terapija majka –dojenče)	Liječenje novorođenčeta i dojenčeta (npr. liječenje neonatalnoga apstinencijskog sindroma ili terapija majka – dojenče)	Liječenje novorođenčeta i dojenčeta te roditelja (npr. terapija majka –dojenče)	Potpora okoline majci, što ojačava stanje majke i dojenčeta (npr. grupe podrške, bračna terapija itd.)

ćaja u njihove djece, jer mogu postojati vrlo heterogene poveznice. Primjerice, pitanje je jasnoga psihičkog poremećaja u roditelja, roditeljske kognicije, emocija i neurobioloških procesa; fetalnih neurobioloških procesa; djetetovih emocija, ponašanja i neurobioloških procesa; **čimbenik roditeljstva**, koji govori o interakciji između roditelja i fetusa/djeteta, koji je možda jedan od najvažnijih čimbenika, te, konačno, sve prije navedeno s obzirom na ishodnu varijablu psihičkog poremećaja u djeteta (Stein i sur. 2014). Ovdje također treba dodati moguće genske utjecaje, a nisu rijetko ovamo uključeni i drugi čimbenici: težina psihičkog poremećaja u majke, uzimanje antidepresiva tijekom trudnoće, pušenje tijekom trudnoće (što bi možda moglo govoriti o težini depresije), nepostojanje podrške od drugih osoba iz okoline (partnera), također psihički poremećaj partnera, obiteljska disharmonija, slaba financijska primanja, anamneza o izloženost nasilju kod kuće u djetinjstvu, vlastita psihička bolest u djetinjstvu kod trudnice/majke, neplanirana i neželjena trudnoća, aktualne stresne okolnosti, samohrano roditeljstvo, adolescentno roditeljstvo, komplikacije sadašnje ili prethodnih trudnoća, dodatna tjelesna bolest (psihičke smetnje i npr. dijabetes mellitus), nepovoljni ishodi prethodnih trudnoća itd. (Biaggi i sur. 2016; Stein i sur. 2014). Ovdje vjerojatno postoji složena povezanost, modeli koji su usmjereni na proces, koji uključuje **medijatorske varijable** (međusobna povezanost između roditeljske psihopatologije i ishoda u djece), ali i **moderatorske varijable**, npr. promjena snage različitih varijabli, npr. kod različitog roda nalazimo povećan ili smanjen učinak pojedinih varijabli, ili u zemljama koje su siromašnije

(*low-income countries*) (Stein i Harold, 2015). Važno je također uzeti u obzir varijable koje se mogu mijenjati: kvaliteta roditeljstva, socijalni suport majkama (uključujući i partnera), kao i trajanje psihičkog poremećaja u roditelja (Stein i sur. 2014). I dalje u ovom području postoji **koncept otpornosti**, koji govori o tome da, unatoč rizičnim čimbenicima, djeca mogu uredno funkcionirati (Stein i Harold 2015).

Pojedini autori u perinatalnom razdoblju kod majki razlikuju shizofrene psihoze, akutni prolazni psihotični poremećaj, depresivnu epizodu, recidivirajući depresivni poremećaj, tešku depresivnu epizodu sa psihotičnim simptomima, kao i psihičke i bihevioralne poremećaje koji su povezani s puerperijem (babinjama), a koji se ne mogu označiti na drugi način (F53) (Sproeber i Kölch 2013). Praktično je korisno razlikovati psihotične od nepsihotičnih poremećaja, što u praksi katkada nije lako, ali može biti važno u praktičnome smislu u vezi s tim hoće li se na početku liječiti individualno majka, a tek poslije usporedo i majka i dijete (u slučaju psihotičnog poremećaja) ili će se od početka primijeniti paralelna terapija majka – dijete uz individualno liječenje majke (u slučaju nepsihotičnih poremećaja). Nadalje, također je teško razlikovati pojedine psihotične poremećaje, npr. nije lako ili je nemoguće razlikovati psihotičnu depresiju od shizofrenog poremećaja na početku razvoja poremećaja, koje se tek kasnijim tijekom može razlikovati (Mihaljević-Peješ 2015).

Pri bilo kojem poremećaju u perinatalnom razdoblju u užemu smislu bitno je naglasiti da se uvijek treba procijeniti balans rizika (majke i djeteta) s obzirom na pozi-

tivan razvoj obiteljskog odnosa i općeniti razvoj (Stein i Harold 2015). U većini slučajeva važne su intervencije koje su psihoterapijske, međutim, u manje čestim slučajevima mogu biti također važne i druge mjere (hitne i krizne intervencije, psihofarmakološka terapija, socijalne mjere, nadzor nad roditeljstvom, izdvajanje djeteta iz obitelji itd.). Što se tiče intervencija, nije dovoljno da se liječe samo roditelji sa psihičkim smetnjama, nego je istodobno potrebno utjecati na roditeljstvo, odnosno na povećanje interakcije između roditelja i dojenčeta (Stein i sur. 2014). Danas mogu postojati i ciljane intervencije poboljšanja interakcije između trudnice i fetusa (v. poglavlje 3 o trudnoći i prenatalnom /fetalnom/ razvoju), a individualna psihoterapija trudnice, nadalje, implicite uključuje i aspekt kako trudnica doživljava svoj fetus. Rad s roditeljima i intervencije s njima (savjetovanje, terapija) u smislu ojačavanja roditeljstva u postnatalnom razdoblju vrlo su poznate (povećanje osjetljivosti ili empatije u roditelja), i daju obećavajuće rezultate (v. o terapiji para roditelj – dojenče u poglavlju o poremećajima u dojenačkoj dobi). U ovim je postupcima fokus na interakciji majka / fetus-dijete, a mogu biti provedene u različitim okvirima (*settinzima*, npr. *videofeedback* ili konzultativne terapije; individualne i grupne terapije itd.), a mogu dodatno uključivati i masažu dojenčeta (različiti modaliteti terapija) (Stein i sur. 2014). Korisno je u takve terapije uključiti i djetetova oca (partnera) (Stein i sur. 2014) radi umanjenja moguće očeve psihopatologije, ali i radi davanja bolje podrške majci i pospješivanju interakcije između roditelja i djeteta.

32.2. Razdoblje djetinjstva pojedinaca, koji poslije postaju roditelji

Udio psihičkih smetnji u adolescenciji gotovo je do 20 %, tako da je velik broj poslije odraslih osoba zapravo imao neke psihičke smetnje u djetinjstvu ili adolescenciji ili su pak živjeli u visoko rizičnim okolnostima. Od spomenutih smetnji, neke se mogu okarakterizirati kao definirani psihički poremećaji: anksiozni poremećaji, depresivni poremećaji, OKP, poremećaji jedenja, razvojni poremećaji ličnosti i drugi. Ovisno o slučaju, određen broj takvih poremećaja ne pokazuje kontinuitet u odraslu dob, međutim jedan broj to pokazuje. Svakom je dječjem psihijatru drago kada nakon nekoliko godina od liječenja čuje da bivši pacijenti pozitivno napreduju, a poneki od njih zasnivaju obitelji i imaju vlastitu djecu. Nadalje, nije rijetkost da, ako dječji psihijatri rade dulje u svojoj struci, mogu opservirati i imati u svojoj praksi

djecu svojih bivših pacijenata, sada odraslih osoba i roditelje, a liječili su ih kada su oni bili djeca ili da liječe djecu bivših pacijenata, koji su se nekada liječili kod „starijih“ kolega dječjih psihijatara. Osobno je iskustvo pokazalo da su takve osobe, sada roditelji, bile vrlo zadovoljne tretmanom koji su imali u djetinjstvu i nisu dvojili u vezi s tim da se sada opet obrate dječjim psihijatrima, sada kada imaju poteškoće kao roditelji sa svojom djecom.

32.3. Generativna dob i seksualno aktivni pojedinci – općeniti aspekti

S vremenom, nakon djetinjstva, osobe dolaze tijekom adolescencije u generativnu dob, neovisno o tome jesu li ili nisu psihički pripremljeni na tu mogućnost. U **perinatalnome** mentalnom zdravlju ovdje se obično misli na već dijagnosticirane osobe koje imaju psihičke smetnje (npr. depresiju, bipolarni afektivni poremećaj), te koje se uobičajeno koriste medikamentnom terapijom. Dječji i adolescentni psihijatri koji rade s adolescenticama moraju uvijek biti svjesni njihove seksualne aktivnosti, odnosno njihove generativnosti. Povremeno će u psihoterapijama tema biti seksualna rizična ponašanja, npr. seksualni odnosi tijekom uzimanja alkohola itd. Osim toga, odrasli psihijatar koji radi s punoljetnicima trebao bi biti svjestan seksualne aktivnosti i generativne dobi te mogućnosti trudnoće svojih pacijenata. Ovakva se pitanja mogu odnositi i na muške pacijente. Ovdje u obzir dolaze savjetovanja o eventualnoj kontracepciji, kao i u slučaju odlučivanja o trudnoći, o tzv. eventualnom **prekonceptijskom savjetovanju**, kada se mogu razmotriti pojedinosti o eventualnoj skoroj trudnoći, te o odnosu prema vlastitu psihičkom poremećaju, odnosu prema prvoj trudnoći, odnosu prema budućim trudnoćama, o kvaliteti roditeljstva, o uzimanju lijekova itd. (Hodgkinson i sur. 2014; Humphreys i sur. 2016). Postoje različiti psihički poremećaji koji se nalaze u generativnoj dobi, a **depresivni poremećaj** najčešći je poremećaj u žena, i ima prevalenciju do 8 % (Weissman i sur. 1988).

32.4. Konceptija, trudnoća, prenatalno razdoblje

32.4.1. Uvodni aspekti o prenatalnom razdoblju

Trudnoća je posebno stanje za ženu, a potrebna je i psihološka prilagodba na stanje trudnoće te na **nerodeno dijete (fetus)**, a o tome je pisano u posebnom

Tablica 32.3.**Neka pitanja majke koja mogu govoriti o majčinoj anksioznosti.**Modificirano prema Biaggi i sur. 2016;
Reproductive mental health Canada 2014.**Pitanja tijekom trudnoće**

- Je li u redu ako imam i pozitivne i negativne misli o svojem djetetu?
- Hoću li se moći dovoljno posvetiti svojem djetetu?
- Je li loše ako budem razočarana majčinstvom?
- Ako moje dijete bude plakalo, drugi će misliti da se ne mogu dobro brinuti za dijete.
- Hoće li hrana ili piće koje sam prije uzimala štetiti mojemu djetetu?
- Hoće li dijete imati kakvih poteškoća?
- Hoću li biti dobra majka?
- Što ako se dijete ne bude dobro razvijalo?
- Što ako se ne budem mogla dobro suočiti s bolovima tijekom porođaja?
- Što ako se ne budem mogla prilagoditi na svoje dijete?

Pitanja nakon porođaja

- Što ako moje dijete postane bolesno?
Što ako ima neku ozbiljnu bolest?
- Što ako moje dijete ostavim komu drugomu?
- Što ako netko moje dijete bude zlostavljao?
- Što ako nakon porođaja više ne budem privlačna?

poglavlju (v. poglavlje 3 o trudnoći i prenatalnom razvoju). Trudnica postupno prihvaća svoj identitet kao majka, odnosno potrebne su intrapsihička elaboracija i integracija različitih mentalnih reprezentacija, koje mogu imati veze s prošlošću i djetinjstvom takvih trudnica (Ammaniti i Trentini 2009).

S jedne strane, trudnoća može biti povezana s pozitivnim emocijama, optimističkog očekivanja, međutim, s druge strane, moguće je da je povezana sa stresovima i poteškoćama. Važno je ovdje istaknuti da sa psihološke strane možemo govoriti o fetusu koji se naglo razvija u svojim različitim funkcijama, ali možemo govoriti i o „dijadi između majke i fetusa“ (Klaman i sur. 2017), odnosno o **privrženosti između majke i fetusa** (Pisoni i sur. 2014), o **reprezentacijama majke, kao i o majčinoj reflektivnoj funkciji** (Slade i Sadler 2019). Dakle, s jedne strane, fokus može biti na trudnici, ali također može biti i na fetusu, odnosno na međusobnoj interakciji majka – fetus (v. tabl. 32.2.). U tablici 32.3. prezentirani su neki „realni strahovi“ koji se mogu pojaviti u trudnoći i nakon porođaja (**perinatalno vrijeme**) i sami po sebi ne moraju biti znak patologije.

Međutim, ako su ti, spomenuti strahovi vrlo intenzivni i ometaju funkcioniranje trudnice ili majke, uz

neke druge kriterije i simptome, onda može biti riječ o anksioznim poremećajima (npr. generalizirani anksiozni poremećaj) (Reproductive mental health Canada 2014).

Pojedini autori u literaturi govore o zanemarenosti prenatalnih psihičkih poremećaja (poremećaja u trudnoći) s obzirom na postnatalne psihičke poremećaje u majki, i za to navode niz razloga (Biaggi i sur. 2016). Nadalje, moguće je da takve trudnice nemaju potpuno izražene kriterije za neke psihičke poremećaje, no one su i dalje pod visokim rizikom, koji zahtijeva **praćenje i preventivne intervencije**. Nalaženje takvih žena s velikim rizikom može biti dobra strategija kod različitih intervencija, a najčešće se to može ostvariti u ginekološkim klinikama, kamo žene inače dolaze na kontrolu svoje trudnoće (Biaggi i sur. 2016). Najčešći rizici od razvoja psihičkih poremećaja u trudnoći mogu biti sljedeći (posebno prenatalna anksioznost i depresija): manjak podrške partnera ili socijalne sredine; anamneza zlostavljanja ili nasilje kod kuće (u partnerskim odnosima ili u socijalnom okolišu); prethodna psihička bolest; neplanirana ili neželjena trudnoća; aktualni stresni događaji i doživljeni stres; sadašnje i/ili prošle komplikacije u trudnoći ili gubitci u trudnoći; niska razina edukacije trudnica; niska financijska primanja; *single* status; prošlo ili sadašnje pušenje; negativan kognitivni stil / sniženo samopoštovanje; problematični ili nezadovoljavajući partnerski odnos; zlostavljanje u djetinjstvu (Biaggi i sur. 2016). Postoje različiti psihički poremećaji u žena u trudnoći (npr. anksiozni poremećaji, OKP, depresivni poremećaj, psihotični poremećaji), koje je potrebno promptno liječiti jer postoji mogućnost štetnog utjecaja na fetus, a česti su i komorbiditeti (npr. anksioznosti i depresije i uzimanja alkohola ili droga) (Biaggi i sur. 2016; Newman i sur. 2016). Obično se psihijatrijski trudnice liječe ambulantno ili dnevno bolnički, uz oslanjanje na „zdravog partnera“. Može biti delikatno pitanje treba li psihijatrijski stacionarno liječiti trudnice, što također iziskuje posebnu pozornost. Stacionarno psihijatrijsko liječenje za trudnicu, međutim, katkada je vrlo korisno jer daje zaštitni okvir terapijskog miljea. Nadalje, treba posebnu pozornost obratiti na povećan rizik u pojedinih trudnica: adolescentne trudnice, neželjene trudnoće, trudnice koje uzimaju neku vrstu medikamentne terapije, te eventualna druga stanja. Može biti kontroverzno područje je li manje zlo nastaviti liječenje anti-depresivima pri depresiji tijekom trudnoće, nego uzimanjem lijekova riskirati relaps bolesti, odnosno

nepovoljne učinke na fetus (Gentile 2017). Često će u ovom području biti potrebna **multidisciplinarna suradnja** s drugim strukama, a posebno sa socijalnim radnicima (npr. smještaj adolescentne trudnice u zaštitni smještaj). **Prenatalna depresija** čini se da ima utjecaj na kasniji razvoj djeteta (Stein i Harold 2015). **Prenatalna anksioznost** u majki također poslije u djece najvjerojatnije uzrokuje više emocionalnih ponašajnih problema (Glover 2011). Učinak **alkohola i drugih sredstava ovisnosti** već je dulje vrijeme prepoznat kao nepovoljni čimbenik za fetus, koji se onda manifestira gotovo tijekom djetetova cijelog djetinjstva i poslije u tijeku odraslosti. Ne tako rijetko može se dogoditi u praksi da zapravo žena nije niti svjesna da je trudna te se koristi alkoholom ili nekim drugim sredstvima ovisnosti.

32.4.2. Adolescentne trudnice s psihičkim smetnjama

U pojedinim je zemljama u svijetu prevalencija adolescentnih trudnoća do 19 % (Miura i sur. 2018) i nije nova okolnost u medicinskoj praksi u cijelome svijetu. Osim toga, adolescentne majke po sebi ne moraju pokazivati psihičke smetnje (Hodgkinson i sur. 2014).

Međutim, adolescentne trudnice (i ubrzo majke) mogu imati i različite psihičke smetnje ili biti izložene visokim rizičnim čimbenicima, pa je u tom slučaju riječ o posebno vulnerabilnoj skupini (Hodgkinson i sur. 2014; Miura i sur. 2018). Nije rijetkost da mogu imati suicidalnu ideaciju, depresiju, anksiozne poremećaje, PTSP, uzimanje sredstava ovisnosti, da su bile izložene nasilju, te da su bile izložene transgeneracijskome disfunkcionalnom okruženju (Hodgkinson i sur. 2014). Nije rijetkost također u praksi da su bile prethodno liječene kod dječjih psihijatarata. Osim psihičkih poremećaja, mogu biti prisutni i drugi nepovoljni i rizični čimbenici (smanjena edukacija, nedovršeno školovanje, niži socioekonomski status, siromaštvo, izloženost nasilju u okolišu i drugi), koje svakako treba uzeti u obzir (Hodgkinson i sur. 2014; Miura i sur. 2018). Posebno je zabrinjavajuće ako majke koje su doživjele nasilnu traumu u djetinjstvu također nastavljaju transgeneracijski obrazac nasilja prema svojoj djeci (Miura i sur. 2018). U ovakvim je slučajevima potrebno uključenje **multidisciplinarnih stručnjaka** (npr. pedijatarata, ginekologa, dječjih psihijatarata, drugih stručnjaka mentalnoga zdravlja te drugih) u preventivni te, po potrebi, u terapijski rad

(Hodgkinson i sur. 2014). Principi liječenja adolescentnih majki s psihičkim smetnjama sličan je pristupu liječenju u drugih majki s psihičkim smetnjama (v. poslije u tekstu).

32.4.3. Neurobihevioralni poremećaji koji se odnose na fetus

32.4.3.1. Uvodni aspekti o neurobihevioralnim poremećajima u fetusa

Načelno, u literaturi postoji malo istraživanja koja su istodobno mjerila neke poremećene funkcije u fetusa tijekom različitih psihičkih poremećaja u majki. Obično su prethodno u literaturi navođeni mogući genski (prenatalni) čimbenici pri pojedinim intelektualnim teškoćama (v. posebno poglavlje 39 o intelektualnim teškoćama) (APA 2013). Ipak, prema mišljenju autora ovog teksta, visoko intrigantan primjer istraživanja fetusa jest izloženost fetusa alkoholu u trudnoći (v. poslije u tekstu).

U preglednom istraživanju Gentile (2017) navodi nekoliko studija koje su, osim čimbenika u majke koja ima depresiju, također promatrali i promijenjene čimbenike u fetusa. Sumarno bi se moglo reći da u fetusa postoje hiperaktivnost, kao i iregularni otkucaji srca (potaknuto vibroakustičnom stimulacijom) (Allister i sur. 2001; Dieter i sur. 2001; Emory i Dieter 2006). Navedeni autori pretpostavljaju da se fetus nalazi „**u stanju alarma**“. Takvo je njegovo stanje na početku adaptabilno, međutim, tijekom vremena dolazi do iscrpljenja snaga. Nadalje, pojedini autori navode značajne **epigenetske mehanizme**, koji su također bili uključeni u ove složene mehanizme (Non i sur. 2014). Posebno je zanimljivo istraživanje grupe autora, koji su istodobno longitudinalno mjerili povezanost majčine izloženosti nasilju kod kuće tijekom djetinjstva s prenatalnom privrženosti majka – fetus, te parametrima otkucaja srca majke i fetusa, kao i s kasnijom bihevioralnom i emocionalnom regulacijom dojenčeta (Sancho-Rossignol i sur. 2018). Rezultati ovog istraživanja pokazali su, naime, da trudnice koje su u djetinjstvu bile izložene nasilju imaju manju kvalitetu prenatalne privrženosti majka – fetus, a rezultati su dalje pokazali i povećanu majčinu frekvenciju srca s obzirom na stimulus dojenčeta koje plače, kao i s lošijom emocionalnom regulacijom u dojenčeta (Sancho-Rossignol i sur. 2018). Sažeto rečeno, ovdje je riječ o rijetkim istraživanjima, uz promatranje promjena na trima razinama: majka, fetus, interakcija majka – fetus/

dojenče. Nadalje, u **novorođenčeta** majki s (prenatalnom) depresijom nađena je u plazmi viša koncentracija kortizola i noradrenalina, te manjak dopamina, a nađena su i odstupanja u Brazeltonovoj skali za novorođenče (v. poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi), što bi upućivalo i na to da se slično nalazi i kod fetusa (Lundy i sur. 1999; Field i sur. 2004).

32.4.3.2. *Alkoholni fetalni spektar poremećaja (AFSP) u fetusa i kasnijega djeteta*

Osobitu pozornost zahtijeva posebna dijagnoza oštećenja fetusa i kasnijega djeteta zbog **izloženosti alkoholom u trudnoći**, što je jedinstvena i nova dijagnoza u klasifikacijskom sustavu DSM-5, jer posebnu pozornost pridaje fetusu u klasifikaciji, što nikada prije nije bio slučaj. Posljedice izloženosti alkoholu u trudnoći s medicinske strane nije nepoznato u zadnjih pedesetak godina (Jones i sur. 1973). **Alkoholni fetalni spektar poremećaja (AFSP)** u djeteta najšira je kategorija, koja po sebi nije klinička dijagnoza, a uključivala bi niz manjih sindroma kao npr. **fetalni alkoholni sindrom (FAS)** (koji je relativno dobro definiran), te **neurobihevioralni poremećaj povezan s prenatalnom izloženosti alkoholom (NP-PIA)**, koji nalazimo kao novinu u DSM-5 klasifikaciji. **Fetalni alkoholni sindrom (FAS)** definiran je trima kriterijima: 1. prenatalni ili postnatalni zastoj rasta; 2. tri kardinalna simptoma izgleda lica: mala duljina palpebralne fisure očiju (male oči); izravnani filtrum iznad usnica i tanke gornje usnice; 3. niz deficita SŽS-a, koji uključuju funkciju, strukturu ili neurološki dio (Williams i Smith 2015). **Neurobihevioralni poremećaj povezan s prenatalnom izloženosti alkoholom (NP-PIA)** određuju različiti kriteriji, prema DSM-5 (APA 2013): **kriterij A:** izloženost alkoholu u trudnoći; **kriterij B:** oštećeno neurokognitivno funkcioniranje koje se manifestira barem jednim simptomom: 1. oštećenje globalnoga intelektualnog funkcioniranja (IQ manji od 70); 2. oštećenja egzekutivnih funkcija (npr. slabo planiranje i organizacija, nefleksibilnost; poteškoće ponašajne inhibicije); 3. oštećenje učenja (npr. slabiji školski uspjeh nego što je očekivano za razinu inteligencije, specifične teškoće učenja); 4. oštećenja memorije; 5. oštećenje vizualno-spacijalnog rezoniranja; **kriterij C:** oštećena self-regulacija koja se manifestira barem jednim simptomom: 1. oštećenje raspoloženja i ponašajna regulacija; 2. deficiti pažnje; 3. oštećenje kontrole impulsa; **kriterij D:** oštećenje adaptabilnog funkcioniranja

koje se manifestira barem s dvije karakteristike, od čega jedna mora biti prisutna karakteristika 1 ili 2: 1. deficiti komunikacije; 2. oštećenje socijalne komunikacije i interakcije; 3. oštećenje u svakodnevnim životnim vještinama; 4. oštećenje u motoričkim vještinama; **kriterij E:** početak simptoma kriterija B, C, i D, započinje u djetinjstvu. **Kriterij F:** oštećenje izaziva klinički značajan distres ili oštećenje u funkcioniranju; **kriterij G:** isključuju se druga stanja (APA 2013). **NP-PIA** se može dijagnosticirati s dodatnim FAS-om ili bez njega, jer **FAS** uključuje dismorfne crte lica i zastoj rasta. Načelno se **AFSP** ipak dijagnosticira nakon djetetove treće godine jer tada postaju očitiji različiti kognitivni simptomi. **AFSP** se može manifestirati različitim kognitivnim oštećenjima, kao i emocionalnim problemima. Česti su komorbiditeti s drugim poremećajima, npr. hiperkinetskim sindromom, depresijom i anksioznosti, te uzimanjem alkohola (u adolescenata). Međutim, dodatni rizični čimbenici u trudnice mogu, osim uporabe alkohola, biti i loša prehrana, pušenje u trudnoći, niska tjelesna masa trudnice, socijalna izolacija, neprikladna okolina itd. Može se primijeniti široki raspon intervencija, usmjeren na trudnicu, te postnatalno usmjerenje na pospješivanje interakcije majka – dijete, kao i individualne terapije i druge terapije usmjerene prema djeci (npr. nakon četvrte godine života). Ako **pojedini stručnjak** ima saznanja o tome da se trudnica koristi alkoholom, onda treba odmah poraditi na motivacijskom razgovoru s njom o potrebi **potpune apstinencije** (Williams i Smith 2015), a mogu se uključiti i druge osobe u liječenje.

32.4.3.3. *Trudnice koje su ovisne o opijatima i mogući utjecaji na fetus*

Trudnice koje su **ovisne o opijatima**, te trudnice koje primaju eventualno nadomjesnu medikamentnu terapiju iziskuju posebnu skrb (Klaman i sur. 2017). Kao i kod drugih psihijatrijskih stanja u trudnice, ovdje mogu biti različiti fokusi procjene i liječenja: na trudnicu usmjereno, na fetus usmjereno; na dijadu majka – fetus. U ovakvih trudnica postoji i pitanje dodatnih komorbiditeta npr. psihičkih (depresija, poremećaji ličnosti itd), ali i medicinskih (HIV, hepatitis, spolno prenosive bolesti); uzimanje drugih medikamenata (npr. benzodiazepina), dodatno pušenje u trudnoći, pušenje marihuane u trudnoći, uzimanje alkohola i druga stanja, što dodatno komplicira dijagnostiku i terapiju (Klaman i sur. 2017).

32.5. **Porodaj i postnatalno razdoblje** – do jedne godine nakon porođaja

Slično kao i kod trudnoće, pri porođaju, kao i u sljedećim danima također je potrebna i psihološka prilagodba majke na potrebe novorođenčeta, o čemu je pisano u posebnom poglavlju o razvoju (v. poglavlja 4, 5, 7, 8, 9 o razvoju djeteta). Od majke se očekuju **senzitivnost i empatija**, ali majka također treba imati širu podršku svoje najbliže sredine (partnera, obitelji, šire socijalne sredine). **Čimbenik roditeljstva** vjerojatno je jedan od najvažnijih pozitivnih čimbenika s obzirom na ishode u djeteta (unatoč mogućim psihičkim smetnjama u roditelja) (Stein i sur. 2014). Majke koje su liječene na odjelima majka – dijete, obično imaju problema u emocionalnoj senzitivnosti prema djetetu, ali i u praktičnom odnosu prema dojenčadi, naime, mogu pokazivati nedostatak praktičnih vještina brige za dijete, smanjenu emocionalnu responzivnost (emocionalni odgovor), kao i veću intruzivnost prema dojenčadi (Stein i sur. 2014).

Sam se **porođaj** obično obavlja u zaštićenoj, bolničkoj sredini, što povećava sigurnost **majke i novorođenčeta (neonatus – termin koji se rabi u prvom mjesecu života djeteta)**. Posebno stresna situacija za roditelje može biti ako je riječ o **prematurnosti** ili o **maloj porođajnoj masi**, što sa sobom nosi niz medicinskih postupaka, a to psihološki može vrlo zabrinjavati roditelje. Ako postoji anamneza o pojedinim psihičkim poremećajima trudnice (v. prije u tekstu), onda se preporučuje porođaj u bolnici (ne kod kuće). Slično kao i kod trudnoće, ovdje se moraju poštovati posebno interaktivni aspekti između majke i fetusa/novorođenčeta/dojenčeta. Međutim, katkada se pažnja kliničara usmjeruje na dijete (npr. jedinice intenzivne njege, ili „rooming in“ modeli /apartmani/, npr. ako postoji **apstinencijski sindrom o opijatima u novorođenčeta** (Klaman i sur. 2017). Važno pitanje u postnatalnom razdoblju može biti i pitanje **dojenja**, koje povećava emocionalnu izmjenju između majke i djeteta. Primjerice, vrlo je diferentno pitanje dojenja u majki koja su na nadomjesnoj terapiji pri opijatskoj ovisnosti, a slično se može reći kod drugih diferentnih stanja, odnosno kada majka ima neki drugi psihički poremećaj. Kao i što je prije bilo rečeno, pri dojenju je dodatno pitanje ako majka puši, ili se koristi marihuanom itd. U razvijenom su svijetu uobičajeni **in-home early intervention or development assessment programs**, a u našoj sredini to je zadaća patronažne medicinske sestre

i u domeni je liječnika opće prakse ili pedijatra, ili nekih drugih službi preko nadležnog centra za socijalnu skrb, što svakako treba pohvaliti.

Psihički poremećaji majke u postnatalnom razdoblju mogu biti značajni. Kao što je već rečeno, ovdje postoje različiti termini: postnatalna psihoza majke, postpartalna psihoza majke, postpartalna depresija, postpartalni OKP poremećaj itd. Većina će tih poremećaja zapravo imati svoj početak tijekom trudnoće majke. Međutim, ne treba izgubiti iz vida potrebu samog novorođenčeta (dojenčeta), kao ni vrlo važne interakcije između majke (roditelja) i dojenčeta. Liječenje takvih stanja obično provodi većinom ambulantno, ili na tzv. odjelima gdje **zajedno borave majka i dijete (mother baby units)**, gdje se provodi **psihoterapija majka – dojenče** (što, nažalost, koliko je poznato autoru ovog teksta, ne postoji u Hrvatskoj) (Hoffman i sur. 2017; Newman i sur. 2016). Na primjer, praktično pitanje može biti: kada je potrebno stacionarno psihijatrijsko liječenje majke, i majka se hospitalizira, tko se brine za dijete kod kuće, a nema odjela za zajedničku skrb majke i djeteta?

Procjenjuje se da je prevalencija **depresije u postnatalno** vrijeme u žena do 13 %. Češće postnatalnu depresiju imaju majke s prethodnom anamnezom depresije, s manjkom socijalnog suporta, socioekonomskom deprivacijom i socijalnom izolacijom (Stein i Harold 2015). Postnatalna je depresija povezana s nizom čimbenika lošijeg funkcioniranja u dojenčeta, koji uključuju ponašanje dojenčeta, privrženost, socijalni i kognitivni razvoj. Osim pojedinih domena u dojenčeta, kako se vidi, poremećena je i interakcija majka – dojenče (koncept privrženosti, socijalni razvoj dojenčeta). Naime, majke s depresijom imaju poteškoće zbog vlastite depresije (ruminacije) i tjeskobe (zabrinutosti) zamijetiti signale koji dolaze od djeteta (Stein i sur. 2012). Međutim, svakako je potrebno procijeniti i druge različite čimbenike o mogućnosti psihopatologije u djece, kao što je i samo roditeljstvo (medijator), ali i socioekonomski status, socijalne nevolje, edukaciju, kao i partnerovo zdravstveno stanje (Engle i McElwain 2013).

Postnatalna anksioznost pokazuje negativne učinke na djecu, a oni uključuju psihološke i somatske ishode (Glasheen i sur. 2010). Posebno pitanje može biti pri zbrinjavanju djeteta majke **ovisne o opijatima** ili djece majki koje su na nadomjesnoj medikamentnoj terapiji, odnosno pitanje mogućnosti razvoja apstinencijskog sindroma u novorođenčeta. Za to su potrebne

posebne smjernice liječenja, obično na jedinicima intenzivne njege, ili će biti liječenje na **rooming-in** odjelima (posebni apartmani za majku i dijete). U praksi su česta stanja perinatalnih komplikacija u takvih majki, kao što je preternost ili niža porođajna masa novorođenčeta pri porođaju.

Postpartalna psihoza manje je česta i zahvaća oko 1 do 2 žene na tisuću. U kliničkoj slici obično prevladavaju afektivni simptomi. Posebno zabrinjavajuće može biti kada majka uključi svoje novorođenče u sustav sumanutosti (npr. dijete je đavao koji želi uništiti majku). U literaturi postoje jasni **dijagnostički algoritmi** u pitanju ovih slučajeva, kada su potrebne **hitne mjere** zaštite djeteta i majke. Posebno zabrinjavajući simptomi koji govore o ozbiljnome psihičkom poremećaju, a koji zahtijevaju hitne mjere jesu: 1. nagle izmjene raspoloženja ili kliničke slike; 2. suicidalna ideacija (posebno nasilni sadržaji); 3. stalna krivnja ili beznadnost; 4. znatno udaljavanje od svojeg djeteta; 5. novonastali ili stalni osjećaj neadekvatnosti kao majke; 6. znakovi psihoze (npr. majčine izjave da dijete ima demonske oči); (Humphreys i sur. 2016; Knight i sur. 2015).

Konačno, u literaturi su poznati i određeni psihički poremećaji u **samog dojenčeta (u prvoj godini života) i maloga djeteta** (v. poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi), npr. **poremećaji regulacije**, kao i npr. već prije spomenuti **NP-PIA, apstinencijski sindrom u novorođenčeta zbog opijatske ovisnosti majke** itd. Liječenje ovakvih stanja u prvoj godini dojenčeta života opisano je u posebnom poglavlju 33, a većinom se liječi psihoterapijom roditelj – dojenče, ili liječenje provode pedijatri ili je u domeni neonatalne intenzivne skrbi.

32.6. Psihički poremećaji roditelja i poveznica s psihičkim problemima u djece – općeniti prikaz, izvan perinatalnog razdoblja

Mnogi psihički poremećaji roditelja izvan perinatalnog razdoblja poznati su iz literature, ali posebno intrigantno pitanje bilo bi nalaze li se ti poremećaji u kontinuitetu već od perinatalnog razdoblja, ili čak i prije perinatalnog razdoblja, što bi govorilo o kroničnosti psihičkih poremećaja, i njihovoj eventualnoj većoj štetnosti s obzirom na djecu (Stein i sur. 2014). Dakle, izvan perinatalnog razdoblja također su moguće različite poveznice između psihičkih poremećaja rodi-

telja i psihičkih poremećaja djece. Istraživanja pokazuju da **depresija** u roditelja ima različitih poveznica s psihičkim problemima u djece (Stein i Harold 2015). Dodatno se mogu naći i sljedeći čimbenici koji pospješuju nepovoljnije ishode: siromaštvo, samohrano roditeljstvo, težina depresivne simptomatologije, djevojčice itd. Dakle, djeca depresivnih roditelja pokazuju triput veću šansu za razvoj depresije i anksioznih poremećaja, kao i ovisnosti o različitim sredstvima, somatskim problemima, te socijalnim oštećenjima (Stein i Harold 2015).

Anksiozni poremećaji u roditelja imaju do sedam puta veću šansu za razvoj anksioznog poremećaja u djece (Stein i Harold 2015). Nadalje, djeca majki koje su imale **poremećaj jedenja** osobito su vulnerabilna tijekom djetinjstva i adolescencije, a posebno se to može odnositi na djevojčice (Patel i sur. 2002; Stein i sur. 2006). Pojedinačno bi se moglo reći da su djeca majki koje su imale anoreksiju ili bulimiju u povećanom riziku od razvoja u predškolsko vrijeme emocionalnih, ponašajnih problema i hiperkinetskog poremećaja u djevojčica, odnosno emocionalnih problema u dječaka majki koje su prije imale anoreksiju (Micali i sur. 2014). U djece majki koje su imale bulimiju u djevojčica nalazimo povećanu hiperaktivnost, a kod dječaka više emocionalnih i ponašajnih problema. Istraživanja pokazuju da djeca roditelja s uporabom supstancija (alkohol i druga sredstva) (posebno se to odnosi na očeve), imaju povećanu šansu za razvoj poremećaja raspoloženja, anksioznih poremećaja, ovisnosti, kao i shizofrenije. Odrasle osobe koje imaju **shizofreniju** općenito su manje fertile. Međutim, ako roditelji boluju od **shizofrenije**, postoji povećan rizik od razvoja shizofrenije u njihove djece (Bergman i Walker 1995). Također, postoji dodatna mogućnost da djeca imaju različite psihijatrijske dijagnoze: hiperkinetski poremećaj, autizam, anksiozni poremećaji, kao i depresivni poremećaj. U roditelja s **bipolarnim afektivnim poremećajem** postoji veća šansa za razvoj afektivnih poremećaja (dakle, ne samo bipolarnog afektivnog poremećaja nego i depresivnog poremećaja) u djece (Stein i Harold 2015).

32.7. Somatski poremećaji kod roditelja

Tradicionalno se više pažnje poklanjalo psihičkim poremećajima roditelja te mogućim poveznicama s nekim psihičkim poremećajima u djece. Međutim, načelno, klinički i u istraživanjima, manje je pažnje

Tablica 32.4.

Izbor pojedinih skala koje se mogu primijeniti u trudnica, odnosno roditelja u prenatalnom (i perinatalnom) razdoblju (prenatalni testovi i intervjui)

Interakcija majka – fetus (privrženost, reprezentacije, reflektivna funkcija)	
<ul style="list-style-type: none"> - Cranley's maternal-fetal attachment scale; (Cranley 1981) - Condon's Maternal antenatal attachment scale (Condon 1993) - Reprezentacije majke; (Ammaniti i sur. 2013; Zeanah i sur. 1996. <ul style="list-style-type: none"> - WMCI-modificirana verzija za trudnoću) - Reflektivna funkcija majke; (Slade i sur. 2004) 	
Skale anksioznosti ili depresije povezane s trudnoćom	
<ul style="list-style-type: none"> - Edinburgh postnatal depression scale (EPDS); (Cox i sur. 1987) - Pregnancy related anxiety questionnaire – revised (Sikkema i sur. 2001) - Pregnancy related anxiety questionnaire – short (Huizink i sur. 2004) - Pregnancy related anxiety questionnaire-R2 (Huizink i sur. 2016) 	
Uobičajene skale doživljenoga stresa ili psihopatologije u trudnice ili roditelja u prenatalnom razdoblju (za reference se mogu vidjeti drugi pripadajući udžbenici)	
<ul style="list-style-type: none"> - Perceived stress scale (PSS) - Beck anxiety inventory (BAI) - Beck depression inventory (BDI) - Brief symptom inventory (BSI) - Center of epidemiologic studies depression scale (CES-D) - Crown- Crisp Index - Hamilton depression scale - Patient Health Questionnaire-9 - Primary Care Evaluation of Mental Disorders - State and trait anxiety inventory (STAI) 	
Uobičajeni polustrukturirani ili strukturirani intervjui u trudnice ili roditelja u prenatalnom razdoblju (za reference se mogu vidjeti drugi pripadajući udžbenici)	
<ul style="list-style-type: none"> - SADS-Lifetime version 	

pridavano psihičkim problemima djece, a u roditelja koji imaju somatske smetnje (npr. dijabetes, karcinom, multipla skleroza i AIDS u roditelja itd.) (Stein i Harold 2015). Ovo je područje i dalje otvoreno za nove kliničke spoznaje i znanstvena istraživanja.

32.8. Strukturirani intervjui i liste

U **perinatalnoj dobi** kao dodatak kliničkom intervjuu, anamnezi, opservaciji i psihičkom statusu mogu se primjenjivati strukturirani ili polustrukturirani intervjui i liste, međutim, oni sami po sebi ne mogu biti odlučujući za donošenje dijagnoze. Načelno, ovdje je korisno razlikovati prenatalnu od postnatalne psihološke i psihijatrijske dijagnostike. **Postnatalna dijagnostika** opisana je u poglavlju o dijagnostici i terapiji u dojenačkoj dobi (v. poglavlja 16 i 17 o anamnezi i

dijagnostici u dojenačkoj dobi i poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi) pa se ovdje neće pobliže elaborirati. Tamo su detaljno opisani najčešći testovi koji se primjenjuju u majke, djeteta, kao i mjerenje interakcije između majke i djeteta, odnosno čimbenik roditeljstva.

Kod **prenatalne dijagnostike**, što se tiče psiholoških i psihijatrijskih testova, primjenjujemo testove ili intervjuje za mjerenje psihičkog stanja trudnice, kao i eventualnih poremećaja (npr. anksiozne ili depresivne smetnje), ali i općenito stajalište prema roditeljstvu, koje može imati elemente odnosa trudnica – fetus (v. tabl. 32.4.).

Druge su skale prikazane u pojedinim referencama (Brunton i sur. 2015). Posebno su zanimljive skale za mjerenje anksioznosti ili depresije (Cox i sur. 1987; Huizink i sur. 2004; Huizink i sur. 2016; Sikkema i sur.

2001). Zanimljivo je u ovom području da se često i postnatalno i prenatalno primjenjuje EPDS (Edinburška postnatalna depresivna skala; mjeri depresivne simptome kod trudnica, roditelja i majki u prvih nekoliko mjeseci po porodu; Cox i sur. 1987), koja se, dakle, može rabiti i prenatalno, premda u nazivu stoji da je riječ o postnatalnoj skali. Nadalje, ovdje nam mogu biti posebno korisni testovi koji su upućeni na doživljeni stres (PSS), kao i drugi uobičajeni testovi koji se mjere u odraslih osoba.

I konačno, posebno mjesto među prenatalnim testovima imaju testovi za mjerenje privrženosti majka – fetus (Condon's Maternal antenatal attachment scale; Cranley's maternal-fetal attachment scale) (Condon 1993; Cranley 1981), mjerenje roditeljskih reprezentacija – dvije skale (Ammaniti i sur. 2013; Zeanah i sur. 1996), te reflektivne funkcije majke (Slade i sur. 2004).

Glede postnatalne psihološke i psihijatrijske dijagnostike vidjeti posebno poglavlje 17 o novorođenačkoj i dojenačkoj dobi, pa se ovdje u tekstu one neće posebno elaborirati (posebno v. [tabl. 17.3.](#); [17.4.](#); [17.5.](#)).

32.9. Multidisciplinarna dijagnostika, dijagnostički proces, klasifikacije i planiranje liječenja

Dugo je već u praksi poznato da nam se obraćaju djeca, međutim, da tijekom dijagnostičkog procesa opserviramo ili dobijemo podatak da roditelj ima psihičke poteškoće. Riječ je o delikatnoj situaciji jer se često roditelji osjećaju posramljeno kao roditelji ili su u strahu hoće li se njihove poteškoće dalje prenositi na njihovu djecu, ili pak u društvu mogu postojati stigma i socijalno isključivanje. Katkada je teško motivirati roditelje da se odluče na svoje liječenje, pa to u nekom obliku savjetovanja može raditi i dječji psihijatar.

Namjera je ovog poglavlja da se pokušaju sintetizirati saznanja o perinatalnim psihičkim poremećajima roditelja, ali s važnim osvrtom i na aktualnu interakciju ili dijadu majka – fetus/dijete, a pokatkad su potrebne i mjere liječenja samoga djeteta. U tom su smislu važni opći probir (skrining), razrađene dijagnostičke mjere, preventivne aktivnosti, kao i povećanje osjetljivosti cijelog društva, ali i razvijenije terapijske mogućnosti. Naime, u praksi se čini da se veća pažnja poklanja liječenju trudnice ili majke od depresije, a manje se uzima u obzir pitanje što se događa s djetetom, odnosno kakva je interakcija između takvog roditelja i djeteta. Primjerice, ako psihijatar za odrasle prati ženu u peri-

natalnom razdoblju, bilo bi vrlo uputno da se dalje informira o tome kako se razvija dijete, odnosno kakva je interakcija između djeteta i majke. U Hrvatskoj, koliko je poznato ovom autoru, uopće ne postoje jedinice za perinatalno mentalno zdravlje, a nema ni mogućnosti za zajedničko psihijatrijsko liječenje majke i djeteta pri stacionarnom liječenju, što bi bili dobri organizacijski iskoraci u neposrednoj budućnosti. U rijetkim i ozbiljnim slučajevima izrazitog poremećaja roditelja, kada se procijeni mogućnost zanemarivanja ili zlostavljanja djeteta, ili neposredne opasnosti za sigurnost, bit će potrebne hitne krizne mjere radi zaštite djeteta i toga istog roditelja. Nadalje, u svijetu postoje nerijetka iskustva da se zapravo djeca bave svojim oboljelim roditeljima (bilo psihički bilo somatski oboljelima) i skrbe se za njih (Stein i Harold 2015), što također treba uzeti u obzir.

Ovo je **multidisciplinarno područje** i uključuje mnoge struke: ginekologe-opstetričare, liječnike opće prakse, neonatologe, pedijatre, psihijatre za odrasle, dječje psihijatre, psihologe, socijalne radnike itd. (Hodgkinson i sur. 2014). Često će se primjenjivati različite metode liječenja, uključujući i posjete kod kuće. Pojedini autori zagovaraju različite metode koje se mogu provoditi prenatalno, kao i postnatalno (Hodgkinson i sur. 2014). Samo se zajedničkim naporima može doći do bolje skrbi u ovom razdoblju.

32.10. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Ako bilo koja stručna osoba ima saznanja o tome da se trudnica koristi alkoholom (ili nekim sredstvima ovisnosti, uključujući marihuanu), potrebno je hitno reagirati i poraditi na motivacijskom razgovoru da to više ne čini. Dodatno je potrebno omogućiti potporu trudnici u bilo kojem aspektu (biološkom, psihološkom, socijalnom).
- ✓ Ako bilo koja stručna osoba ima saznanja o tome da trudnica puši u trudnoći (uporaba nikotina), potrebno je poraditi na motivacijskom razgovoru da trudnica više to ne čini. Ovdje se dodatno mogu primjenjivati različite terapijske intervencije.
- ✓ Ako roditelj ima neki psihički poremećaj, to ne mora jednostavno značiti da će se taj poremećaj pojaviti i u djece. Pri transgeneracijskom prijenosu poremećaja s roditelja na djecu

sudjeluju mnogi složeni čimbenici, koji djeluju zajednički. U tom je smislu potrebno uzeti u obzir i zaštitne čimbenike, kao što to može biti opća dobra obiteljska situacija u kojoj se nalaze majka i dijete.

- ✓ Ne treba se ustručavati javiti stručnim osobama (psiholozima, psihijatrima) ako trudnice i majke imaju dileme i vlastite strahove o trudnoći i porođaju.
- ✓ Ako roditelji imaju neke psihičke smetnje ili su ih imali u djetinjstvu, a sada ih opet imaju tijekom trudnoće ili nakon porođaja, ne treba se ustručavati javiti stručnoj osobi.
- ✓ U perinatalnom razdoblju važno je pratiti eventualni psihički poremećaj trudnice ili majke, no istodobno se preporučuje uzeti u promatranje i fetusa/dojenčeta, odnosno važna je interakcija između trudnice i fetusa, odnosno između majke i dojenčeta.
- ✓ Ne treba zanemariti ni psihičke poremećaje očeva u perinatalnom razdoblju.

32.11. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kako možemo definirati perinatalno mentalno zdravlje ili perinatalnu psihijatriju?

ODGOVOR: U pojedinim razvijenijim zemljama, kao što je Engleska, postoji posebna supspecijalizacija psihijatrije koja se specijalizira za perinatalnu dob, odnosno postoje razvijeni odjeli koji se posebno multidisciplinarno bave perinatalnom problematikom. Perinatalno mentalno zdravlje ili perinatalna psihijatrija bavi se mentalnim zdravljem i psihičkim poremećajima u perinatalnom razdoblju, a ono je definirano trudnoćom (prenatalna dob), kao i razdobljem nakon porođaja (postnatalna dob do prve godine nakon porođaja), međutim, fokus je također i na fetusu i dojenčetu, odnosno na interakciji trudnica – fetus i majka – dojenče.

■ PITANJE: Koje su zapreke u liječenju kod perinatalnog problema mentalnoga zdravlja?

ODGOVOR: Zapreke su mnoge i različite. Ovdje veliku ulogu imaju sram od psihičke bolesti, različiti strahovi o sebi te o mogućem prijenosu psihičkog poremećaja na vlastitu djecu, stigma od društva, odnosno socijalna isključenost, nedostatna organiziranost

medicinskog sustava za rješavanje ove problematike, nedostatan probir (skrining) ovakvih poremećaja, nezainteresiranost cijeloga društva za probleme perinatalnoga mentalnoga zdravlja itd.

■ PITANJE: Kakav je pristup pri stacionarnom psihijatrijskom liječenju trudnice?

ODGOVOR: Ovo nije novo pitanje u psihijatrijskoj tradiciji. Uvijek se u odrasloj psihijatriji interes pacijentov poštovao. U međuvremenu su se neki kolege odrasli psihijatri posebno počeli baviti ovim osjetljivim slučajevima, naime, kada je trudnica primljena na stacionarno psihijatrijsko liječenje. Svakako je potrebno imati dodatnu osjetljivost cijelog osoblja na probleme trudnica. Posebna se dodatna briga mora posvetiti stanjima fetusa, odnosno opservirati interakciju između trudnice i fetusa, ako je to moguće.

■ PITANJE: Kakav je pristup psihijatrijskog liječenja u adolescentnih trudnica?

ODGOVOR: Ovo je posebno osjetljivo pitanje. Načelno, ako je potrebno, preferiraju se psihijatrijska liječenja ambulantnim putem ili u dnevnoj bolnici. Načelno se preferiraju psihoterapijske metode liječenja, koje u fokusu imaju trudnoćinu dobrobit, ali istodobno postoji i dobrobit za fetus. Nije rijetkost u praksi da su adolescentne trudnice smještene u zaštitni smještaj (npr. Caritasov dom), gdje se provodi pozitivan nadzor nad trudnoćom, kao i nad kasnijim suočavanjem s majčinstvom. Prema saznanju ovog autora, malokad se u adolescentnih trudnica primjenjuje stacionarno psihijatrijsko liječenje.

■ PITANJE: Kakav je pristup psihijatrijskog liječenja u postnatalnom razdoblju, npr. u adolescentnih majki?

ODGOVOR: Adolescentne majke zahtijevaju također dodatnu pozornost i brigu cijele zajednice, odnosno potrebno je ulagati napore da se ojačava njihovo roditeljstvo, uz istodobnu brigu za dojenče, kao i za potporu interakcije majka – dojenče. Načelno se preferiraju psihoterapijske intervencije. Fokus intervencija može varirati od toga da su usmjerene prema majci, prema djetetu, odnosno prema interakciji majka – dijete, međutim, nije nikako opravdano samo liječiti majku, a bez istodobnog liječenja i odnosa koji majka ima s djetetom. Dakle, u ovom se slučaju primjenjuje terapija para majka – dijete, koju provode educirani psihoterapeuti.

■ **PITANJE:** Što ako bilo koji stručnjak sazna da se trudnica i dalje koristi alkoholom ili drugim sredstvima ovisnosti: marihuanom, heroinom?

ODGOVOR: Potrebno je poduzeti sve mjere da ova- kva trudnoće bude pod kontrolom, te da se motivacij- ski poradi na razgovoru s trudnicom kako bi se posti- gla apstinencija od sredstava ovisnosti.

■ **PITANJE:** Što ako bilo koji stručnjak sazna da trudnica puši u trudnoći?

ODGOVOR: Ovo je delikatno pitanje. Je li pojačano pušenje u trudnoći zapravo pokazatelj veće depresije u trudnice? Načelno, treba motivacijski porazgovarati s trudnicom te joj objasniti moguće nepovoljne učinke pušenja na fetus. Međutim, bez obzira na prije nave- deno, u literaturi postoji niz izvještaja o pušenju trudnica.

■ **PITANJE:** Zašto je intrigantna dijagnoza alkohol- noga fetalnog spektra poremećaja?

ODGOVOR: Dijagnoza o štetnom utjecaju alkohola na fetus u medicinskoj tradiciji nije nova, naime o tome je pisano još sedamdesetih godina prošlog sto- ljeća, međutim, tek su se u posljednje vrijeme iskrista- lizirali različiti sindromi, koji su šire ili uže shvaćeni. Najšire shvaćen jest termin **alkoholni fetalni spektar poremećaja**, ali ga zasada ne treba shvatiti kao klinički entitet. Uže definirani termin jest fetalni alkoholni sindrom (**FAS**). U svjetlu najnovijih psihijatrijskih klasifi- kacija, DSM-5 klasifikacija iz godine 2013. uloženi je dodatni napor da se donesu kriteriji za novu dijagnozu: **neurobiheviornalni poremećaj povezan s prenatal- nom izloženosti alkoholom (NP-PIA)**. Zanimljiva je korelacija između FAS-a i NP-PIA, jer ona može postojati, ali i ne mora. Prema autoru ovog poglavlja, ovdje je riječ o važnoj dijagnozi koja započinje u fetalnom razdoblju, a može se preventivno utjecati na umanjene težine kliničke slike i prevalencije potpunom apstinen- cijom trudnica od alkohola, odnosno smanjenom koli- činom alkohola.

32.12. Pitanja

- 1 Navedite definiciju perinatalnoga mentalnog zdravlja ili perinatalne psihijatrije.
- 2 Navedite razdoblja perinatalnoga mentalnog zdravlja te osnovne psihijatrijske koncepte povezane s njima.

- 3 Navedite različite fokuse psiholoških i psihijatrijskih intervencija u perinatalnom razdoblju.
- 4 Navedite što znači interakcija između trudnice i fetusa, odnosno majke i djeteta u perinatalnom razdoblju.
- 5 Navedite osnovne principe psihološkog i psihijatrijskog liječenja u perinatalnom razdoblju.
- 6 Navedite osnovne pojmove o alkoholnom fetalnom spektru poremećaja.
- 7 Navedite koji se sve psihološki i psihijatrijski testovi mogu primjenjivati u prenatalnom razdoblju.

32.13. LITERATURA

1. Allister L, Lester BM, Carr S i sur. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Develop Neuropsychol* 2001;20:639-651.
2. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
3. Ammaniti M, Tambelli R, Odorisio F. Exploration of maternal representation during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal* 2013; 34:1-10.
4. Ammaniti M, Trentini C. How new knowledge about parenting reveals the neurobiological implications of intersubjectivity: a conceptual synthesis of recent research. *HPSD* 2009;19:537-555.
5. Bergman AJ, Walker E. The relationship between cognitive functions and behavioral deviance in children at risk for psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995;36:265-278.
6. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S i sur. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016;191:62-77.
7. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A i sur. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord* 2015; 176:24-34.
8. Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Br J Med Psychol* 1993;66:167-83.
9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
10. Cranley M. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research* 1981;30:281-284.
11. Dieter JN, Field T, Hernandez-Reif M i sur. Maternal depression and increased fetal activity. *J Obstet Gynaecol* 2001;21:468-473.

12. Emory EK, Dieter JN. Maternal depression and psychotropic medication effects on the human fetus. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1094:287-291.
13. Engle JM, McElwain NL. Parental depressive symptoms and marital intimacy at 4,5 years: joint contributions to mother-child and father-child interaction a 6,5 years. *Developmental psychology* 2013;49:2225-2235.
14. Field T, Diego M, Dieter J *i sur.* Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Inf Behav Develop* 2004; 27:216-229.
15. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience* 2017;342:154-166.
16. Gentile S, Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Research* 2017;252: 325-332.
17. Glasheen C, Richardson GA, Fabio A. A systemic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental health* 2010;13:61-74.
18. Glover V. Annual research review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: and evolutionary perspective. *Journal of child Psychology and Psychiatry* 2011;52: 356-367.
19. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C *i sur.* Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics* 2014 Jan;133(1):114-22.
20. Hoffman C, Dunn DM, Njoroge WFM. Impact of Postpartum Mental Illness Upon Infant Development. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19(12):100.
21. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG *i sur.* Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev* 2004;79:81-91.
22. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(1):125-32.
23. Humphreys J, Obeney-Williams J, Cheung RW *i sur.* Perinatal psychiatry: a new specialty or everyone's business? *BJPsych Advances* 2016;22:363-372.
24. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN *i sur.* Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* 1973;1(7815):1267-1271.
25. Klamon SL, Isaacs K, Leopold A *i sur.* Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. *J Addict Med* 2017;11: 178-190.
26. Knight M, Tuffnell D, Kenyon Si *sur.* Saving Lives, Improving Mothers' Care: Surveillance of Maternal Deaths in the UK 2011-13 and Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13. National Perinatal Epidemiology Unit. University of Oxford; 2015.
27. Lundy L, Jones NA, Field T *i sur.* Prenatal depression effects on neonates. *Inf Behav Develop* 1999;22:119-129.
28. Micali N, Stahl D, Treasure J, Simonoff E. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. *Journal of child Psychology and Psychiatry* 2014;55:124-134.
29. Mihaljević-Peš A. Poremećaji raspoloženja u žena. U: Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015, str. 177-182.
30. Miura PO, Tardivo LSPC, Barrientos DMS. Helplessness experienced by adolescent mothers and pregnant adolescents sheltered in institutions. *Cien Saude Colet* 2018; 23(5):1601-1610.
31. Newman L, Judd F, Olsson CA *i sur.* Early origins of mental disorder- risk factors in the perinatal and infant period. *BMC Psychiatry* 2016;16:270.
32. Non AL, Binder AM, Kubzansky LD *i sur.* Genome-wide DNA methylation in neonates exposed to maternal depression, anxiety, or SSRI medication during pregnancy. *Epigenetics* 2014; 9:1-9.
33. Patel P, Wheatcroft R, Park RJ *i sur.* The children of mothers with eating disorders. *Clinical child and family psychology review* 2002;5:1-19.
34. Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C *i sur.* Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Hum Dev* 2014;90Suppl 2:45-6.
35. *Reproductive mental health Canada.* 2014. Dostupno na: <https://reproductivementalhealth.ca/resources/best-practice-guidelines-mental-health-perinatal-period>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
36. Sancho-Rossignol A, Schilliger Z, Cordero MI *i sur.* The Association of Maternal Exposure to Domestic Violence During Childhood With Prenatal Attachment, Maternal-Fetal Heart Rate, and Infant Behavioral Regulation. *Front Psychiatry* 2018;9:358.
37. Sikkema JM, Robles de Medina PG, Schaad RR. Salivary cortisol levels and anxiety are not increased in women destined to develop preeclampsia. *J Psychosom Res* 2001; 50:45-49.
38. Slade A, Patterson M, Miller M. Pregnancy interview RF scoring manual. Unpublished manuscript. New Haven, CT: Yale Child study center; 2004.
39. Slade A, Sadler LS. Pregnancy and infant mental health. U: Zeanah CH jr, ur. Handbook of infant mental health. 4. izd. New York: The Guilford Press; 2019, str. 25-40.
40. Sproeber N, Kölch M. Psychische Störungen post partum. U: Fegert JM, Kölch M, ur. Klinikmanual Kinder-und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie. 2. izd. Berlin: Springer; 2013, str. 426-434.
41. Stein A, Harold G. Impact of parental psychiatric disorder and physical illness. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF *i sur*, ur. Rutter's child and adolescent psychiatry. 6. izd. Chichester: Wiley & Sons; 2015, str. 352-363.
42. Stein A, Craske MG, Lehtonen A *i sur.* Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal Psychology* 2012;121:795-809.
43. Stein A, Pearson RM, Goodman S *i sur.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384:1800-19.
44. Stein A, Woolley H, Cooper S *i sur.* Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders. A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry* 2006;189:324-329.
45. Williams JE, Smith VC. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2015;136(5):1395-406.
46. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL *i sur.* Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 1988 Feb;18(1):141-53.
47. Zeanah CH, Benoit D, Barton ML *i sur.* Working models of the child interview coding manual. Unpublished manuscript. New Orleans, LA: Tulane University; 1996.

Poremećaji u dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“, te u predškolskoj dobi

Ivan Begovac

SADRŽAJ

33.1. Uvod	457
33.2. Regulacijski poremećaji	457
33.2.1. Uvod, epidemiologija, klasifikacija	457
33.2.2. Klinička slika pojedinih poremećaja	460
33.2.2.1. Pretjerano (ekscesivno) plakanje dojenčadi (F98.8 ili F98.9)	460
33.2.2.2. Poremećaji spavanja dojenčadi (F 98.8 ili F98.9) (engl. <i>sleep disorder in infancy</i>)	461
33.2.2.3. Poremećaj hranjenja, jedenja i rasta dojenčeta (F98.2)	461
33.2.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza regulacijskih poremećaja	462
33.2.4. Etiopatogeneza	463
33.2.4.1. Uvodni aspekti	463
33.2.4.2. Psihodinamski aspekti	463
33.2.5. Terapija	463
33.3. Ostali poremećaji u dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“, te u predškolskoj dobi	464
33.3.1. <i>Pica</i> (F98.3)	464
33.3.2. Ruminacija (F98.2)	464
33.3.3. Drugi funkcionalni poremećaji GI trakta	464
33.3.3.1. Infantilno povraćanje	464
33.3.3.2. Ciklično povraćanje	465
33.3.3.3. Dojenačka dishezija	465
33.3.3.4. Funkcionalna dijareja (iritabilni kolon djeteta)	465
33.3.3.5. Funkcionalna opstipacija i zadržavanje stolice	465
33.3.3.6. Sindrom odbijanja defekacije na zahodu (engl. <i>stool toileting refusal</i>)	465
33.3.4. Opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj (F91.3)	466
33.3.5. Respiratorni afektivni napadaji (engl. <i>breath holding spells</i>)	466
33.4. Primjer iz kliničke prakse	467
33.5. Upute za roditelje/nastavnike	468
33.6. Često postavljena pitanja	468
33.7. Pitanja	469
33.8. Literatura	469

33.1. Uvod

Prema američkim i njemačkim autorima, za označavanje djetetove dobi služimo se sljedećom terminologijom: **novorođenačka dob** odnosi se na prva četiri tjedna života, **dojenačka dob** (engl. *infancy*) na prvu godinu života (do 12 ili 18 mjeseci), **dob „trčkarala“** (engl. *toddlerhood*) traje od početka 2. godine do 3 godine i 11 mjeseci, te **predškolska dob** (engl. *preschool period*) od početka 4. godine do 5 godina i 11 mjeseci (Von Gontard i sur. 2009). Vidjeti [tablicu 9.1.](#) (v. posebna poglavlja 4, 5, 6, 7, 8, 9, o razvoju djeteta).

Korisno je prije čitanja ovog poglavlja pročitati poglavlja o anamnezi i procjeni u dojenačkoj dobi (v. posebna poglavlja 16, 17). U [tablici 33.1.](#) prikazane su osnovna obilježja poremećaja opisanih u ovom poglavlju.

Riječ je o heterogenoj skupini psihičkih poremećaja koji se pojavljuju kod djece u dobi do otprilike 5 godina i 11 mjeseci. S obzirom na to da ih je teško klasifikacijski podijeliti, poglavlju je dan naziv prema dobi u kojoj se pojavljuju. **Regulacijski poremećaji** obuhvaćaju pretjerano (ekscesivno) plakanje, poremećaj spavanja i poremećaj jedenja u dojenčeta, a mogu se pojaviti pojedinačno ili u komorbiditetu. U ovom se poglavlju opisuju zajedno te im je posvećena posebna pažnja jer se navedene smjernice mogu primijeniti i kod ostalih poremećaja. Nadalje, kao zasebni poremećaji hranjenja i jedenja opisani su pica i ruminacijski poremećaj, a opisuju se i funkcionalni poremećaji gastrointestinalnog trakta (infantilno povraćanje, ciklično povraćanje, dojenačka dishezija, funkcionalna dijareja, funkcionalna opstipacija i zadržavanje stolice te sindrom odbijanja defekacije na zahodu), opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje te respiratorni afektivni napadaji. Prema DSM-5 klasifikaciji, poremećaji hranjenja (engl. *feeding*) i jedenja (engl. *eating*) nisu više ograničeni na dojenačku dob, nego se mogu pojaviti i u adolescentnoj, odnosno odrasloj dobi te se ubrajaju u skupinu poremećaja hranjenja i jedenja.

Navedeni poremećaji imaju slična obilježja s poremećajima opisanim u zasebnim poglavljima, kao što su poremećaji hranjenja i jedenja, somatizacijski poremećaji, poremećaji eliminacije (enureza, enkopreza), poremećaji spavanja, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji privrženosti te poremećaj ponašanja. Minimalna dob potrebna za postavljanje njihove dijagnoze prikazana je u [tablici 33.2.](#)

U zasebnim su poglavljima opisane i motoričke stereotipije te tzv. habitualni poremećaji (sisanje prsta,

vrtnje glavom i tijelom, pretjerane /ekscesivne/ genitalne manipulacije).

Dijagnostika klasifikacije *Zero to Five* detaljno opisuje poremećaje do pete godine u djeteta, te ih klasificira prema više osi (kliničkom poremećaju, relacijskom kontekstu, somatskim stanjima, psihosocijalnim stresorima te razvojnim kompetencijama) (DC:0-5tm 2016). Poremećaj interakcije potrebno je uzeti u obzir kod svih poremećaja (druga os) (DC:0-5tm 2016).

Njemački autori preporučuju kojim se klasifikacijskim sustavima koristiti u kliničkoj praksi. U pravilu, zagovaraju primjenu terapije tek nakon postavljanja dijagnoze i/ili u slučaju postojanja poremećaja interakcije, a prednost se daje nefarmakološkim oblicima liječenja. Kod supkliničkih formi (dijagnostički kriteriji nisu potpuno zadovoljeni) preporučuju savjetovanje, a kod supkliničke forme PTSP-a i primjenu terapije (Von Gontard i sur. 2009). Sažeti pregled osnovnih principa liječenja prikazan je u [tablici 33.3.](#)

33.2. Regulacijski poremećaji

33.2.1. Uvod, epidemiologija, klasifikacija

Termin **regulacijski poremećaji** u literaturi se različito upotrebljava, međutim, ovdje ćemo ga, radi edukativnosti, rabiti u jednostavnijem obliku. U dojenačkoj dobi tjelesni simptomi često su izraz intrapsihičke napetosti pa pretjerano (ekscesivno) plakanje, smetnje spavanja i jedenja možemo smatrati funkcionalnim poremećajima i nazivati ih poremećajima regulacije. S obzirom na to da su u ovoj dobi razvojne promjene značajne i nagle, uz postojanje individualnih varijacija, potrebno je promatrati interakciju djeteta – skrbnik (Fuhrmann i sur. 2008; Windaus 2009). Regulacijski poremećaji u dojenačkoj dobi najčešće su prolazni razvojni fenomeni čija prisutnost ne nagovješćuje nužno probleme u odrasloj dobi (Lempp 2014; Stern, 1998; Windaus, 2009; Ziegenhain i sur., 2012). Mogu se pojaviti pojedinačno ili u kombinaciji, a za postavljanje dijagnoze nužno je trajanje od najmanje mjesec dana (Brunner i sur. 2012; Lempp 2014). Ako postoje kombinirane smetnje (plakanje, odbijanje jedenja, nespavanje), uz disfunkcionalne obiteljske odnose, veća je vjerojatnost pojave eksternalizirajućih ili internalizirajućih problema u kasnijoj dobi (Hemmi i sur. 2011). Izraženija simptomatologija i kroničan tijek regulacijskih poremećaja govore o ozbiljnijem problemu i o potrebi za dugotrajnijom terapijom. Ovakvi se poremećaji često previde ili se ne postavi točna dijagnoza,

Tablica 33.1.

Osnovna obilježja poremećaja koji se pojavljuju u dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“, te u predškolskoj dobi.

Modificirano prema Lempp 2014; Von Gontard i sur. 2009; Windaus 2009.

Naziv skupine poremećaja	Naziv poremećaja	Minimalna dob početka	Dominantna klinička slika	Posebnosti	Terapija
Regulacijski poremećaji (nakon 3. godine ne može se postaviti ova dijagnoza)	pretjerano (ekscesivno) plakanje	2 tjedna	plakanje je prisutno tri sata u danu, tri dana u tjednu, ukupno tri tjedna (Wesselovo pravilo)	u slučaju postojanja modrica potrebno je razmotriti mogućnost tjelesnoga zlostavljanja	bihevioralne intervencije, relaksirajući postupci, integrirajući i psihodinamski postupci
	poremećaj spavanja	6 ili 12 mjeseci	dijete nije naučilo samo usnuti ili prospavati noć	treba razlikovati smetnje usnivanja i smetnje prosnivanja	
	poremećaj jedenja ili izbjegavajuće/restriktivni poremećaj unosa hrane	4 tjedna	odbijanje jedenja, nema poremećaja sheme tijela	prema DSM-5, ovaj poremećaj može postojati i u odrasloj dobi	
Ostali poremećaji hranjenja i jedenja	pica	2 godine	jedenje nejestivih supstancija	prema DSM-5, ovaj poremećaj može postojati i u odrasloj dobi	primarno liječenje intelektualnih teškoća ili deprivacije ako postoje, te ostale mjere kao kod regulacijskih poremećaja
	ruminacijski poremećaj	3 mjeseca	regurgitacija probavljene hrane i ponovno žvakanje	prema DSM-5, ovaj poremećaj može postojati i u odrasloj dobi	kao kod pice
Funkcionalni poremećaji GI trakta	infantilno i ciklično povraćanje	dojenačka dob	stalno funkcionalno povraćanje	etiopatogeneza slična poremećaju hranjenja u dojenčadi	kao kod regulacijskih poremećaja
	dojenačka dishezija	dojenačka dob	plakanje tijekom defekacije	/	kao kod regulacijskih poremećaja
	funkcionalna dijareja	rana predškolska dob	stalni proljevi (iritabilni kolon maloga djeteta)	povezanost sa stresom	kao kod regulacijskih ili somatizacijskih poremećaja
	funkcionalna opstipacija i zadržavanje stolice	rana predškolska dob	opstipacija	mogućnost progresije u enkoprezu	kao kod regulacijskih ili somatizacijskih poremećaja ili enkopreze
	sindrom odbijanja defekacije na zahodu	18 mjeseci	dijete ne želi defecirati na zahodu	povezanost s drugim poremećajima	kao kod funkcionalne opstipacije
/	respiratorni afektivni napadaji	6 mjeseci	cijanotične i/ili acijanotične respiratorne apneje	povezanost s manjkom željeza i sa stresom	kao kod regulacijskih poremećaja
/	opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj malog djeteta	3 godine	prkosno, ljutito i opozicionalno ponašanje	nepovoljna interakcija s roditeljima, težak temperament	trening roditeljskih vještina, bihevioralne intervencije, integrirajući i psihodinamski postupci

Tablica 33.2.**Minimalna dob dijagnosticiranja pojedinih poremećaja u djece.**

Modificirano prema APA 2013; DC:0-5tm 2016; Von Gontard i sur. 2009; WHO 1993.

Pojedini poremećaji	Minimalna dob dijagnosticiranja
regulacijski poremećaji	- poremećaj jedenja – 4 tjedna - pretjerano (ekscisivno) plakanje – 2 tjedna - poremećaj spavanja – između 6 i 12 mjeseci
ostali poremećaji hranjenja i jedenja	- ruminacija – 3 mjeseca - pica – 2 godine
funkcionalni poremećaji GI trakta	- dojenačka i rana predškolska dob (v. za detalje posebnu tablicu)
respiratorni afektivni napadaji	6 mjeseci
opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj malog djeteta	3 godine
motoričke stereotipije i automutilacije te drugi dobnog tipični poremećaji ponašanja male djece: vrtnje glavom i tijelom, sisanje prsta, pretjerane (ekscisivne) genitalne manipulacije	dojenačka dob, rana predškolska dob
enureza	5 godina
enkopreza	4 godine
depresija	2 godine
anksiozni poremećaji (općenito)	1,5 godina
socijalna fobija	2 godine
generalizirani anksiozni poremećaj	3 godine
poremećaji prilagodbe	1,5 godina
PTSP	između 12 i 18 mjeseci (terapija i kod supkliničkih oblika)
poremećaji privrženosti	između 9 i 12 mjeseci
hiperkinetski sindrom i ADHD	3 godine
poremećaj prekomjerne aktivnosti u ranoj predškolskoj dobi	između 2. i 3. godine
opće razvojno kašnjenje	6 mjeseci
razvojni poremećaj jezika i govora	2 godine
poremećaj ponašanja i opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj	3 godine
autizam	18 mjeseci
rani atipični poremećaj iz autističnoga spektra	između 9 i 36 mjeseca
tikovi	18 mjeseci
elektivni mutizam	4 godine (predškolska dob)
OKP	3 godine (predškolska dob)
somatizacijski poremećaji	4 godine (predškolska dob)
poremećaj prejedanja	2 godine
shizofrenija, disocijativni poremećaji, ovisnosti, anoreksija, bulimija, agorafobija, panični poremećaj i poremećaji ličnosti	ne dijagnosticiraju se u mlađih od 6 godina

Tablica 33.3.**Osnovni principi terapija kod regulacijskih i drugih poremećaja u dojenačkoj te u ranoj i kasnoj predškolskoj dobi.**

Modificirano prema Lempp 2014; Von Gontard i sur. 2009; Windaus 2009.

savjetovanje i psioedukacija roditelja, kognitivne terapije, poboljšanje roditeljskih kompetencija (ne moraju biti zadovoljeni svi kriteriji za poremećaj)

biheavioralne intervencije (npr. vođenje dnevnika, ciljani postupci)

relaksirajuće tehnike

psihodinamske terapije

sistemna terapija

integrirajuće terapije

specifična psihoterapija para majka – dijete

obiteljske terapije

(re)habilitacijske mjere

socijalne mjere

individualne psihoterapije u djeteta većinom nakon 4. godine života

suportivno somatsko liječenje

čime se odgađa odgovarajuće liječenje (Fuhrmann i sur. 2008). U pozadini je najčešće poremećaj interakcije majka – dijete, a treba misliti i na mogućnost zanemarivanja ili zlostavljanja djeteta (Lempp 2014).

Epidemiološki gledano, smatra se da postoji do 35 % dojenčadi u koje se, pojedinačno ili u kombinaciji, pojavljuju pretjerano (ekscesivno) plakanje s kolikama, poremećaj ciklusa spavanje – budnost te poremećaj jedenja (Lempp 2014; Windaus 2009).

U dosadašnjim (DSM-4), kao i u aktualno važećim klasifikacijskim sustavima (MKB-10, DSM-5) tim se poremećajima ne posvećuje dovoljno pažnje (Fuhrmann i sur. 2008). *Zero to five* klasifikacija bolje definira te poremećaje (DC:0-5tm 2016).

33.2.2. Klinička slika pojedinih poremećaja

33.2.2.1. Pretjerano (ekscesivno) plakanje dojenčadi (F98.8 ili F98.9)

Općenito govoreći, plakanje je najizraženije oko drugog mjeseca djetetova života (Von Hofacker 1998).

Dojenče u toj dobi pokušava integrirati različite percepcije te počinje razlikovati osjete koji dolaze iznutra (tjelesne senzacije) od podražaja izvana. Plakanje je pokušaj reguliranja unutarnjih stanja i vanjskih podražaja te ima komunikacijsko značenje koje je potrebno odgonetnuti (Barth 2000). Dijagnozu pretjeranog plakanja moguće je postaviti tek nakon trećeg mjeseca djetetova života (Von Gontard i sur. 2009). Pri tome pomaže Wesselovo pravilo koje označuje da plakanje mora biti prisutno najmanje tri sata na dan tri ili više dana u tjednu te dulje od tri tjedna (Wessel i sur. 1954).

Ovaj se poremećaj pojavljuje u oko 29 % dojenčadi. U samo 11 % povezuje se s abdominalnim kolikama. U dodatnih 11 % može postojati nepodnošenje proteina mlijeka, a kao „okidač“ spominje se i gastroezofagealni refluks. Ako postoje modrice ili slični znakovi, potrebno je misliti i na mogućnost zlostavljanja (v. posebno poglavlje 30 o tjelesnom zlostavljanju). U slučaju pretjeranog plakanja i nakon prve godine života u podlozi je drukčija etiologija jer je tada uspostavljena voljna kontrola nad plakanjem. Oko 57 % dojenčadi s tim poremećajem pokazuje i prolazne neurološke znakove nezrelosti SŽS-a. Psihodinamski gledano, pretjerano se plakanje povezuje sa psihosocijalnim problemima obitelji, psihičkim poremećajima roditelja, nezadovoljavajućim roditeljstvom u smislu lošije regulacije dojenčeta stanja, konfliktima roditeljskog para, te težim stresovima u ranom odnosu roditelj – dijete. Djeca u koje su kolike i nemir prisutni nakon šestog mjeseca života opisuju se kao djeca koju je teško umiriti (DeGangi i sur. 1991). Moguće je da je riječ o pretjeranoj senzoričkoj reaktivnosti na taktilne, slušne, vidne ili vestibularne podražaje.

U djece s regulacijskim poremećajima povećan je rizik od pojave drugih razvojnih problema, kao i problema u interakciji s roditeljima. Na prvom je mjestu potrebno isključiti organska stanja (v. poslije). Čak i ako ne postoje svi elementi za postavljanje dijagnoze pretjeranog plakanja, važno je provesti savjetovanje roditelja (Von Gontard i sur. 2009), a kod postavljene dijagnoze nužna je rana intervencija (Douglas i Hill 2011). Specifične biheavioralne mjere uključuju izbjegavanje pretjeranog umora i stimulacije dojenčeta prije uspavlivanja, zajedničke „mirne trenutke“ tijekom dana, odmor majki od brige za dijete (engl. *time out*) (Kurth i sur. 2011) te relaksirajuće postupke za roditelje. Mogu se primjenjivati i drugi postupci (psihodinamski i integrirani) koji su opisani poslije.

33.2.2.2. **Poremećaji spavanja dojenčadi** (F 98.8 ili F98.9) (engl. *sleep disorder in infancy*)

Njemački autori preporučuju primjenu DSM kriterija s obzirom na njihovu veću jasnoću. U prvoj godini života ciklus spavanje – budnost još je nezreo pa su česta noćna budna stanja, nemiri i napadaji plača. O poremećaju spavanja govorimo ako dojenče nakon šestog mjeseca života nije naučilo samo zaspati, dok pojedini autori kao kriterij uzimaju dob od 12 mjeseci (Von Gontard i sur. 2009). Razlikujemo smetnje usnivanja i smetnje prosnivanja. Ako dijete nauči samo usnuti, i u slučaju noćnog buđenja moći će samo zaspati te neće biti ni smetnji prosnivanja. Kod poremećaja usnivanja djeca trebaju prisutnost roditelja dulje od pola sata te postaju ovisna o njoj, kao i o određenim ritualima. Pri smetnjama prosnivanja djeca se bude tijekom noći više od četiri puta, minimalno četiri dana u tjednu, a razdoblja budnosti dulja su od 20 minuta. Za ponovno uspavlivanje trebaju prisutnost roditelja (Fuhrmann i sur. 2008). Poremećaj spavanja obično se pojavljuje kao nastavak bolesti, hospitalizacije ili boravka u nepoznatoj sredini (Papousek i sur. 2004), a povezuje se s nemogućnošću samosmirivanja, nesigurnim stilom privrženosti, konstitucijskim čimbenicima te doživljenim separacijama (Fuhrmann i sur. 2008; Windaus 2009). Psihodinamski gledano, u pozadini je često nerazriješena separacijska problematika (Barth 2003). S obzirom na nemogućnost opservacije samih navika spavanja (osim u slučaju hospitalizacije djeteta), primjenjuju se dnevnicu spavanja te razgovori s roditeljima o djetetovim teškoćama i mjerama koje poduzimaju kako bi ga umirili i uspavali. Potrebno je isključiti organske čimbenike. Pri sumnji na neurološke poremećaje, epileptičke napadaje ili sindrom apneje u spavanju, potrebno je učiniti EEG i provesti ostalu dijagnostičku obradu. Važno je imati na umu da i otežano disanje, kao npr. kod astmatskog bronhitisa, može uzrokovati teškoće sa spavanjem.

U **terapiji** se primjenjuju savjetovanje te različite bihevioralne tehnike kao što su vođenje dnevnika spavanja, umirujući rituali s dodiranjem prije lijevanja, „prjelazni objekt“ (npr. plišana igračka) sa svrhom umirivanja, opraštanje od djeteta, ostavljanje vrata dječje sobe otvorenima uz lagane zvukove koji dopiru u sobu itd. Tijekom intervencije očekivano je da dijete plače jer protestira zbog promjene naučenog ponašanja te se nastoji domoći roditelja (testiranje granica), a izloženo je i separacijskim strahovima te strahovima od napu-

štanja. Rabi se i **postupna bihevioralna eliminacija (ekstinkcija) uz provjeravanje** (engl. *checking*). Naime, dijete se uvijek u isto vrijeme stavlja na spavanje u krevet u njegovoj sobi te se svakih pet minuta obilazi, ali bez uzimanja u naručje ili dojenja/hranjenja (Papousek i sur. 2004). Važna je usklađenost roditelja, što se na početku teško postiže (Lempp 2014). Dijete mora osjetiti toplinu, brigu, blizinu i sigurnost, a roditelji ne smiju biti ustrašeni te trebaju imati povjerenje da dijete može samo usnuti. Pri smetnjama prosnivanja primjenjuju se slične metode. Mogu se primjenjivati i drugi postupci (psihodinamski i integrirani) koji su poslije opisani.

33.2.2.3. **Poremećaj hranjenja, jedenja i rasta dojenčeta (F98.2)**

U literaturi se taj poremećaj naziva različitim imenima, a njegova je simptomatologija vrlo raznolika. Prije se razlikovalo hranjenje (engl. *feeding*), pri čemu druga osoba hrani dijete, od jedenja (engl. *eating*), kada dijete samostalno jede, međutim, u posljednje vrijeme ova podjela gubi na važnosti i ne smatra se bitnom (DC:0-5tm 2016; Von Gontard i sur. 2009). DSM-5 klasifikacija ubraja ga u poremećaje hranjenja i jedenja, a ne u poremećaje u djetinjstvu, kao što je to bilo u klasifikaciji DSM-4 (Kelly i sur. 2014), što znači da se može pojaviti u bilo kojoj dobi. Dijagnosticira se od 4. tjedna života nadalje. Jasnije je definiran u DSM kriterijima te u *Zero to five* klasifikaciji nego u MKB-10 klasifikaciji (APA 2013; DC:0-5tm 2016; Von Gontard i sur. 2009). DSM-5 ga naziva **izbjegavajuće/restriktivnim poremećajem unosa hrane (IRPUH)** (v. poglavlje 59 o poremećajima hranjenja, a posebno **tabl. 59.1.**) (APA 2013). Kriteriji tog poremećaja, prema DSM-5, jesu (APA 2013): kriterij A. Abnormalno jedenje (*eating*) ili dobivanje hrane (*feeding*), odnosno stalni nedostatak dobivanja nutrijenata/energije (barem jedno): 1. značajni gubitak tjelesne mase; 2. nutritivna deficijencija; 3. ovisnost o enteralnom hranjenju ili oralnim nutritivnim suplementima; 4. oštećenje psihosocijalnog funkcioniranja; kriterij B. Nije zbog nedostatka hrane ili kulturno sankcionirane prakse; kriterij C. Isključuje se anoreksija nervoza ili bulimija nervoza; kriterij D. Nije zbog nekog drugog psihičkog poremećaja. Nema straha od dobivanja na masi ni poremećaja tjelesne sheme, a iz toga nema ni namjernog gladovanja, kao ni prejedanja. Odnosi se na potpuno odbijanje hrane ili visoku izbjirljivost, uz prisutnu adekvatnu osobu skrbnika i odsutnost organskih uzroka. Povre-

meni blaži problemi u jedenju mogući su u svakog djeteta, no ovdje je riječ o poremećaju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Windaus 2009) koji mora zadovoljavati kriterije dugotrajnosti (više od mjesec dana), nedobivanja ili gubitka na tjelesnoj masi tijekom mjesec dana, trajanje obroka dulje od 45 minuta i/ili razmak između obroka kraći od tri sata (Fuhrmann i sur. 2008). Poremećaj može uzrokovati smanjen rast (ispod 3. centile) s dugotrajnim posljedicama za organizam, a može biti povezan i s povraćanjem ili ruminacijom (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Pojedini autori izdvajaju različite podtipove, npr. poremećaj u djece s kašnjenjem u usvajanju vještine jedenja, poremećaj u djece koja ne toleriraju određenu vrstu hrane (npr. krutu hranu) ili koja odbijaju hranu zbog okusa i drugih senzoričkih svojstava te poremećaj u osoba koje uzimaju hranu kako bi se utješile, umirile ili samostimulirale. Govori se i o postojanju generalizirane tjeskobe tijekom jedenja ili pak o fobiji od gutanja (tzv. funkcionalna disfagija) koja taj poremećaj približava somatizacijskim (Bryant-Waugh i sur. 2010). Ako je prisutan nakon šestog mjeseca života, shvaća se u kontekstu procesa separacije i individuacije. U dijagnostičkom i terapijskom radu važno je razmotriti konkretnu situaciju hranjenja, interakciju majka – dijete, kao i majčine fantazije, strahove i očekivanja vezana za hranjenje djeteta (Von Hofacker 1998).

Etiopatogenetski se u obzir uzimaju konstitucijski i okolišni čimbenici, poremećaj interakcije tijekom hranjenja, kao i majčina psihopatologija (npr. majčin poremećaj jedenja) te mogućnost odbijanja hrane zbog prethodnoga traumatskog iskustva. Situacija hranjenja (dojenja) prototip je interakcije majka – dijete, obuhvaćajući međusobne procese introjeksijske, identifikacijske i projekcijske, pri čemu roditelj djetetovo odbijanje hrane može shvatiti kao izravno odbijanje interakcije (Brunner i sur. 2012; Fuhrmann i sur. 2008). Proces hranjenja zrcali emocionalnu kvalitetu interakcije koja uključuje majčine osjećaje, strahove i fantazije. Sporemećajem jedenja povezuje se nesiguran stil privrženosti, a potrebno je razmotriti i mogućnost zanemarivanja ili zlostavljanja. Važno je uzeti detaljnu anamnezu smetnji uz procjenu samoregulatornih sposobnosti dojenčeta (Brunner i sur. 2012), anamnezu hranjenja (vrijeme dojenja, ruminacije, motoričke aktivnosti usta), kao i anamnestičke podatke o hranjenju i jedenju kod majke u djetinjstvu. Mogu se rabiti i videosnimke hranjenja, pri čemu je potrebno procijeniti i interakciju tijekom svakodnevnih aktivnosti i igre. Diferencijalnodijagnostički, važno je isključiti organske poremećaje (stenoza

pilorusa, infekcije gastrointestinalnog trakta, kirurške zahvate u području usta, jednjaka ili želudca) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Windaus 2009).

Njemački autori preporučuju savjetovanje roditelja i kod supkliničkih formi ovog poremećaja (Von Gontard i sur. 2009). U **terapiji** se primjenjuju bihevioralne tehnike usmjerene na jasno definiranje obroka tijekom dana, razdvajanje vremena hranjenja od vremena igranja, umirujuće rituale tijekom hranjenja, izbjegavanje prisile, poticanje samostalnog jedenja te uključivanje drugih osoba (oca, terapeuta itd.) (Fuhrmann i sur. 2008; Papousek i sur. 2004). Mogu se upotrebljavati i drugi postupci (psihodinamski i integrirani) koji su opisani poslije.

33.2.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza regulacijskih poremećaja

U **dijagnostici** je važno poznavanje razvojnih točaka kako bi se procijenilo odstupanje od uobičajenog razvoja (v. poglavlje 4 o razvoju, te pripadajuće tablice, a posebno [tabl. 4.2.](#)). Kao prvo, potrebno je isključiti organske uzorke, za što je nužan pedijatrijski pregled te eventualno dodatna obrada (laboratorijska, radiološka). Također je potrebna razvojna neurološka i psihološka procjena. Po potrebi se mogu uključiti i drugi specijalisti (otorinolaringolog za ispitivanje sluha, logoped itd.) (Fuhrmann i sur. 2008).

U prvom kontaktu intervju može imati više terapijsku nego dijagnostičku ulogu. Provodi se veći broj dijagnostičkih intervjua (do pet), uz uključivanje roditelja, djeteta ili cijele obitelji, a nakon 18. mjeseca života dijete može biti i samo tijekom pregleda (vidjeti posebna poglavlja 16 i 17 o anamnezi i o procjeni u dojenačkoj dobi). U [tablici 16.3.](#) (v. posebno poglavlje 16) opisani su elementi anamneze koje je potrebno razmotriti.

Psihički status temelji se na primjeni smjernica, u [tablici 17.2.](#) (v. posebno poglavlje 17) prikazani su njezini osnovni elementi koji se odnose na razvojne, socijalne i emocionalne funkcije te obrasce ponašanja unutar obitelji te u situaciji intervjua. U psihodinamskom je intervjuu posebno važna opservacija interakcije roditelj – dojenče, uzimajući u obzir prijenosne i protuprijenosne osjećaje. Potrebno je promatrati roditeljsku sposobnost usmjerivanja pažnje na dijete, sposobnost iskazivanja osjećaja te regulaciju emocionalne ekspresije i postavljanje granica. Posebno se može razlikovati procjena dijade od procjene trijadnih relacija (v. poglavlje 17 o procjeni u dojenčadi). Nadalje, korisna je **obiteljska dijagnostika** (v. posebno poglav-

lje 24), a može koristiti i **psihodinamska operacionalizirana dijagnostika** (v. posebno poglavlje 20).

Mogu se primjenjivati različite skale i ljestvice za procjenu roditeljstva, tjeka trudnoće i porođaja, prisutne simptomatologije, psihosocijalnih okolnosti, odnosa para, biografskih podataka roditelja (uključujući i patologiju) te procjenu njihovih primarnih obitelji i želje za roditeljstvom. U ovoj se dobi upotrebljavaju također razvojni testovi, testovi inteligencije, skale adaptabilnog ponašanja, liste psihopatologije, specijalni upitnici za temperament, instrumenti za mjerenje interakcije (Gul i sur. 2016) itd. Vidjeti posebno [tablice 17.3.; 17.4. i 17.5](#) (v. posebno poglavlje 17).

Diferencijalnodijagnostički, važno je razlikovati pojedine poremećaje iz ove skupine, traumatska stanja, poremećaje privrženosti, autizam te druga stanja (v. druga posebna poglavlja 35, 40, 67).

33.2.4. Etiopatogeneza

33.2.4.1. Uvodni aspekti

Velik broj djece s regulacijskim smetnjama pokazuje prirodenu organsku predispoziciju i prolazne neurološke poremećaje koji su odraz nezrelosti SŽS-a. Kognitivno-bihevioralni, psihodinamski i sistemski modeli usmjereni su na rizične čimbenike kao što su određena konstitucija ili temperament djeteta (npr. nemogućnost samosmirivanja), nesigurna privrženost, doživljene separacije, poremećaji interakcije te psihopatologija skrbnika (pogrešno tumačenje djetetovih signala, pogrešna očekivanja, manjak empatije i osjećajnosti) (Lempp 2014; Windaus 2009). Ostali čimbenici koji mogu pridonijeti pojavi regulacijskih poremećaja jesu stres tijekom trudnoće, preturnost, prvorođenost, prirodene tjelesne bolesti, majčina postpartalna depresija, maloljetnost ili samohranost majki, zanemarivanje i zlostavljanje djeteta, psihosocijalne teškoće u obitelji, psihičke smetnje ili traumatska prošlost roditelja, te obiteljski i bračni problemi (Lempp 2014; Windaus 2009; Ziegenhain 2012).

33.2.4.2. Psihodinamski aspekti

Teorija objektnih odnosa govori o dojenčetu kao osjećajnom i kognitivnom biću o čijim fantazijama možemo samo nagađati. Zbog toga je pitanje terapijskog rada i dalje otvoreno. Psihodinamski aspekti usmjereni su na procjenu i poticanje sadržavajuće (*containment*) funkcije roditelja te postupno deziluzioniranje odnosa majka – dijete (roditeljska prilagodba

„realnom“ djetetu s obzirom na „fantazirano“). Ističe se važnost utjecaja roditeljskih fantazija na interakciju s djetetom te povratni utjecaj i interakcije na fantazije. Pokatkad roditeljske nesvjesne fantazije djeluju odbijajuće na dijete te negativno utječu na interakciju s njim (Dornes 1994). Projekcije postaju patološke ako roditelji u dojenčetu pronalaze isključivo svoje dijelove. Time dijete odražava teškoće njihova djetinjstva (projektivna identifikacija) dovodeći do ponavljanja tragedije (tzv. duhovi iz prošlosti ili dječje sobe) (Brazelton i Cramer 1994; Freiberg i sur. 1975). Dakle, naglašava se važnost ponovnog oživljavanja roditeljskog djetinjstva koje se aktivira djetetovim rođenjem.

33.2.5. Terapija

Učinkovitost intervencija radi povećavanja roditeljskih kompetencija jasno je potvrđena, zbog čega se češće primjenjuju programi usmjereni prema roditeljima, a rjeđe prema samoj djeci, odnosno usmjerenje je orijentirano na interakciju skrbnik – dijete. Svrha je ranih intervencija poticanje sigurne privrženosti i roditeljske osjećajnosti, usmjerivanje na djetetove osjećaje te otvaranje novih komunikacijskih kanala. Programi su obično vremenski određeni (jedan do osam termina), a rabi se i videosnimanje (npr. engl. *interaction guidance, promoting positive parenting, child-parent psychotherapy, steps toward effective, enjoyable parenting*, „Minhenski model“, *attachment and biobehavioral catch up* itd.) (Brunner i sur. 2012).

U terapiji se upotrebljavaju različite metode: (razvojno) savjetovanje, psihoedukacija roditelja, terapija para majka – dijete, bihevioralne tehnike (uz videosnimanje), psihodinamske i sistemne metode, terapije usmjerene na roditeljski par ili obitelj, individualne terapije u djece starije od četiri godine te dodatne (re)habilitacijske i socijalne mjere (Fuhrmann i sur. 2008). **Terapijski pristup** ovisi o prezentaciji kliničke slike, odnosno o tome nalazi li se u pozadini poremećaj interakcije skrbnik – dijete ili je riječ o nekompliriranom regulacijskom poremećaju (Brunner i sur. 2012; Lempp 2014).

U bihevioralnom smislu važno je rasteretiti roditelje te uključiti rodbinu jer roditeljska iscrpljenost nosi rizik od zanemarivanja ili zlostavljanja djeteta. Uključivanjem više generacija u liječenje prevenira se transgeneracijski prijenos patologije. U dječjoj sobi potrebno je minimizirati senzoričke podražaje (buka, svjetlo), a tijekom dana jasno strukturirati aktivnosti.

Psihodinamske terapije usmjerene su na mijenjanje roditeljskih reprezentacija povezanih s prošlosti

tzv. duhova iz prošlosti ili duhova iz dječje sobe (*ghosts in the nursery*), s obzirom na konkretnu interakciju majka – dijete (Brazelton i Cramer 1991; Lebovici 1990; Stern 1998). Obično je u psihoterapiju uključeno tri do pet osoba (majka, otac, dijete, terapeut te eventualno koterapeut). Uključivanje oca pomaže triangulizaciji odnosa. Stern (1998) predlaže identifikaciju dominantne teme seanse, poticanje majčine narativne koherencije te postupnu korekciju roditeljskih predodžbi. Pažnja se posebno usmjeruje na povećanje sadržavajućih (*containment*) kapaciteta roditelja s obzirom na to da je uglavnom riječ o preverbalnom razdoblju i učenju kroz igru. U roditelja s izraženijom psihopatologijom (npr. teži afektivni poremećaji, poremećaji ličnosti, psihotični poremećaji, intelektualne teškoće, nedostatak uvida) u obzir dolaze konkretnije upute o roditeljstvu, psihoedukacijske mjere te poticanje empatijskih kapaciteta, pri čemu terapeut služi kao zaštitni, pomoćni ego (Lieberman i Pawl 1993). U ostalih se mogu primjenjivati intervencije putem direktne interpretacije reprezentacija tijekom kratke, psihodinamske psihoterapije (do deset seansi) (Brazelton i Cramer 1991; Lebovici 1990; Stern 1998).

33.3. Ostali poremećaji u dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“, te u predškolskoj dobi

33.3.1. Pica (F98.3)

Pica je poremećaj koji se odnosi na stalno, ponavljano jedenje nejestivih supstancija (npr. pijeska, vapna, lišća, kamenja, kose, fecesa /izmeta/) prisutno najmanje dvaput tjedno tijekom mjesec dana (Mishori i McHale 2014). Često se pojavljuje u komorbiditetu s intelektualnim teškoćama (IT) i/ili poremećajima iz autističnoga spektra. U hospitalizirane djece s IT-om učestalost se kreće i do 25 % (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Stavljanje različitih predmeta u usta do djetetove druge godine života ne označujemo kao poremećaj (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Dakle, za postavljanje dijagnoze dijete mora biti starije od dvije godine, a jedenje nejestivih supstancija ne smije biti kulturološki prihvaćeno. U djece s IT-om pica se može nastaviti i u kasnijoj dobi, dok je u ostalih obično riječ o prolaznom poremećaju nastalom zbog zanemarivanja ili zlostavljanja koji dovode do deprivacije i poremećaja privrženosti (v. posebno poglavlje 35 o poremećajima privrženosti) (Brunner i sur. 2012). Komplikacije mogu biti trovanje olovom (kod ingestije boja), opstrukcija probavnoga trakta (ostatci kose u želudcu) te infekcije

(toksoplazmoza), zbog čega je važno uzeti u obzir okolinu u kojoj dijete živi (npr. blizina odlagališta smeća). Terapija uključuje liječenje IT-a ili sindroma deprivacije ako su prisutni (v. posebna poglavlja 30, 39 o tome) te psihoterapijske mjere (psihodinamske i bihevioralne) opisane prije u ovom poglavlju. U pojedinim slučajevima može biti indicirano i stacionarno liječenje (Brunner i sur. 2012; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Resch i sur. 2012).

33.3.2. Ruminacija (F98.2)

Ruminacija označuje voljnu i ponavljajuću regurgitaciju želučanog sadržaja, uz ponovno žvakanje hrane (Brunner i sur. 2012; Resch i sur. 2012). Potrebno je isključiti organsku podlogu, dok intelektualne teškoće nisu kriterij isključivanja. Dijelovi se hrane ponovno žvaču, nakon čega se ispljunu ili progutaju. Takva aktivnost može služiti autostimulaciji, a djeca je najčešće ponavljaju dok su sama (Steinhausen 2010). Poremećaj je rijedak, češći u dječaka, a obično počinje u dojenčadi dobi, između 3. i 12. mjeseca (APA 2013). Za dijagnostiku je bitno da ruminacija nije praćena mučninom ili nemirom, a između faza ruminacije mogući su simptomi nemira ili osjećaj gladi. Ne pojavljuje se tijekom noći i rijetka je dok su djeca u društvu. U pravilu se povezuje s komplikacijama kao što su dehidracija, karijes i hematemeza. U pozadini je najčešće riječ o senzornoj ili emocionalnoj deprivaciji koja može biti povezana s drugim emocionalnim poremećajima, intelektualnim teškoćama, autizmom te autoerotskom stimulacijom (Brunner i sur. 2012; Lang i sur. 2011; Steinhausen 2010). Majke često imaju neki psihički poremećaj kao na primjer depresiju (Steinhausen 2010). Ruminacija se može pojaviti i u odrasloj dobi (Hejazi i McCallum, 2014; Kessing i sur. 2014). Terapija uključuje psihoterapijske mjere koje se odnose na djecu i roditelje (psihodinamske i bihevioralne), a opisane su prije u ovom poglavlju, uz eventualno stacionarno liječenje (Brunner i sur. 2012; Lang i sur. 2011; Resch i sur. 2012). Tijek bolesti može biti kompliciran kaheksijom i smanjenim rastom, a moguć je i smrtni ishod (Steinhausen 2010).

33.3.3. Drugi funkcionalni poremećaji GI trakta

33.3.3.1. Infantilno povraćanje

Infantilno povraćanje bez odbijanja hranjenja odnosi se na „pasivno“ povraćanje malih količina hrane. Etiopatogeneza je slična etiopatogenezi prije

opisanog poremećaja hranjenja. Preporučuje se davanje manjih količina hrane, uz simptomatsku terapiju. Mogu se primijeniti i ostale intervencije opisane kod regulacijskih poremećaja (Resch i sur. 2012).

33.3.3.2. *Ciklično povraćanje*

Označuje ponavljajuće epizode intenzivne mučnine i povraćanja koje mogu trajati i satima. Postoje određeni somatski i emocionalni „okidači“. Diferencijalno-dijagnostički, detaljnom pedijatrijskom obradom potrebno je isključiti somatske čimbenike. U terapiji se primjenjuju psihoterapijske i obiteljske intervencije ili postupci slični onima opisanim kod regulacijskih poremećaja (Resch i sur. 2012).

33.3.3.3. *Dojenačka dishezija*

Karakterizira je plač tijekom defekacije. Dijete je nemirno i pokušava zadržati stolicu, što može trajati i po 20 minuta. Na kraju izađe tanka i tekuća stolica. Patogenetski gledano, riječ je o poremećaju abdominalnoga tlaka i opuštenosti zdjelice. U pravilu, prolazi spontano i potrebna je samo opservacija. U slučaju perzistiranja tegoba može se provesti određeni oblik terapije, a metode su slične metodama opisanim kod regulacijskih poremećaja (Resch i sur. 2012).

33.3.3.4. *Funkcionalna dijareja (iritabilni kolon djeteta)*

Definira se postojanjem minimalno triju stolica na dan, smanjene konzistencije i povećanog volumena te bolnom defekacijom. Navedeno traje dulje od 2 do 4 tjedna (Resch i sur. 2012). U stolici se može naći djelomično probavljena hrana. Poremećaj se povezuje sa psihosocijalnim stresovima, a pojava je češća u pojedinim obiteljima. Tijekom noći simptomi se obično smiruju. Ako poremećaj dovede do manjka kalorija, moguć je i zastoj u rastu. U dijagnostici se primjenjuje detaljna anamneza s podacima o navikama jedenja te drugim okolišnim čimbenicima koji mogu biti u pozadini problema. Važno je isključiti somatske uzroke te alergijsku dijatezu (Powell i Jenkins 2012). Fiziološki, može postojati pojačan gastrointestinalni motilitet. Dijareja obično nestaje nakon djetetova polaska u školu. U terapiji se može primjenjivati vođenje dnevnika defekacije te različite tehnike opuštanja, kao i tehnike slične onima pri liječenju drugih sindroma u sklopu somatizacijskog ili somatoformnog poremećaja

(v. posebno poglavlja 46 i 47). U slučaju komorbiditeta primjenjuju se psihoterapijske tehnike slične onima opisanim kod regulacijskih poremećaja.

33.3.3.5. *Funkcionalna opstipacija i zadržavanje stolice*

Poremećaj je obilježen stolicom tvrde konzistencije (poput kamena), prisutnom dvaput tjedno ili rjeđe (Resch i sur. 2012), a može nastupiti zbog uzimanja određene vrste hrane, tijekom treninga čistoće ili nakon bolne defekacije (Reid i Bahar 2006; Van Dijk i sur. 2007; Youssef i Di Lorenzo 2001). U dijagnostici je potrebno isključiti organske čimbenike (npr. Hirschprungovu bolest, celijakiju, hipotireozu), dok je liječenje simptomatsko i multimodalno. Važne su dijetne mjere, unos dovoljne količine tekućine i tjelesna aktivnost, a po potrebi i lijekovi s osmotskim učinkom ili klizme (Blackmer i Farrington 2010; Gordon i sur. 2013; Wester 2013). Mogu se primjenjivati i psihoedukacija roditelja, bihevioralni trening čistoće ili psihoterapijske mjere (Reid i Bahar 2006) slične onima opisanim kod regulacijskih poremećaja ili pri liječenju enkopreze (v. posebno poglavlje 62 o enkoprezi).

33.3.3.6. *Sindrom odbijanja defekacije na zahodu (engl. stool toileting refusal)*

Manifestira se djetetovim odbijanjem da defecira na zahodu, dok mokrenje obavlja uredno. Dijagnoza se postavlja u slučaju trajanje problema dulje od mjesec dana (Fuhrmann i sur. 2008). Sindrom može biti povezan s kroničnom opstipacijom, bolnom defekacijom i/ili opozicionalnim (suprotstavljajućim) ponašanjem (Blum i sur. 1997; Van Dijk i sur. 2007; Von Gontard 2004). Prilično je čest, a pojavljuje se u oko 22 % djece u dobi od 18 do 30 mjeseci. Povezuje se s različitim čimbenicima kao što su rođenje brata/sestre, zakašnjeli trening čistoće, interakcijske poteškoće, popratni problemi ponašanja, „težak“ temperament djeteta te obiteljski čimbenici (Blum i sur. 1997; Fuhrmann i sur. 2008). Može biti uvod u kasniju pojavu opstipacije ili enkopreze. U lakšim slučajevima dovoljna je psihoedukacija uz smanjenje stresa u obitelji. Savjetuje se djetetu vratiti pelenu, uz objašnjenje da će dobiti gaće kada počne odlaziti na zahod. Ova je metoda uspješna u do 89 % slučajeva (Taubman 1997). Postupno se djeca puštaju da 5 do 10 minuta sjede na zahodu, pri čemu ne moraju defecirati. Neka se djeca boje da bi mogla upasti u zahod pa im se može pomoći s dječjom

daskom koja im daje osjećaj sigurnosti. Kod težih oblika liječenje je slično liječenju enkopreze (v. posebno poglavlje 62 o enkoprezi), regulacijskih poremećaja ili opozicionalnog ponašanja.

33.3.4. Opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj (F91.3)

Opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje odnosi se na ponavljano negativno, neposlušno i neprijateljsko ponašanje prema osobama s autoritetom. Dijete se lako razbjesci, prkosno je, odbija slijediti upute, suprotstavlja se i svađa s odraslima. Takvo ponašanje najčešće je prisutno kod kuće s poznatim osobama. Za postavljanje dijagnoze simptomi moraju trajati najmanje šest mjeseci (Fuhrmann i sur. 2008). S obzirom na to da je u dobi od 2. do 5. godine opozicionalno ponašanje često, dijagnoza se postavlja s oprezom i ne prije 3. godine života (Von Gontard i sur. 2009). U predškolskoj dobi prevalencija je oko 6,2 % (Fuhrmann i sur. 2008). U etiopatogenezu su uključeni mnogobrojni čimbenici, među kojima se ističu kontrolirajući stil roditeljstva, nekonzistentno roditeljstvo (Campbell 1995), poremećena interakcija roditelj – dijete te obilježja djetetova temperamenta (npr. djeca s regulacijskim poremećajima u ranoj dobi).

U prevenciji i liječenju učinkovitim se pokazao trening roditeljskih vještina koji utječe na veću konzistentnost u odgoju, postavljanje jasnih granica, smanjenje kontrolirajućeg ponašanja te poticanje prosocijalnog ponašanja. Mogu se primjenjivati i psihoterapijske tehnike (psihodinamske, kognitivno-bihevioralne, obiteljske) usmjerene na interakciju roditelj – dijete (Fuhrmann i sur. 2008). U većine djece učestalost i intenzitet opozicionalnog ponašanja smanjuje se tijekom vremena (u školskoj dobi i adolescenciji). U manjem broju slučajeva poremećaj se nastavlja u obliku poremećaja ponašanja, čemu pridonose muški spol, obilježja temperamenta (impulzivnost, negativna emocionalnost, nizak prag tolerancije na frustraciju), roditeljski sukobi, psihički poremećaji majke, dezorganizirani stil privrženosti, te siromaštvo i socijalno nepovoljni čimbenici (Shaw i sur. 2001).

33.3.5. Respiratorni afektivni napadaji (engl. breath holding spells)

Riječ je o psihogeno izazvanim napadajima apneje s posljedičnom promjenom boje kože (u 85 % cijanoza,

a u 15 % bljedilo, tj. acijanotični oblik) te gubitkom svijesti (Resch i sur. 2012). Većinom se pojavljuju od 6. do 18. mjeseca života (Bürgin i Rost 1996; DiMario 2001; Goldman 2015), a nastaju nakon vrištanja i plakanja ili nakon jakih afektivnih podražaja (strah, bol, bijes). Disanje prestaje u fazi ekspirija (vjerojatno pri zatvaranju glotisa), a djeca postaju cijanotična, zabacuju glavu unatrag te gube svijest (Goldman 2015). Dodatno može postojati mlohavost tijela, mioklonizmi, a rjeđe i tonički grčevi. Nakon stanke od 10 do 20 sekundi, ponovno počinju disati te mogu biti ustrašena, zbunjena ili uplakana. Kod acijanotične forme dijete se jednostavno bespomoćno opusti (Bürgin i Rost 1996). Napadaji se obično pojavljuju otprilike jednom tjedno, a većinom se izgube do 42. mjeseca života (DiMario 2001) ili najkasnije do 5. godine (Yilmaz i sur. 2014). U podlozi može postojati disfunkcija SŽS-a kao što je kašnjenje u sazrijevanju određenih funkcija (Vurucu i sur. 2014). Za roditelje ovi napadaji mogu biti značajan izvor stresa (Goldman 2015). **Epidemiološki**, pojavljuju se u do 4 % djece od druge do šeste godine.

U **etiopatogenezu** su uključeni mnogobrojni čimbenici. Vrištanje koje prethodi napadaju uzrokuje hipokapniju i alkalozu, što zajedno s hipoksičnom vazokonstrikcijom otežava oslobađanje kisika iz hemoglobina. Može doći i do bradikardije, a pokatkad i do asistolije. Gubitak svijesti uzrokovan je moždanom hipoksijom. U pojedinim je slučajevima nađena opća podražljivost SŽS-a, kao i manjak željeza. Uključeni su i razvojno-psihološki, psihosocijalni i obiteljski čimbenici, kao i djetetov temperament. Poremećaj je češći u dobi od 2 do 3 godine, kada je dijete u fazi individualizacije i separacije, odnosno u fazi „negacije“ i prkosa. Psihodinamski se može reći da je disanje libidinozno zaposjednuto pa stanje asfiksije i promijenjene svijesti označuje nesvjesno zadovoljenje i eliminaciju neugodnog afekta, npr. bijesa ili straha (Bürgin i Rost 1996). Nakon prvog napadaja dijete mehanizmom učenja uvidi da ima utjecaj na roditelje (Bürgin i Rost, 1996; Resch i sur. 2012) koji mu više nisu autoritet zbog straha od ponovnih napadaja. Povremeno se respiratorni afektivni napadaji mogu komplicirati epileptičkim napadajima koje je potrebno prekinuti lijekovima.

Postavljanje **dijagnoze** zahtijeva uzimanje detaljne anamneze kako bi se rekonstruirao tijek poremećaja. Preporučuje se napraviti osnovne laboratorijske nalaze (posebno željezo), EEG i EKG. Važno je isključiti epilepsiju, astmu, pertusis, alergijske reakcije, aspiraciju stranog tijela, otrovanja, srčanu disfunkciju te druga stanja.

U terapiji se naglašava psihoterapijski rad s roditeljima i djecom. Tijekom napadaja dijete je potrebno pognuti. Ako postoji manjak željeza, treba ga nadomjestiti. Tijek poremećaja općenito je povoljan (Bürgin i Rost 1996; Goldman 2015). Pojedina djeca poslije pokazuju emocionalnu nestabilnost u obliku oštećenih regulacijskih mehanizama (npr. izljevi bijesa) (Bürgin i Rost 1996).

33.4. Primjer iz kliničke prakse

Riječ je bila o petogodišnjem dječaku koji je odbijao piti tekućinu. Dijagnosticiran je kao poremećaj hranjenja, jedenja i rasta dojenčeta (F98.2), uz separacijski anksiozni poremećaj. Psihoterapija je uključivala ponašajni i psihodinamski aspekt interakcije para roditelj – dijete, premda je također uključivala elemente psihoterapije pojedinih članova i obitelji kao cjeline. U pojedinim je aspektima imala oblik krizne intervencije zbog akutnog odbijanja hranjenja i pijeња. Psihoterapija je bila fokalnog tipa, usmjerena na razrješavanje interakcijskih smetnji. Dolasci na zakažane termine bili su redoviti. Tijekom terapije cijela je obitelj mogla dobiti prostor za dublje shvaćanje svoje problematike. Putem iscrpne anamneze, vraćanja u povijest obitelji, sve su se više kristalizirale i progresivne sposobnosti ove obitelji, a ojačavao se i postupan uvid u interakcijske poteškoće. Roditelji su opisivali svoje osobne povijesti, koje su također bile ispunjene nesigurnošću. U osobnoj je povijesti roditelja i ratna traumatiziranost tijekom devedesetih godina prošloga stoljeća imala svoje važno mjesto. Terapeut je pokušao u terapijskim intervencijama s roditeljima utjecati na njihove dublje osjećaje odbačenosti u odnosu prema svojim primarnim objektima (roditeljima), te upozoriti na mogućnost njihove projekcije u djecu. Sam je dječak postupno sve lakše prihvaćao terapeuta, kao i cjelokupni prostor terapijske atmosfere. Povremeno bi terapeut govorio dječaku: „Jako se ljutiš danas na mamu”, na što bi on potvrđivao. „Je l' se možda malo i na mene ljutiš?”, povremeno bi ga pitao terapeut. Obično ne bi ništa na to odgovorio. Ili bi pak terapeut u nekim sljedećim seansama govorio: „Danas se nekako ne ljutiš kao ono neki dan.”

Ovdje bismo opisali tijek jedne seanse, približno četvrte po redu, za koju smatramo da je bila ključna u razumijevanju simptomatologije, ali i dublje emocionalne razine. Na seansu su došli svi članovi obitelji: otac, majka, dječak A., a i njegov jednogodišnji mlađi

brat. Svi sjedaju nasuprot terapeutu, otac do prozora, majka do svojeg supruga držeći mlađeg sina koji spava u naručju. Dječak A. poskakuje po sobi, ogledava se, gleda malo terapeuta, malo roditelje, malo gleda usnulog brata u maminu naručju. Dok se terapeut razgovara s roditeljima, dječak A. pomalo uzima neke igračke s police, kao da se bavi nečime. Nakon određenog vremena, neovisno o sadržaju razgovora, dječak A. nježno prilazi svojem ocu, sjeda mu u krilo, grli ga i konačno se privija uz njega. I pred terapeutom puca prekrasan prizor. Majka drži usnulo dijete koje je zaspalim licem upravljeno prema prozoru, do njega otac, bliže prozoru, s dječakom A. u krilu, koji također upravlja pogled prema prozoru, okrećući leđa svojem bratu. Zapravo dječak A. zauzima u krilu svojeg oca isti paralelni i sinkronizirani položaj, koji ima njegov mlađi brat u majčinu krilu! Otac nježno miluje dječaka A. Ovaj je trenutak potrajao nekoliko minuta, onako veličanstven, gotovo sličan slikama obitelji flamanskih majstora. Terapeutovo razumijevanje ove scene bilo je da je dječak A. zapravo vizualno inscenirao potrebu da bude voljen od svojih roditelja. Nakon nekoliko trenutaka budi se mlađi brat. Otvara oči, gleda gdje se nalazi, postaje aktivniji, odmah pokazuje interes za ponuđene igračke i, konačno, odlazi s majčina krila. U tom trenutku intervenira terapeut: „Uzmite sada dječaka A., Vi mama, u krilo.” Majka ga uzima, dječak A. se privija, prihvaća nježnost i tone u milinu zagrljaja. Majka dalje tepa dječaku A.: „Tu je mama.” Činilo se kao da je nekako došlo do pomirenja između roditelja i dječaka, dječak kao da se pomirio da mora svoju ljubav dijeliti s mlađim bratom, bar za tren. Terapeut govori dječaku A.: „Mislilo si da ćeš izgubiti mamu, pa si zato bio ljut na brata.” Dječak nije ništa odgovarao. Nakon ove seanse, otac na sljedeću seansu dolazi s viješću da je dječak A. počeo pomalo piti tekućinu tijekom dana! U sljedećim se psihoterapijskim seansama dalje proučava emocionalna problematika, međusobne interakcije, dječak A. sve bolje napreduje, gube se simptomi negativizma, izljeva bijesa, počinje redovito piti i jesti. Psihoterapija je bila upotrijebljena na način serije psihoterapijskih kratkih konzultacija, kakve je u literaturi opisivao Daniel Stern (1998) (engl. *serial brief treatment*). U psihoterapiji su primijenjena saznanja ponašajnih i psihodinamskih koncepata para roditelj – dijete, pojedinaca i obitelji, na modificirajući način. U ovoj kratkoj terapiji bilo je elemenata kriznih i fokalnih intervencija, sukladno opisima iz literature (Cramer 1995). Glavna psihodinamska hipoteza i naglasak u psihoterapiji bio je prorada poremećene interakcije

između roditelja i dječaka A. Integralni prikaz ovog slučaja objavljen je drugdje (Begovac i sur. 2005).

33.5. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ U regulacijske poremećaje dojenčadi ubrajamo pretjerano (ekscesivno) plakanje, poremećaje spavanja te poremećaje hranjenja, a u njihovoj je pozadini često poremećaj interakcije roditelj – dijete.
- ✓ U dojenčadi s regulacijskim poremećajima važno je uzeti detaljnu anamnezu koja je vrlo specifična, a u dijagnostički se proces obvezno uključuju roditelji.
- ✓ Kod različitih psihičkih poremećaja u dojenačkoj dobi u program liječenja nužno je uključiti roditelje. Pokatkad je dovoljno savjetovanje o normalnim fazama razvoja i mogućim krizama. Ako se poremećaj nastavi, mogu se primijeniti različite vrste psihoterapija (bihevioralna, kognitivna, psihodinamska) koje uključuju i roditelje. Do dobi od 18 mjeseci trebalo bi provoditi psihoterapiju para majka – dijete.
- ✓ Kod poremećaja jedenja bihevioralnim je postupcima potrebno utjecati na promjenu stila hranjenja te oprezno uvoditi nove namirnice.
- ✓ Pri poremećaju spavanja potrebno je pokušati uspavati dijete u njegovu krevetu te se koristiti bihevioralnim i relaksirajućim mjerama kako bi se to ostvarilo.
- ✓ Pri pretjeranom (ekscesivnom) plakanju treba pokušati uključiti relaksirajuće aktivnosti tijekom cijelog dana.
- ✓ Potrebno je rasteretiti osobe koje se brinu za dojenčadi te ne omalovažavati roditeljsku zabrinutost.
- ✓ Roditelji ne bi trebali osjećati krivnju zbog psihičkih poremećaja dojenčadi.

33.6. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Je li moguća primjena psihoterapije u djece dojenačke dobi?

ODGOVOR: Da, u pravilu je riječ o terapiji para roditelj – dijete ili o terapiji roditelja. Postoji niz razli-

čitih postupaka koji se mogu primijeniti u dojenačkoj dobi.

■ PITANJE: Što mislite o tvrdnji da regulacijski problemi s vremenom nestaju?

ODGOVOR: Ova je izjava neprihvatljiva jer ovi poremećaji ne prolaze sami od sebe. Postoji mogućnost prelaska u druge poremećaje, eksternalizirajuće ili internalizirajuće. Potrebno je provesti detaljnu psihijatrijsku dijagnostiku te postaviti indikacije za psihoterapiju. Fokus psihoterapije stavlja se na smirivanje djetetove pobuđenosti te roditeljske zabrinutosti, odnosno na osnaživanje roditeljskih kapaciteta. Postoji niz psihoterapijskih postupaka koji se primjenjuju u dojenačkoj dobi i u dobi „trčkarala“.

■ PITANJE: Zašto kod regulacijskih poremećaja često postoji poremećaj interakcije roditelj – dojenče?

ODGOVOR: Dojenče se ne smije promatrati kao izdvojena jedinka, izvan konteksta interakcije s roditeljem, jer iz poremećaja interakcije slijede različiti problemi kao što su pretjerano (ekscesivno) plakanje, poremećaj hranjenja ili poremećaj spavanja. Dakle, vrlo su važni ličnost roditelja te njegove fantazije. Roditelje se ne smije osuđivati, nego u savjetodavnom i terapijskom procesu trebaju otkriti mogućnosti za bihevioralne i druge promjene. Pokatkad se u pozadini poremećaja mogu nalaziti problemi roditeljskog para, što je također potrebno proraditi. Njemački autori preporučuju savjetovanje i terapiju roditelja u slučaju poremećene interakcije, čak i kada ne postoje jasni bihevioralni problemi u dojenčeta.

■ PITANJE: Opišite bihevioralni pristup liječenja poremećaja spavanja u dojenačkoj dobi.

ODGOVOR: Na prvom je mjestu potrebno savjetovanje roditelja. Važno je naučiti dijete da zaspi u svojem krevetu jer, kada usvoji tu naviku, i tijekom noćnih buđenja moći će samo usnuti. Djetetov krevet treba biti sigurno mjesto, uz „prijelazne“ objekte, npr. plišane igračke. Tijekom dana potrebno je osigurati relaksirajuću atmosferu te omogućiti majci vrijeme odmora kako ne bi bila iscrpljena brigom za dijete. Dijete je potrebno položiti u njegov krevet (izbjegavati da zaspi u bračnom krevetu ili uz televizor) te mu pročitati priču za laku noć. Majka može povremeno odlaziti i dolaziti u sobu (tzv. *checking*) dok dijete ne zaspi. U susjednoj sobi majka može šušcati ili nešto raditi kako bi dijete imalo osjećaj sigurnosti zbog njezine blizine. Ako ove mjere ne dovedu do rezultata, treba pokušati sa psihodinamskim ili integriranim terapijama.

■ PITANJE: Koje su osnove psihodinamskih terapija pri liječenju regulacijskih poremećaja ili drugih poremećaja u dojenačkoj dobi?

ODGOVOR: Psihodinamske terapije usmjerene su na otkrivanje i mijenjanje roditeljskih reprezentacija povezanih s prošlošću tzv. duhovi iz prošlosti ili iz dječje sobe (*ghosts in the nursery*), u odnosu prema konkretnoj interakciji majka – dijete. Posebna se pažnja posvećuje povećanju sadržavajuće (*containment*) funkcije roditelja jer je uglavnom riječ o preverbalnom razdoblju i učenju kroz igru. U roditelja s težom psihopatologijom (teži afektivni poremećaji, poremećaji ličnosti, psihotični poremećaji, intelektualne teškoće, nedostatak uvida) u obzir dolaze konkretnije upute o roditeljstvu, psihoedukacijske mjere te poticanje empatijskih kapaciteta, pri čemu terapeut služi kao zaštitni, pomoćni ego. Kod ostalih se mogu primjenjivati intervencije putem direktne interpretacije reprezentacija tijekom kratke, psihodinamske psihoterapije (do deset seansi).

33.7. Pitanja

- 1 Koje poremećaje ubrajamo u regulacijske poremećaje u dojenačkoj dobi?
- 2 Navedite osnovne terapijske principe kod regulacijskih poremećaja te ostalih poremećaja u dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“ i u predškolskoj dobi.
- 3 Koji su psihodinamski principi liječenja regulacijskih poremećaja u dojenačkoj dobi?
- 4 Opišite kliničku sliku poremećaja hranjenja u dojenačkoj dobi te principe liječenja.
- 5 Po čemu se diferencijalnodijagnostički razlikuju izbjegavajuće/restruktivni poremećaj uzimanja hrane i anoreksija nervoza?
- 6 Opišite kliničku sliku funkcionalne dijareje u djeteta i principe liječenja.
- 7 Opišite kliničku sliku afektivnih respiratornih napadaja u dojenačkoj dobi i principe liječenja.
- 8 Opišite kliničku sliku opozicionalnog (suprotstavljajućeg) ponašanja djeteta i principe liječenja.

33.8. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Barth R*. «Baby-Lese-Stunden» fuer Eltern mit exzessiv schreienden Saeuglingen. *Prax. Kinderpsychol Kinderpsychiatrie* 2000;49:537-549.
3. *Begovac I, Bašnec A, Begovac B*. Prikaz emocionalnog poremećaja sa separacijskim strahom u petogodišnjeg dječaka. *Liječnički Vjesnik* 2005;127:327.
4. *Blackmer AB i Farrington EA*. Constipation in the Pediatric Patient: An Overview and Pharmacologic Considerations. *J Pediatr Health Care* 2010; 24:385-99.
5. *Blum NJ, Taubman B i Osborne ML*. Behavioral characteristics of children with stool toileting refusal. *Pediatrics* 1997;99:50-3.
6. *Brazelton TB, Cramer BG*. Due Fruehe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem baby und seinen Eltern. Stuttgart: Klett-Cotta; 1994.
7. *Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE i sur*. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010 Mar; 43(2):98-111.
8. *Brunner R, Schulze U, Resch F*. Essstoerungen. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. izd. Berlin: Springer; 2012, str. 653-677.
9. *Bürgin D, Rost B*. Krankheit in Kindheit und Jugend. U: Adler RH, Herrmann JM, Koehle K i sur, ur. *Psychosomatische Medizin*. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1996, str. 1131-1161.
10. *Campbell SB*. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *J Child psychol psychiatry* 1995;36:113-49.
11. *Cramer B*. Short-term dynamic psychotherapy for infants and their parents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1995;4:649-60.
12. *DC:0-5tm*. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R), Washington, DC: Author; 2016.
13. *DeGangi GA, DiPietro, Greenspan SI i sur*. Psychophysiological characteristics of the regulatory disordered infants. *Infant behav dev* 1990;14:37-50.
14. *DiMario Fj jr*. Prospective study of children with cyanotic and pallid breath-holding spells. *Pediatrics* 2001;107:265-9
15. *Dornes M*. Koennen Saeuglinge phantasieren? *Psyche* 1994;48:1154-1175.
16. *Douglas PS, Hill PS*. The crying baby: what approach? *Curr Opin Pediatr* 2011;23:523-9.
17. *Freiberg S, Adelson E i Shapiro V*. Ghosts in the nursery. *J Am Acad Child Psychiatry* 1975;14:387-422.
18. *Fuhrmann A, von Gontard, Moehler E i sur*. Psychische Stoerungen des Saeuglings- und Kleinkindalters. U: Herpetz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort i sur, ur. *Entwicklungspsychiatrie*. 2. izd. Stuttgart: Schattauer; 2007, str. 626-644.
19. *Goldman RD*. Breath-holding spells in infants. *Can Fam Physician* 2015;61:149-50.

20. *Gordon M, Naidoo K, Akobeng AK i sur.* Cochrane Review: Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. *Evid Based Child Health* 2013 Jan;8(1):57-109.
21. *Gul H, Erol N, Akin DPi sur.* Emotional availability in early mother-child interactions for children with autism spectrum disorders, other psychiatric disorders, and developmental delay. *Infant Ment Health J* 2016;37(2):151-9.
22. *Hejazi RA, McCallum RW.* Rumination Syndrome: A Review of Current Concepts and Treatments. *Am J Med Sci* 2014;348:324-9.
23. *Hemmi MH, Wolke D, Schneider S.* Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of disease in childhood* 2011;96: 622-9.
24. *Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL i sur.* Pediatric Feeding and Eating Disorders: Current State of Diagnosis and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:446.
25. *Kessing BF, Smout AJ, Bredenoord AJ.* Current Diagnosis and Management of the Rumination Syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2014;48:478-83.
26. *Kurth E, Powell Kennedy H, Spichiger E i sur.* Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery* 2011;27:187-194.
27. *Lang R, Mulloy A, Giesbers S i sur.* Behavioral interventions for rumination and operant vomiting in individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities* 2011;32:2193-2205.
28. *Lebovici S.* Der Saeugling, die Mutter und der Psychoanalytiker. Stuttgart: Klett- Cotta; 1990.
29. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
30. *Lieberman AF, Pawl JH.* Infant-parent psychotherapy. U: Zeanah C, ur. *Handbook of Infant Mental Health*. New york, Boston: Guilford Press; 1993, str. 427-442.
31. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
32. *Mishori R, McHale C.* Pica: An age-old eating disorder that's often missed. *J Fam Pract* 2014;63:E1-4.
33. *Papousek M, Schieche M, Wurmser H.* Regulationsstörungen der fruehen Kindheit. Fruehe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern Kind-beziehungen. Bern: Huber; 2004.
34. *Powell CV, Jenkins HR.* Toddler diarrhoea: is it a useful diagnostic label? *Arch Dis Child* 2012;97:84-6.
35. *Reid H, Bahar RJ.* Treatment of Encopresis and Chronic Constipation in Young Children: Clinical Results from Interactive Parent-Child Guidance. *Clin Pediatr* 2006; 45:157-64.
36. *Resch F, Meyenburg K i Goldbeck L.* Psychische Stoerungen mit koerperlicher Symptomatik sowie chronische somatische Erkrangen mit psychischer Beteiligung. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2.izd. Berlin: Springer; 2012, str. 679- 715.
37. *Shaw DS, Owens EB, Giovannelli J i sur.* Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:36-43.
38. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
39. *Stern D.* Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart: Klett Cotta; 1998.
40. *Taubman B.* Toilet training and toileting refusal for stool only: a prospective study. *Pediatrics* 1997;99:54-8.
41. *Van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuys MA i sur.* Chronic childhood constipation: a review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program. *Patient Education and Counseling* 2007;67: 63-77.
42. *Von Gontard A, Möhler E, Bindt C i sur.* Kurzfassung der S2k-Leitlinie 028/041 – Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. 2009. AWMF online: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. Dostupno na: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-041k_S2k_Psychische_Stoerungen_Saeugling_Kleinkind_Vorschulalter_2017-10.pdf. 2009. Pristupljeno 1. 5. 2016.
43. *Von Hofacker N.* Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehung. Zur differentiellen Diagnostik und Therapie psychosomatischer Probleme im Säuglingsalter. U: Klitzing K, ur. *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1998, str. 50-71.
44. *Vurucu S, Karaoglu A, Paksu SM i sur.* Breath-Holding Spells May be Associated With Maturational Delay in Myelination of Brain Stem. *J Clin Neurophysiol* 2014;31: 99-10.
45. *Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB i sur.* Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called «colic». *Pediatrics* 1954;14: 421-34.
46. *Wester T.* Functional constipation in children: the pediatric surgeon's perspective. *Pediatr Surg Int* 2013;29:883-7.
47. *Windaus E.* Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie im Saeuglings- und Klein- kindalter. U: Hopf H, Windaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Muenchen: CIP- medien; 2009, str. 213- 230.
48. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
49. *Yilmaz U, Doksoz O, Celik T i sur.* The value of neurologic and cardiologic assessment in breath holding spells. *Pak J Med Sci* 2014;30:59-64
50. *Youssef NN, Di Lorenzo C.* Childhood constipation: evaluation and treatment. *J Clin Gastroenterol* 2001;33: 199- 205.
51. *Ziegenhain U, Fegert JM, Moehler E.* Infant Psychiatry-fruehe Eltern-Kind-Interaktion. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. izd. Berlin: Springer; 2012, str. 949-957.

Specifični poremećaj interakcije ranoga djetinjstva

Ivan Begovac

SADRŽAJ

34.1. Uvod	472
34.2. Definicija, klinička slika, klasifikacija, primjer iz literature	472
34.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	473
34.4. Terapija	473
34.5. Upute za roditelje/nastavnike	473
34.6. Često postavljena pitanja	473
34.7. Pitanja	473
34.8. Literatura	474

34.1. Uvod

Riječ je o alternativnoj dijagnozi koja ne postoji u postojećim klasifikacijama (DSM-5 i MKB-10), međutim, pojavljuje se u *Zero to five* klasifikaciji (DC:0-5tm 2016), odnosno postoji prijedlog za tu, novu dijagnozu u poznatom udžbeniku mentalnoga zdravlja dojenčadi (Zeanah i Lieberman 2019).

Posrijedi je iznimka u klasifikaciji zato što nije riječ o poremećaju kod pojedinca (djeteta). Naime, tradicionalno se pojedini poremećaj u dječjoj psihijatriji povezuje sa simptomima u pojedinom djetetu. Logika uvođenja te dijagnoze jest fokus na dijagnozi koja uključuje međusobnu interakciju djeteta – skrbnik. U literaturi nije nepoznata tendencija da se poremećaji shvaćaju kao ishodi poremećenih interakcija, počevši od psihoanalitičkih autora, od Bowlbyja, Winnicotta, Fraiberg, kao i niza drugih autora (Bowlby 1953; Fraiberg 1980; Winnicott 1960). Razlika u ovom pristupu jest da se spomenuti poremećaj definira na prvoj osi, dakle kao glavna dijagnoza, dok su inače prije uobičajeno drugi nepovoljni utjecaji (kao i nepovoljni interakcijski problemi) bili kodirani na drugim osima (npr. v. višeosnu klasifikaciju MKB-10 ili višeosnu klasifikaciju *Zero to five*) (DC:0-5tm 2016).

Zanimljivost istraživanja, koja su prethodila uvođenju te dijagnoze, jest da su djeca pokazivala privrženo ponašanje na različit način u odnosu prema majkama i očevima, dakle, nije se privrženost postulira kao nešto potpuno intrapsihičko, tako da se postulirala specifičnost djetetova odnosa prema svakome pojedinom roditelju (Zeanah i Lieberman 2019). U tom smislu vidjeti posebno poglavlje o privrženosti, a napose može biti ilustrativna [tablica 5.1.](#) (v. posebno poglavlje 5 o razvoju i privrženosti), kao i ilustraciju u literaturi o međusobnom recipročnom odnosu djetetova interaktivnog ponašanja, interaktivnog ponašanja skrbnika, te njihovih reprezentacija koje stoje iza manifestnog ponašanja (Zeanah i Lieberman 2019).

34.2. Definicija, klinička slika, klasifikacija, primjer iz literature

Specifični poremećaj interakcije ranog djetinjstva (SPIRD) definira se kao poremećaj u relaciji između dviju osoba, koji uzrokuje simptome u djeteta i koji su oštećujući u odnosu prema djetetu i/ili prema obiteljskom funkcioniranju, a odnosi se na relaciju djeteta prema jednoj osobi (DC:0-5tm 2016; Zeanah i Lie-

berman 2019). S jedne strane, ako postoje dodatni simptomi u djeteta, uvjet je postavljanja ovakve dijagnoze da se pojavljuju isključivo u odnosu prema jednom skrbniku. S druge strane, nije potrebna specifičnost djetetova simptoma, jer može postojati šarolik spektar poremećaja: odbijanje hranjenja, agresivno ponašanje, tjeskoba itd. Isključuju se iz dijagnoze djeca koja ne pokazuju jasne simptome, odnosno presimptomatska djeca.

Klasifikacija *Zero to five* definira ga kriterijem A: Dojenče / malo djeteta pokazuje stalni emocionalni ili ponašajni poremećaj u kontekstu posebnog odnosa sa skrbnikom. Primjeri mogu biti (ali nisu iscrpljeni ovim simptomima): opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje; agresija; plašljivost; samougrožavajuće ponašanje; odbijanje jedenja; odbijanje spavanja; neprimjerno ponašanje u svojoj ulozi sa skrbnikom (npr. prekomjerna brižnost ili kontrolirajuće ponašanje skrbnika); Kriterij B: simptomatologija kriterija A izražava se isključivo u relaciji u odnosu prema jednom skrbniku; C: simptomi poremećaja ili adaptacija skrbnika u odgovoru na simptome znatno utječu na funkcioniranje dojenčeta/djeteta, kao i na funkcioniranje cijele obitelji koje se manifestira različitim načinima. Dobno gledano, nema ograničenja, međutim, vjerojatno je teško odrediti poremećaj u prvim mjesecima života. Poremećaj traje najmanje jedan mjesec. *Zero to five* klasifikacija dopušta dodatno da se procjenjuje relacijski kontekst djeteta, međutim, to je izvan prve osi. Jedna se skala odnosi na procjenu dijade skrbnik – djeteta, dok se druga skala odnosi na kvalitetu šire socijalne njege iz okoline. Ako je riječ o SPIRD-u, onda uvijek postoji i poremećaj relacije na druge dvije skale. Međutim, s druge strane, moguće je da postoji poremećaj relacije u dijadi ili u široj socijalnoj okolini, ali da ne postoji dodatni specifični poremećaj interakcije (DC:0-5tm 2016).

Primjer iz literature: pojedini autori u svojem članku u poznatom udžbeniku opisuju djevojčicu od 18 mjeseci koja je izrazito promijenila ponašanje u odnosu prema ocu, koji je naglo napustio njihovu obitelj. Djevojčica je dulje od mjesec dana pokazivala simptome izbjegavanja, odbijanja oca, ili je bila mirna, međutim, naglo bijesna u odnosu prema ocu uz grizenje te gađanje predmetima. Istodobno je njezin odnos s majkom bio uredan i pokazivao sigurnu privrženost, kao i u drugim važnim relacijama (Zeanah i Lieberman 2019).

34.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

U **dijagnostici** se koristimo uobičajenim metodama koje se primjenjuju u dojenčadi i male djece (v. posebna poglavlja 16 i 17). **Diferencijalnodijagnostički**, tipično se razlikuje od drugih dijagnoza na prvoj osi jer je riječ o specifičnosti simptomatologije u odnosu prema jednoj relaciji. Također, diferencijalnodijagnostički, ako dijete ima odbijanje hrane sa samohranom majkom, to će se okarakterizirati kao regulacijski poremećaj, a ne kao SPIRD. Međutim, ako odbija hranjenje s ocem, a inače normalno jede u vrtiću, to će se onda karakterizirati kao SPIRD.

34.4. Terapija

U **terapiji** ovog poremećaja primjenjuju se uobičajene metode u dojenčadi i male djece (v. posebno poglavlje 33). Za detalje kod terapije vidjeti druge temeljne reference (Zeanah i Doyle Zeanah 2019).

34.5. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Specifični poremećaj interakcije ranoga djetinjstva definira se kao poremećaj u relaciji između dviju osoba, koji izaziva simptome u djeteta i koji su oštećujući u odnosu prema djetetu i/ili prema obiteljskom funkcioniranju, a odnosi se na relaciju djeteta prema jednoj osobi.
- ✓ Riječ je o novoj, alternativnoj dijagnozi koja uopće nije do sada postojala u dječjoj psihijatriji, jer se na prvoj osi definira kao poremećaj interakcije djeteta – skrbnik, s različitim spektrom poremećaja u djeteta.
- ✓ Potrebna je daljnja evaluacija ove dijagnoze s obzirom na nova znanja iz prakse i istraživanja.
- ✓ Kao i inače kod drugih dijagnoza, roditelje ovdje ne treba optuživati za navedeni poremećaj interakcije.
- ✓ Često je ovdje riječ zapravo o transgeneracijskom prijenosu različitih ponašajnih, emocionalnih i drugih obrazaca.

34.6. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Je li dezorganizirana privrženost u nekog djeteta dijagnoza na prvoj osi?

ODGOVOR: Dezorganizirana privrženost po sebi nije dijagnoza na prvoj osi poremećaja. Kada govorimo o poremećaju na prvoj osi, očekuje se da poremećaj karakterizira simptomatologija u naturalističkom okviru (*settingu*), te da je to povezano sa značajnim distresom u djeteta i/ili oštećenim funkcioniranjem.

■ **PITANJE:** Kakav je odnos različitih klasifikacija privrženosti s obzirom na ovaj poremećaj?

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje. Potrebno je jasno razlikovati što je to definirani poremećaj na prvoj osi od različitih drugih koncepata u psihologiji i psihijatriji, kao i koncepata koji se definiraju na drugoj ili drugim osima u klasifikacijama.

■ **PITANJE:** Koja je razlika između specifičnog poremećaja interakcije ranog djetinjstva na prvoj osi (SPIRD-a) i poremećaja interakcije na drugoj osi?

ODGOVOR: Razlika je golema. Kod SPIRD-a, premda je to alternativna dijagnoza, riječ je o jasno definiranom poremećaju na prvoj osi, koji baca novo svjetlo na interakciju djeteta – skrbnik, a posebno u odnosu prema jednom skrbniku. S druge strane, poremećaji interakcije na drugoj osi mogu biti vrlo različiti i oni dodatno osvjetljavaju poremećaj, ali se klasificiraju drukčije.

34.7. Pitanja

- 1 Navedite definiciju specifičnog poremećaja interakcije ranog djetinjstva.
- 2 Navedite teorijsku pozadinu uvođenja dijagnoze specifičnog poremećaja interakcije ranog djetinjstva u klasifikaciju na prvoj osi.
- 3 Navedite osnove dijagnostike specifičnog poremećaja interakcije ranog djetinjstva.
- 4 Navedite osnove diferencijalne dijagnostike specifičnog poremećaja interakcije ranog djetinjstva.
- 5 Navedite osnove terapije specifičnog poremećaja interakcije ranog djetinjstva.

34.8. LITERATURA

1. *Bowlby J.* Child care and the growth of love. London: Penguin Books; 1953.
2. *Fraiberg S.* Clinical studies in infant mental health. New York: Harcourt Brace; 1980.
3. *DC:0-5tm.* Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R), Washington, DC: Author; 2016.
4. *Winnicott DW.* The theory of the parent- infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis* 1960;41: 585-595.
5. *Zeanah CJ, Doyle Zeanah P.* Infant mental health- the clinical science of early experinces. U: *Zeanah CH jr,ur. Handbook of infant mental health.* 4. izd. New York: The Guilford Press; 2019, str. 5-24.
6. *Zeanah CH, Lieberman AF.* Relationship-specific dirorder of early childhood. U: *Zeanah CH jr, ur. Handbook of infant mental health.* 4. izd. New York: The Guilford Press; 2019, str. 467-484.

Poremećaji privrženosti

Ivan Begovac

SADRŽAJ

35.1. Uvod, definicija, klasifikacija	476
35.2. Epidemiologija	477
35.3. Klinička slika	477
35.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	478
35.5. Etiopatogeneza	479
35.6. Klinička vinjeta	480
35.7. Terapija, tijek	480
35.8. Upute za roditelje/nastavnike	481
35.9. Često postavljena pitanja	482
35.10. Pitanja	483
35.11. Literatura	484

35.1. Uvod, definicija, klasifikacija

U našem se jeziku engleski naziv *attachment* najčešće prevodi s *privrženost*, iako postoje i drugi prijevodi npr. vezanje, vezivanje itd. Razvojno gledano, djeca u dobi od 2 do 7 mjeseci mogu biti privrženata različitim osobama (Zeanah i sur. 2016). Međutim, djeca u dobi od 8 mjeseci pokazuju posebnu sklonost monotropnom ponašanju, odnosno usmjerenost prema jednoj osobi, što se u literaturi naziva „strahom od stranca osmog mjeseca“ ili „fokusiranom ili selektivnom privrženosti“ (Lempp 2014; Zeanah i sur. 2016).

Prema MKB-10, poremećaj privrženosti opisan je u dvama oblicima, prvi kao **poremećaj reaktivne privrženosti u djetinjstvu (PRPD)**, odnosno inhibirani tip (F94.1), te drugi kao **dezinhibirani poremećaj privrženosti (vezanja) u djetinjstvu (DPPD)**, odnosno neinhibirani tip (F94.2), a slično ga definira i DSM-5 (APA 2013; WHO 1993). U [tablici 35.1.](#) prikazani su pojedini aspekti tih dvaju poremećaja.

Treba naglasiti da je ovdje riječ o **manifestnoj kliničkoj slici poremećaja privrženosti** u pojedinog dje-

teta (poremećaj unutar djeteta) te se od ovoga treba razlikovati **koncept privrženosti kao teoretski konstrukt socijalnog razvoja djeteta** (koji uključuje **tipove privrženosti**), a koji uključuju **dijadni aspekt interakcije** (Gleason i sur. 2011). Dakle, nesigurna privrženost nikako ne znači i kliničku dijagnozu (v. poglavlje 5 o razvoju), odnosno poremećaje privrženosti nikako ne bi trebalo stavljati u omjer sigurne/nesigurne privrženosti (Rutter i sur. 2009). Nadalje, postoji i pitanje razlike između razvojnog koncepta privrženosti i **crta ličnosti**. Naime, razvojni koncept privrženosti označuje dijadni aspekt interakcije, za razliku od nekih npr. **crta ličnosti** (ovisnosti) koje karakteriziraju individuu (Rutter i sur. 2009).

DSM-5 s pravom poremećaje privrženosti ubraja u širu skupinu poremećaja povezanih s traumom ili stresom (APA 2013). Prema DSM-5, **reaktivni poremećaj privrženosti (*reactive attachment disorder*)** definira se (APA 2013): A. Stalni obrazac inhibiranog, emocionalno povučenog ponašanja prema odraslom skrbniku (dijete ne traži i slabo reagira na utjehu kada pati); B. Minimalni socijalni i emocionalni odgovor na druge,

Tablica 35.1.

Razlika između tipova poremećaja privrženosti.

Modificirano prema APA 2013; Lempp 2014; Minnis i sur. 2013; Rutter i sur. 2009; WHO 1993.

	Inhibirani tip	Dezinhibirani tip
Učestalost	rjeđi	češći
Rizični čimbenici	teško roditeljsko zanemarivanje i zlostavljanje	institucionalni smještaj ili učestalo mijenjanje osoba koje se brinu za dijete
Glavni simptomi u iskazivanju ponašanja privrženosti	ambivalentno	difuzno, neselektivno vezanje za druge
Klinička slika	socijalno povlačenje od skrbnika; poremećaj emocionalne regulacije	socijalna dezinhibicija prema strancima
Privrženost kao razvojni koncept	povezano s privrženosti, kao i procedurom „strane situacije“	ne mora biti povezano s privrženosti, ni s procedurom „strane situacije“
Kvaliteta roditeljstva	povezana	ne mora biti povezana
Dob uobičajene manifestacije	do pete godine života	školska djeca nakon pete godine
Traženje pažnje	rijetko	često
Terapija	dobar odgovor na terapije koje potiču privrženost	slabiji odgovor na terapije koje potiču privrženost
Tijek	obično nestaje nakon posvojenja ili udomljenja	ne nestaje nakon posvojenja ili udomljenja
Perzistencija u kasnijoj dobi	umjerena	visoka

ograničeni pozitivan afekt, epizode neobjašnjive razdražljivosti, tuge ili strašljivosti u neprijetećim kontaktima s odraslim skrbnicima; C. Dijete je doživjelo obrazac iznimno nedostatne njege koje se očituje kao barem jedno od sljedećeg: 1. socijalno zanemarivanje ili deprivacija; 2. Česte promjene primarnih skrbnika; 3. Odrastanje u okruženjima koja jako ograničavaju mogućnosti izgradnje selektivne privrženosti (npr. institucije s velikim brojem korisnika u odnosu prema broju skrbnika). D. Za njegu iz kriterija C pretpostavlja se da je odgovorna za poremećeno ponašanje iz kriterija A (npr. poremećaji iz kriterija A slijede nakon nedostatka adekvatne njege iz kriterija C); E. Nisu ispunjeni kriteriji za poremećaj iz spektra autizma; F. Ovaj poremećaj nastupio je prije pete godine života; G. Dijete je u razvojnoj dobi od najmanje devet mjeseci. Odrediti trajanje: >12 mj. onda je perzistentan. Odrediti težinu: težak ako pokazuje sve simptome.

Prema DSM-5, **poremećaj dezinhbiranog socijalnog uključivanja** definira se (APA 2013): A. Obrazac ponašanja u kojem dijete aktivno pristupa i u interakciji je s nepoznatim odraslim osobama, a očituje se kao najmanje dvoje od sljedećeg: 1. Smanjenje ili nepostojanje povučenosti pri pristupanju i u interakciji s nepoznatim odraslim osobama; 2. Pretjerano prisno verbalno ili fizičko ponašanje (koje nije u skladu s kulturalno dopuštenim i u dobi primjerenim socijalnim granicama); 3. Smanjeno ili odsutno provjeravanje gdje je odrasli skrbnik nakon što se dijete usudilo udaljiti, čak i kad je u nepoznatoj okolini; 4. Voljnost da se otiđe s nepoznatom odraslom osobom uz minimalno oklijevanje ili bez oklijevanja; B. Ponašanja iz kriterija A nisu ograničena na impulzivnost (kao kod deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja) ali uključuju socijalno dezinhbirano ponašanje; C. Dijete je iskusilo obrazac ekstremno nedovoljne brige, što se očituje kao najmanje jedno od sljedećeg: 1. socijalno zanemarivanje ili deprivacija u formi nedostatka zadovoljavanja temeljnih emocionalnih potreba za utjehom, stimulacijom i ljubavlju od odraslih skrbnika; 2. ponavljajuće promjene primarnih skrbnika, što ograničava prilike da se formira stabilna privrženost (npr. česte promjene udomiteljstva); 3. odrastanje u neobičnim okruženjima koja ozbiljno ugrožavaju prilike da se formira selektivna privrženost (npr. institucije s velikim brojem korisnika u odnosu prema broju skrbnika); D. Za njegu iz kriterija C pretpostavlja se da je odgovorna za poremećeno ponašanje iz kriterija A (npr. poremećaji iz kriterija A slijede nakon nedostatka

adekvatne njege iz kriterija C); E. Dijete ima razvojnu dob od barem 9 mjeseci.

Pojedini autori uporabljaju širi naziv **poteškoće privrženosti** (engl. *attachment difficulties*) među koje ubrajaju djecu s nesigurnom privrženosti, s dezorganiziranom privrženosti, kao i s poremećajima privrženosti (inhibirani i dezinhbirani tip) te prema tome određuju svoje dijagnostičke i terapijske smjernice (National Institute for Health and Care Excellence-NICE 2015). Inače, ovdje se radi o smjernicama koje se preporučavaju, a u njihovoj izradi su sudjelovali kliničari, laici, kao i eksperti iz pojedinog područja.

Prema MKB-10, zanemarivanje ili zlostavljanje nije obvezni kriterij za postavljanje dijagnoze poremećaja privrženosti, dok je, prema DSM-5, poremećaj privrženosti ubrojen u poremećaje koji su povezani s traumom i stresom, a slično smatraju i pojedini autori (Steinhausen 2010). Međutim, europski autori su skloniji mišljenju da postoje određene forme poremećaja privrženosti koje ne moraju biti znak zanemarivanja ili zlostavljanja (Remschmidt 2011; Steinhausen 2010), odnosno sva zanemarena i zlostavljana djeca ne moraju pokazivati poremećaj privrženosti.

U klasifikacijama to nije navedeno, međutim, pretpostavlja se da djeca nemaju jasno određenu figuru privrženosti, odnosno pri poremećaju privrženosti djeca ne uspijevaju razviti selektivnu privrženost i najčešće je riječ o iskustvima socijalnog zanemarivanja, mijenjanju skrbnika, odgoja u instituciji itd. (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016).

35.2. Epidemiologija

O prevalenciji poremećaja nema jasnih podataka (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Češće obolijevaju dječaci. Postoji veća šansa za razvoj poremećaja u djece zbrinute u domovima (više od 10 %), u adoptirane djece (više od 25 %), u djece psihički oboljelih roditelja, djece iz kriznih svjetskih regija svijeta, kao i u djece čije majke često mijenjaju svoje partnere (Lempp 2014).

35.3. Klinička slika

Poremećaj se, u pravilu, dijagnosticira od 18. mjeseca pa do pete godine života, premda je minimalna dob dijagnosticiranja 9 mjeseci (Boris i Zeanah 2005; Lempp 2014).

Poremećaj reaktivne privrženosti u djetinjstvu (PRPD) ili inhibirani tip manifestira se odsutnošću privrženosti, odnosno kao abnormalan način socijalnoga recipročnog odnošenja prema figurama privrženosti prije djetetove pete godine života u obliku kontradiktorne, ambivalentne socijalne reakcije, mješavine iskazivanja bliskosti i izbjegavajućeg ponašanja. Moglo bi se reći da preteže nesigurna (ambivalentna, opiruća) privrženost (kao razvojni koncept) sa svojim karakterističnim ponašanjima. Obično takvo ponašanje prati i dodatni poremećaj emocionalne regulacije u obliku apatije, manjka emocionalnog kontakta, nedostatka izmjene pozitivnih afekata sa skrbnicima; postoje osjećaji nezadovoljstva i nesreće; ne traži se blizina skrbnika; nema traženja emocionalne utjehe u slučaju emocionalne potrebe. Mogu postojati i povećana anksioznost, manjak osjećajnih (emocionalnih) reakcija, povećanje osnovne anksioznosti i prekomjerna podražljivost; „**smrznuto promatranje**“ (engl. *frozen watchfulness*); autoagresija i heteroagresija, odvratanje pogleda od sugovornika, ne mogu se procijeniti djetetove reakcije u fazi ponovnog sastanka sa skrbnikom, a mogu biti prisutni i poremećaji rasta i razvoja. Poremećaj se, u pravilu, odigrava u kontekstu zanemarivanja i zlostavljanja, odnosno u kontekstu stresnih, traumatskih, te deprivacijskih iskustava (Lempp 2014; Minnis i sur. 2013; Steinhausen 2010; Zeanah i sur. 2016). Dakle, PRPD govori većinom više o reaktivnom i neposrednom učinku deprivacije (emocionalnog manjka), a prije svega u kliničkoj su slici naglašeni inhibiranost i socijalno povlačenje.

Dezinhibirani poremećaj privrženosti u djetinjstvu (DPPD) ili neinhibirani tip očituje se difuznim odnosom u iskazivanju privrženosti i neselektivnim vezanjem za odrasle osobe, pa u tome smislu postoje prijateljstvo prema drugima bez oklijevanja, uz nedostatak interpersonalne distance, traženje utjehe od stranaca, zahtjevno ponašanje i ponašanje koje traži pažnju, maženje sa strancima, ili upućivanje osobnih, intimnih pitanja strancima, prekoračenje socijalnih barijera, a to laici mogu pogrešno protumačiti kao simpatiju, odnosno sve osobe iz okoline (npr. liječnika, medicinsku sestru) dijete doživljava jednako bliske kao i roditelje i braću/sestre (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Nadalje, u školskoj dobi manifestira se poteškoćama u stvaranju bliskijih odnosa prema jednom vršnjaku (nema selektivne privrženosti za jednog prijatelja); ponašanje je usmjereno na stalno traženje pažnje drugih uz popratni emocionalni poremećaj ili poreme-

ćaj ponašanja; u anamnezi se često nalazi manjak kontinuiteta figure privrženosti ili mnogostruko mijenjanje skrbnika (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Kod dezinhibiranog oblika poremećaja obično je više riječ o dugotrajnim učincima institucijskog smještaja i višestrukih skrbnika u djece s neselektivnom privrženosti. Postoji tendencija stalnosti unatoč eventualnoj promjeni životnih uvjeta, za razliku od inhibiranog tipa (Zeanah i sur. 2016).

Pojedini autori ističu da kod dezinhibiranog tipa većinom ne postoji selektivna privrženost, međutim, moguće je da ona i postoji, uz manifestno dezinhibirano ponašanje. Stoga u vezi s ovim poremećajem postoji dvojba je li uopće riječ o poremećaju privrženosti, te se u DSM-5 i naziva dezinhibiranim socijalnim poremećajem (bez dodatka o poremećaju privrženosti) (APA 2013; Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016).

35.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Za postavljanje **dijagnoze** koristimo se ponavljanim promatranjem djetetova ponašanja, uz detaljnu anamnezu, detaljnu razvojnu anamnezu koja uključuje razvoj jezika i fizioloških parametara rasta (procjenu smanjenog rasta), procjenu odgojnih kompetencija roditelja i skrbnika te mogućih psihopatoloških karakteristika roditelja. Za svako dijete koje je imalo iskustva adaptacije, odgoja u instituciji ili smještaja u udomiteljskoj obitelji potrebno je dijagnostički uzeti u obzir poremećaj privrženosti (Zeanah i sur. 2016). Moguće je promatrati samo dijete, ali je korisno i promatranje interakcije između djeteta i skrbnika pri nekom zadatku kao što je zajedničko slaganje slagalice (*puzzle*), koje je malo iznad djetetova kognitivnog dostignuća (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016). U promatranju se fokusiramo na djetetovo afektivno stanje, na to traži li ono utjehu kod skrbnika, je li spremno da mu se pomogne, je li dijete općenito suradljivo (kooperabilno), postoji li eksplorativno ponašanje uz sigurnu bazu (kod skrbnika), postoji li kontrolirajuće ponašanje prema odraslom te kakvi su odgovori u odnosu prema ponovnom dolasku skrbnika, odnosno dolasku stranca (Boris i Zeanah 2005). Posebna su pitanja usredotočena na djetetovo ponašanje kada ga npr. boli, od koga traži utjehu, odnosno kako se ponaša prema stranim ljudima. Obično je potrebno više pregleda, minimalno barem tri (Boris i Zeanah 2005). Preporučuje se pri-

Tablica 35.2.**Diferencijalna dijagnoza poremećaja privrženosti od autizma.**

Modificirano prema APA 2013; Boris i Zeanah 2005; Lempp 2014; Remschmidt 2011; Zeanah i sur. 2016; WHO 1993.

	Poremećaj privrženosti (većinom inhibirani tip)	Autizam
Anamneza socijalnog zanemarivanja	češće	rjeđe
Socijalni odnosi	započinjanje i održavanje socijalnih kontakata	otežani socijalni odnosi
Utjecaj povoljne okoline	znatno utječe na smanjenje simptoma	manje utječe na smanjenje simptoma
Jezik i komunikacija	manje oštećeni	oštećeni (posebno intencionalna komunikacija)
Odnos simboličke reprezentacije (imitativna igra i jezik) s obzirom na kognitivnu razinu	nema velike disproporcije	postoji velika disproporcija (npr. neverbalni IQ mnogo je veći od verbalnog)
Kognitivni deficiti	rjeđi	češći
Repetitivna i stereotipna ponašanja	gotovo da ih i nema, ali mogu postojati	vrlo prisutna

mjena dodatnih strukturiranih protokola za promatranje ponašanja, igre, interakcije, ponovnog dolaska skrbnika (npr. skrbnik izide iz sobe, pa se nakon nekoga vremena vrati u nju) itd. (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016). U slučaju iskustava deprivacije (različita stanja manjka značajne figure skrbnika, zanemarivanja, emocionalnog manjka i drugo) potrebno je pitanja postavljati slično kao pri zanemarivanju i zlostavljanju djeteta (v. posebno poglavlje 30), kao i primijeniti odgovarajuću dijagnostiku: razvojnu, pedijatrijsku, logopedsku; te je potrebno procijeniti dovoljnu sigurnost sadašnjega smještaja (Zeanah i sur. 2016). Kada nema nikakvih iskustava deprivacije, te znakova zanemarivanja ili zlostavljanja, dijagnozu poremećaja privrženosti treba postaviti oprezno (Lempp 2014). U dijagnostici se primjenjuju uobičajeni laboratorijski testovi i pretrage, EKG, EEG, eventualni pedijatrijski pregled te traženje mogućih komorbiditeta (Zeanah i sur. 2016).

Mogu se rabiti i različiti specifični testovi: test strane situacije (Ainsworth i sur. 1978); Predškolska procjena privrženosti (Main i Cassidy 1988); Q-metodologija mjerenja privrženosti (Waters i Deane 1985); Manchester child attachment story task (Green i sur. 2000); McArthur story stem battery (Bretherton i sur. 1990), Child Attachment Interview (Target i sur. 2003), Iskustva u bliskim odnosima (Fralei i sur. 2000) i drugi. Međutim, takvi se testovi zasad ne primjenjuju u

rutinskome kliničkom radu, nego su više namijenjeni u znanstvenoistraživačke svrhe. Nadalje, korisna je **obiteljska dijagnostika** (v. posebno poglavlje 24), a može koristiti i **psihodinamska operacionalizirana dijagnostika** (v. također posebno poglavlje 20).

Diferencijalnodijagnostički, poremećaj privrženosti inhibiranog tipa (PRPD) treba razlikovati od autizma, specifičnih razvojnih poremećaja, intelektualnih teškoća i depresije, a dezinhibirani poremećaj (DPPD) treba razlikovati od pretjerane socijalizacije, kao i hiperkinetskog sindroma. U **tablici 35.2.** prikazana je diferencijalna dijagnoza s obzirom na autizam.

Komorbiditeti uz inhibirani tip poremećaja mogu biti stereotipije, kognitivno zaostajanje, depresija, PTSP (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016). Uz dezinhibirani tip poremećaja komorbiditeti mogu biti hiperkinetski sindrom te PTSP, a u manjoj mjeri i „autizmu slično ponašanje“ (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016).

35.5. Etiopatogeneza

Kao što je u kliničkoj slici navedeno, poremećaji su povezani sa stresom i traumatskim iskustvima, zanemarivanjem ili zlostavljanjem, odnosno povezani su s deprivacijskim iskustvima, kako unutar obitelji, tako i institucionalno (smještaj u domovima), odnosno s

mijenjanjem osobe koja njeguje dijete (Steinhausen 2010). Dakle, naglasak je na važnosti kvalitetnog roditeljstva, privrženosti kao razvojnog (dijadnog) koncepta (sigurna privrženost), kao mogućeg utjecaja na psihopatološke ishode (McGoron i sur. 2012). Nije rijetkost da i roditelji djeteta s poremećajem privrženosti imaju sličnu anamnezu. Čini se da je od važnosti i trajanje zanemarivanja; ako ono traje dulje od 24 mjeseca, postoji oko 30 % veći rizik od pojavljivanja poremećaja, dok je, ako ono traje oko 6 mjeseci, rizik mnogo manji, oko 7 % (Lempp 2014). Biološki čimbenici uključuju nepovoljne perinatalne okolnosti koje imaju utjecaja na nepovoljan razvoj mozga. Djeca s „teškim temperamentom“ (prirodne konstitucionalne osobine), djeca s regulacijskim poremećajima (v. posebno poglavlje 33), ili s tjelesnim oštećenjima imaju povećani rizik od socijalne izolacije, kao i od poremećaja privrženosti.

35.6. Klinička vinjeta

Na pregled dječjem psihijatru dolazi djevojčica od sedam godina. U anamnezi se saznaje o nizu nepovoljnih čimbenika. Naime, djevojčica je oduzeta od svojih primarnih skrbnika u najranijoj dobi i većinom su anamnestički podaci o tom razdoblju nepoznati. Nakon udomljavanja u instituciju za nezbrinutu djecu polako se stabiliziraju ponašanje, doživljavanje, kao i mogućnost za interpersonalne interakcije. U trenutku pregleda prevladava obrazac ponašanja kada dijete potpuno aktivno pristupa ispitivaču, odmah stupa u izravnu verbalizaciju s ispitivačem bez socijalnih granica, dijete bez problema ostaje u sobi s ispitivačem bez potrebe da provjeri gdje je pratnja. Usto su prisutni i drugi komorbiditetni simptomi kao što su povremeni izljevi bijesa, osjećajna nestabilnost, kao i enureza. Poremećaj je okarakteriziran kao dezinhbirani poremećaj privrženosti. Primjenjuje se dugogodišnja individualna psihodinamska psihoterapija, uz rad sa skrbnicima. S vremenom nastupa bolje intrapsihičko funkcioniranje, uz bolju ekspresiju emocija, te bolje podnošenje frustracijskih situacija. Također se bilježi i bolja socijalna interpersonalna prilagodba na vršnjačke odnose, kao i na odnose u zamjenskoj grupi. Terapija traje više godina.

35.7. Terapija, tijek

U **tablici 35.3.** prikazane su osnove terapije.

Tablica 35.3.

Terapije poremećaja privrženosti.

Modificirano prema Boris i Zeanah 2005; Lempp 2014.; McGoron i sur. 2012; Zeanah i sur. 2016.

Opće mjere:

- stvaranje stabilnog i stimulirajućeg odnosa koji pospješuje privrženost i razvoj, s istodobnom terapijom za skrbnike

Specifične mjere:

- u slučaju zanemarivanja i zlostavljanja treba razmotriti opće intervencije i vrste terapija
- socijalne mjere (npr. udomljavanje)
- psihoterapija para majka – dijete
- intervencije usmjerene na dijete: individualne terapije djeteta
- intervencije usmjerene na roditelje/skrbnike: rad s roditeljima (senzitivnost, empatijski kapaciteti)
- druge vrste terapija (pedagoške, radne terapije itd.)
- liječenje komorbiditeta

U djece s inhibiranim tipom poremećaja postoji manjak privrženosti te je najvažniji cilj terapije stvaranje stabilnoga i stimulirajućeg odnosa koji pospješuje privrženost i razvoj, a često je povezan s istodobnom terapijom za skrbnike (Lempp 2014.; McGoron i sur. 2012; Zeanah i sur. 2016). Pri dezinhbiranom tipu poremećaja mogu biti prisutni neki oblici privrženosti, te se u terapiji orijentiramo na privrženost, ali i na druge ciljeve intervencije.

Specifične mjere mogu biti različite intervencije. U slučaju zanemarivanja i zlostavljanja treba razmotriti opće intervencije i vrste terapija (v. posebno poglavlje 30), što uključuje i moguće izdvajanje djeteta iz obitelji. Pri nepovoljnom institucijskom tretmanu korisno je dijete smjestiti u usvojiteljsku ili udomiteljsku obitelj (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016).

Osnovno je omogućiti djetetu **sigurnost** u njegovoj okolini. Pojedini aspekti terapije mogu biti slični kao pri liječenju u dojenačkoj dobi, dobi maloga djeteta i predškolskoga djeteta (v. posebno poglavlje 33), a posebno se to odnosi na psihoterapiju dijete – roditelj, koje mogu biti kognitivno- bihevioralne ili psihodinamske. Tako se na primjer, kada je dijete u dobi od četiri godine naviše, mogu provoditi individualne terapije djeteta, uz dodatni rad s roditeljima, dok će u mlađega djeteta prednost imati psihoterapija para dijete – skrbnik.

Posebno mogu biti korisni psihoterapija para roditelj – dijete kako bi se poboljšali percepcija i stajališta roditelja; da bi se bolje prepoznale djetetove potrebe te

da se, uz postavljanje jasnih granica; prorade roditeljske kompetencije, odnosno da se poboljša rad na roditeljskoj senzitivnosti. Daje se prioritet ovakvoj terapiji u odnosu prema individualnoj terapiji djeteta (Boris i Zeanah 2005).

Intervencije usmjerene na roditelje/skrbnike često paralelno uključuju praktično i kontinuirano podupiranje kroz službe socijalnog rada i pedagoške službe; trening rješavanja problema te savjetovanje para. Korisno je što prije uspostaviti dobru privrženost djeteta sa skrbnikom, po potrebi s usvojiteljem ili udomiteljem. Prednost svakako ima smještaj u obitelji pred smještajem u instituciju (Boris i Zeanah 2005).

Intervencije usmjerene na dijete uključuju kognitivno-bihevioralne i psihodinamske elemente terapije, koji djeluju na poboljšanje manifestnog ponašanja, kao i na „unutarnje interakcijske modele“ stvaranjem pozitivne interakcije sa skrbnikom u smislu međusobnog usklađivanja, na poboljšanje socijalne kompetencije i ponašanja, senzitivnosti (vlastitih osjećaja) i empatije i na povećanje samopoštovanja; korisno je također uključiti i edukacijsko-rehabilitacijske mjere: logopedsku terapiju, radnu terapiju itd. (Lempp 2014; Steinhäusen 2010). Svakako je potrebno liječiti i komorbiditetna stanja (Lempp 2014; Zeanah i sur. 2016). Često će biti potrebna vremenski srednje dulja ili dulja psihoterapija (Remschmidt 2011). Kod dezinhbiranog tipa poremećaja pojedini autori zagovaraju vremensko ograničenje kontakata djeteta s drugim odraslim osobama, osim s onima iz obiteljskog miljea (Zeanah i sur. 2016).

Medikamentno liječenje ne uklanja temeljne simptome poremećaja privrženosti, međutim, povremeno se lijekovi mogu koristiti za smirivanje stanja (v. posebno poglavlja 73 i 74), pogotovo u slučaju izrazite agresije ili autoagresije (Lempp 2014). Poseban je oprez potreban pri davanju lijekova u predškolske djece (Zeanah i sur. 2016).

Nikako nije preporučljivo primjenjivati **neprovjerenе metode liječenja** poput „forsiranog ograničavanja kretanja djeteta“ (engl. *coercive treatment*), kao ni neprovjerene „regresivne terapije“, kao što je „ponovna prorada rođenja“ i slične, jer mogu uzrokovati ozbiljne štetne posljedice za dijete (Boris i Zeanah 2005).

Ishod liječenja ovisi o ranoj intervenciji; pri duljem institucionalnom zbrinjavanju postoji rizik od većih psihičkih posljedica (Steinhäusen 2010). Postoji također stalan rizik da djeca budu izložena zlostavljanju, kao i od kasnijeg razvoja poremećaja ponašanja i

delikventnog ponašanja. Ishod je kod inhibiranog tipa poremećaja nakon intervencija povoljniji nego kod dezinhbiranog tipa koji pokazuje veće varijacije (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016). Načelno, tijekom odrastanja postoji trend smanjenja simptoma poremećaja privrženosti, oko osme godine života, međutim, u usporedbi s djecom iz kontrolne skupine neki simptom i dalje zaostaju (Smyke i sur. 2012). Simptomi poremećaja mogu se nastaviti tijekom cijelog djetinjstva do u odraslu dob, međutim, u kasnijoj dobi oni su dio šire kliničke slike te se obično dobiva dijagnoza opozicionalnog (suprotstavljajućeg) poremećaja, poremećaja ponašanja, psihopatije ili poremećaja ličnosti (Boris i Zeanah 2005; Lempp 2014; Zeanah i sur. 2016).

35.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Primarno je potrebno djetetu osigurati pravnu zaštitu s obzirom na mogućnost da je riječ o zlostavljanju i zanemarivanju djeteta. Djetetu je potrebno osigurati osnovne uvjete za stanovanje, hranu, zaštitu te obrazovanje.
- ✓ Primarno je potrebno zaštititi žrtvu te pokušati joj što prije ponuditi i psihološku pomoć.
- ✓ Potrebna je dobra suradnja s roditeljima/skrbnicima te zadobivanje njihova povjerenja.
- ✓ Potrebno je razmotriti potrebu uključenja različitih instancija u konkretan slučaj, npr. uključenje nadležnog centra za socijalnu skrb.
- ✓ Ako je potreban smještaj djeteta u udomiteljsku obitelj ili instituciju, važnije je dobro procijeniti sve preduvjete smještaja, koliko je to god moguće, nego dijete brzopletu smjestiti u jedan oblik smještaja kako bi se izbjeglo da se dogodi njegov nagli prekid te posljedično mijenjanje različitih smještaja.
- ✓ Potrebno je što više stimulirati intervencijske mjere orijentirane na traumu u domovima za nezbrinutu djecu, kao i u drugim institucijama u sustavu obrazovanja ili socijalne skrbi, a koje se brinu za maloljetnike koji imaju visoki rizik od razvoja različitih psihopatoloških kliničkih slika.
- ✓ Korisne su preventivne mjere, psihoedukacija, kao i terapijske metode usmjerene prema poticanju razvoja privrženosti u djece i skrbnika, kao i cjelokupnog rasta i razvoja. Ovo se može

započeti već neposredno nakon djetetova rođenja. Uobičajeno se primjenjuju psihoterapije para djeteta – roditelji.

- ✓ Često se u djece s poremećajima privrženosti nalaze i komorbiditeti koje treba dodatno liječiti npr. PTSP, razvojne poremećaje školskih vještina, hiperkinetski sindrom itd. te se stoga preporučuje primijeniti multimodalna terapija.
- ✓ Vrtići i škola mogu imati vrlo važnu ulogu u cjelokupnom dijagnosticiranju, prevenciji, psihoedukaciji i liječenju djece s iskustvima deprivacije, traumatskih iskustava, mijenjanja roditeljske skrbi, odnosno u djece s visokorizičnim roditeljima.
- ✓ Korisna je vanjska supervizija osoblja različitih odgojnih i obrazovnih institucija koje se brinu o maloljetnicima.
- ✓ Nikako ne treba primjenjivati neprovjerene metode liječenja ovih poremećaja, a mogu potencijalno vrlo štetiti djeci.

35.9. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Koja je bila nakana uvođenja poremećaja privrženosti u klasifikaciju?

ODGOVOR: Dugo je u dječjoj psihijatriji postojalo opažanje o različitim negativnim utjecajima deprivacije, smještaja u institucijama, mijenjanju skrbnika, traumi, počevši od pionirskih radova Bowlbyja, Renea Spitzja i drugih autora nakon Drugoga svjetskog rata. Na osnovi ovih zapažanja u klasifikacijski je sustav uveden poremećaj privrženosti, jer su djeca pokazivala drukčiju kliničku sliku nego je to do tada bilo poznato (npr. u DSM klasifikaciji ovaj je poremećaj opisan već 1980. godine). U toj je kliničkoj slici prevladavao socijalni poremećaj, klinički je slika bila slična autizmu, no ipak se razlikovala. Nadalje, razlikovala se od običnih intelektualnih teškoća, socijalne anksioznosti, psihopatije, te od drugih tada poznatih dijagnostičkih kategorija. Pri inhibiranom obliku poremećaja privrženosti kao prototipa takvih poremećaja privrženosti (poremećaja socijalnih odnosa) postoji hipoteza o nedovoljno uspostavljenoj selektivnoj privrženosti prema figuri skrbnika, koja se uobičajeno uspostavlja u osmom mjesecu života. Danas se smatra da u pozadini tih poremećaja privrženosti postoji nerazvijena i/ili

nesigurna/dezorganizirana privrženost, međutim, vjerojatno na moderirajući način (posredan), uz sudjelovanje i drugih različitih čimbenika. Moderirajući su čimbenici primjerice traumatska zbivanja, nekvalitetno roditeljstvo, nesenzitivno roditeljstvo ili nedostatak empatije roditelja, zastrašujući stil roditelja, transgeneracijski prijenos obrazaca privrženosti, psihopatologija roditelja, emocionalna regulacija, mentalizacijske sposobnosti, genski čimbenici itd. Dijagnoza poremećaja privrženosti ne može se postaviti prije 9. mjeseca života jer se do te dobi očekuje razvoj selektivne privrženosti, te se obično poremećaj dijagnosticira između 18. mjeseca i pete godine života.

■ PITANJE: Razlikuju li se inhibirani tip poremećaja privrženosti od socijalno dezinhibiranog poremećaja?

ODGOVOR: Danas je neupitno da se ova dva tipa vrlo razlikuju. Dapače, DSM-5 dvoji je li kod dezinhbiranog oblika uopće riječ o povezanosti s privrženosti, kao što je to slučaj kod inhibiranog tipa. U tekstu i u tablici navedene su pojedinosti u kojima se razlikuju ova dva poremećaja.

■ PITANJE: Koja je razlika između nesigurne/dezorganizirane privrženosti i poremećaja privrženosti?

ODGOVOR: Ovo je pitanje u literaturi kontroverzno. Kod nesigurne/dezorganizirane privrženosti riječ je o razvojnim konceptima koji uključuju dijadu majka – djeteta i način njihova odnošenja. Takvi razvojni koncepti dalje određuju djetetove buduće socijalne relacije. Međutim, privrženost je samo jedan od razvojnih konceptata koji mogu određivati socijalno ponašanje. Primjerice, ističe se i važnost intersubjektivnih procesa u djetetovu socijalnom razvoju. Dakle, nesigurna/dezorganizirana privrženost nisu dijagnoze nekog poremećaja, nego bismo ih više mogli smatrati rizičnim čimbenicima. Pri poremećaju privrženosti riječ je dakle o dijagnozi, o poremećaju unutar djeteta, koji se odnosi na niz socijalnih situacija u kojima se ono nalazi (ne odnosi se samo na dijadu majka – djeteta), odnosno nastupio je poremećaj ponašanja i emocija koje prate privrženo ponašanje u toj mjeri da uzrokuju stalan distres. Nesigurna/dezorganizirana privrženost (i/ili nedostajuća privrženost) može biti rizični čimbenik za razvoj poremećaja privrženosti, ali i drugih psihopatoloških kliničkih slika (npr. poremećaja ponašanja). Poremećaj privrženosti (inhibirani tip) hipotetski ima

u pozadini nedostajuću i/ili nesigurnu/dezorganiziranu privrženost, uz druge čimbenike.

■ **PITANJE: Što bi to bile „poteškoće privrženosti“ (engl. *attachment difficulties*) prema NICE smjernicama iz 2015. godine?**

ODGOVOR: NICE smjernice u svojim dijagnostičkim i terapijskim smjernicama nesigurnu/dezorganiziranu privrženost i poremećaje privrženosti svrstavaju pod zajedničko ime „poteškoće privrženosti“. Prednost ovoga pristupa može biti u zajedničkom gledanju na dijagnostiku i terapiju svih oblika poteškoća u vezi s privrženosti. Ovdje se stoga jasnije i navode tzv. terapije s fokusom na privrženost (engl. *attachment focused interventions*).

■ **PITANJE: Kojim se instrumentima koristimo u dijagnostici privrženosti?**

ODGOVOR: Svakako je najvažnije uzeti detaljnu anamnezu, odnosno primijeniti psihijatrijski i psihoterapijski intervju. Posebno se orijentiramo na opservaciju interakcije djeteta – roditelj. To se može učiniti i pojedinim strukturiranim procedurama poput izlaska i ponovnog ulaska majke u sobu itd., koje, međutim, treba provoditi s taktom. Potrebno je obaviti i tjelesni pregled djeteta te eventualno indicirati pedijatrijski pregled. Treba provesti uobičajene laboratorijske testove, te EKG i EEG. Često je potrebna dodatna multimodalna dijagnostika. Od psiholoških testova mogu se obaviti specifični testovi. Međutim, takvi se testovi zasad ne primjenjuju u rutinskome kliničkom radu, nego su više namijenjeni u znanstvenoistraživačke svrhe.

■ **PITANJE: Koji su principi liječenja poremećaja privrženosti?**

ODGOVOR: Ako je riječ o zlostavljanju ili zanemaranju djeteta, onda se primjenjuju principi liječenja opisani drugdje u knjizi. U tom je slučaju potrebno poduzeti mjere zaštite djeteta i prijaviti slučaj policiji ili nadležnom centru za socijalnu skrb. U slučaju da su poduzete mjere nadležnosti centra za socijalnu skrb, primjenjuju se preventivne mjere, savjetovanja, kao i terapijske mjere. Terapijske mjere u dojenčadi slične su liječenju kao kod regulacijskih poremećaja (v. posebno poglavlje 33). Većinom se provode terapije para djeteta – roditelj, obično su kognitivno bihevioralne ili psihodinamske, ili integrirani postupci (npr. kombinacija psihodinamskih i bihevioralnih aspekata), većinom se provodi do 16 seansi. Može se dodatno raditi posebno

s roditeljima na većoj senzitivnosti roditelja, odnosno na povećanju empatijskih kapaciteta. Dodatno se može primijeniti eventualno i individualna psihoterapija djeteta. Liječenje je obično multidisciplinarno. Potrebno je liječiti i komorbiditetna stanja.

■ **PITANJE: Treba li se intervenirati kod nesigurne i/ili dezorganizirane privrženosti?**

ODGOVOR: Razlikovat će se ovdje tri razine intervencije: preventivne mjere, savjetovanje i terapijske intervencije u užemu smislu. Kod komorbiditetnih poremećaja i poremećaja privrženosti nema dvojbe o intervenciji jer je riječ o utvrđenim poremećajima. Međutim, ostaje otvoreno i kontroverzno pitanje o intervencijama kod nesigurne i/ili dezorganizirane privrženosti kao samostalnih problema. Postoji opravdanost razmišljanja da ju u visoko rizičnih skupina roditelja (roditelji ovisnici, roditelji sa psihičkim smetnjama; obitelji pod nadzorom centra za socijalnu skrb; maloljetne majke itd.) te kod visoko rizičnih situacija (doživljaj traume djeteta; odgoj u instituciji ili nadzoru) opravdano primijeniti preventivne i savjetodavne intervencije, slično principima već opisanima kod regulacijskih poremećaja u dojenčeta (analog su supkliničke forme regulacijskih poremećaja). Terapijske bi intervencije bile indicirane pri traumatskim stanjima djeteta i/ili roditelja (analogno supkliničkoj slici PTSP-a u djeteta) ili pri jasno visokom riziku od prelaske u neki psihički poremećaj.

35.10. Pitanja

- 1 Koja je razlika između nesigurno dezorganizirane privrženosti i poremećaja privrženosti?
- 2 Navedite dijagnostiku poremećaja privrženosti.
- 3 Navedite diferencijalnu dijagnozu između poremećaja privrženosti (inhibirani tip) i autističnoga spektra poremećaja?
- 4 Navedite diferencijalnu dijagnozu između poremećaja privrženosti inhibiranog i dezinhbiranog tipa.
- 5 Koji su komorbiditeti poremećaja privrženosti inhibiranog i dezinhbiranog tipa?
- 6 Koji su principi liječenja poremećaja privrženosti?

35.11. LITERATURA

1. *Ainsworth M, Blehar M, Waters i sur.* Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum;1978.
2. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
3. *Boris NW, Zeanah CH.* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(11):1206-19.
4. *Bretherton I, Oppenheim D, Buchsbaum i sur.* MacArthur Story-Stem Battery. U: Emde RN, Wolf DP, Oppenheim D, ur. Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur story stem battery and parent-child narratives. New York: Oxford University Press; 1990, str. 381-396.
5. *Fraley RC, Waller NG, Brennan KA.* An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78:350-65.
6. *Gleason MM, Fox NA, Drury S i sur.* Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011 Mar;50(3):216-31.e3.
7. *Green J, Stanley C, Smith V i sur.* A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: the Manchester Child Attachment Story Task. *Attach Hum Dev* 2000 Apr;2(1):48-70.
8. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
9. *Main M, Cassidy J.* Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology* 1988; 24(3):415-426.
10. *McGoron L, Gleason MM, Smyke AT i sur.* Recovering from early deprivation: attachment mediates effects of caregiving on psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(7):683-93.
11. *Minnis H, Macmillan S, Pritchett R i sur.* Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *Br J Psychiatry* 2013;202(5):342-6.
12. *National Institute for Care Excellence (NICE).* Children's attachment: attachment in children and young people who are adopted from care, in care or at high risk of going into care 2015. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng26>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
13. *Remschmidt H.* Andere (nicht autistische) Störungen des Kommunikationsverhaltens. U: Remschmidt H, Quaschnner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 203-208.
14. *Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E.* Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(5):529-43.
15. *Smyke AT, Zeanah CH, Gleason MM i sur.* A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *Am J Psychiatry* 2012;169(5):508-14.
16. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
17. *Target M, Fonagy P, Shmueli-Goetz Y.* Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy* 2003;29(2):171-186.
18. *Waters E, Deane K.* Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. U: Bretherton I, Waters E, ur. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. Chicago: University of Chicago Press; 1985, 50, str. 41-65.
19. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
20. *Zeanah CH, Chesher T, Boris NW.* Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(11):990-1003.

Motoričke stereotipije i automutilacije i drugi dobnno tipični poremećaji ponašanja male djece: vrtnje glavom i tijelom, sisanje prsta, pretjerane genitalne manipulacije

Ivan Begovac

SADRŽAJ

36.1. Uvod	486
36.2. Motoričke stereotipije i automutilacije	486
36.2.1. Klinička slika	486
36.2.2. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	488
36.2.3. Etiopatogeneza	488
36.2.4. Terapija, prognoza	488
36.3. Vrtanje (<i>jactatio capitis, jactatio corporis</i>)	489
36.3.1. Klinička slika	489
36.3.2. Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	490
36.3.3. Etiopatogeneza	490
36.3.4. Terapija, prognoza	490
36.4. Sisanje prsta (engl. <i>thumb sucking</i>)	490
36.4.1. Uvod, klinička slika	490
36.4.2. Etiopatogeneza	490
36.4.3. Terapija, prognoza	490
36.5. Pretjerane (ekscesivne) genitalne manipulacije male djece (engl. <i>gratification disorder</i>)	490
36.6. Upute za roditelje/nastavnike	491
36.7. Često postavljena pitanja	491
36.8. Pitanja	492
36.9. Literatura	492

36.1. Uvod

U ovom će se poglavlju povezati različiti entiteti, koje pojedini autori različito klasificiraju. Pokatkad nije jasno je li riječ o pojedinom dijagnostičkom entitetu ili o simptomu unutar važnijih širih sindroma, npr. povezanost uz intelektualne teškoće. U [tablici 36.1.](#) prikazani su entiteti koji će se prikazati u ovom poglavlju. Motoričke stereotipije posebno klasificiramo kao F98.4.

U (druge) dobno tipične poremećaje ponašanja ubrajamo entitete koje pojedini autori ubrajaju u navike (habitucije), tako da ih neki od tih autora nazivaju „habitualnim poremećajima“ (Bate i sur. 2011; Remschmidt 2011). Pojedini autori u „habitualne poremećaje“ ubrajaju sisanje prsta, vrtnje tijelom, genitalne manipulacije male djece, te grizenje noktiju (ovaj, posljednji entitet naveden je kod poremećaja kontrole impulsa). Djeca su svjesna svojih postupaka i mogu ih u svako vrijeme voljom prekinuti. Većinom su u MKB-10 klasificirani kao F98.8.

U **dijagnostici** se koristimo smjernicama za dijagnostiku dojenčadi ili male djece (v. posebna poglavlja 16 i 17 o anamnezi i procjeni dojenčeta). U dijagnostici motoričkih stereotipija i drugih „habitualnih poremećaja“ potrebno je **diferencijalnodijagnostički** isključiti organska stanja, npr. epilepsije, kao i druga neurološka stanja. Ponavljajući (habitualni) načini ponašanja nastupaju većinom kao nadomjesne aktivnosti s obzirom na agresivnost ili su regresivne i autoerotske prirode. Posebno dolaze do izražaja u stanjima frustracije.

Međutim, ovo nije jedini mogući mehanizam jer mogu postojati i drugi mehanizmi, naime, neki se poremećaji mogu javiti i pri harmoničnim odnosima u obitelji, npr. vrtnje (jactatio).

U **terapiji** načelno postoje različite mogućnosti: stvaranje alternativnih načina oterećenja, metode relaksacije radi redukcije straha i unutarnjeg nemira te primjena psihoterapije (terapija igrom, kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamske terapije).

36.2. Motoričke stereotipije i automutilacije

36.2.1. Klinička slika

Primarne su **stereotipije** bez nekoga poznatog uzroka, dok bi **sekundarne stereotipije** nastale zbog nekog drugog poremećaja (npr. autistični spektar poremećaja i drugo) (Barry i sur. 2012; Mills i Hedderly 2014; Singer 2009). Pojedini autori u primarne stereotipije ubrajaju normalne (uobičajene: koje nemaju patološki karakter), kao i različite atipične i kompleksne tipove (Singer 2009). Zbog prekrivanja kliničke slike stereotipija i automutilacije ovdje će biti zajedno opisane jer većina automutilacija u dobi malog djeteta dolazi iz stereotipija.

Stereotipije obuhvaćaju različite motoričke pokrete kojima je zajedničko u istodobnom pojavljivanju, tendenciji ponavljanju te manjku smislenog karaktera djelovanja. Stereotipije često imaju karakter gestikulacije pokretom, tako da se ne mogu odmah lako prepoznati.

Tablica 36.1.

Pregled motoričkih stereotipija i drugih srodnih poremećaja

	Motoričke stereotipije i automutilacije	Vrtnje glavom ili tijelom	Sisanje prsta	Pretjerane (ekscesivne) genitalne manipulacije male djece
Klasifikacija	posebna kategorija	vrtnje glavom ili tijelom	pretjerano sisanje prsta	različite manipulacije genitalijama
Klinička slika	ritmično, jasno određene, identičan, jasan obrazac, može se predvidjeti	„habitualni poremećaji“ (abnormalne ili patološke navike), ovamo pojedini autori ubrajaju i grizenje noktiju (F98.8), koje drugi autori ubrajaju u poremećaj kontrole impulsa		
Terapija	različite psihoterapije; alternativne mjere; eventualno antipsihotici	bihevioralna terapija ili socijalno-pedagoške mjere, kao i psihodinamske terapije; motoričke terapije, eventualno antipsihotici	različite psihoterapije i drugi postupci	različite psihoterapije i drugi postupci

Imaju visok stupanj autonomije i mogu biti: ritmični pokreti glave i tijela (*jactatio capitis et corporis*) (bit će opisani poslije); automanipulacije, ritmični pokreti prstima, vrtnje ramenima ili gornjim dijelom tijela, ritmični pokreti kočenja ruku amo-tamo ispred očiju, podizanje i spuštanje glave s istodobnim njušenjem, pokreti rotacije s rukama (s predmetima ili bez njih), hod na prstima ili hod na petama, škrgutanje zubima, abnormalni pokreti ustima, vrtnje očima, verbalne stereotipije, uzvikivanje glasova i riječi, povlačenje, grebanje, grizenje i udaranje vlastita tijela. Za razliku od tikova, kod stereotipija zahvaćena je veća motorička regija, kako je u prethodnom tekstu opisano. Kod stereotipija motorički pokreti se čine integrirani, kao prema cilju orijentirani, i naoko se čine da su voljno uzrokovani (Steinhausen 2010). U [tablici 36.2.](#) navedene su razlike između stereotipija i tikova, dok se u

[tablici 57.3.](#) (v. posebno poglavlje 57) navodi i dodatna razlika s obzirom na OKP. Kriterij automutilacije jest ponavljana provedba aktivnosti (Steinhausen 2010).

U dojenačkoj i mlađoj dobi stereotipije su relativno česte; od 15 do 20 % djece pokazuje privremeno neke stereotipije. Nakon treće godine stereotipije su rjeđe. Češće postoje stereotipije u djece sa psihotičnim poremećajem, s autizmom, s intelektualnim teškoćama (IT), u djece s oštećenjem mozga i u emocionalno deprivirane djece (Bos i sur. 2010; Hebebrand 2011; Steinhausen 2010). U djece sa psihozom ili autizmom mogu stereotipije poprimiti bizarne forme, u smislu automutilacije i autoerotskog zadovoljenja. Vrijedi kao opće pravilo da su stereotipije izraženije, rezistentnije i bizarnije ako dijete ima manje stimulacije od okoline (Steinhausen 2010). Potrebno je razlikovati automutilaciju (samoozljeđivanje) kod motoričkih stereotipija

Tablica 36.2.***Razlika između motoričkih stereotipija i tikova.***

Modificirano prema Barry i sur. 2012; Mills i Hedderly 2014; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

Obilježja	Motoričke stereotipije	Tikovi
MKB-10	F98.4	F95
dob pri početku u godinama	<2	5 – 7
obrazac	jasno određene, identičan, jasan obrazac, može se predvidjeti	varijabilni
primjeri pokreta	ruke – ramena, valovito lepršanje, drmanje	treptanje, podizanje ramena, grimasiranje, trzanje, nakašljavanje
ritam	ritmično	brzo, iznenada, bez cilja, neritmično
trajanje	intermitirajuće, ponavljano, produljeno	intermitirajuće, kratko, naglo
senzorni predošjećaj napetosti	ne	da
izazivač	napetost, stres, pri zahtjevu	napetost, stres
mogućnost umanjivanja	kroz vanjsko udaljavanje pažnje, rijetko postoji svjesno nastojanje; čine se ugodnim	usmjereno prema sebi, kratkotrajno (povezano s unutarnjim pritiskom)
jednostavnost	tipično su jednostavni u usporedbi s kompulzijom	tipično su jednostavni (osim kompleksnih tikova) u usporedbi s kompulzijom
obiteljska anamneza	može biti pozitivna	često pozitivna
liječenje	psihoterapija; slabo odgovara na lijekove	psihoterapija; antipsihotici, guanfacin
prognoza	ovisi o razini inteligencije te o drugom medicinskom i psihijatrijskom stanju	varijabilna

od samoozljeđivanja kod drugih entiteta (v. posebno poglavlje 29 o samoozljeđivanju).

Kriteriji motoričkih stereotipija, prema DSM-5, jesu (APA, 2013): Kriterij A. Repetitivni, naizgled zbog napetosti, gotovo bez svrhe motorički pokreti (npr. drmanje, mahanje, njihanje tijelom, lupanje glavom, samogriženje, udaranje vlastita tijela); B. Interferira sa socijalnim, školskim ili drugim aktivnostima i može rezultirati samoozljeđivanjem; C. Početak je u ranom razvojnom razdoblju; D. Isključuje se medikamentni uzrok ili neurološko stanje; kao i da nije bolje objašnjeno drugim neurorazvojnim poremećajima (npr. trihotilomanija, OKP itd.). DSM-5 stavlja dakle motoričke stereotipije u kategoriju motoričkih poremećaja te razlikuje motoričke stereotipije s automutilacijom ili bez; te jesu li povezane s poznatim medicinskim stanjem, genskom bolešću, neurorazvojnim poremećajem ili okolišnim čimbenikom (npr. izloženost alkoholu u trudnoći). Određuje se težina kao lagana, umjerena i teška (DSM-5 2013). DSM-5 inače još u motoričke poremećaje ubraja specifični razvojni poremećaj motorike te tikove. MKB-10 slično definira motoričke stereotipije, a definira se kao poremećaj ako traje barem mjesec dana (WHO 1993).

36.2.2. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Dijagnoza se postavlja uzimanjem anamneze i promatranjem ponašanja. Potrebno je uzeti detaljnu anamnezu nastupa, vrijeme i tijek progresije, dob kada je simptomatologija bila najteža, ima li drugih posljedica (somatskih), postoji li predosjećaj prije nastupa, odnosno mogućnost supresije, ima li veze s infekcijama ili imunim procesima. Treba razmotriti diferencijalnu dijagnozu, a potrebno je učiniti probir (skrining) komorbiditetnih poremećaja (Mills i Hedderly 2014). U tablici 36.2. dana je diferencijalna dijagnoza stereotipija s obzirom na tikove, dok su u tablici 36.3. navedene klinička slika i diferencijalna dijagnoza različitih motoričkih fenomena.

Naime, kako je prikazano u tablici, treba razlikovati stereotipije od tikova, „habitualnih poremećaja“, manirizama, kompulzija, impulzivnosti te psihomotorne epilepsije u slučaju motoričkih šablona i automatizama od funkcionalnih poremećaja pokreta (konverzije), PANDAS-a (vidjeti posebno poglavlje 57 o opsesivno-kompulzivnom poremećaju), akatizije (biti u pokretu, nesposobnost sjedenja) te drugih neuroloških razloga (npr. ekstrapiramidnih pojava).

Najčešći **komorbiditet** jest hiperkinetski sindrom, ali dolaze u obzir i drugi poremećaji: autistični spektar poremećaja, ponašajni i emocionalni poremećaji, Touretteov sindrom (ovdje dakle dolazi do kombinacije stereotipija i tikova), OKP (komorbiditet stereotipija i kompulzija), specifični razvojni poremećaji; poremećaji spavanja; napadaji bijesa (Barry i sur. 2011; Ben-Pazi i sur. 2011; Mills i Hedderly 2014).

36.2.3. Etiopatogeneza

Etiopatogeneza je šarolika od vanjskih okolnosti (deprivacija) do psiholoških (impulzivnost kao karakteristika ličnosti) te organskih razloga npr. infektivnih (neuroimunskih) (Silveira-Moriyama i Lin 2015; Steinhausen 2010). Vjeruje se da je uključen frontostrijalni put kao i cerebellum, bazalni gangliji kao i druge strukture (Mills i Hedderly 2014). Hipoteza o manjku stimulacije organizma govori o potrebi stereotipija u reguliranju optimalne razine aktivnosti (Heberbrand 2011; Steinhausen 2010). Hipoteza o povećanoj stimulaciji organizma govori o tome da stereotipije snizuju razinu pobuđenosti cijelog organizma (Heberbrand 2011). Uključeni su vjerojatno serotoninergički, opijatni i dopaminski sustavi (Steinhausen 2010). Stereotipije mogu biti izraz neuroloških i organskih oštećenja, te preko teorije učenja kao operantni načini ponašanja koji se nagrađuju unutarnjim stimulacijama. Prag bola u djece može biti snižen te je potrebno s oprezom uzeti u obzir i dodatni bolni sindrom npr. bolna upala srednjeg uha u djece koja se može manifestirati povećanjem stereotipija (Steinhausen 2010). Psihodinamski gledano, stereotipije bi mogle služiti stvaranju „ego-granica“ i „tjelesne realnosti“ (Steinhausen 2010).

36.2.4. Terapija, prognoza

Stereotipije su rezistentni simptom, a posebno u djece s IT-om, s oštećenjem mozga, u djece sa psihozom ili autizmom. U djece s deprivacijom potrebno je utjecati na poboljšanje stimulacije od okoline, kao i eventualnim smještajem djece u udomiteljske obitelji (Bos i sur. 2010). Može se u ovakvim slučajevima vidjeti redukcija motoričkih stereotipija, a u djece u koje one ostaju mogu biti prisutni drugi emocionalni i kognitivni problemi (Bos i sur. 2010). Mogu se primjenjivati bihevioralne terapije u smislu operantnog kondicioniranja, kao i u smislu averzivne terapije (posebno kod automutilacije), kao i psihodinamske terapije. Kao i kod drugih terapija ponavljajućeg (habitualnog) ponašanja primjenjuju se različite alternativne mjere

Tablica 36.3.**Klinička slika i diferencijalna dijagnoza različitih motoričkih fenomena.**

Modificirano prema APA 2013; Barry i sur. 2012; Mills i Hedderly 2014

	Klinička slika i diferencijalna dijagnoza s obzirom na druge poremećaje	Primjeri
Motoričke stereotipije	ritmično, jasno određene, identične, jasan obrazac, može se predvidjeti; interferira sa življenjem; nema pritiska prije izvršenja (za razliku od tikova), mogu biti automutilacije	pokreti rukama ili cijelim tijelom
Navike	rutine i navike koje su svakodnevne; ne interferiraju s kvalitetom života, a nema ni automutilacije	sisanje prsta; infantilna genitalna manipulacija
Tikovi	brzo, iznenada, bez cilja, neritmično; intermitirajuće, kratko, naglo; postoji senzorički predosjećaj napetosti prije tika	treptanje, pokreti ramenima, kašljanje
Manirizmi	pod manirizmom razumijevamo neprirodno, napuhano, umišljeno, u smislu hvalisanja i pravljenja važnim; repetitivni, karakteristični pokreti; ne interferiraju s kvalitetom života, nema automutilacije	umjetan, stiliziran, afektira
Kompulzije	jedan impuls ili misao da se nešto učini ili nešto ritualizirano napravi; prethodi opsesija (kognitivna razina); nema stereotipnosti; postoji smislenost	pranje ruku
Impulzivnost	nedovoljno kontrolirajući tok misli i aktivnosti; nagla radnja, obično emocionalnog uzroka	prekidanje nekoga da govori
Epilepsija	mogu biti različiti motorički fenomeni i automatizmi	pojedini motorički automatizmi
Funkcionalni poremećaj pokreta;	konverzivni poremećaji	npr. pseudoepilepsije
PANDAS	imunosna reakcija	različiti motorički fenomeni, opsesije, kompulzije
Akatizija	reakcija na antipsihotičnu terapiju	stalno biti u pokretu; nesposobnost sjedenja;
Druga neurološka stanja	različite neurološke kliničke slike: paroksizmalne diskinezije; mioklonusi; distonija; napadaji titranja; katapleksija/narkolepsija	npr. epizodični motorički pokreti

npr. da se dijete zabavlja nekim predmetima ili igračkama. U teškim se oblicima provodi medikamentna terapija antipsihoticima ili drugim lijekovima. **Prognoza** ovisi o razini inteligencije te o drugom medicinskom i psihijatrijskom stanju. Povoljnija je prognoza u djece s normalnom inteligencijom.

36.3. Vrtanje (*jactatio capitis, jactatio corporis*)

36.3.1. Klinička slika

Pod vrtanjama razumijevamo stereotipne, ritmične pokrete koji se većinom pojavljuju tijekom uspavljiva-

nja ili u stanju samoće, a za dijete znače određenu ugodu (Kohyama i Takano 2014; Remschmidt 2011; Yeh i Schenck 2012). Ovakve ritmične radnje mogu se izvoditi u različitim položajima tijela. Pojavljuju se i u zdrave dojenčadi i automatski ne moraju označivati patologiju (Steinhausen 2010). Razlikuju se različite forme: vrtanje glavom (*jactatio capitis*) i vrtanje cijelim tijelom (*jactatio corporis*). Mogu biti vrlo intenzivne tako da dijete udara glavom o stijenku krevetića. Tipično je odvajanje od drugog svijeta, usmjerenost na sebe i mogućnost prekida vrtnji iz okoline. Pojavljuje se do 20 % dojenčeta i prisutni su u oko 4 % desetogodišnjaka (Remschmidt 2011; Steinhausen 2010). Češći je u dječaka nego od djevojčica (2 : 1). U djece u domo-

vima, kao i u djece koja su emocionalno deprivirana u većoj su mjeri prisutne vrtnje, međutim, one nisu nedvosmisleno znak deprivacije.

36.3.2. Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza

Treba razlikovati vrtnje od motoričkih stereotipija, tikova, koreiformnih kretnji i mioklonija. Ovi, drugi poremećaji nemaju ritmični karakter i ne zahvaćaju velike dijelove tijela.

36.3.3. Etiopatogeneza

Češće dolazi u djece s organskim oštećenjem mozga, u djece s IT-om, u emocionalno depriviranih, ali nalazi se u djece s normalnom inteligencijom i to nisu jedini ključni podatci. Kao i pri drugim ponavljajućim (habitualnim) ponašanjima dolazi do aktivacije osjećaja ugone i autostimulacije. Pojedini autori daju psihodinamsko značenje vrtnjama (slično neurotskim poremećajima).

36.3.4. Terapija, prognoza

Terapija je usmjerena na mogući uzrok poremećaja ili patogeni mehanizam. U slučaju zanemarivanja potrebno je primijeniti terapiju sukladno uzroku. Pri oštećenju mozga primjenjuje se bihevioralna terapija ili socijalno-pedagoške mjere, kao i psihodinamske terapije. Mogu se primijeniti i terapija igrom i motoričke terapije. U slučaju rezistentnosti moguće je pokušati s medikamentnom terapijom (antipsihotici, anti-depresivi). **Prognoza** je povoljnija u djece bez IT-a i bez okolišnog zanemarivanja.

36.4. Sisanje prsta (engl. *thumb sucking*)

36.4.1. Uvod, klinička slika

Riječ je o pretjeranom (ekscesivnom) sisanju koje se smatra patološkim. Posljedice mogu biti deformacije čeljusti, krivo srastanje zubi, deformacije prsta (prst za sisanje). Patološko postaje kada traje nakon treće ili pete godine života ili se pojačava (Stricker i sur. 2002). Prolazno sisanje prsta odlika je normalnog razvoja u dojenčadi i u male djece. Često je sisanje prsta povezano s tranzicijskim objektima npr. plišanim igračkama za koje su djeca vezana (Isaacs i Isaacs 2014). Sisanje se pojačava u stanjima usamljenosti, pri gledanju TV-a, pri pisanju zadaće (Stricker i sur. 2002).

Winnicott je sisanje prsta smatrao oralnim eroticizmom i povezivao sisanje prsta s genitalnim manipulacijama (Winnicott 1953).

36.4.2. Etiopatogeneza

Može biti nadomjesno zadovoljstvo u stanjima frustracije kao određeni oblik perzistentne navike ili kao regresija na raniji stupanj razvoja. Bihevioralno može biti riječ o pojačavanju stimulusa (Stricker i sur. 2002).

36.4.3. Terapija, prognoza

Potrebna je detaljna analiza situacija u kojima se sisanje prsta pojavljuje te pokušati naći mehanizam nastanka. Važno je procijeniti je li ono dio nekog šireg sindroma ili je riječ o pojedinačnom simptomu. U terapiji se nisu pokazali uspješnima primjena restriktivnih mjera (npr. vezanje prsta) ili uporaba averzivnih sredstava na palcu (npr. gadljiva sredstva). Mogu se primjenjivati različite psihoterapije (kognitivno-bihevioralna i psihodinamska). Prognoza je načelno povoljna. Međutim, u određenog broja djece u adolescenciji dolazi do zamjene sisanja prsta pušenjem cigareta.

36.5. Pretjerane (ekscesivne) genitalne manipulacije male djece (engl. *gratification disorder*)

Uobičajene genitalne manipulacije služe vlastitoj autostimulaciji (postizanju ugone) i mogu se okarakterizirati kao normativne pojave u djetinjstvu i nisu znak patologije (Hansen i Balslev 2009; Nechay i sur. 2004). Genitalne manipulacije male djece treba razlikovati od masturbacije u pubertetu, prema kognitivnoj teoriji i bihevioristima. Prema tim autorima, riječ je o djeci do deset godina života koja nisu orijentirana na jedan seksualni objekt. U pojedinim se studijama bilježi najčešća dob djeteta od trećeg mjeseca do pete godine života (Nechay i sur. 2004; Wolf i Singer 2008). Ako postoje pretjerane genitalne manipulacije, možemo govoriti o „habitualnom poremećaju“ i obično se one nalaze u emocionalno deprivirane djece u koje su takve manipulacije izraz istraživanja vlastita tijela ili mogu biti prisutne u djece s IT-om ili u one s autističnim spektrom poremećaja. Diferencijalnodijagnostički, treba uzeti u obzir epileptička stanja (Nechay i sur. 2004). U slučaju pretjeranosti potrebno je liječenje osnovnog

poremećaja, uz različite terapijske metode, slično drugim „habitualnim poremećajima“.

36.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Motoričke stereotipije obuhvaćaju različite motoričke pokrete kojima su zajednička obilježja istodobno pojavljivanje, tendencija ponavljanju te manjak smislenog karaktera djelovanja. Može dodatno nastupiti i automutilacija.
- ✓ Motoričke stereotipije je potrebno dijagnostički razdvojiti od drugih poremećaja ili tražiti druge komorbiditete.
- ✓ Unatoč rezistentnim simptomima treba biti strpljiv u svojim nastojanjima i liječenju motoričkih stereotipija, potrebno je prvo započeti različitim metodama npr. odvrćanjem pažnje, bihevioralnim i kognitivnim metodama, psihodinamskim terapijama u slučaju mogućnosti za to, te pri najtežim kliničkim slikama i dodatno medikamentnom terapijom.
- ✓ Pri vrtnjama, pretjeranom (ekscesivnom) sisanju prsta i pretjeranim (ekscesivnim) genitalnim manipulacijama malog djeteta primjenjujemo različite terapijske mogućnosti, od bihevioralnih, kognitivnih do psihodinamskih.

36.7. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kako se dijagnosticira i koja je diferencijalna dijagnoza motoričkih stereotipija?

ODGOVOR: Dijagnoza se postavlja uzimanjem anamneze i promatranjem ponašanja. Potrebno je uzeti detaljnu anamnezu nastupa, vremena i tijeka progresije, dobi kada je simptomatologija bila najteža, ima li drugih posljedica (somatskih), postoji li predosjećaj prije nastupa, odnosno mogućnost supresije, ima li veze s infekcijama ili imunskim procesima, te provesti procjenu diferencijalne dijagnoze te skrining komorbiditetnih poremećaja. Treba ih diferencijalno-dijagnostički razdvojiti od navika, tikova, manirizma, kompulzija u sklopu OKP-a, te impulzivnosti, epilepsije, funkcionalnih poremećaja, PANDAS-a; akatizije te drugih neuroloških razloga (npr. ekstrapiramidnih pojava).

■ PITANJE: Koja je razlika između motoričkih stereotipija i tikova?

ODGOVOR: Stereotipije nastaju, u pravilu, prije druge godine i to su ritmične, motorički jasno određene, identične kretnje, postoji jasan obrazac i mogu se predvidjeti. Zahvaćaju ruke i ramena, mogu postojati lepršanje, drmanje, nema senzornog predosjećaja pojavljivanja, izazivač može biti napetost, stres, kao i kod zahtjeva, postoji mogućnost smanjivanja vanjskim udaljavanjem pažnje i rijetko postoji svjesno nastojanje. Stereotipije su tipično jednostavne, obiteljska je anamneza manje pozitivna, slabiji je odgovor na lijekove, a prognoza ovisi o razini inteligencije te o drugom medicinskom i psihijatrijskom stanju. Tikovi tipično nastaju oko sedme godine života, imaju definitivan neurološki oblik, nastaju naglo, pokreti su obično neritmični, tipično su sugestibilni, mogu se kratkotrajno inhibirati, pojačavaju se stresom i imaju tipičnu senzoričku napetost prije izvršenja.

■ PITANJE: Koji su najčešći komorbiditeti kod motoričkih stereotipija?

ODGOVOR: Najčešći komorbiditet jesu hiperkinetski sindrom, kao i autistični spektar poremećaja, ponašajni i emocionalni poremećaji, Touretteov sindrom (ovdje dakle dolazi do kombinacije stereotipija i tikova), poremećaj tikova, OKP (komorbiditet stereotipija i kompulzija), specifični poremećaji učenja, specifični poremećaji jezika ili motornog razvoja.

■ PITANJE: Koje je najčešće psihodinamsko objašnjenje tzv. habitualnih poremećaja?

ODGOVOR: Ponavljajući (habitualni) načini ponašanja nastupaju većinom kao nadomjesne aktivnosti s obzirom na agresivnost ili su regresivne i autoerotske prirode. Posebno dolaze do izražaja u stanjima frustracije.

■ PITANJE: Koja je terapija motoričkih stereotipija i dodatne automutilacije?

ODGOVOR: Potrebno je razmotriti etiopatogenezu te na taj način usmjeriti terapiju. Ako postoji neki drugi primarni poremećaj, npr. autistični spektar, treba primarno liječiti taj poremećaj. U načelu se primjenjuju psihoterapije (bihevioralna, kognitivna, psihodinamska), ovisno o etiopatogenezi, ali i drugi postupci, npr. alternativne tehnike odvrćanja pažnje i druge. Može se rabiti i medikamentno liječenje (obično antipsihoticima), a posebno kod slučaja automutilacije.

■ **PITANJE:** Koja je terapija dobnno tipičnih poremećaja: vrtnje, sisanja prsta, pretjerane (ekscesivne) genitalne manipulacije malog djeteta?

ODGOVOR: Terapija je usmjerena na mogući uzrok poremećaja ili na patogeni mehanizam. U slučaju zanemarivanja, potrebno je primijeniti terapiju sukladno uzroku, bihevioralnu ili kognitivnu terapiju ili socijalno-pedagoške mjere, kao i psihodinamske terapije; motoričke terapije te eventualnu terapiju antipsihoticima.

36.8. Pitanja

- 1 Navedite diferencijalnu dijagnozu motoričkih stereotipija.
- 2 Navedite razliku između motoričkih stereotipija i tikova.
- 3 Navedite terapiju motoričkih stereotipija i automutilacije.
- 4 Koje je najčešće psihodinamsko objašnjenje tzv. habitualnih poremećaja?
- 5 Koje su kliničke osobitosti i terapijske mogućnosti pri sisanju prsta?
- 6 Koje su kliničke osobitosti i terapijske mogućnosti pri vrtnjama (jactatio capitis, jactatio corporis)?
- 7 Koje su kliničke osobitosti i terapijske mogućnosti kod pretjerane (ekscesivne) genitalne manipulacije male djece?

36.9. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.izd.Washington: New School Library; 2013.
2. *Barry S, Baird G, Lascelles K i sur*. Neurodevelopmental movement disorders - an update on childhood motor stereotypies. *Dev Med Child Neurol* 2011;53(11):979-85.
3. *Bate KS, Malouff JM, Thorsteinsson ET i sur*. The efficacy of habit reversal therapy for tics, habit disorders, and stuttering: a meta-analytic review.*Clin Psychol Rev* 2011;31(5):865-71.
4. *Ben-Pazi H, Jaworowski S, Shalev RS*. Cognitive and psychiatric phenotypes of movement disorders in children: a systematic review.*Dev Med Child Neurol* 2011;53(12):1077-84.
5. *Bos KJ, Zeanah CH jr, Smyke AT i sur*. Stereotypies in children with a history of early institutional care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(5):406-11.
6. *Hansen JK, Balslev T*. Hand activities in infantile masturbation: a video analysis of 13 cases. *Eur J Paediatr Neurol* 2009;13(6):508-10.
7. *Hebebrand J*. Tics und motorische Stereotypien. U: *Remschmidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 167-175.
8. *Isaacs D, Isaacs S*.Transitional objects and thumb sucking. *J Paediatr Child Health* 2014;50(11):845-6.
9. *Kohyama J, Takano T*. A boy infant with sleep related rhythmic movement disorder showing arm banging. *Sleep Sci* 2014;7(3):181-3.
10. *Mills S, Hedderly T.A* guide to childhood motor stereotypies, tic disorders and the Tourette spectrum for the primary care practitioner. *Ulster Med J* 2014;83(1):22-30.
11. *Nechay A, Ross LM, Stephenson JB i sur*. Gratification disorder ("infantile masturbation"): a review. *Arch Dis Child* 2004;89(3):225-6.
12. *Remschmidt H*. Alterstypische, habituelle Verhaltensauffälligkeiten. U: *Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 176-182.
13. *Silveira-Moriyama L, Lin JP*. A field guide to current advances in paediatric movement disorders. *Curr Opin Neurol* 2015;28(4):437-46.
14. *Singer HS*.Motor stereotypies. *Semin Pediatr Neurol* 2009; 16(2):77-81.
15. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
16. *Stricker JM, Miltenberger RG, Anderson CF i sur*. A functional analysis of finger sucking in children. *Behav Modif* 2002;26(3):424-43.
17. *Winnicott DW*. Transitional objects and transitional phenomena – a study of the first not-me possession. *Int. J. Psycho-Analysis* 1953;34:89-97.
18. *Wolf DS, Singer HS*. Pediatric movement disorders: an update. *Curr Opin Neurol* 2008;21(4):491-6.
19. *World Health Organization*. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
20. *Yeh SB, Schenck CH*. Atypical headbanging presentation of idiopathic sleep related rhythmic movement disorder: three cases with video-polysomnographic documentation. *J Clin Sleep Med* 2012;8(4):403-11.

Hiperkinetski poremećaj

Ivan Begovac

SADRŽAJ

37.1. Uvod, definicija, klasifikacije	494
37.2. Epidemiologija	494
37.3. Klinička slika	495
37.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	496
37.5. Etiopatogeneza	497
37.5.1. Integrativni model	497
37.5.2. Psihodinamski aspekti	499
37.6. Klinička vinjeta	499
37.7. Liječenje	499
37.7.1. Opći principi liječenja, psihosocijalne metode liječenja, algoritmi liječenja	499
37.7.2. Specifične terapije	500
37.7.3. Medikamentna terapija	501
37.8. Tijek, ishodi	502
37.9. Upute za roditelje/nastavnike	502
37.10. Često postavljena pitanja	503
37.11. Pitanja	504
37.12. Literatura	505

37.1. Uvod, definicija, klasifikacije

U literaturi na hrvatskom jeziku postoje različiti nazivi za ovaj poremećaj: hiperkinetski sindrom, hiperkinetički sindrom, hiperaktivni sindrom, smetnje aktivnosti i pažnje, ADHD (engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) itd., međutim, ovdje će se radi jednostavnosti rabiti naziv hiperkinetski sindrom ili poremećaj.

Hiperkinetski poremećaj (HP) razvojno je neuropsihijatrijski poremećaj karakteriziran stalnim i teškim oštećenjem psihološkog razvoja s trijasom simptoma: visok stupanj motoričkog nemira, impulzivno ponašanje (nedovoljno kontrolirajući tok misli i aktivnosti ili spontano nekontrolirano ponašanje bez obzira na posljedice) i nemogućnosti pažnje, a manifestira se u više situacija i ne odgovara stupnju razvoja (Begovac i sur. 2009; Lempp 2014; Sonuga-Barke i Taylor 2015; Taylor i sur. 2004; Thapar i Cooper 2016). Simptomi trebaju trajati oko šest mjeseci, oštećeno je funkcioniranje barem u dvama područjima (npr. škola i obitelj), te se ne može bolje objasniti nekim drugim poremećajem (Lempp 2014).

Najčešće se pojedini simptomi pojavljuju prije pete ili šeste godine djetetova života (Lempp 2014). HP treba pokušati razdvojiti od specifičnih razvojnih poremećaja (s kojima je često u komorbiditetu), a, s druge strane, ovaj poremećaj treba razgraničiti od intelektualnih teškoća (IT) jer je tipično riječ o djeci s prosječnom inteligencijom. Međutim, pojedini autori u novije vrijeme zagovaraju mogućnost pojavljivanja HP-a komorbiditetno i s autizmom i IT-om, dakle proširuju se kriteriji za ovaj poremećaj (Dalsgaard 2013; Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016), imajući u vidu nove metode liječenja.

HP je danas izazovno područje za kliničku praksu jer je riječ o kroničnom poremećaju i jer uzrokuje velika oštećenja djece i adolescenata. S druge strane, poremećaj se često nastavlja u odraslu dob ili se pak tek prvi put dijagnosticira u odrasloj dobi, pa danas postaje sve veći izazov i za psihijatre i stručnjake odrasle dobi. HP treba danas više uključivati biopsihosocijalnu perspektivu jer je donedavno bio trend da se radi samo o biološkom poremećaju (Richards 2013). Na HP se danas kao poremećaj gleda sa skepsom i pokatkad je stigmatiziran od medija (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016).

Prema američkoj klasifikaciji (DSM-5), poremećaj se naziva ADHD-om i šire se definira nego prema

međunarodnoj klasifikaciji MKB-10 (APA 2013; WHO 1993). Kriteriji MKB-10 i DSM-5 klasifikacije prikazani se u [tablici 37.1.](#)

Kod MKB-10: postoji ukupno 18 čestica; a u tablici je navedeno koliko je potrebno čestica za dijagnozu. MKB-10 navodi smetnje aktivnosti i pažnje (F90.0) kada se zadovoljavaju opći kriteriji za hiperkinetski poremećaj, koji traje šest mjeseci. Početak je prije sedme godine života, simptomi obuhvaćaju više životnih situacija, bitno oštećuju funkcioniranje. Hiperkinetski poremećaj uz poremećaj ponašanja (F90.1) odnosi se na poremećaj kada su zadovoljena oba opća kriterija za hiperkinetske poremećaje (F90.-) i svi opći kriteriji za poremećaj (socijalnog) ponašanja (F91.-). MKB-10 ne razlikuje različite podtipove, za razliku od DSM-5.

DSM-5 klasifikacija slično navodi ukupno 18 čestica. Ta je klasifikacija u jednu skupinu (klaster) stavila sindrom prekomjerne aktivnosti i impulzivnosti (ukupno 9 čestica), i podignula dob početka simptoma ADHD-a od 12. godine života. U DSM-5 američkoj klasifikaciji traži se da bude zadovoljeno barem šest kriterija u vezi s nepažnjom od devet i/ili barem šest kriterija od ukupno devet u vezi s hiperaktivnošću/impulzivnošću. Iznimka je u osoba starijih od 17 godina, kada je dovoljno barem 5 simptoma iz područja nepažnje i/ili barem 5 simptoma iz područja hiperaktivnosti/impulzivnosti. Prije rečeno dovodi do toga da, prema američkoj klasifikaciji, poremećaj bude šire definiran. DSM-5 može razlikovati različite podtipove, međutim uz uključene osnovnih broja čestica: Dominantno uz poremećaj pažnje, kada postoji barem šest kriterija za poremećaj pažnje; dok su simptomi hiperkineze/impulzivnosti ukupno manji od 6 čestica; Dominantno uz poremećaj aktivnosti/impulzivnosti, kada postoji barem šest kriterija za poremećaj aktivnosti/impulzivnosti; dok su simptomi pažnje ukupno manji od 6 čestica; dok kod mješovitog oblika postoji barem šest kriterija iz skupine (klastera) nepažnje i barem šest kriterija iz skupine (klastera) hiperaktivnosti/impulzivnosti. Danas se s oprezom gleda na ove pojedine podtipove s obzirom na visoku međusobnu korelaciju (Steinhausen 2010).

Zbog eventualno prekomjernog dijagnosticiranja ovog poremećaja, preporučuje se ipak više rabiti kriterije klasifikacije MKB-10 (Lempp 2014).

37.2. Epidemiologija

Prevalencija u europskim zemljama iznosi do 2,5 %, dok je prevalencija šire kategorije, odnosno ADHD-a od

Tablica 37.1.

Kriteriji MKB-10 i DSM-5 klasifikacije za hiperkinetski poremećaj.

Modificirano prema APA 2013; WHO 1993.

Kriteriji MKB-10 klasifikacije**Simptomi nepažnje (mora biti prisutno barem šest kriterija):**

1. nepažnja u vezi s detaljima: prave površne pogreške kod školskih zadataka ili sličnih zadataka i aktivnosti;
2. nemogućnost održavanja pažnje pri pisanju zadataka ili igri;
3. često se prave da ne čuju ono što im se govori;
4. ne mogu slijediti upute ili školske zadatke, druge zadatke ili dužnosti u školi ili na radnom mjestu (ne zbog toga što su u opoziciji ili zato što nisu to razumjeli);
5. oštećeni su u organizaciji zadataka i aktivnosti;
6. izbjegavaju aktivnosti koje im se ne dopadaju, kao što su školske zadatke, koje zahtijevaju psihičku strpljivost;
7. često gube predmete koji su potrebni za posebne zadatke ili aktivnosti, npr. školske bilježnice, olovke, knjige, igračke ili radne materijale;
8. često su otklonjive pažnje od vanjskih podražaja (stimulusa);
9. često su zaboravljivi tijekom svakodnevnih aktivnosti.

Simptomi prekomjerne aktivnosti (mora postojati barem tri simptoma):

1. imaju stalne pokrete ruka ili nogama ili se premještaju tijekom sjedenja;
2. napuštaju mjesto sjedenja u učionici ili u drugim situacijama u kojima se očekuje sjedeći položaj;
3. često šetaju uokolo ili izvode pretjerano (ekscesivno) penjanje u situacijama u kojima to nije prigodno (u adolescenata ili odraslih to se može manifestirati kao unutarnji nemir);
4. nepotrebno su glasni pri igri ili imaju problem slobodnom se vremenu posvetiti na miran način;
5. pokazuju pretjeranu (ekscesivnu) motoričku aktivnost na koju se ne može utjecati preko socijalne okoline ili pravila.

Simptomi impulzivnosti (nemogućnost kontrole misli i aktivnosti) (barem jedan simptom):

1. često već odgovaraju na pitanje ako ono još nije ni do kraja postavljeno;
2. ne mogu čekati u redu ili čekati u redu tijekom neke igre ili grupnih aktivnosti;
3. prekidaju ili često smetaju drugima (npr. upleću se u razgovor drugih ili u igru);
4. prekomjerno govorenje, bez prikladne reakcije na socijalna ograničenja; pokatkad prelazi u ponašanje „slijepo od bijesa”;

U MKB-10: postoji ukupno 18 čestica; Simptomi nepažnje (mora biti prisutno barem šest kriterija od ukupno devet); Simptomi prekomjerne aktivnosti (moraju postojati barem tri simptoma od ukupno pet); Simptomi impulzivnosti (nemogućnost kontrole misli i aktivnosti) (barem jedan simptom od ukupno četiriju); dakle ukupno je potrebno postojanje barem 10 kriterija (iz svih triju područja).

Kod DSM-5: slično postoji ukupno 18 čestica; DSM-5 je u jednu skupinu stavio sindrom (klaster) prekomjerne aktivnosti i impulzivnosti (ukupno 9 čestica), i podignuo je dob početka simptoma ADHD-a od 12. godine života. U DSM-5 se traži da bude zadovoljeno barem šest kriterija u vezi s nepažnjom od 9 i/ili barem šest kriterija od ukupno 9 u vezi s hiperaktivnošću/impulzivnošću. Iznimka je u osoba starijih od 17 godina, kada je dovoljno barem 5 simptoma iz područja nepažnje i/ili barem 5 simptoma iz područja hiperaktivnosti/impulzivnosti. Prije rečeno dovodi to toga da, prema američkoj klasifikaciji, poremećaj treba manje kriterija, odnosno šire je definiran nego kod MKB-10.

3 – 5 % (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Swanson i sur. 1998; Thapar i Cooper 2016). Češći je u dječaka nego u djevojčica, u omjeru 3 do 5 : 1.

37.3. Klinička slika

HP je karakteriziran ranim početkom, kombinacijom pretjerane aktivnosti, slabo moduliranog ponašanja s izraženom nepažnjom i nedostatkom trajnijeg uključivanja u zadatak, impulzivnošću, te sveobuhvatnošću situacija i vremenskoj trajnosti. U ovoj je definiciji poseban naglasak na sveobuhvatnosti situacija i

vremenskoj trajnosti. U kliničkoj slici postoji velika heterogenost, tako da su moguće vrlo šarolike kliničke slike (Steinhausen 2010). Dok je motorička aktivnost češća u djetinjstvu, dotle je poremećaj pažnje i impulzivnost češći u adolescenciji (Lempp 2014). Pojedini autori kod prikaza kliničke slike preferiraju različite simptome s obzirom na različitu dob (Steinhausen 2010).

Poremećaj obično nastaje unutar prvih pet godina života i može se zapaziti već u vrtiću, odnosno u predškolskoj dobi. Dijete je izrazito nemirno, stalno je u pokretu, ide iz jedne aktivnosti u drugu, ima stalno

potrebu na pokretima, impulzivno je i naglo te sklono neznodama (biti slijep za opasnosti). Djeca su stalno u pokretu, ne mogu mirno sjediti, vrpolje se, aktivnost je pretjerana, roditelji su često zbog toga vrlo iscrpljeni. Djeca koja imaju pretežni oblik hiperaktivnosti i/ili impulzivnosti češće dolaze na procjenu nego djeca s primarnim simptomima smanjene pažnje. Djeca s izoliranom kliničkom slikom smanjene pažnje malobrojnija su, čine se odsutnima, kao da sanjare, kao da su zamišljena, teško ih je dozvati, vjerojatno je ovaj podtip više prisutan kod školske djece, međutim, ovaj je koncept podložan raspravama o njegovoj opravdanosti. Veoma često rani znakovi nisu prepoznati i roditelji ih smatraju normalnim karakteristikama ponašanja maloga djeteta, bagateliziraju se simptomi ili se pak smatra da je riječ o odgojnim problemima (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Također postoje velike kulturne razlike pa se nemir i impulzivnost u djece različito procjenjuju i podnose u različitim sredinama.

Glavne poteškoće s djecom s HP-om nastaju polaskom u školu, jer se tamo očekuju sjedenje, motorička mirnoća i usredotočenost na zadatke. Povećana se aktivnost može očitovati motoričkim nemiranjem, ali i nemogućnošću održavanja mirnoće, kada to vanjske okolnosti zahtijevaju (Quaschner i sur. 2011). Impulzivnost se očituje naglim govorenjem a da se nije dokraja čulo pitanje, nemogućnošću čekanja, prekidanjem drugih i drugim simptomima. Zbog impulzivnosti djeca mogu biti sklona nesrećama i mogu upadati u disciplinske prekršaje jer nepromišljeno (više nego namjerno i prkosno) krše pravila, te ih zbog toga ne bi trebalo kažnjavati kao da je riječ o namjernom prekršaju. Impulzivnost se posebno očituje u adolescentnoj dobi. Slabo zadržavanje pažnje i otklonjivost pažnje uzrokuje češće slab uspjeh u učenju. U školskoj dobi ovakva djeca tipično odgovaraju samo na nekoliko prvih pitanja testa. Problemi mogu trajati tijekom godina školovanja i čak u odraslu dob, međutim, s vremenom takve osobe mogu pokazivati postupno napredak u smanjenju aktivnosti.

Osim prije navedenih osnovnih simptoma, postoje i **drugi simptomi**. S vremenom je moguća progresija HP-a u poremećaj ponašanja (kada namjerno krše pravila). Često su prisutni specifični poremećaji u učenju (disleksija i disgrafija). Pridružene su emocionalne smetnje česte, u smislu anksioznosti i depresije. Zanimljiv je koncept vladao u dječjoj psihijatriji prije nekoliko desetljeća, kada se smatralo da su djeca s hiperaktivnošću zapravo djeca koja su depresivna. Danas je

zapravo trend obratan, smatra se da djeca s HP-om s vremenom imaju veći rizik od depresije i drugih poremećaja raspoloženja. Djeca, kako vrijeme prolazi, postanu obeshrabrena i razočarana i u vezi s obitelji, ali i u vezi s neposrednom okolinom (npr. školom). Poneka od njih postanu „razredni ili obiteljski klaun“, „krivac za sve“ (žrtveni jarac), „smetalo“, „gubitnik“, pojedina pak imaju psihosomatske poteškoće, neka se rezignirano povlače od drugih, dok druga pak ulaze u agresivne duele s drugima, te se još više pogoršava njihov položaj kao marginalaca (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

37.4. **Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti**

Rana dijagnostika i rana terapija umanjuju kasnije posljedice: neuspjeh u školi, poremećaje interakcije u obiteljima te zlorabu supstancija (Lempp 2014). Primjenjuje se intervju s djetetom/adolescentom, a također i s roditeljem, ako je potrebno i s drugim osobama, prema važećim klasifikacijama, a provodi se i detaljna opservacija ponašanja. Pri opservaciji ponašanja važno nam je očituju li se simptomi u nekim situacijama, npr. u stanju dosade ili u situacijama koje iziskuju dulja kognitivna naprezanja (pisanje domaće zadaće), odnosno dijete na pregledu ne mora pokazivati odstupanja u ponašanju, međutim, zato je potrebno dobiti podatke iz različitih područja (Steinhausen 2010). Obično se koristimo kategorijalnim pristupom dijagnostici (postoji li poremećaj ili ne), međutim, slično drugim dijagnozama u medicini (npr. povišeni tlak) potrebno je obratiti pozornost na dimenzionalni karakter poremećaja (postoji stupnjevanje težine kliničke slike), te je korisno procijeniti težinu simptomatologije: blaga, umjerena, i teška, putem multiaksijalne klasifikacije MKB-10 ili s pomoću klasifikacije DSM-5 (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016). Nadalje, dijagnoza se slično drugim bolestima (npr. migrena) temelji samo na simptomima pacijenta, tako da postoji mogućnost premalog ili prevelikog dijagnosticiranja (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016). Iscrpnom anamnezom treba detaljno razmotriti moguće etiopatogenetske čimbenike, npr. u tom su nam smislu korisni podatci o tijeku trudnoće, uporabi alkohola ili nikotina tijekom trudnoće, o općem razvoju djeteta u prvim godinama života, obiteljskoj dinamici itd. Dijagnostika treba biti detaljna i postupna (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016).

Važno anamnestičko pitanje može biti jesu li smetnje već bile izražene u predškolsko vrijeme (Lempp 2014). Potrebno je učiniti psihološko testiranje, te se koristiti testovima inteligencije (radi isključenja IT-a), kao i testovima za dijagnostiku specifičnih razvojnih smetnji (Lempp 2014). Korisno je također dobiti podatke iz više izvora (multi-informativni pristup), a posebno iz škole. Isto tako valja primijeniti i multiaksijalnu procjenu (v. poglavlje 13 o dijagnostičkom procesu) (Quaschner i sur. 2011). Primjenjuju se i skale za procjenu HP koje mogu ispunjavati različite osobe (samocjenjske ljestvice, roditelji, učitelji itd.), npr. Aseba school assessment, Connersova lista, test snaga i poteškoća; School situation questionnaire te drugi testovi (ASEBA 2018; Barkley 1996; Breen i Altepeter 1991; Conners 1997; Goodman 2001). Mogu se primjenjivati i različiti neuropsihološki testovi koji se mogu rješavati na računalu, ali su, međutim, više primjenjivi pri evaluaciji terapije (Lempp 2014). Korisno je provesti osnovne laboratorijske testove, uključujući i hormone štitnjače (Lempp 2014). Somatski i neurološki pregled može pokazivati nedovoljnu maturaciju osjetila i motorike, odnosno različite suptilne nefokalne neurološke simptome (engl. *soft signs*), kao i druge simptome (znakovi fetalnoga alkoholnog sindroma itd.). Koristan je pregled sluha i vida. Potrebno je učiniti EEG radi razlikovanja od različitih vrsta epileptičkih izbijanja, a neurolog će prema indikaciji razmotriti potrebu snimanja MR-a mozga ili drugih pretraga. Nije rutinski indicirano napraviti gensko testiranje djece (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016; Thapar i sur. 2013). Povremeno se mogu zapaziti drugi komorbiditetni poremećaji (v. poslije), depresivnost ili drugi emocionalni poremećaji.

U **diferencijalnoj dijagnozi** trebalo bi pokušati razlikovati temperament koji se sastoji od veće aktivnosti i kraće pažnje, ali koji se može ocijeniti unutar normalnog raspona očekivanja za dob. U slučaju IT-a dijagnoza HP-a daje se s oprezom (Lempp 2014). Potrebno je isključiti poznata organska stanja u smislu encefalitisa, farmakogene intoksikacije, ili kronične intoksikacije i druga organska stanja (Steinhausen 2010). Nadalje, treba razmotriti autizam, Aspergerov sindrom, tikove; hipertireoza, epilepsije, poremećaje prilagodbe, stanja deprivacije (poremećaji privrženosti), anksiozna stanja, primarni depresivni poremećaj (za razliku od sekundarne depresije koju imaju mnoga djeca s ovim poremećajem) i maničnu epizodu i bipolarni afektivni poremećaj koji dijeli mnoge simptome s

HP-om (Kent i Craddock 2003; Quaschner i sur. 2011). Kod bipolarnog afektivnog poremećaja češće su, međutim, ciklične oscilacije. Kod navedenih dijagnoza ovim se slučajevima njima daje prioritet. Također treba isključiti eventualno medikamentno induciranu hiperaktivnost (npr. antipsihotici, antihistaminici itd.).

Komorbiditeti su česti. Malokad ćemo naći dijete s izoliranom kliničkom slikom HP-a, češće će to biti u komorbiditetu s drugim poremećajima. Komorbiditet HP-a je znatan, do oko 80 % može biti u konkurentnom komorbiditetu s drugim poremećajima ponašanja (do 90 %), specifičnim razvojnim poremećajima (do 50 %), kao i s već prije spomenutim smetnjama: anksiozni poremećaji, depresivni poremećaji (do 50 %), tikovima itd. (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016). Takozvana **Touretteova trijada** govori o povezanosti HP-a, tikova i OKP-a. Treba razmotriti i međuodnos zlorabe supstancija s HP-om (Lynskey i Hall 2001). Zanimljiva je povezanost HP-a i razvojnih *borderline* poremećaja (Streeck- Fischer 2009).

37.5. Etiopatogeneza

37.5.1. Integrativni model

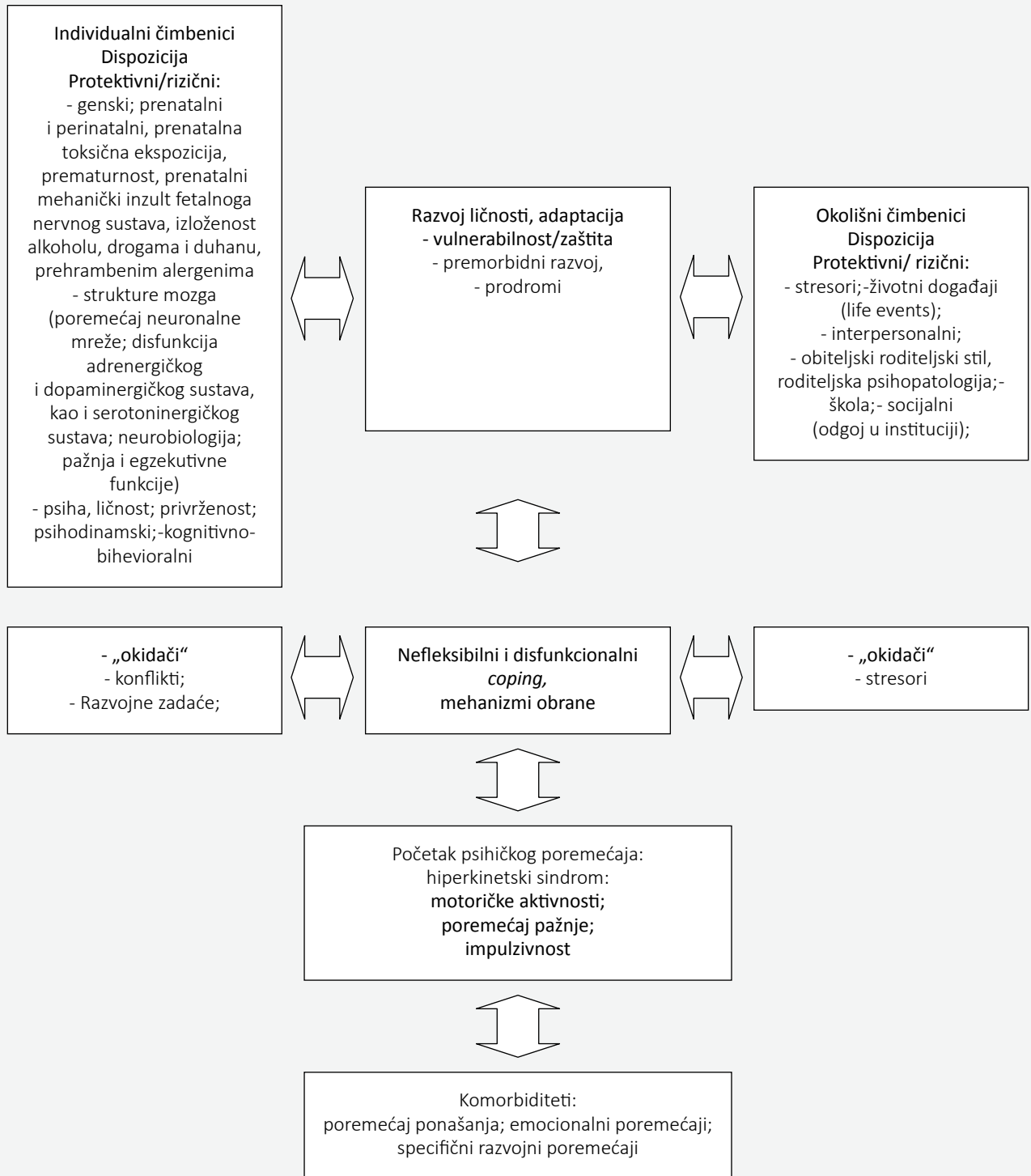
Uzrok poremećaja nije poznat, te se za etiopatogenezu smatra da je multifaktorijelna (v. sliku 37.1.).

Poremećaj je povezan s različitim drugim poremećajima koji zahvaćaju funkciju mozga i postoje određene neurofiziološke i neurokemijske promjene u neke djece. Čini se da utjecaj na razvoj poremećaja imaju pridodani okolišni čimbenici. Vjerojatno je riječ o kompleksnoj interakciji između različitih čimbenika, od gena, biologije, do okoliša. Ako se kaže da je djelomično ili potpuno pod utjecajem gena, to nikako ne znači da bi se trebala primjenjivati samo medikamentna terapija (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016; Thapar i sur. 2013). U važne čimbenike ubrajamo prenatalnu toksičnu ekspoziciju, preternost, nisku porođajnu težinu, prenatalni mehanički inzult fetalnoga živčanog sustava, perinatalnu hipoksiju, izloženost alkoholu, drogama i duhanu. Pokazatelji genske osnove uključuju veću konkordantnost u monozigotnih nego dizigotnih blizanaca, te dvaput veći rizik od razvoja poremećaja kod braće/sestara (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016). Molekularnogenetička istraživanja upućuju na različite gene odgovorne za HP. Mnogi su neurotransmitori povezani s HP-om. Studije pretežno potvrđuju hipo-

Slika 37.1.

Integrativni model etiopatogeneze hiperkinetskog poremećaja.

Modificirano prema Quaschner i sur., 2011; Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016; Thapar i sur. 2013



tezu o mogućoj disfunkciji adrenergičkog (međuodnos noradrenalina i dopamina u prefrontalnom korteksu) i dopaminergičkog sustava (hipofunkcija dopamina), kao i serotoninergički sustav. Funkcionalne MR studije pokazale su promjene koje se odnose na pažnju i egzekutivne funkcije (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016). Promjene u EEG-u također mogu biti prisutne, a objašnjavaju se mogućim maturacijskim kašnjenjem. Postoji nedovoljno jasna povezanost s nekim prehrambenim alergenima: čokolada, kakao produkti, šećer, kravlje mlijeko, sirevi, dodatci boja u hrani (aditivi), sredstva za konzerviranje (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Djeca u institucijama često su prekomjerno aktivna i imaju smanjenu koncentraciju, što može upućivati na utjecaj psihosocijalnih čimbenika u etiopatogenezi, uključujući i traumatske okolnosti, zlostavljanje djece, PTSP djece, te dezorganizirana privrženost (attachment) (Hopf 2009; Richards 2013; Rutter i sur. 2002). Obiteljski čimbenici mogu pridonijeti pojavi ili stalnosti simptoma, uključujući i mentalnu bolest roditelja, neprikladni stil roditeljstva (Nikolić i Begovac 2000; Richards 2013; Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016). Sveukupno gledano, čini se da u etiopatogenezi sudjeluju ravnomjerno genski i okolišni čimbenici.

37.5.2. Psihodinamski aspekti

Iza manifestnog ponašanja mogu postojati različiti konflikti i strukture, od višeg do nižeg stupnja konflikta/deficita (Hopf 2009). Ovdje će biti navedene neke mogućnosti. Prvo, motorička je aktivnost jednostavan arhaiski organ odvođenja napetosti za prekomjernu unutarnju napetost. Drugo, motorička aktivnost posljedica je nemogućnosti simbolizacije i mentaliziranja, koje pruža određenu relaksiraniju i afektivno opušteniju situaciju. Kod dobrog odnosa između skrbnika i djeteta (*containment*) lakše će se razviti simbolizacija i mentalizacija i bit će manja potreba za (motoričkim) eksternalizacijama. U djece koja nemaju simbolizacijske mogućnosti, bit će poremećena i igra, te tada nema dovoljne pažnje i usmjerenosti. Treće, motorička aktivnost može biti izraz konflikta/deficita individuacije, odnosno u sličnom bi se smislu moglo reći da motorička aktivnost daje naglasak na tijelo, odnosno na određenu restituciju. I, konačno, četvrto, motorička aktivnosti može u određenom trenutku biti manična obrana od depresije (Hopf 2009).

37.6. Klinička vinjeta

Posrijedi je dječak od osam godina, učenik drugog razreda osnovne škole. Prvi se kontakt ostvaruje zbog tegoba u obliku dominantne hiperaktivnosti zbog koje ga škola upućuje na pregled. Na temelju podataka dobivenih od roditelja i škole dječakovo se ponašanje može opisati ovako: nemiran, impulzivan, često u konfliktu s drugima. Emocionalne su reakcije nagle, impulzivne i kratka trajanja, što je u kontrastu s emocionalno toplim i suosjećajnim ponašanjem u drugim okolnostima, kada iskazuje brigu i nježnost. Kontakt s dječakom lako se uspostavio, emocionalno topao, nedistanciranog interpersonalnog ponašanja u kontaktu, u stalnom pokretu, tijekom komunikacije više puta spontano odlazi do prostora s igračkama, samoinicijativno započinje igru ne obazirući se na pozive liječnika i majke da nastavi započeti razgovor. U razdobljima kratke pažnje povremeno prihvaća komunikaciju unutar koje započinje teme prema vlastitu interesu, a potom konačno odustaje od bilo kakve verbalne komunikacije i vraća se igri. Tijekom terapijskog procesa dječak je bio uključen u multimodalni tretman (u kojem su dominirale individualna psihoterapija i terapija kod defektologa), a, s obzirom na nepovoljne obiteljske okolnosti, u psihoterapijski tretman i konzultacije bili su uključeni i dječakovi roditelji.

37.7. Liječenje

37.7.1. Opći principi liječenja, psihosocijalne metode liječenja, algoritmi liječenja

U literaturi postoji niz terapijskih smjernica za liječenje i odluka o načinima liječenja, a u pojedinom će slučaju ovisiti o različitim čimbenicima: težina simptomatologije, oštećenost funkcionalnih područja, prisutnosti komorbiditetnih poremećaja, kao i odgovora djeteta/roditelja na terapiju (Quaschner i sur. 2011). Razlika između ovih smjernica jest da europski autori ne preporučuju davanje medikamenata predškolskoj djeci, dok to američke smjernice ne isključuju. Svakako, ako se daje medikacija, ona se mora kombinirati s drugim primarnim psihosocijalnim (bihevioralnim, kognitivnim, psihodinamskim) terapijama. Liječenje treba biti individualizirano pojedinom djetetu, s ravnomjernom procjenom problema, ali i određenih snaga i sposobnosti djeteta. Povremeno se može otkriti da poneko dijete, unatoč poremećaju, ima talent za neke predmete ili aktivnosti, odnosno nerijetko djeca s

HP-om s vremenom postanu uspješne osobe, intelektualci, sportaši itd. U liječenju se najčešće primjenjuje multimodalna terapija, odnosno integracija različitih pristupa: psihološke intervencije (savjetovanje, bihevioralne, kognitivne, suportivne i psihodinamske terapije), farmakoterapija, savjetovanje roditelja i povremeno obiteljske terapije, kao i rad u školskom okruženju (v. tabl. 37.2.).

Tablica 37.2.

Terapija hiperkinetskog poremećaja.

Modificirano prema Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Quaschner i sur. 2011; Steinhausen 2010; Taylor i sur. 2004.

Psihoedukacija djeteta i roditelja
Bihevioralne terapije
Kognitivne terapije
Supportivne i psihodinamske terapije
Medikamentna terapija
Terapija komorbiditeta
Rad s roditeljima i obiteljske terapije
Druge metode liječenja
Rad u školskom okruženju
Multimodalne terapije
Pedagoške mjere
Stacionarno liječenje

Pojedini autori kao prvu mjeru navode savjetovanje i psihoedukaciju roditelja i djeteta, kojima je svrha otećenje roditelja i smanjivanje osjećaja krivnje (Lempp 2014; Quaschner i sur. 2011). Pri radu s roditeljima (trening roditeljstva) roditelje se pokušava uključiti u terapiju kao koterapeute, odnosno stimuliraju se prihvatljiviji odgojni stilovi, strukturiranje svakodnevice, davanje jasnih pravila, kao i postupnost (Lempp 2014; Quaschner i sur. 2011). Pod intervencijama u školi razumijevaju se intervencije u razredu koje će biti navedene poslije u tekstu (npr. sjedenje u prvoj klupi, bliže nastavniku, pozitivno poticanje itd.) (Quaschner i sur. 2011).

Algoritam multimodalnog liječenja kod HP-a mogao bi dakle biti kako slijedi u tekstu (Brown i sur. 2005; Dulcan i Benson 1997; NICE 2018; Pliszka 2007; Steinhausen 2010). Prema nekim autorima, na početku

liječenja potrebni su savjetovanje i psihoedukacija djeteta i roditelja. U različitim algoritmima liječenja u djece razmatra se uloga medikamentnog liječenja na početku, ako su vrlo izraženi simptomi odmah na početku, da se uopće dođe do drugih psihosocijalnih metoda liječenja. Postoji li lagana i umjerena simptomatologija, pokušat će se terapija psihosocijalnim metodama, ako je pak riječ o dodatnoj obiteljskoj disfunkciji, više će se primjenjivati mjere usmjerene prema roditeljima i obitelji. Ako postoje disfunkcije u školskoj sredini, mogu se primjenjivati i intervencije u školama. Od psihosocijalnih intervencija mogu se načelno primjenjivati kognitivno-bihevioralne ili psihodinamske. U slučaju perzistiranja ili težih oblika tijekom liječenja mogu se rabiti različite kombinacije: npr. bihevioralne intervencije i medikamentno liječenje. Potrebno je također procijeniti mogućnost komorbiditetnih poremećaja, na koje treba također usmjeriti terapijska nastojanja. Potrebna je stalna evaluacija liječenja.

37.7.2. Specifične terapije

Bihevioralne terapije koriste se metodama treninga, modifikacijama ponašanja i operantnim metodama, a uključuju djecu/adolescente, kao i njihove roditelje (Pfiffner i Haack 2014; Quaschner 2011). Ovdje se primjenjuju identifikacija ponašanja i problematičnih situacija, stimulacija poboljšanja, analiza pozitivnih i negativnih ponašanja, poboljšanje percepcije od roditelja; posredovanje učinkovitije komunikacije; nagrađivanje poželjnog ponašanja; izostanak nagrade u slučajevima negativnih posljedica, te uključivanje djeteta i roditelja kao aktivnih sudionika terapije (Steinhausen 2010). **Kognitivne terapije** temelje se na samoinstrukcijama, kada se dijete uči vlastitoj regulaciji impulsa, uzimajući u obzir definiciju problema, razvoj rješenja, postupak s pogreškama te razvoj samokontrole (Steinhausen 2010). Jedan od ciljeva **supportivnih i psihodinamskih psihoterapija** može biti osposobljavanje djeteta da iskoristi svoje najbolje intelektualne potencijale i unatoč poremećenoj pažnji, a posebno je važno pokušati djetetu ojačati samopouzdanje i samopoštovanje kako bi se spriječilo da se dijete doživljava uvijek lošim u očima drugih i prema samom sebi, jer se na toj osnovi razvija trajno nezadovoljstvo. **Psihodinamske terapije** orijentirat će se na povećanju simbolizacijskih i mentalizacijskih mogućnosti djeteta putem sadržavajuće funkcije terapeuta. Ovo će se u povoljnom smislu odigravati kada umjesto difuzne

napetosti i hiperaktivnosti nastanu tijekom psihoterapijskog procesa specifičnije želje i diferenciraniji osjećaji (Hopf 2009). Pokatkad će preduvjet psihodinamske terapije biti davanje lijeka, koji će uopće dovesti do psihoterapije (Hopf 2009).

Kao **druge moguće terapije** unutar multimodalnoga pristupa mogu biti motorički treninzi, odnosno fizičko vježbanje (aerobik, vježbanje joge) (Cerrillo-Urbina i sur. 2015), senzorički trening, radna terapija, muzikoterapija, metode relaksacije, terapijsko jahanje konja, primjena dijete itd. (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). *Neurofeedback* se zasada još smatra eksperimentalnom metodom liječenja (Lempp 2014). Sama restriktivna dijeta i izostavljanje određenih dodataka hrani (aditivi) može u pojedine djece dovesti do poboljšanja (Sonuga-Barke i sur. 2013; Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016). Nadalje, nadomjesno davanje omega-3 kiselina uz druge terapije pokazalo se kao pozitivno poboljšanje (Bloch i Qawasmi 2011; Sonuga-Barke i sur. 2013; Sonuga-Barke i Taylor 2015; Stevenson i sur. 2014; Thapar i Cooper 2016). Omega-3 kiseline mogu se davati kao pojačanje druge medikamentne terapije, ali i kao jedina terapija ako roditelji odbijaju uobičajenu medikamentnu terapiju (Bloch i Qawasmi 2011).

U slučaju težih oblika mogu biti indicirane i druge vrste liječenja: pedagoške mjere, institucionalno liječenje, stacionarno liječenje, gdje će se, u pravilu, primijeniti multimodalno liječenje koje će provoditi multidisciplinarni tim (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Quaschner i sur. 2011).

37.7.3. **Medikamentna terapija**

Treba prethodno pročitati poglavlja o psihofarmakoterapiji, te o liječenju lijekovima za HP. Cilj medikamentne terapije uključuje kontrolu simptoma, poboljšanje školskog uspjeha, poboljšanje interpersonalne interakcije, kao i olakšavanje prelaska u odrasliju dob (Pliszka 2007; Quaschner i sur. 2011).

Trebalo bi svakako izbjegavati da medikamentna terapija bude jedina terapija u liječenju. Sama dijagnoza HP-a nikako ne znači da se treba davati samo medikamentna terapija. Sama medikacija često je nedovoljna da zadovolji cjelokupnu terapijsku potrebu djece i često je samo dio multimodalnoga pristupa (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Međutim, medikamentna terapija može kao dio multimodalnog liječenja biti vrlo korisna (Mattejat i Schulte-Markwort

2013). Rijetko se daje medikacija prije šeste godine života (Lempp 2014). Na odluku o medikamentnom liječenju utjecat će utvrđena dijagnoza, izražena simptomatologija te izostanak povoljnog rezultata psihosocijalnog liječenja (Quaschner i sur. 2011). Preporuke za davanje ovakvih lijekova daje liječnik specijalist (Quaschner i sur. 2011). U pravilu se ne daju anksiolitici pri liječenju HP-a (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

U Hrvatskoj je za liječenje HP-a odobren metilfenidat. Atomoksetin je ukinuto odobrenje u Hrvatskoj, međutim, *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) ga i dalje odobrava, uz guanfacin, tako da se ova dva lijeka mogu rabiti kao „off label” primjena. Načelno se mogu rabiti i lijekovi iz drugih skupina (npr. antipsihotici i amitriptilin), trebaju se pogledati posebni odjeljci u vezi s njima i onda se oni uporabljaju kao „off label” primjena. Lijek prvog reda jest metilfenidat, dok su atomoksetin, guanfacin, antipsihotik (npr. haloperidol i risperidon) i amitriptilin lijekovi drugog i daljnjeg izbora (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Stevenson i sur. 2014; Thapar i Cooper 2016).

U posebnim su poglavljima opisane psihofarmakoterapija (v. posebno poglavlja 73 i 74), nuspojave, indikacije, kontraindikacije, laboratorijske pretrage prije davanja lijekova itd., a posebno metilfenidata, atomoksetina, guanfacina, antipsihotika i amitriptilina. Liječenje amitriptilinom u posljednje se vrijeme načelno izbjegava. Liječenje lijekovima za HP treba brižljivo pripremiti, u skladu s uputama navedenima na drugome mjestu (v. druga posebna poglavlja 73 i 74).

Bitno je roditeljima objasniti da metilfenidat nije sredstvo za umirivanje, kao i da ne postoji ni opasnost od ovisnosti o njemu, kako se nekada pogrešno navodi u medijima (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Dapače, ako se HP ne liječi, postoji veća šansa za stvaranje ovisnosti o različitim drugim supstancijama. Dodatna obavijest o medikaciji za roditelje jest da se uporabljaju više godina. Kao i svi drugi lijekovi imaju svoje nuspojave s kojima treba roditelje upoznati (npr. depresivno raspoloženje, pojavljivanje tikova, povišenje krvnog tlaka). Ako se pojavi tik, može se kombinirati s drugim lijekovima (npr. antipsihotici) i ne mora se odmah dokinuti terapija metilfenidatom (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Quaschner i sur. 2011). Alternativno, mora se ubrzo odvagnuti potreba dokidanja metilfenidata te pratiti hoće li tikovi nestati. Ako tikovi ne nestanu uskratim davanje metilfenidata, mogu se davati drugi lijekovi koji se rabe kod tikova

(npr. antipsihotici) (v. posebno poglavlje 38 o tiko-vima). Posebno je potrebno svake pola godine mjeriti tjelesnu masu i visinu, kao i druge laboratorijske pretrage, odnosno potrebno je svaku godinu dana evaluirati tijek liječenja.

Potrebno je prije uporabe lijeka obaviti pretrage koje su navedene prethodno u tekstu, kao i u posebnom poglavlju 73 o psihofarmakoterapiji. Liječenje se, u pravilu, metilfenidatom provodi najmanje oko pola godine do godinu dana (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Obično se tijekom puberteta prestaje s davanjem metilfenidata. Tijekom ljetnih praznika načelno se može izostaviti davanje metilfenidata (Mattejat i Schulte-Markwort 2013), pa ga se ponovno uvodi oko dva tjedna prije polaska u školu. Tablete se ne smiju dijeliti (Quaschner i sur. 2011).

Ako nema učinka metilfenidata, preporučuje se primjena atomoksetina, koji treba postupno uvoditi tijekom 2 do 4 tjedna (Lempp 2014). Prije davanja atomoksetina potrebno je također učiniti dijagnostičke pretrage kako su navedene kod metilfenidata. Posebno treba paziti na učinak na srce (EKG), kao i na jetrene enzime (bilirubin, AST, ALT) (Lempp 2014). Učinak treba čekati od 6 do 8 tjedana (Lempp 2014). Povremeno atomoksetin može biti prvi izbor liječenja (Lempp 2014), slično preporukama navedenima u posebnim poglavljima 73 i 74. Kontraindikacije za primjenu atomoksetina slične su apsolutnim kontraindikacijama metilfenidata, uz dodatno feokromocitom. Poseban je oprez potreban kod strukturnih poremećaja srca. Nuspojave atomoksetina opisane su u poglavlju o psihofarmakoterapiji.

Mogu se davati antipsihotici, ali samo kao dio multimodalnog tretmana. Vrlo se korisnim kao lijek pokazao antipsihotik haloperidol, s kojim postoji višedesetljetno iskustvo liječenja u djece, ali su mogući i drugi lijekovi npr. risperidon. Povremeno se mogu primijeniti i kao prvi izbor medikamentnog liječenja. Posebno mogu biti korisni pri dodatnom agresivnom ponašanju i/ili afektivnoj nestabilnosti, odnosno u djece s autističnim spektrom ili intelektualnim teškoćama (Quaschner i sur. 2011).

37.8. Tijek, ishodi

Prekomjerna je aktivnost često prvi simptom koji se ublažuje ili nestaje tijekom vremena, odnosno u odrasloj se dobi pretvara u osjećaj nemira (Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016). Zanimljivo je da

se impulzivnost tijekom adolescencije lagano povećava, ali opet tijekom adolescencije sveukupno pokazuje trend smanjivanja. Poremećaj pažnje pokazuje više konstantnosti, uz blago povećanje u adolescenciji, u odrasloj se dobi više manifestira dezorganizacijom i teškoćama s novcem, držanja redoslijeda, te problemima u odnosima i prema poslu. Postoji velika zabluda da će se u pubertetu različiti hiperkinetski simptomi sami po sebi izgubiti (Quaschner i sur. 2011; Steinhau-sen 2010). Tijek poremećaja vrlo je varijabilan. Oko 50 do 65 % ili do tri četvrtine oboljelih ima i u odrasloj dobi HP, odnosno lošiju prognozu (Lempp 2014; Sonuga-Barke i Taylor 2015; Thapar i Cooper 2016) i veći rizik od antisocijalnog ponašanja, uzimanja psihoaktivnih tvari i poremećaja raspoloženja. Optimalni su ishodi vezani uz poboljšanje socijalne funkcionalnosti, umanjivanje agresivnosti i poboljšanje obiteljske situacije. Rizik od lošijeg ishoda imaju djeca s težom simptomatologijom, smanjenom inteligencijom, nižim socioekonomskim statusom, te s izrazitijom agresivnošću, lošim roditeljskim stilom, kao i sa psihičkim bolestima roditelja (Quaschner i sur. 2011; Steinhau-sen 2010).

S obzirom na to da je HP primjer nastalog poremećaja u djetinjstvu, s ozbiljnim posljedicama u odrasloj dobi ako se ne liječi, u literaturi postoji, osim ovih stručnih i znanstvenih saznanja, i razrađeni financijski izračuni npr. studije financijske isplativosti (*cost effective studije*), koji govore o velikim financijskim izdancima za jedno dijete koje nije liječeno u djetinjstvu (Knapp i Evans-Lacko 2015).

37.9. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Postoji jedan ekstrem gledanja na HP da se simptomi omalovažavaju, dok, s druge strane, postoji jednostranost u stajalištu da se na poremećaj gleda kao na odgojnu zapuštenost, a zapravo oba pristupa treba izbjegavati.
- ✓ Potrebno je ohrabrivati dijete rečenicama: „Hajdemo nešto zajedno napraviti“ umjesto „Moraš se promijeniti“.
- ✓ Naglašavati pozitivne osobine u djeteta.
- ✓ Pojedinačno pristupati djetetu u smislu „Danas si baš dobro uspio“ umjesto usporedbe s drugima: „Drugi su / tvoja sestra je to već davno svladala“.

- ✓ Potrebno je gledati na HP kao na psihičku poteškoću. Ostanite smireni. Jasno je da je učiteljima/nastavnicima vrlo teško predavati ako u razredu imaju dijete/adolescenta s HP-om. Pomislite ipak da to dijete zapravo ima jedan poremećaj vlastitih sposobnosti. Budite također svjesni da nećete uvijek u svim situacijama biti perfektni roditelji/pedagozi.
- ✓ Provjerite sastav svojeg razreda. Pedagoške i terapijske mjere u razredu mogu biti usmjerene na razred u cjelini. Broj djece s različitim poremećajima u jednom razredu treba biti ograničen.
- ✓ Provjerite organizaciju školske sobe. Provjerite na kojem mjestu dijete/adolescent sjedi. U načelu se pokazalo boljim da ovakva djeca sjede više u prednjim klupama. Ne preporučuje se da djeca sjede pokraj druge nemirene djece/adolescenata.
- ✓ Kreirajte svoju nastavu po mogućnosti strukturirano, ali i podložno prilagodbi. Pojedina se područja preporučuje predavati kompaktno i kratko, ali uz korištenje i promjenom različitih didaktičkih nastavnih aktivnosti. Primjerice, „Ovdje je teka i olovka, hajdemo zajedno napraviti zadaću“.
- ✓ Pospješujte svoje pozitivne odnose prema učenicima. Katkada je odnos učenik – učitelj opterećen, pa se teže primijete pozitivni dijelovi, odnosno iskustva. Djeci/adolescentima s HP-om potrebno je mnogo više snage i poticaja da bi mogla pratiti školsko gradivo, što se inače podrazumijeva za drugu djecu. Nađite trenutke da možete nasamo učenika/učenicu upozoriti na njegove pozitivne strane.
- ✓ Razgovarajte o problemima i različitosti djece/adolescenata u svojem razredu. Pojedina druga djeca mogu također u nekim drugim područjima zakazivati.
- ✓ Postavljajte jasna pravila. Postavljajte pravila koja je moguće održavati. Razmislite o pozitivnim posljedicama pridržavanja pravila, kao i o mogućim negativnim posljedicama zbog nepridržavanja pravila.
- ✓ Pohvalite učenika/učenicu kada on/ona nešto dobro učini, odnosno kada se drži pravila.
- ✓ Budite dosljedni. Nemojte očekivati da će se uvijek djeca/adolescenti moći pridržavati pra-

vila. U slučaju negativnih posljedica dobro je reagirati odmah, a ne kasnije.

- ✓ Vodite dijete/adolescenta većoj mogućnosti samokontrole. Djeca nakon četvrtog razreda osnovne škole mogu već pomalo stjecati veće mogućnosti samokontrole.
- ✓ Održavajte kontakt s roditeljima. Razgovarajte s roditeljem, ako je moguće, o problemima, izbjegavajte predbacivanja problema roditeljima. Umjesto toga više se upustite u proces zajedničkog rješavanja problema.
- ✓ Najčešće se u terapiji primjenjuje multimodalno liječenje, koje primarno uključuje psihosocijalne metode liječenja. Rijetko se uporabljuje samostalno medikamentno liječenje, međutim, može se rabiti kao dio multimodalnoga tretmana. Bitno je roditeljima objasniti da metilfenidat nije sredstvo za umirivanje, kao i da ne postoji ni opasnost od ovisnosti o njima, kako se katkada pogrešno navodi u medijima.
- ✓ Roditelji se mogu uključiti u udruge roditelja djece s HP-om, gdje mogu dobiti potporu i razumijevanje.
- ✓ Ako imate dojam da ne možete izići na kraj s problemima, konzultirajte se sa stručnim službama u školama, te se po potrebi možete konzultirati i dječjim i adolescentnim psihijatrom, odnosno sa stručnjacima suradnih struka.

37.10. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Postoji li uopće dijagnoza HP-a?

ODGOVOR: Dijagnoza HP-a ili ADHD-a jest pouzdana (reliabilna) i valjana (validna) dijagnoza. U praksi i različitoj literaturi postoje različiti neosnovani mitovi. Jedan je od njih svakako da uopće ne postoji ova dijagnoza, te da su je psihijatri „izmislili“, ili da je formirana radi potrebe prodaje lijekova farmaceutskih kompanija. Slično mnogim drugim dijagnozama temelji se na kliničkim simptomima (slično npr. shizofreniji ili migreni) i jasno su u postojećim klasifikacijama određeni kriteriji kako ih treba dijagnosticirati. Nepriznavanjem dijagnoze HP-a postoji velika opasnost od omalovažanja problema ovih osoba, kao i rizik od negativnih posljedica u odrasloj dobi: antisocijalno i kriminalno ponašanje, depresivni poremećaj, zloraba droga itd.

■ **PITANJE: Što znamo u literaturi o „nemirnom Filipu“?**

ODGOVOR: „Nemirni Filip“ (njem. *der Struwwelpeter*) opisan je u radu liječnika dr. Heinricha Hoffmanna iz godine 1845., koji je u stihovima opisao nemirnog dječaka koji je pokazivao izrazitu motoričku hiperkinezu i ponašajne smetnje. Tada je ta knjiga imala više moralističko značenje.

■ **PITANJE: Kako su se prije nazivali poremećaji ili koji su to srodni poremećaji uz HP?**

ODGOVOR: U uporabi je bilo mnogo termina, neki su od njih bili uže, a neki šire definirani, neki su bili sinonimi, a neki su bili zasebni i preklapali se. Međutim, danas ih više ne upotrebljavamo, a neki su se termini preklapali s terminom „specifičnih razvojnih smetnji“. To su bili termini: „laka rana oštećenja“; „rani egzogeni psihosindrom“; „djeca organičari“; „psihoorganski sindrom“; „minimalno cerebralno oštećenje“; „minimalna cerebralna disfunkcija“ itd. Pojedini autori i danas razlikuju HP, cerebralnu disfunkciju i specifične razvojne poremećaje kao tri entiteta (tri koncentrična kruga), koja mogu imati svoje zasebnosti, ali i preklapanja.

■ **PITANJE: Zbog moguće prekomjerene dijagnostike HP-a, koje je kriterije klasifikacije preporučljivo primjenjivati?**

ODGOVOR: Danas je preporuka da se rabe kriteriji MKB-10 klasifikacije, jer je uže definirana.

■ **PITANJE: Kakav je danas status izoliranog poremećaja pažnje (bez poremećaja aktivnosti)?**

ODGOVOR: Ovo je kontroverzno područje. DSM-5 ga navodi kao mogućnost, dok ga u MKB-10 zapravo ne navode kao podtip. Kontroverzno je pitanje ovog poremećaja pažnje jer postoji velika korelacija sa simptomima hiperkinetike/impulzivnosti. Nadalje, dodatna komplikacija jest to da se značajan poremećaj pažnje može nalaziti kod različitih kliničkih slika: kod intelektualnih teškoća, autističnog spektra poremećaja, psihotičnog poremećaja, kod bolesti mozga, specifičnih poremećaja učenja, kod stresnih poremećaja, poremećaja prilagodbe, emocionalnih poremećaja, zlorabe supstancija, poremećaja privrženosti i razvojnih poremećaja ličnosti.

■ **PITANJE: Kakav je način liječenja HP-a u predškolskog djeteta?**

ODGOVOR: Način liječenja u predškolskog djeteta jest svakako dominantno psihosocijalnim metodama i pretežno je multimodalan. Malokad će se primjenjivati

medikamentna terapija, međutim, u iznimnim će se slučajevima ona primijeniti da bi se došlo do veće suradljivosti ili nekog drugog oblika psihosocijalnog liječenja.

■ **PITANJE: Što znači rečenica da HP „nije izlječiv, ali se može liječiti“?**

ODGOVOR: Ova rečenica upućuje na ozbiljnost dijagnoze HP-a jer velik broj simptoma perzistira u odraslu dob. Međutim, to nas nikako ne treba obeshrabrivati u našim terapijskim nastojanjima, koja su, prema sadašnjem stanju stvari, vrlo šarolika.

■ **PITANJE: Koje mogu biti zablude pri davanju metilfenidata u HP-u?**

ODGOVOR: Neosnovane zablude pri davanju metilfenidata jesu da ima sedirajuće djelovanje, da potiče ovisnost i dovodi do narkomanije, da se ne smije davati u pubertetu i dalje, da je metilfenidat vrlo „ljuto i jako“ sredstvo pa da ga treba rezervirati samo za iznimne slučajeve, da metilfenidat djeluje paradoksalno u smislu „stimulirajućeg sredstva“. Zadnja neosnovana zabluda jest da će HP sam od sebe proći nakon puberteta.

■ **PITANJE: Mogu li se djeca s HP-om uopće liječiti psihodinamskom terapijom?**

ODGOVOR: Svakako da se mogu. Premda je dokazana etiopatogeneza različitih čimbenika (od genske do okolišne), u terapijama se također može primijeniti i psihodinamski pristup. U djece s HP-om mogu postojati različita psihodinamska strukturna oštećenja (deficiti) i različiti razvojni psihički konflikti, dominiraju ipak oni niske i srednje razine. Posebno će u psihodinamskom smislu biti fokus na simbolizaciji, mentalizaciji te na pozitivnoj sadržavajućoj (*containment*) funkciji terapeuta.

37.11. Pitanja

- 1 Koji je trijas sindroma kod hiperkinetskog poremećaja?
- 2 Navedite simptome koji se odnose na skupinu (klaster) poremećaja pažnje, impulzivnosti i hiperkinetike kod hiperkinetskog poremećaja.
- 3 Navedite sažetu etiopatogenezu hiperkinetskog poremećaja.
- 4 Kojim se lijekovima koristimo pri liječenju hiperkinetskog poremećaja?

- 5 Navedite metode liječenja kod hiperkinetskog poremećaja.
- 6 Navedite osnovne principe psihosocijalnog liječenja kod hiperkinetskog poremećaja.
- 7 Navedite tijek i ishode hiperkinetskog poremećaja.

37.12. LITERATURA

1. *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. 2018. Dostupno na: <http://www.aseba.org/>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
2. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Barkley RA*. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1996.
4. *Begovac I, Majić G, Vidović V i sur.* Hiperkinetički poremećaj. U: Barišić N, ur. Pedijatrijska neurologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 744-747.
5. *Bloch MH, Qawasmi A*. Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(10):991-1000.
6. *Breen MJ, Altepeter TS*. Factor structures of the Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire. *J Pediatr Psychol* 1991;16(1):59-67.
7. *Brown RT, Amler RW, Freeman WS i sur.* Treatment of attention- deficit/ hyperactivity disorder: overview of the evidence. *Pediatrics* 2005;115:e749-57.
8. *Cerrillo-Urbina AJ, García-Hermoso A, Sánchez-López M i sur.* The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child Care Health Dev* 2015;41(6):779-88.
9. *Conners CK*. Conners' Rating Scales – Revised: Long Form. Multi-Heath Systems; North Tonawanda, NY: 1997.
10. *Dalsgaard S*. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22 Suppl 1:S43-8.
11. *Dulcan MK, Benson RS*. AACAP Official Action. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(9):1311-7.
12. *Goodman R*. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(11):1337-45.
13. *Hopf H*. Psychoanalyse von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). U: Hopf H, Windaus E (eds). Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. München: CIP Medien; 2009, str. 327-342.
14. *Kent L, Craddock N*. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disord* 2003;73(3):211-21.
15. *Knapp M, Evans-Lacko S*. Health economics. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur.,ur. Rutter's child and adolescent psychiatry. Sixth edition. The Atrium: Wiley & Sons; 2015, str. 227-238.
16. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
17. *Lynskey MT, Hall W*. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: Is there a causal link? *Addiction* 2001;96:815-22.
18. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
19. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. 2018. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2018. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
20. *Nikolić S, Begovac I*. Sindrom ADHD (hiperaktivni poremećaj s deficitom pozornosti) u djeteta i obiteljska psihodinamika: stvaranje boljih uvjeta liječenja u okviru integrirane dječje psihijatrije. *Soc psihijat* 2000; 1:35-8.
21. *Quaschner K, Theisen FM, Becker K*. Hyperkinetische Störungen. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 157-166.
22. *Pliszka S*. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(7):894-921.
23. *Pfiffner LJ, Haack LM*. Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23(4):731-46.
24. *Richards LM*. It is time for a more integrated bio-psychosocial approach to ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2013;18(4):483-503.
25. *Rutter M, Roy P, Kreppner J*. Institutional care as a risk factor for inattention/overactivity. U: Sandberg S,ur. Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood. Second Edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2002, str. 417-34.
26. *Sonuga-Barke EJS, Taylor E*. ADHD and hyperkinetic disorder. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur., ur. Rutter's child and adolescent psychiatry. Sixth edition. The Atrium: Wiley & Sons; 2015, str. 738-756.
27. *Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S i sur.* Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 2013;170(3):275-89.
28. *Stevenson J, Buitelaar J, Cortese S i sur.* Research review:the role of diet in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder-an appraisal of the evidence on efficacy and recommendations on the design of future studies. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55(5):416-27.

29. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
30. *Streeck- Fischer A.* Borderline-Risiken- Persönlichkeit- entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. München: CIP Medien; 2009, str. 483- 505.
31. *Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E i sur.* Attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998;351(9100):429-33.
32. *Taylor E, Döpfner M, Sergeant J i sur.* European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13 Suppl 1:I7-30.
33. *Thapar A, Cooper M, Eyre O i sur.* What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(1):3-16.
34. *Thapar A, Cooper M.* Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2016; 19;387(10024):1240-50.
35. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Tikovi

Ivan Begovac

SADRŽAJ

38.1. Uvod	508
38.2. Epidemiologija	508
38.3. Klinička slika	508
38.4. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet	509
38.5. Etiopatogeneza	511
38.5.1. Integrativni aspekti	511
38.5.2. Psihodinamski aspekti	511
38.6. Klinička vinjeta	511
38.7. Terapija, ishodi	512
38.7.1. Opća načela liječenja	512
38.7.2. Liječenje pojedinih kliničkih slika	512
38.7.3. Ishodi	513
38.8. Upute za roditelje/nastavnike	513
38.9. Često postavljena pitanja	514
38.10. Pitanja	515
38.11. Literatura	515

38.1. Uvod

Tikovi su nevoljne, nagle, brze, repetitivne kretnje, neritmične motoričke kretnje (u pravilu, pojedine skupine mišića) i/ili vokalizacije, a koje su tipično kratke i nastupaju u napadajima (salvama) te naoko nemaju neku svrhu (APA 2013; Cohen i sur. 2013; Hebebrand 2011; Lewis 1996; Steinhausen 2010, Walkup i sur. 2010; WHO 1993). Posebno se u literaturi raspravljalo o definiciji tika jer se na taj način određuje dijagnoza (Cohen i sur. 2013; Walkup i sur. 2010). Pojedini autori navode ključna dodatna obilježja tika: 1. sposobnost da ga se na kratko vrijeme inhibira; 2. inhibicija uzrokuje neugodu ili senzorički osjećaj prije tika; 3. aktivno je sudjelovanje potrebno u provedbi tika; te 4. često je visoko sugestibilan (Mills i Hedderly 2014). Tipično je za tikove da mogu fluktuirati, odnosno stalno se mijenjati (Steinhausen 2010).

Pojedini autori navode vremenski tijek događanja jednog tika. Prvo postoji neugodan predosjećaj (senzomotorni fenomen kao analog svrbežu), zatim osjećaj napetosti, slijedi realizacija tika, nakon tika slijedi umanjenje napetosti (sekunde do minute) te neugodan predosjećaj itd., dakle slijedi opet isti slijed (Lempp 2014). Neugodu pacijentu čine sami tikovi, ali postoji i neugoda prije izvršenja tikova (Franklin i sur. 2012). Međutim, taj „neugodni senzorički predosjećaj“ može katkada kod djece izostajati i u većoj mjeri se nalazi od desete godine (Cohen i sur. 2013; Franklin i sur. 2012). Osim „senzoričkog predosjećaja“, može postojati i opća „somatska hipersenzitivnost“ (Cohen i sur. 2013).

U literaturi se navode da tikovi mogu biti „napola voljni“ jer ih osoba povremeno svjesno može potisnuti (Franklin i sur. 2012). **Prema težini** mogu biti **lagani ili teški**. **Prema manifestaciji** mogu biti **motorički ili vokalni**. **Prema složenosti** mogu biti **jednostavni** (zahvaćaju samo jednu regiju mišića, radi se naizgled o besmislenoj kretnji ili je riječ o jednostavnoj vokalizaciji) ili **složeni**, odnosno generalizirani što može izgledati da imaju smisao, da su elaborirani (Murphy i sur. 2013; Steinhausen 2010). Jednostavni motorički tikovi mogu biti pojedinačni jednostavni motorički pokreti (npr. žmirkanje očima, pokreti pojedinih skupina mišića lica – grimasiranje, zabacivanjem glave ili zabacivanje ramenima), pa sve do kompleksnih motoričkih tikova (npr. trčkanje, samoudaranje, kompleksne forme hvatanja ili kretanja koje izvana mogu izgledati kao smislene). Konačno, možemo ih podijeliti na **posebne forme**, a to su **ehopraksija** koja označuje ponavljanje

kretnji drugih, te **kopropraksija**, koja označuje složene opscene kretnje. Vokalni tikovi mogu biti određeni jednostavni glasovi (kašljanje, uzdisanje, lajanje, njuškavanje, piskanje itd.), pa sve do kompleksnih vokalnih tikova (npr. vikanje, zviždanje) te posebne forme, a to su **koprolalija** koja označuje izgovaranje opscenih riječi te **palilalija**, kada se ponavljaju vlastite riječi ili **eholalija**, kada ponavljaju riječi drugih.

Tikovi su često povezani s dosadom, sramom, kao i s lošijim samopoštovanjem te sa socijalnom izolacijom (Franklin i sur. 2012). Tipično se tikovi pojačavaju pri stresu, veselju, u napetim situacijama, povremeno dijete može kontrolirati manifestaciju tikova. Češće se tikovi pojavljuju u obitelji u kojoj već postoje tikovi, što upućuje na gensko nasljeđe. Često nestaju tijekom spavanja, međutim, pokatkad to ne mora biti slučaj (Bürgin 1993).

DSM-5 definira tikove kao nagle, brze, ponavljajuće, neritmične motoričke pokrete ili vokalizacije (APA 2013). U **tablici 38.1.** prikazani su različiti poremećaji s tikovima, naime, razlikuju se tri entiteta: poremećaj s prolaznim (*provisional*) tikom; poremećaj s kroničnim motoričkim ili glasovnim tikom te Touretteov sindrom. Kriteriji klasifikacije MKB-10 su vrlo slični kriterijima klasifikacije DSM-5 (WHO 1993).

Danas pojedini autori govore o **spektu poremećaja tikova**, na jednom su kraju prolazni tikovi, dok je na drugome kraju Touretteov sindrom (Bürgin 1993).

38.2. Epidemiologija

Prolazni su tikovi prisutni u 4 – 24 % školske djece, a kronični su tikovi prisutni oko 1 – 4 % slučajeva (Hebebrand 2011; Lempp 2014; Lewis 1996), dok je Touretteov sindrom prisutan u djece i adolescenata između 1 na 100 i 1 na 10 000 osoba. Više je prisutan u dječaka nego u djevojčica (3 – 5 : 1) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

38.3. Klinička slika

U poremećaju s prolaznim tikom pojavljuju se kao jedan ili više njih, tjednima i mjesecima. Obično su tikovi motorički (glava, vrat, i gornji dio tijela). Početak je tipičan između 3 i 10 godina. Obično su prognoze dobre. U poremećaju s kroničnim motoričkim ili glasovnim tikom dominira perzistencija više od 12 mjeseci. Touretteov sindrom dobio je naziv prema Georgeu Gillesu de la Tourette, koji ga je prvi opisao

Tablica 38.1.**Različiti poremećaji s tikovima.**

Modificirano prema DSM-5 i MKB-10.

Poremećaj s prolaznim (provisional) tikom	Poremećaj s kroničnim motoričkim ili glasovnim tikom	Touretteov sindrom
A. Pojedinačni i/ili multipli motorički i/ili glasovni tikovi	A. Pojedinačni i/ili multipli motorički ili glasovni tik, ali nikako oba	A. Multipli motorički tikovi i jedan ili više glasovnih tikova (dakle oba), ne moraju postojati istodobno
B. Trajanje je manje od jedne godine	B. Mogu nastajati i nestajati, međutim, traju više od jedne godine od početka pojedinačnog tika	B. Mogu nastajati i nestajati, međutim, traju više od jedne godine, od početka pojedinačnog tika
C. Početak je prije 18. godine života	C. Početak je prije 18. godine života	C. Početak je prije 18. godine života
D. Poremećaj se ne može objasniti fiziološkom djelovanju supstancija (npr. kokain) ili drugim medicinskim stanjima (npr. Huntigtonova bolest, postinfektivni /postviralni/ encefalitis);	D. Poremećaj se ne može objasniti fiziološkom djelovanju supstancija (npr. kokain), ili drugim medicinskim stanjima (npr. Huntigtonova bolest, postinfektivni /postviralni/ encefalitis)	D. Poremećaj se ne može objasniti fiziološkom djelovanju supstancija (npr. kokain), ili drugim medicinskim stanjima (npr. Huntigtonova bolest, postinfektivni /postviralni/ encefalitis);
E. Isključuju se Touretteov sindrom te poremećaj s kroničnim motoričkim ili glasovnim tikom	E. Isključuje se Touretteov sindrom - Dodatno se može specificirati da su samo motorički tikovi ili samo glasovni tikovi	/

godine 1885 (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U Touretteov sindromu tipično počinje motoričkim tikovima gornjeg dijela tijela te imaju svoju progresiju (od rostralnog do kaudalnog dijela tijela), tikovi se pojavljuju oko šeste godine života, a potpuna se klinička slika razvija oko jedanaeste godine, kada se pridodaju i vokalni tikovi (Bürgin 1993; Lempp 2014; Robertson 2012). Tipično, vokalni tikovi nastupaju nakon motoričkih tikova s jednostavnijim manifestacijama (čišćenje usta), i u pravilu, dvije godine nakon nastanka motoričkih tikova. Dakle, postoji kombinacija motoričkih i vokalnih tikova. Tipično se klinička slika pogoršava u adolescenciji, a pokazuje i trend progresije u odraslu dob (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Povremeno može uz eksplozivne repetitivne vokalizacije biti prisutna i ehopraksija, kao i koprofalija, ali nije uvjet (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

38.4. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet

U tablici 38.2. prikazane su osnove dijagnostike.

U dijagnostici je potrebna detaljna heteroanamneza jer djeca katkada tijekom anamneze umanjuju svoje probleme. Sama djeca zamjećuju samo jako izražene tikove (Lempp 2014). Važni su anamnestički podatci o vrsti tika (motorički, vokalni; jednostavni, složeni), broju tikova, intenzitetu tika, čestoći tika, pojavljivanju i nestajanju, mijenjanju lokalizacije, interferenciji s funkcionalnošću, o tijeku poremećaja, trend kroničnosti, može li se potisnuti pojavljivanje, te konačno psihosocijalni stresori, odnosno kako dijete doživljava subjektivno svoje tikove, kao i koji su „okidači“ i situacije koje pojačavaju tikove (situacijski kontekst). Posebno su važna pitanja uzima li dijete neke lijekove (npr. metilfenidat). Pojedini autori ne razlikuju kronične tikove od Touretteova sindroma, jer se zajednički radi o dugotrajnosti poremećaja (više od godine dana) te nam ova smjernica može pomoći u dijagnostici.

Potrebno je učiniti uobičajene laboratorijske nalaze, posebno EEG i antistreptolizinski titar, važno je provesti bar dva mjerenja titra radi moguće usporedbe (Lempp 2014). Važno je učiniti detaljan pedijatrijski neurološki status. Prema preporuci neurologa ili dječ-

Tablica 38.2.**Dijagnostika tikova.**

Modificirano prema Lempp 2014;
Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

Anamneza i heteroanamneza:
podatci o vrsti tika (motorički, vokalni; jednostavni, složeni), broju tikova; intenzitetu tika, čestoti tika, pojavljivanju i nestajanju, mijenjanju lokalizacije, interferencija s funkcionalnošću; o tijeku poremećaja, trend kroničnosti, može li se potisnuti pojavljivanje, te konačno psihosocijalni stresori, odnosno kako dijete doživljava subjektivno svoje tikove, pokušava li dijete samo umanjiti svoje tikove, te koji su „okidači“ i situacije koje pojačavaju tikove (situacijski kontekst); uzima li dijete neke lijekove?

Uobičajeni laboratorijski nalazi, posebno EEG i antistreptolizinski titar (važno je provesti bar dva mjerenja titra radi moguće usporedbe)

Pedijatrijski i neurološki status

Prema preporuci neuropedijatra ili dječjeg psihijatra treba učiniti CT mozga ili MR mozga

Psihološka dijagnostika, kao i procjena funkcije pažnje

Ljestvice simptoma
(npr. Yale-Touretteova simptomatska lista)

Uzeti u obzir moguće diferencijalnodijagnostičke entitete, odnosno komorbiditete

jeg psihijatra treba učiniti CT mozga ili MR mozga. Potrebno je također provesti uobičajenu psihološku dijagnostiku, kao i procjenu funkcije pažnje. U literaturi postoje posebne ljestvice koje se mogu primijeniti, npr. korisna je *Yale tik* simptomatska lista, kao i njihove izvedenice ili slične liste (Leckman i sur. 1989). U dijagnostici je potrebno uzeti u obzir moguće diferencijalnodijagnostičke entitete, odnosno komorbiditete (v. poslije).

U [tablici 36.3.](#) (v. posebno poglavlje 36) prikazani su najvažniji diferencijalnodijagnostički entiteti tikova u odnosu prema drugim entitetima. Diferencijalnodijagnostički, potrebno je razlikovati i isključiti druge neurološke poremećaje, prije svega koreju (načiniti dodatno antistreptolizinski titar zbog mogućnosti početka šarlaha ili upale srednjeg uha; preporuka je da se uzmu barem dvije vrijednosti titra), psihomotorni napadaji kod epilepsije, apsans napadaji (izvrtanje očima) te facijalni spazam, kao i sumnju na PANDAS (v. o PANDAS-u u poglavlju o OKP-u) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U [tablici 36.2.](#) (v. posebno

poglavlje 36) prikazana je diferencijalna dijagnoza tikova i motoričkih stereotipija, dok je u [tablici 57.3.](#) (v. posebno poglavlje 57) dodana i razlika s obzirom na OKP. Važno je razlikovati tikove od stereotipija, manirizama, kompulzivnih radnji te od vrtnji (jaktacija) (v. poglavlje 36 o motoričkim stereotipijama i sličnim poremećajima), premda su katkada prijelazi nejasni (Hebebrand 2011). Naime, tikove razlikujemo od stereotipija, jer je kod stereotipija riječ o voljnim, ponavljanim, nefunkcionalnim i često ritmičnim motoričkim pokretima, dok su kod tikova napadaji često u salvama, neritmični (Steinhausen 2010). Manirizme ili bizarno ponašanje definiramo kao uobičajene životne kretnje i čini (geste, mimika, govor) koji se promatraču čine pretjeranima, čudnima, pozerskima i uvrnutima, pokatkad se provode uz igrajuću notu. Pod manirizmom razumijevamo neprirodno, napuhano, umišljeno, u smislu hvalisanja i pravljenja važnim. Riječ je o repetitivnim, karakterističnim pokretima. Ne interferiraju s kvalitetom života te, u pravilu, nema automutilacije. Kompulzije su karakterizirane ponavljanim, na cilj usmjerene i na namjeru usmjerene aktivnosti kojima je svrha umanjene nelagode opsesivnih misli. Diferencijalnodijagnostički gledano, tikovi i konverzivni poremećaji mogu se dovesti u vezu na dva načina: jedan bi način bio promatranje međusobne isključivosti, a, s druge strane, moglo bi se gledati jesu li tikovi zapravo izraz konverzivnog poremećaja (v. poslije o etiopatogenezi) (Bürgin 1993). Pri pojavi tikova nakon 18. godine potrebno je misliti na rjeđe neurološke sindrome (npr. Wilsonovu bolest, neuroakantocitozu) (Lempp 2014).

Diferencijalnodijagnostički algoritam kod tikova mogao bi dakle biti sljedeći (Steinhausen 2010). Prvo, treba definirati tikove kao nagle, nevoljne, ponavljajuće motoričke pokrete ili nagle vokalizacije koje se čine da nemaju neku jasnu svrhu. Nadalje, potrebno je isključiti medikamentni uzrok (npr. metilfenidat, nuspojave drugih lijekova). U sljedećem će se koraku jasno isključiti „medicinska stanja“ kao što su npr. tumor mozga, encefalitis, infekcija streptokokom. Nadalje, potrebno je isključiti neurološka stanja (npr. koreja, epilepsija itd.). Nadalje, potrebno je razmotriti može li biti riječ o konverzivnom poremećaju (međusobno isključivanje ili je podloga tikova zapravo neurotski konflikt). Osim toga, ako postoji motorička akcija nakon određenih opsesivnih misli ili ako postoje namjerne motoričke akcije/vokalizacije koje služe redukciji straha, gađenja ili „neugodnog osjećaja“,

onda će vjerojatnije biti posrijedi OKP. Obilježje OKP-a jest ego-distonost, dok su tikovi ego-sintoni. Nadalje, ako je riječ o namjernim repetitivnim kretanjama koje imaju ugodni ili autoagresivni karakter, onda bi se radilo o motoričkim stereotipijama i navikama (jaktacijama). Potrebno je, usto, isključiti dodatni autistični spektar poremećaja ili intelektualne teškoće. U sljedećem je koraku potrebno isključiti trihotilomaniju u kojoj postoji nedostatak kontrole impulsa s mješavinom zadovoljstva, smirenja ili umanjenja napetosti. U sljedećem je koraku potrebno razmotriti mogućnost psihotičnog poremećaja, kada mogu, uz ostale simptome, dominirati i manirizmi. Konačno, nakon isključenja prethodno navedenoga treba razmotriti vremensko trajanje tikova, je li riječ o prolaznom poremećaju (manje od 12 mjeseci) te postoji li kombinacija motoričkih i vokalnih tikova (razlikovanje kroničnih tikova od Touretteova sindroma).

Komorbiditetno tikovi mogu biti povezani s hiperkinetskim sindromom (u oko polovice oboljelih) (Lempp 2014), s OKP-om (do 44 %) (Franklin i sur. 2012), kao i sa specifičnim razvojnim poremećajima, emocionalnim (anksioznim) poremećajima, poremećajima ponašanja, depresijom, suicidalnošću itd. (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Pojedini autori povezanost tikova, OKP-a i hiperkinetskog sindroma nazivaju „Touretteovom trijadom“ s obzirom na gensku povezanih ovih pojedinačnih entiteta (Kurlan 2010). Moglo bi se reći da dječaci češće imaju tikove i hiperkinetski sindrom, dok djevojčice imaju tikove i OKP (Kuran 2010). Općenito govoreći, zanimljivo je da hiperkinetski simptomi nastaju prije tikova, dok opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) nastaje nešto kasnije (ako se razvije), odnosno kad su se već razvili tikovi.

38.5. Etiopatogeneza

38.5.1. Integrativni aspekti

Etiopatogeneza nije poznata. Danas se smatra da preteže **genska osnova**. Nadalje, pretpostavlja se disfunkcionalnost bazalnih ganglija, frontalnog korteksa, kao i limbičkog sustava, u kojemu dolazi do disfunkcije dopaminergičkog, serotoninergičkog, noradrenergičkog, kolinergičkog, GABA sustava, kao i opioidnog sustava. Beta-hemolitički streptokok i posljedica imunosa reakcija u nekim je slučajevima odgovorna za prisutnost tikova (PANDAS sindrom). Od psihološ-

kih teorija navode se operantno kondicioniranje, kao i psihodinamske teorije (v. poslije u tekstu). Također treba procijeniti dinamiku u obiteljima, jer pojedine obitelji na djetetove simptome reagiraju kritično, okrivljujući dijete za poremećaj (Franklin i sur. 2012; Steinhausen 2010). Kod prolaznih tikova mogu biti prisutne prolazne stresne okolnosti (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013), dok kod kroničnih tikova može postojati interakcija „somatskih“ i genskih čimbenika s drugim psihološkim čimbenicima, kao i s obiteljskim (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

38.5.2. Psihodinamski aspekti

Nekoliko desetljeća unatrag psihoanalitičari su smatrali da su tikovi izraz neuroze (Abraham 1921; Gerard 1946; Mahler 1949), dok u današnje vrijeme prevladavaju genske i neurobiološke teorije. Prije opisani psihoanalitičari postulirali su tikove kao konverzivni poremećaj na analno-sadističkom stadiju, dakle na pregenitalnom razvoju. S druge strane, pridavan je i psihosomatski karakter tikovima (kada nema izražene simbolizacije simptoma), kao i traumatskim elementima. Danas psihoanalitičari kod tikova postuliraju razvojnu „deficitarnost ega“ te se naglašava sekundarno učvršćivanje tikova (Bürgin 1993). I danas vrijedi pravilo da tikovi mogu imati veliki raspon konfiguracija, od sličnosti s konverzivnim simptomima (gdje postoji jasnija simbolika; edipska razina, uz važnost različitih identifikacija) do više „deficitarnih aspekata“, kada su tikovi sličniji OKP-u (uz masivno potiskivanje agresivnih impulsa), ili pak u smislu psihosomatskog sindroma (kada dodatno dominiraju narcistička problematika, difuzna anksioznost i depresivnost). Stalno se u tom smislu ističe da djeca nemaju pristup vlastitom unutarnjem svijetu (Bürgin 1993). Danas se govori o nizu obiteljsko dinamičkih aspekata na način da djeca žive u visoko restriktivnim, autoritativnim i kontrolirajućim obiteljima u kojima postoji nedostatna kontrola impulsa i gdje se ne dopuštaju agresivna očitovanja djece i gdje se onda konflikti izbjegavaju. Pri ovom, zadnjem riječ je dakle i o značajnim interpersonalnim (i često transgeneracijskim) aspektima tikova (Bürgin 1993).

38.6. Klinička vinjeta

Riječ je o djetetu s **Touretteovim sindromom**. Na psihijatrijski pregled dolazi desetogodišnjak u pratnji

svoje majke. Obrađivan je prethodno kod neuropedijatra zbog tikova. Anamnestički se saznaje da su tikovi manjeg obujma i prolazni. Počeli su prije četiri godine, prvo izmjenjujući motorički. S vremenom su se pridodali i vokalni tikovi uz eholaliju. U posljednjih nekoliko mjeseci motoričke su nevoljne kretnje izrazitije: žmirkanje očima, pokreti rukama, čitavim tijelom. Dodatno su u kliničkoj slici prisutne nesanice, strahovi, manjak socijalizacije s vršnjacima te opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje. Trudnoća je bila održavana, porođaj uredan, a rani razvoj protekao je uredno. Od djetinjstva je bio bolešljiviji: imao učestalije upale grla, bronhitise. Po karakteru djeteta je od uvijek osjetljivije. Povezaniji je s majkom, uz prisutne simbiotske tendencije. Klinička slika ide u smjeru Touretteova sindroma, uz komorbiditet emocionalnog poremećaja. Provedena je dodatna psihijatrijsko-psihološka dijagnostika, preporučena je i daljnja kontrola kod neuropedijatra te preporučena psihoterapijska i psihijatrijska eksploracija radi uvođenja medikamentne terapije. Dane su upute stručnim službama u školi da uzmu u obzir kompleksnost djetetova poremećaja.

38.7. Terapija, ishodi

38.7.1. Opća načela liječenja

Liječenje treba biti sveobuhvatno, uključujući multimodalne principe i dovoljno fleksibilno. Dolaze u obzir psihoedukacija o aspektima bolesti, suportivno liječenje (terapija igrom), bihevioralno liječenje (*habit reversal therapy*), relaksirajuće tehnike, kognitivna terapija, psihodinamsko liječenje (lakši i umjereni oblici), kao i rad s roditeljima, uključujući i obiteljsku terapiju, te konačno i medikamentno liječenje (Bürgin 1993; Lempp 2014; Lewis 1996; Steinhausen 2010).

Medikamentno liječenje nije prvi izbor, ali se liječe komorbiditetna stanja (OKP, hiperkinetski sindrom) ili u slučaju jako izraženih tikova (teži oblici) (Steinhausen 2010). Pojedini autori navode sljedeće **indikacije za medikamentno liječenje**: Touretteov sindrom, tikovi nakon davanja metilfenidata, a da se nisu umanjili izostankom davanja metilfenidata, vokalni tikovi, trajanje dulje od jedne godine motoričkih tikova, kombinacija tikova sa simptomima OKP-a, odnosno s autoagresivnim ponašanjem (Steinhausen 2010). Najvažniji je lijek antagonist D2-receptora (npr. haloperidol), ali se mogu rabiti i drugi atipični antipsihotici (sulpirid, risperidon, aripiprazol) (Hebebrand 2011;

Mattejat i Schulte-Markwort 2013), kao i drugi atipični antipsihotici (olanzapin, kvetiapin, ziprasidon) (Steinhausen 2010), te guanfacin (odobrila ga je samo U.S. Food and Drug Administration- FDA) (Steinhausen 2010). Prema dosadašnjim iskustvima, guanfacin je lijek drugog ili daljnjeg izbora. U dječjoj se psihijatriji preferira monoterapija, a ne kombinacija lijekova. Pojedini će autori početi liječenje zapravo atipičnim antipsihoticima (sulpirid, risperidon) (Myrphy i sur. 2013; Steinhausen 2010). Malokad će cilj liječenja biti potpun gubitak tikova jer to onda obično zahtijeva visoke doze antipsihotika koji imaju svoje značajne nuspojave. Stoga je cilj medikamentnog liječenja učiniti tikove podnošljivijima. Posebna je situacija medikamentno liječenje hiperkinetskog sindroma (koji obično dolazi vremenski prije) i tikova. Načelno se tada daju izolirano lijekovi za liječenje tikova (antipsihotici, guanfacin), izolirano lijekovi za liječenje hiperkinetskog sindroma (metilfenidat i drugi) ili se pak daje njihova kombinacija (Lempp 2014), premda kombinacije lijekova treba izbjegavati. U tom slučaju kontroverzna je upotreba metilfenidata (ili atomoksetina), jer oni u nekim slučajevima pogoršavaju tikove, dok ih u drugim slučajevima umanjuju. Na primjer, ako se pojavi tik pri davanju metilfenidatom kod primarnoga hiperkinetskog sindroma, onda se može kombinirati s drugim lijekovima (antipsihotici) i ne mora se odmah dokinuti terapija metilfenidatom (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Quaschner i sur. 2011). Alternativno, mora se ubrzo odvagati potreba dokidanja metilfenidata te pratiti hoće li tikovi nestati. Ako tikovi ne nestanu uskratno davanja metilfenidata, mogu se davati uobičajeni lijekovi koji se upotrebljavaju pri postojanju tikova (prije opisani). Ako pak postoje dodatni OKP i depresija, mogu se primjenjivati dodatno selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) ili sulpirid (Lempp 2014). Pri davanju lijekova rabe se uobičajene smjernice koje uključuju i redovite kontrole statusa i laboratorijskih nalaza. Treba biti oprezan pri „off label“ primjeni lijekova (v. poglavlje 73). Preporučuje se 12-mjesečno minimalno davanje lijekova kod tikova (Lempp 2014; Steinhausen 2010). U posljednje vrijeme kod jako izraženih tikova primjenjuje se lokalno davanje botulina ili neke druge metode, međutim, pri tome također treba biti oprezan (Lempp 2014).

38.7.2. Liječenje pojedinih kliničkih slika

U **tablici 38.3.** prikazane su osnove terapije kod pojedinih entiteta.

Tablica 38.3.**Osnovni principi liječenja pojedinih kliničkih slika pri tikovima.**

Modificirano prema Bürgin 1993; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

Prolazni tik u predškolskoj dobi	Terapijski rad s roditeljima, psihoedukacija roditelja; prorada stresnih situacija
Prolazni tik u latenciji	Kao gore; eventualna kratka fokalna psihoterapija djeteta Načelno, medikamentno se liječenje ne primjenjuje
Kronični tikovi	Kombinacije psihosocijalnih metoda (bihevioralne, kognitivne, relaksacijske tehnike, psihodinamske, rad s roditeljima, obiteljske terapije i druge) i medikamentnih terapija
Touretteov sindrom i terapijski rezistentni kronični tikovi	Slično kao kod kroničnih tikova; u načelu, ne izostaje medikamentno liječenje; multimodalno stacionarno psihijatrijsko (psihoterapijsko) liječenje

Pojedini autori kod **izoliranog prolaznog poremećaja** smatraju da ne treba poduzimati terapijske mjere (Lempp 2014; Steinhausen 2010) ili navode da to treba učiniti ako pacijent ima dodatnu subjektivnu patnju, odnosno oštećenje funkcionalnosti (Lempp 2014). Međutim, druga grupa autora preporučuje liječenje i kod prolaznog poremećaja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013), odnosno nije na početku sasvim jasan daljnji razvoj poremećaja, tj. hoće li simptomatologija progredirati u kroničnu formu ili u Touretteov sindrom, odnosno hoće li doći do sekundarnog učvršćivanja simptomatologije, a posebno se to preporučuje u predškolskoj dobi (Bürgin 1993). Čini se da je ovo, drugo stajalište opravdanije. Dakle, kod prolaznih tikova potrebni su praćenje i procjena koliko stres ima utjecaja na simptomatologiju, te u najmanju ruku na terapijski rad s roditeljima. Dakle, ovdje tikovi mogu biti izraz stresa koji treba utvrditi i terapijski proraditi. Nadalje, u ovom, prolaznom poremećaju, s obiteljsko-dinamskog stajališta, fokus terapijskog rada s roditeljima može biti u većoj toleranciji impulzivnosti i motoričke aktivnosti u djece (Bürgin 1993). U djece u latenciji preporučuje se pri prolaznim tikovima jasnija dijagnostika djeteta i obitelji, te je pokatkad potrebna kraća fokalna terapija. Općenito govoreći, pri prolaznom se poremećaju ne preporuča medikamentna terapija (Bürgin 1993). Kod **kroničnih tikova** primjenjuju se učinkovite kombinacije psihoterapije koje su prije bile navedene (bihevioralne, kognitivne, relaksacijske tehnike, psihodinamske, rad s roditeljima, obiteljske terapije i druge) i medikamentne terapije, u do oko 50 do 70 % slučajeva (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Pri liječenju **Touretteova sindroma**, kao i **terapijski rezistentnih kroničnih tikova** koristimo se uobi-

čajenom psihoterapijom, radom s roditeljima te medikamentnom terapijom. Ovdje je uobičajeno da se ne može bez medikamentne terapije, međutim, kao i inače u dječjoj psihijatriji, uz istodobno psihoterapijsko liječenje (Bürgin 1993). Također dolazi u obzir i stacionarno psihijatrijsko (psihoterapijsko) liječenje koje je po prirodi multimodalno. S vremenom će se razmotriti aktivnosti usmjerene prema većoj socijalnoj integraciji, nalaženju prikladnoga zvanja te daljnjem praćenju u odraslu dob.

38.7.3. Ishodi

Ishodi su varijabilni. Prolazni tikovi imaju dobru prognozu. Općenito i kronični tikovi imaju dobru prognozu. Pri većemu genskom opterećenju prognoza može biti lošija, a bolja je prognoza u djevojaka (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Kod Touretteova sindroma oko polovice oboljelih se vrlo poboljšavaju u svojem sveukupnom funkcioniranju, ali samo u oko 10 % simptomi tikova potpuno nestaju (Lempp 2014). Međutim, u adolescenciji može nastupiti i pogoršanje. Teži slučajevi nose rizik od razvoja anksioznih poremećaja, OKP-a, poremećaja raspoloženja, hiperkinetskog sindroma, kao i poremećaja ličnosti. Začarani krug tikova, komorbiditetnih poremećaja i psihosocijalne izolacije međusobno loše utječu jedni na drugi.

38.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Roditeljima je vrlo teško prihvatiti da njihovo dijete ima kronične tikove ili Touretteov sindrom.

- ✓ Potrebno je prihvatiti činjenicu da su tikovi psihički poremećaji.
- ✓ Često roditelji mogu misliti da dijete namjerno ima svoje tikove. To svakako ne treba prihvatiti i roditeljima treba objasniti da je riječ o poremećaju koji dijete ne može kontrolirati.
- ✓ Na početku nije potrebno pretjerati u pažnji na simptome tikova jer to može dovesti do fiksiranja simptomatologije i tiraniziranja od djeteta, te uzrokovati sekundarnu dobit od simptoma.
- ✓ Potrebno je djetetu pristupati onoliko koliko je više moguće „normalno“.
- ✓ Ne treba podcjenjivati simptomatologiju, odnosno ne treba odveć dugo čekati na početak učinkovitog tretmana.
- ✓ Kod prolaznih tikova mogu u pozadini biti različite stresne situacije, kao i različiti odgojni stilovi u smislu nedopuštanja iskazivanja djetetove agresije.

38.9. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Što je to PANDAS i pri kojim je kliničkim slikama potrebno napraviti antistreptolizinski titar?

ODGOVOR: PANDAS je pedijatrijski autoimunosni neuropsihijatrijski poremećaj povezan sa streptokoknom infekcijom. Klasično je povezan s OKP-om i tikovima, međutim, mogu biti prisutni i drugi psihički poremećaji ili simptomi. Klinička se slika očituje sljedećim simptomima: 1. nastup OKP-a ili tikovi ili neka druga specifična simptomatologija; 2. nagao nastup s epizodama, kao i s remisijama i relapsima; 3. abnormalni dodatni neurološki simptomi s pojavljivanjem OKP-a ili tikova; 4. početak između treće godine i puberteta; 5. relativna vremenska povezanost infekcije streptokokom sa simptomima (obrisak grla; preboljeni šarlah, antistreptolizinski titar). Važno je obaviti i pedijatrijsku i neuropedijatrijsku obradu. Od dijagnostičkih testova antistreptolizinski titar ovdje može biti važan, odnosno praćenje dinamike titra. Treba uzeti barem dvije vrijednosti titra, i to najmanje u razmaku od 4 do 6 tjedana. Liječi se slično osnovnom psihičkom poremećaju. Primjerice, kod OKP simptomatologije ili tikova liječi se integracijom psihoterapije i medika-

mentne terapije. Kontroverzna je uporaba antibiotika, koji se daju u slučaju dokazane infekcije streptokokom. Načelno kod prije opisanih kliničkih slika može se uzeti antistreptolizinski titar, a to su obično OKP i tikovi.

■ PITANJE: Zašto je važno u dijagnostici uzeti u obzir diferencijalnu dijagnozu i komorbiditete?

ODGOVOR: Kod tikova je važno u dijagnostici uzeti moguću diferencijalnu dijagnozu, ali i moguće komorbiditete. Najvažniji su komorbiditeti svakako hiperkinetski sindrom i OKP poremećaj, koje je onda potrebno dodatno liječiti, ovisno o dominantnosti kliničke slike. Komorbiditeti svakako dodatno čine složenom kliničku sliku, a terapiju još složenijom.

■ PITANJE: Što kada se tikovi pojave tijekom liječenja metilfenidatom?

ODGOVOR: Posebna je situacija medikamentno liječenje hiperkinetskog sindroma (koji obično vremenski nastupa prije) i tikova. Ovisno od dominantnosti kliničke slike načelno se tada daju izdvojeno lijekovi za liječenje tikova (antipsihotici, guanfacin), izdvojeno lijekovi za liječenje hiperkinetskog sindroma (metilfenidat, atomoksetin, guanfacin) ili se daje njihova kombinacija, premda kombinacije lijekova treba izbjegavati. U tom je slučaju kontroverzna upotreba metilfenidata ili atomoksetina jer oni u nekim slučajevima pogoršavaju tikove, dok ih u drugim slučajevima umanjuju. Na primjer, ako se tik pojavi pri davanju metilfenidata kod primarnoga hiperkinetskog sindroma, onda se spomenuti lijek može kombinirati s drugim lijekovima (antipsihotici) i ne mora se odmah dokinuti terapija metilfenidatom. Alternativno, mora se ubrzo odvagati potreba dokidanja metilfenidata te pratiti hoće li tikovi nestati. Ako tikovi ne nestanu uskratim davanja metilfenidata, mogu se davati uobičajeni lijekovi koji se rabe pri postojanju tikova (npr. antipsihotici).

■ PITANJE: Treba li prolazne tikove liječiti?

ODGOVOR: Pitanje je kontroveržno. Jedna skupina autora smatra da se ne trebaju liječiti prolazni tikovi. Međutim, druga skupina autora preporučuje dijagnostičku evaluaciju i prolaznih tikova, procjenu stresnih okolnosti, a preporuka je i da se minimalno primjenjuje rad s roditeljima. Ovakav se smjer čini opravdanim jer se nikada ne zna hoće li se prolazni tikovi prolongirati ili hoće li doći do sekundarnog učvršćivanja simptomatologije. U predškolskog se djeteta pre-

poručuje savjetovanje roditelja da djetetu omoguće veće iskazivanje agresije. U djeteta u latenciji pristup je prolaznim tikovima određeniji i zahtijeva pokatkad i kraće psihoterapijsko liječenje. Načelno, kod prolaznih se tikova ne preporučuje medikamentno liječenje.

■ PITANJE: Kako liječiti Touretteov sindrom?

ODGOVOR: Liječenje Touretteova sindroma veliki je izazov za liječenje jer može biti posrijedi poremećaj koji pokazuje kroničnost do u odraslu dob. Načelno, u terapiji se primjenjuje kombinacija psihosocijalnog pristupa i medikamentnog liječenja. Dolazi u obzir i stacionarno psihijatrijsko (psihoterapijsko) liječenje. Zbog težine simptomatologije važni su i socijalni procesi jer postoji velik rizik od socijalne izolacije. Pokatkad se mogu pojaviti medikamentna rezistencija i uporaba visokih doza antipsihotika, koje mogu imati svoje daljnje nuspojave, što još više komplicira sveobuhvatno liječenje.

38.10. Pitanja

- 1 Navedite podjelu poremećaja s tikovima.
- 2 Navedite dijagnostiku kod tikova.
- 3 Navedite diferencijalnu dijagnozu kod tikova.
- 4 Navedite terapijske aspekte tikova.
- 5 Navedite psihosocijalne intervencije kod tikova.

38.11. LITERATURA

1. *Abraham K.* Beitrag zur Tic-Diskussion. *Int Z Psychoanal* 1921;7: 393–395.
2. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Bürgin D.* Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
4. *Cohen SC, Leckman JF, Bloch MH.* Clinical assessment of Tourette syndrome and tic disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2013;37(6):997-1007.
5. *Franklin ME, Harrison JP, Benavides KL.* Obsessive-compulsive and tic-related disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21(3):555-71.
6. *Gerard MW.* The psychogenic tic in ego development. *Psychoanal Study child* 1946; 2:133-162.
7. *Hebebrand J.* Tics und motorische Stereotypien. U: *Remschidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 167-175.
8. *Kurlan R.* Tourette's syndrome. *N Engl J Med* 2010;363: 2332-8.
9. *Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT i sur.* The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28:566–573.
10. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
11. *Lewis M, ur.* Child and Adolescent Psychiatry. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
12. *Mahler MS.* A psychoanalytic evaluation of tic psychopathology of children. *Psychoanal Study child* 1949;3/4: 279-310.
13. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
14. *Mills S, Hedderly T.* A guide to childhood motor stereotypes, tic disorders and the tourette spectrum for the primary care practitioner. *Ulster Med J* 2014;83(1):22-30.
15. *Murphy TK, Lewin AB, Storch EA i sur.* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with tic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52(12):1341-59.
16. *Quaschner K, Theisen FM, Becker K.* Hyperkinetische Störungen. U: *Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 157-166.
17. *Robertson MM.* The Gilles de la Tourette syndrome: the current status. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2012;97 (5):166-75.
18. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
19. *Walkup JT, Ferrão Y, Leckman JF, Stein DJ, Singer H.* Tic disorders: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety* 2010;27(6):600-10.
20. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Intelektualne teškoće

Ivan Begovac, Marija Bolfan

SADRŽAJ

39.1. Uvod	517
39.2. Definicije, klasifikacije	517
39.3. Epidemiologija	520
39.4. Kliničke slike	520
39.4.1. Klinička slika općega razvojnog kašnjenja (ORK) (engl. <i>global developmental delay</i>)	520
39.4.2. Klinička slika intelektualnih razvojnih teškoća	520
39.4.2.1. Uvodni aspekti	520
39.4.2.2. Laki IT	521
39.4.2.3. Umjereni IT	521
39.4.2.4. Teški IT	521
39.4.2.5. Duboki IT	521
39.5. Dijagnostika	521
39.6. Diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	523
39.7. Granična inteligencija	524
39.8. Djeca s visokom darovitošću	524
39.9. Klinička vinjeta	524
39.10. Etiopatogeneza	525
39.10.1. Uvodni aspekti	525
39.10.2. Psihodinamski aspekti	526
39.11. Terapija	526
39.12. Roditelji s IT-om	528
39.13. Ishodi, prognoza	528
39.14. Upute za roditelje/nastavnike	529
39.15. Često postavljena pitanja	529
39.16. Pitanja	531
39.17. Literatura	531

39.1. Uvod

DSM-5 s pravom ovaj poremećaj zove još i **razvojne intelektualne teškoće** (APA 2013). Povijesno gledano, na primjeru djece s intelektualnim teškoćama (IT) zrcalila se problematika toga koliko je djetetov razvoj podložan genetici i organskim (medicinskim) čimbenicima (prenatalni, perinatalni, postnatalni), a koliko čimbenicima okoliša (npr. sociokulturalni), odnosno njihovoj međuigri „*nature/nurture*“ (Volkmar i Martin 2011).

Pionirski rad Alfreda Bineta potaknuo je razvoj koncepta **kvocijenta inteligencije (IQ)**, no ubrzo se uvidjelo da postoje osobe s nižim IQ-om, a dobro su adaptirane, te se došlo do koncepta „adaptabilnih vještina“, i to radom psihologa Edgara Dolla, koji je upozorio na njihovu važnost konstruiranjem skale *Vineland Social Maturity* (Volkmar i Martin 2011). Zato su danas oba ova koncepta sadržana u definiranju osoba s IT-om (razina inteligencije i adaptabilne vještine), uz treći uvjet da nastaju u djetinjstvu.

Samu je **inteligenciju** prilično teško definirati, a obično se određuje kao kognitivne sposobnosti osobe povezane s duševnim sposobnostima u njihovu potencijalnom i dinamičkom značenju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Kognitivne funkcije podrazumijevaju perceptivno-integrativne i produktivno-ekspresivne procese te mnoge druge funkcije koje su na složen način međusobno organizirane (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Drugi autori navode da je **inteligencija** konstrukt koji nije jednoznačno definiran, ali se najčešće određuje kao osobina uspješnog snalaženja jedinke u novim situacijama, u kojima ne pomažu stereotipno nagonско ponašanje, a ni učenjem stečene navike, vještine i znanja (Petz 2005). Konačno, pojedini autori navode da se **inteligencija** može definirati kao prirodna psihička postignuća i kao takva dio su nadarenosti, kao i sposobnosti prikupljanja i procjene iskustava (Peters 1990). Inteligencija počiva na nizu čimbenika, međutim, u svojem je ostvarivanju ovisna o stanju osjećanja, volje, sjećanja, fantazije, kao i općih nagonских događanja (Peters 1990). Prvi test inteligencije za djecu konstruirao je 1905. godine Alfred Binet u suradnji s Theodoreom Simonom (Routh 2014).

Kvocijent inteligencije (IQ) odnosi se na omjer između mentalne dobi (dob inteligencije) i kronološke dobi. **Mentalna dob (razvojna dob)** nekog subjekta jest prosječna mentalna razvijenost one dobne skupine

djece s kojom se taj subjekt može izjednačiti. Primjerice, ako je neko dijete mentalno razvijeno kao većina desetogodišnjaka, mentalna je dob toga djeteta 10 godina. Ili npr. jedan desetogodišnjak ima mentalnu dob od 5 godina. Pojam mentalne dobi uveo je u psihologiju A. Binet 1908. godine uz prvu reviziju svoje skale za mjerenje inteligencije. **Kronološka dob** označuje dob izraženu godinama života, a u manje djece još i mjesecima (Petz 2005). Mentalna dob danas se sve više zamjenjuje pojmom IQ-a. Dakle, **IQ** se izračunava tako što se mentalna dob (MD) podijeli s kronološkom dobi (KD), te se to pomnoži sa 100 (MD/KDX100) (Peters 1990). IQ stoga označuje omjer postignuća inteligencije jednog pojedinca s obzirom na statističku sredinu vršnjaka (prema kronološkoj dobi). Iz ovoga proizlazi da prosječna inteligencija označuje vrijednost IQ-a od 100.

U **tablici 39.1.** prikazani su različiti rasponi IQ-a u populaciji.

Tablica 39.1.

Raspon IQ-a u populaciji.

Modificirano prema Martin i Volkmar 2007; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Niebergall 2011; Steinhausen 2010.

	Raspon IQ-a	Postotak
Intelektualne teškoće	<70	2,1
Granična inteligencija	70 – 84	13,9
Prosječna inteligencija	85 – 114	67,8
Natprosječna inteligencija	115 – 129	13,9
Visoka inteligencija	130 – 134 ili 139	1,28 ili 1,88
Visoka darovitost	više od 135 ili 140	1,0 ili 0,4

U današnje se vrijeme pristup djeci i osobama s IT-om znatno promijenio u smislu poticanja deinstitucionalizacije, odnosno veće uloge cijele zajednice u skrbi za takve osobe (Volkmar i Martin 2011).

39.2. Definicije, klasifikacije

Intelektualne teškoće deskriptivna su dijagnoza s mnogim različitim identificiranim uzrocima, ali nam katkada uzroci i nisu jasni (Simonoff 2015; Steinhausen 2010). Pojedini autori razlikuju IT od velika neurokognitivnog poremećaja (prije se nazivao

demencijom) (v. poglavlje 53 o neurokognitivnim poremećajima), koji definiramo kao gubitak već postignute razine intelektualnih funkcija, a povezan je s jasno utvrđenim vanjskim uzrocima (encefalitis, epilepsija) (Remschmidt i Niebergall 2011), međutim, ova razlika katkada nije sasvim jasna. Tijekom prošloga stoljeća rabili su se različiti termini za osobe s IT-om, od pojma „mentalna retardacija“ do „teškoće učenja“, „nesposobnost učenja“, „duševna zaostalost“, „oligo-frenije“ i mnogi drugi. Ova promjena terminologije posljedica je napora stručnjaka da promijene društvena stajališta prema ovakvim osobama koje su često izložene stigmati i diskriminaciji te se svaki od ovih naziva s vremenom počeo zloupotrebjavati (Simonoff 2015).

U [tablici 39.2.](#) prikazana su tri kriterija za IT.

Tablica 39.2.

Kriteriji za intelektualne teškoće.

Modificirano prema AAIDD 2018; DSM-5 2013; MKB-10 1993.

- početak: u djetinjstvu ili adolescenciji

- usporeno ili smanjeno kognitivno funkcioniranje: IQ manji od 70 mjereno prikladnim testovima, ali i kliničkom procjenom

- usporeno ili smanjeno adaptabilno funkcioniranje: nesposobnost sudjelovanja u aktivnostima svakodnevnog života koji se odnose na dobno očekivanu socijalnu, komunikacijsku, školsku i radnu aktivnost; odnosno socijalna i osobna dostatnost i neovisnost (procijenjeno klinički i testovima)

Intelektualne su teškoće heterogeni poremećaj koji uključuje ispodprosječnu inteligenciju (oštećenje kognicije, jezika, motorike, socijalnih sposobnosti) i oštećenja u adaptabilnim vještinama koji su prisutni prije 18. godine života (Grubić i Barišić 2009; Lempp 2014; Saddock i sur. 2007). Dakle, ne uključuju se osobe koje primjerice u mlađoj odrasloj dobi dožive traumu glave i posljedično tomu imaju niži IQ jer je u takvom slučaju riječ o neurokognitivnim poremećajima (APA 2013; Volkmar i Martin 2011).

MKB-10 klasifikacija navodi da je IT (duševna zaostalost) stanje zaustavljenog ili nekompletnog razvoja uma, koji se posebno očituje oštećenjem vještina tijekom razvojnog razdoblja, a pridonosi općem stupnju inteligencije, odnosno sposobnosti kognicije, jezika, motorike i socijalizacije. Čini se dosta važnim istaknuti da niži kvocijent inteligencije nije dovoljan kriterij za

dijagnozu IT-a jer, kako je vidljivo iz definicije, potreban je i kriterij oštećenih adaptabilnih sposobnosti (WHO 1993).

Prema DSM-5 klasifikaciji, također su potrebna oba navedena kriterija: znatno oštećenje intelektualnih sposobnosti mjereno testovima inteligencije, s dvjema ili više standardnih devijacija ispod prosjeka (manje od 70), te kriterij oštećenja adaptabilnih funkcija, koji je ovdje jasnije specificiran (APA 2013). U prijašnjim je klasifikacijama taj kriterij smatran problematičnim zbog njegove neodređenosti i nedostatka dogovorenih mjernih metoda. Međutim, DSM-5 velik naglasak stavlja na mjerenje ovih vještina novim metodama koje su razvijene u posljednjih nekoliko godina (Simonoff 2015), te se preporučuje detaljno pročitati klasifikaciju DSM-5 u vezi s ovim područjem. Adaptabilne vještine DSM-5 dijeli u tri kategorije: konceptualna domena, socijalna domena i praktična domena, i prema njima se klasificiraju IT (lake, umjerene itd.), a ne isključivo prema vrijednosti IQ-a. Slično klasifikaciji DSM-5, IT definira i AAIDD (2018). Adaptabilne se vještine sastoje od konceptualnih, socijalnih i praktičnih vještina koje su naučene i koje primjenjuje sama osoba. Konceptualne se vještine odnose na jezik i pismenost; koncept novca, vremena i brojeva; kao i na samousmjerenost. Socijalne se vještine odnose na interpersonalne vještine, socijalnu odgovornost, samopoštovanje, lakovjernost, naivnost, rješavanje socijalnih problema, sposobnost pridržavanja pravila / slijeđenja zakona, uz izbjegavanje biti žrtva. Praktične se vještine odnose na aktivnosti svakodnevnog življenja (briga o sebi), radne vještine, brigu za zdravlje, putovanja / prijevozna sredstva, zadatke / rutine, sigurnost, korištenje novcem, korištenje telefonom itd.

DSM-5 klasifikacija, nadalje, navodi kategoriju **općenitoga razvojnog kašnjenja (ORK)** (*engl. global developmental delay*), koja se može primjenjivati u djece mlađe od pet godina, a minimalna dob djeteta jest 6 mjeseci, prije koje se ne može pouzdano (reliabilno) utvrditi klinička težina razvojnoga stupnja (v. poslije opširnije u tekstu).

Općenito, klasifikacija IT-a može se provesti na različite načine: 1. prema stupnju inteligencije i adaptabilnih vještina; 2. prema stupnju mogućnosti intervencije, edukacija vs. radna terapija (*educable* vs. *trainable*), te 3. prema vremenu nastanka, odnosno uzroku (prenatalno, perinatalno, postnatalno te nepoznato). Svaki od ovih pokušaja klasifikacije ima prednosti i nedostatke (Remschmidt i Niebergall 2011). Klasifika-

Tablica 39.3.**Klasifikacija granične inteligencije i intelektualnih teškoća prema različitim čimbenicima**

Modificirano prema APA 2013; Lempp 2014; Martin i Volkmar 2007; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

	Granična	Laka	Umjerena	Teška	Duboka
Raspon IQ-a	84 do 70	50 do 69	35 do 49	20 do 34	ispod 20
Adaptabilne vještine (konceptualno, socijalno, praktično)	- održane, lagana oštećenja svih domena	- u školskoj dobi poteškoće u školi - nezrela socijalna interakcija - dijete treba malu pomoć u praktičnim domenama	- zaostajanje u konceptualnoj domeni - znatno odstupanje socijalne interakcije - umanjenje praktične domene	- znatno zaostajanje u konceptualnoj domeni - govor vrlo reduciran - potrebna je stalna njega od drugih	- dominira fizički svijet - izrazito limitirano razumijevanje simboličke komunikacije - osoba potpuno ovisna o njezi drugih
Postotak od svih raspona kod IT-a	/	80 do 85 %	10 do 12 %	4 do 7 %	<1 do 1 – 2%
Prevalencija u populaciji	15 %	2,5 %	0,4 %	0,3 %	0,04 %
Detekcija	osnovna škola ili nikada	predškolska dob do osnovne škole	predškolska dob	rano nakon rođenja i predškolska dob	
Genska etiopatogeneza	manje		umjereno	više	
Posebnosti kliničke slike	druge smetnje slične općoj populaciji		između lake i teške; prisutne dismorfne crte	teža klinička slika s posebnostima: samoozljeđivanje, oscilacije raspoloženja	
Komorbiditeti	povećana frekvencija, međutim, slično kao i u normalne populacije		povezanost s autizmom i hiperkinetskim sindromom		
Medicinske smetnje	manje		manje do više	više	
Okolišna etio-patogeneza	veća		veća do manje	manje	
Posebnosti terapije	nije potrebna; eventualno posebna škola	eventualno posebna škola	multidisciplinarna terapija		
Stalan nadzor	ne		djelomičan	da	
Ishod	povoljno	varijabilno		nepovoljno	
Ostale karakteristike	ne treba zanemariti ovu skupinu	tzv. mogući za edukaciju „educable”; manja institucionalizacija	tzv. mogući za radnu terapiju „trainable”; veća institucionalizacija		

cijska podjela prema etiologiji bit će navedena poslije, o odjeljku o etiopatogenezi.

U **tablici 39.3.** navedena je klasifikacija IT-a prema različitim čimbenicima.

Važno je u tablici istaknuti podjelu na laku, umjerenu, tešku i duboku; kao i na osobe koje se mogu educirati prema onima kojima je potrebna radna terapija; naglašene su različitost etiopatogeneze te različitost

ishoda. Pojedini autori smatraju da je za praksu posebno važno razlikovanje između lake i umjerene IT (Steinhausen 2010). Najčešće se stupanj IT-a određuje prema opsegu oštećenja (kombinacija razine IQ i stupnja oštećenja adaptabilnih funkcija), uz napomenu da granice nisu strogo fiksirane i služe kao putokaz (Simonoff 2015).

U prošlosti, ali i u novijim klasifikacijskim sustavima prečesto se naglašavao **deficitarni** pristup osobama s IT-om, a manje su se uzimale u obzir jakosti i kompetencije takvih osoba (Heinemann 2007). U tom smislu treba izbjegavati rečenice da je npr. jedan petnaestogodišnjak na „razvojnoj razini trogodišnjeg djeteta“ (Mattejat i Schulte-Markwort 2013) jer je riječ o pristupu orijentiranom na deficit. Nadalje, pojedini autori govore više o IT-u kao o „stanju“ (engl. *condition*), a slično smatraju i za autizam, i u tome smislu na neki način odbacuju klasični medicinski pristup (etiopatogeneza, epidemiologija, klinička slika, terapija) IT-u.

39.3. Epidemiologija

Prevalencija IT-a je oko 1 do 3 % u populaciji, ovisno o tome je li uzet kriterij adaptabilnih vještina, odnosno je li uzeto manje ili više kriterija (Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011). Zanimljivo je da prevalencija kvocijenta inteligencije ne slijedi normalnu Gausovu krivulju u populaciji, jer se jedan vršak nalazi u području IQ skora oko 35. Naime, ovdje se postuliraju značajni medicinski (organski) čimbenici koji sudjeluju u etiopatogenezi (Remschmidt i Niebergall 2011). Druga je zanimljivost da je najveća prevalencija u predškolskoj i školskoj dobi zbog veće mogućnosti za detektiranje ovakvih osoba, te prevalencija postupno opada do u odraslu dob, za što postoje različita tumačenja (Remschmidt i Niebergall 2011). Nadalje, poznato je da mnogobrojni čimbenici utječu na prevalenciju IT-a, a to su stupanj teškoća, spol, socioekonomski, te drugi čimbenici (Simonoff 2015).

39.4. Kliničke slike

39.4.1. Klinička slika općega razvojnog kašnjenja (ORK) (engl. *global developmental delay*)

DSM-5 klasifikacija navodi kategoriju **općenitoga razvojnog kašnjenja (ORK)** (engl. *global deve-*

lopmental delay), koja se može primjenjivati u djece mlađe od pet godina, a minimalna dob djeteta jest 6 mjeseci. ORK dijagnoza temelji se na tome da dijete odstupa u mnogim razvojnim domenama. Ova djeca zahtijevaju više psiholoških i psihijatrijskih procjena tijekom vremena. Klasifikacija *Zero to five* bolje definira ovu kategoriju (DC:0-5tm 2016). Uključuje razvojno kašnjenje (deficite) mnogih razvojnih domena: verbalno i neverbalno mišljenje (engl. *reasoning*), rješavanje problema, razvoj jezika, socijalni razvoj, finu i grubu motoriku, kao i adaptabilne vještine. Adaptabilne vještine podrazumijevaju učinak u dobno očekivanoj komunikaciji, socijalne i svakodnevne vještine i stjecanje iz dana u dan sve veće samostalnosti. Adaptabilne vještine uključuju aktivnosti svakodnevnog života (briga o sebi), igranje s članovima obitelji i drugom djecom, kao i iskustva u svojoj zajednici (npr. na igralištu).

Ovoj se dijagnozi daje prednost s obzirom na davanje dijagnoze intelektualnih teškoća (neki oblik preliminarne dijagnoze) da bi se istaknula velika plastičnost ranog razvoja uz mogućnost kognitivnog i adaptabilnog rasta. Pri dijagnosticiranju se primjenjuju i klinička procjena i standardizirani testovi. Osim razvojnih testova (razvojni testovi inteligencije), potrebno je rabiti i adaptabilne testove. Primjenom standardiziranih procedura ovakva djeca odstupaju više od 1,5 do 2 standardne devijacije ispod normativnog uzorka (posebno za kriterij kognitivnih vještina – kriterij A, a posebno za adaptabilne vještine – kriterij B). Uzroci ORK-a mogu biti vrlo šaroliki, od socijalne deprivacije pa sve do genskih stanja. Velik će broj djece s ORK-om poslije dobiti dijagnozu intelektualnih teškoća, kojima se, u pravilu, onda postavlja dijagnoza otprilike nakon 3. – 5. godine, jer od tada postoje pouzdaniji (relijabilniji) standardizirani testovi za mjerenje IQ-a i adaptabilnih vještina. S druge strane, međutim, nije nužno da u sve djece s ORK-om bude dijagnosticiran i kasniji IT. Diferencijalnodijagnostički gledano, potrebno je razlikovati ORK od drugih specifičnih razvojnih poremećaja jezika, kao i od specifičnih razvojnih poremećaja školskih vještina.

39.4.2. Klinička slika intelektualnih razvojnih teškoća

39.4.2.1. Uvodni aspekti

Klinička je slika vrlo varijabilna i ovisi o različitim čimbenicima, od kojih važno mjesto ima razina IQ-a,

kao i adaptabilnih vještina. Teške i duboke IT detektiraju se ranije, imaju više povezanosti s genskim sindromima, a, klinički gledano, takve osobe imaju više dismorfnih crta te više somatsko-neuroloških i psihijatrijskih smetnji, **dok se laka IT detektira kasnije. Pojedini aspekti kliničke slike prikazani su u tablici 39.3.**

Na neki je način paradoksalno da su kliničari i znanstvenici zanemarivali upravo psihološke i psihijatrijske aspekte djece i osoba s IT-om (tzv. *diagnostic overshadowing*), međutim, u posljednje vrijeme stručnjaci su toga sve svjesniji (Volkmar i Martin 2011). Naime, pokazano je da osobe s lakim IT-om imaju od tri do pet puta veću vjerojatnost da imaju psihičke smetnje, odnosno oko 25 % osoba ih ima (Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011). Ovakve su smetnje posebno opisane poslije, kod komorbiditeta. S obzirom na prije rečeno u osoba s IT-om razvijene su posebne liste za dijagnostiku pojedinih psihijatrijskih smetnji (npr. za procjenu depresije) (Volkmar i Martin 2011).

39.4.2.2. *Laki IT*

Vrijednost IQ-a kreće se od 50 do 69, uz oštećenje adaptabilnih vještina. Adaptabilne se vještine kod konceptualne domene očituju u školskoj dobi kao poteškoće u školi; postoji nezrela socijalna interakcija; dijete treba malu pomoć u praktičnim domenama. Djeca s lakim IT-om mogu biti detektirana tek polaskom u školu s obzirom na to da njihove socijalne vještine i komunikacija mogu biti prikladne u predškolskoj dobi, odnosno mogu provoditi konkretne misaone operacije (Remschmidt i Niebergall 2011). Pokatkad sama djeca, kao i njihovi roditelji, ne mogu prihvatiti kognitivne smetnje pa dolazi do poricanja, mogu smatrati da se sve može ako se hoće (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Međutim, s vremenom sve više dolazi do izražaja slaba sposobnost apstrakcije, egocentrično mišljenje, deficiti u komunikaciji, slabo samopoštovanje, ovisničko ponašanje prema drugima. U većini slučajeva osobe s lakim IT-om mogu, u podržavajućoj okolini, ostvariti određeni stupanj socijalne i profesionalne osposobljenosti.

39.4.2.3. *Umjereni IT*

Vrijednost IQ-a kreće se od 35 do 49, uz oštećenje adaptabilnih vještina. Adaptabilne se vještine manifestiraju kao zaostajanje u različitim vještinama, naime, u konceptualnoj domeni, a postoji znatno odstupanje socijalne interakcije te umanjeње praktične domene.

Opservira se prije nego laki IT jer su očitiji poremećaji komunikacije (razumijevanje i uporaba jezika), kao i njihova socijalna izolacija. U odnosu na djecu s prosječnom inteligencijom, znatno se razlikuju s obzirom na praktične aktivnosti (Remschmidt i Niebergall 2011). Školovanje je vrlo ograničeno. Kako je prije bilo rečeno, pojedini autori posebno smatraju da je za praksu važno razlikovanje između lake i umjerene IT (Steinhausen 2010). Djeca su često svjesna svojih ograničenja i mogu se zbog toga osjećati frustrirano i izolirano. Zahtijevaju relativno visoku mjeru nadzora, ali mogu biti sposobna za radne zadaće u zaštićenoj okolini.

39.4.2.4. *Teški IT*

Vrijednost IQ-a kreće se od 20 do 34, uz oštećenje adaptabilnih vještina. Kod adaptabilnih vještina postoji znatno zaostajanje u konceptualnoj domeni, govor je vrlo reduciran i potrebna je stalna njega od drugih. Teški IT u pravilu se zamjećuje u predškolskoj dobi jer su komunikacijske sposobnosti loše, kao i usporeni motorički razvoj. S vremenom, u kasnijoj dobi, zaostaje problem jezičnih vještina. Prisutne su i česte dodatne somatske poteškoće (Remschmidt i Niebergall 2011). Osobe zahtijevaju stalan nadzor. Primjenjuju se ponašajne intervencije za potrebe skrbi o sebi.

39.4.2.5. *Duboki IT*

Vrijednost IQ-a kreće se na manje od 20, uz izrazito oštećenje adaptabilnih vještina. Kod adaptabilnih vještina u konceptualnoj domeni prevladava fizički svijet, postoji izrazito limitirano razumijevanje simboličke komunikacije, a osoba je potpuno ovisna o njezi drugih. Ovakva djeca trebaju stalni nadzor te imaju samo ograničene jezične i motoričke vještine. Često mogu imati stereotipije ili primitivne reflekse, a dominira senzomotorni period, prema Piagetu (Remschmidt i Niebergall 2011). S vremenom se mogu razviti određene jezične vještine, međutim, u ograničenoj mjeri. U odrasloj dobi ovakve osobe također trebaju stalan nadzor.

39.5. *Dijagnostika*

U dijagnostici postoji poseban izazov u procjeni **općega razvojnog kašnjenja**, a može se dijagnostici-rati već od 6. mjeseca djetetova života. Ovakva dijagnoza može biti preliminarna dijagnoza, da bi se što prije mogle primijeniti intervencije. S druge strane, dijagnoza IT-a postavlja se nakon određenog vremena,

odnosno nakon već prethodno **primijenjenih intervencija**, radi potenciranja progresivnih sposobnosti djeteta. U dijagnostici prema DSM-5 važna su dakle dva elementa: klinička procjena koja podrazumijeva anamnezu, heteroanamnezu s roditeljem, te promatranje ponašanja tijekom intervjua, te istodobna primjena standardiziranih testova koji mjere IQ i adaptabilne vještine (v. o tome poslije u tekstu), međutim, potrebna je klinička procjena dobivenih nalaza psihološkog testiranja.

Općenito se može reći da se djeca s teškim IT-om detektiraju u ranijoj životnoj dobi, dok ona s lakim IT-om često ostaju neprepoznata, posebno kada nisu prisutni drugi medicinski problemi. Svrha je dijagnostike koliko god se može, pokušati naći etiopatogenetski uzrok, koji bi upućivao na konkretniju terapiju. Drugo, svako dijete može imati posebne individualne sposobnosti, pa je stoga potrebno učiniti diferentniju psihološku dijagnostiku pojedinih (pozitivnih) sposobnosti. I konačno, dijagnostika bi trebala upućivati na moguće genetsko obiteljsko savjetovanje (Remschmidt i Niebergall 2011).

Dijagnostika, koja može započeti već i prenatalno, može upućivati na pojedine kromosomske, anatomske i metaboličke poremećaje (Remschmidt i Niebergall 2011). U (postnatalnoj) dijagnostici primjenit će se često više intervjua koji uključuju detaljnu anamnezu, standardizirano mjerenje inteligencije, mjerenje adaptabilnih funkcija i razvojnih postignuća. Dijagnostika (a poslije i terapija) trebala bi sadržavati sljedeće važne dimenzije: razvojnu, biološku, psihološku i socijalnu dimenziju (AACAP 1999; Eggers 1989; Haessler i Eggers 2012; Matson i Shoemaker 2009). Adaptabilno se funkcioniranje odnosi na vještine brige o sebi, usvajanje pojma vremena i novca, sposobnost samostalnih aktivnosti u zajednici, socijalnu odgovornost, kao i sposobnost školskih usvajanja znanja i kognicije. Razlika u dostignućima djece između prosječne inteligencije i one sa IT postaje očitija s dobi pa stoga roditelji djece s lakim IT-om često postanu svjesni te razlike tek kada dijete krene u školu (Simonoff 2015). U anamnezi ćemo posebnu pažnju posvetiti pitanjima o majčinoj trudnoći i porođaju; traumama pri porođaju; izloženosti vanjskim toksinima, izloženosti vanjskim psihološkim nepovoljnim okolnostima; obiteljskoj prisutnosti IT-u, hereditarnim bolestima, sociokulturalnoj pozadini roditelja, obiteljskoj klimi u domu, kao i intelektualnom funkcioniranju roditelja, ali i određenim pozitivnim sposobnostima djeteta i cijele obitelji

(Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011). Dijagnoza osoba s IT-om nije dijagnoza koja se donosi na brzinu (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Pri intervjuu važno je stajalište kliničara, kao i način komunikacije s osobom s IT-om. Važno je u intervjuu procijeniti verbalne sposobnosti djeteta, dati procjenu pažnje, kontrole motorike, percepcije i memorije, procijeniti dismorfne crte, a često će biti korisno napraviti i intervju sa skrbnikom/ roditeljem. Osobe s IT-om imaju česta iskustva manjka (insuficijentnosti) u različitim područjima pa se tako mogu osjećati uplašeno pri intervjuu. Atmosfera u intervjuu treba biti topla, jasna, razumijevajuća, konkretna, s određenom dozom strukturiranosti. Općenito, psihijatrijska procjena treba uključiti i opći razvojni aspekt, kao i emocionalni i socijalni razvoj (Remschmidt i Niebergall 2011).

Tjelesni je pregled važan jer može upućivati na pojedine prenatalne uzroke IT-a. Tjelesni pregled može uključivati mjerenje tjelesne mase, tjelesne visine, kao i pojedinih dijelova npr. opseg glave (Remschmidt i Niebergall 2011). Potrebno je učiniti i probir za oštećenja sluha i vida u ranome djetinjstvu, koji se može ponoviti ako postoji sumnja na problem. Onda kada nije ustanovljen uzrok nastanka IT-a, preporučuje je napraviti i druge opće prihvaćene laboratorijske pedijatrijske pretrage: KKS, GUK, bubrežne parametre, jetrene probe, elektrolite, kreatinin-kinazu, olovo, urate, feritin, biotinidazu i hormone štitnjače, EKG te druge pretrage prema preporuci pedijatra (Simonoff 2015).

Važan je i **neurološki pregled** jer su mnoga neurološka stanja udružena s IT-om. Često su prisutna senzorna oštećenja, abnormalnosti motorike, kao i epileptički napadaji. Mogu biti prisutne i dismorfne crte (Lempp 2014). Kada su prisutna neurološka oštećenja, njihova incidencija i težina rastu u direktnoj proporciji s obzirom na stupanj IT-a. Međutim, mnoga djeca s teškim IT-om nemaju nikakve neurološke smetnje. Dodajemo i to da oko 25% sve djece koja imaju cerebralnu paralizu imaju normalnu inteligenciju. Treba pokušati razlučiti je li posrijedi klinička slika koja je stacionarna (neprogresivni oblik) ili je riječ o progresivnom obliku (Volkmar i Martin 2011; Warnke 2008). Primjenjivat će se također i standardne metode koje se rabe u pedijatrijskoj neurologiji: opći laboratorijski testovi, EKG, laboratorijski testovi za otkrivanje metaboličkih bolesti, enzimskih abnormalnosti, kromosomskih bolesti, audiološki pregled i druge pretrage,

EEG, MR mozga. Pojedini autori daju posebne smjernice kada postoje indikacije za gensko testiranje (Steinhausen 2010). Općenito, što je dijete mlađe, to je teže davati određenu prognozu razvoja.

U poglavlju o procjeni dojenčeta treba posebnu pozornost obratiti na [tablicu 17.3.](#) (v. posebno poglavlje 17 o procjeni kod dojenčeta), u kojoj se mjere mogućnosti procjene skalama u novorođenčeta, razvojni testovi, kao i skrininški (probirni) testovi. Postoji važna napomena, da povremeno naziv probirni testovi, mogu imati nejasno značenje u psihologiji. Tablica 17.5. prikazuje mjerenje mogućnosti procjene skalama opće psihopatologije i snage, inteligencije u dojenčadi, neuropsihološke testove, adaptaciju, te posebnih dijagnostičkih kategorija i funkcija. Nadalje, u [tablici 21.1.](#) (v. posebno poglavlje 21 o psihološkoj procjeni) navedeni su najvažniji razvojni testovi, testovi za mjerenje inteligencije, neuropsihološki testovi te testovi adaptabilnog ponašanja (Bayley 2006; Galić 2002; Kaplan i Saccuzzo 2017; Lockwood i sur. 2011; Matešić 2010; Mullen 1995; Roid 2003; Sparrow i sur. 2016; Wechsler 2012). Pojedini autori načelno razlikuju razvojne psihološke testove (primjenjuju se do pete godine života) od testova inteligencije u užemu smislu, koji se rabe nakon pete godine života (Volkmar i Martin 2011). Naime, razvojnim se testovima procjenjuje psihomotorni razvoj djece (npr. ispituje se razvoj psihomotorike, okulomotorike, emocionalnosti, govora, slušno-motoričkih reakcija, komunikacije i društvenosti te verbalnog izražavanja znanja itd.). Razvojni se testovi uporabljaju od prvog mjeseca života. Testovi inteligencije mjere inteligenciju i upotrebljavaju se načelno od 4. do 5. godine.

Razvojni su testovi alati koji se uporabljaju kako bi se procijenio djetetov napredak u razvoju od novorođenačke dobi pa sve do adolescencije. Testovi inteligencije obično daju rezultat globalnog IQ-a, kao i dodatne bodove verbalnog i neverbalnog IQ-a. Posebno je izazovno koristiti se neverbalnim testovima u djece s težim IT-om (Lempp 2014). Kao što je već u tekstu navedeno, važno je procijeniti adaptabilne sposobnosti, naime, najčešće se primjenjuje revidirana Vinelandska ljestvica adaptabilnog *ponašanja*, kao i drugi testovi koji mjere perceptivne, motoričke, jezične, kognitivne, emocionalne i interpersonalne sposobnosti i čimbenike. Važni su i posebni neuropsihološki testovi (Steinhausen 2010). Vrijednost psiholoških testova jest u tome da, osim deficita, mjere i pozitivne sposobnosti (Lempp 2014). Što je dijete mlađe, nesigurnija je prediktivna vrijednost tih testova.

U posljednje se vrijeme sve više primjenjuju i testovi i liste koji uzimaju u obzir različite dimenzije mentalnoga zdravlja (emocionalni i ponašajni problemi), odnosno komorbiditetna stanja (Matson i Shoemaker 2011) (v. [tabl. 17.5.](#) u posebnom poglavlju 17 o procjeni u dojenčeta).

Većinom je tijekom IT-a **neprogresivan**, odnosno dijete s vremenom polagano napreduje, ali uz kašnjenje, međutim, moguć je kod nekih genskih sindroma i tijekom s **pogoršanjima i stabilizacijama** (npr. Rettov sindrom), ali su mogući i **progresivna pogoršanja IT-a** (npr. sindrom San Phillipa), te to također treba uzeti u obzir pri dijagnostici.

39.6. Diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Diferencijalnodijagnostički, kod „običnih IT-a bez drugih komorbiditeta“ relativno ravnomjerno je usporen cjelokupan razvoj: razvoj motorike, razvoj govora, emocionalni razvoj (Volkmar i Martin 2011). Dakle, ovdje treba posebnu pozornost obratiti na cjelokupno zaostajanje, a posebno na motoričko. Ovo stanje treba razlikovati od autizma, gdje se djeca posebno ističu drukčijim i odstupajućim socioemocionalnim razvojem (npr. nema gledanja u oči, nema komunikativnih neverbalnih gesta itd.), ali općenito postoji uglavnom uredan motorički razvoj (Steinhausen 2010). Gubitak socijalnih vještina ili stadija u razvoju tijekom prve 3 godine života posebno je čest u autizmu (tzv. autistična regresija), i gotovo je patognomoničan znak (Simonoff 2015). Diferencijalna dijagnoza između IT-a, autizma, oštećenja sluha, socijalno-pragmatičkog poremećaja komunikacije i mješovitog receptivno-ekspresivnog poremećaja prikazana je u [tablici 40.2.](#) (v. posebno poglavlje 40 o autističnom spektru poremećaja). Sljedeća diferencijalna dijagnoza jesu pojedini oblici epilepsije, koji mogu biti povezani s IT-om, a ovdje posebno treba spomenuti Landau-Kleffnerov sindrom (v. poglavlje 42 o poremećajima govora, jezika i komunikacije) (Remschmidt i Niebergall 2011). IT treba razlikovati od specifičnih razvojnih poremećaja pri kojima je, u pravilu, riječ o disproporciji ukupnog IQ-a s obzirom na pojedine specifične vještine ili se radi o tome da su samo specifične funkcije izrazito odstupajuće (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Pri pseudointelektualnim oštećenjima riječ je o primarno traumatskim ili anksioznim smetnjama, koje se čine kao IT. Posebno izazovna

može biti diferencijalna dijagnoza kada u postnatalnom razdoblju dijete npr. oboli od meningitisa ili encefalitisa ili ima traumu glave tijekom razvojnog razdoblja – tada je, u pravilu, riječ samo o IT-u ako se zadovoljavaju kriteriji za poremećaj. S druge strane, dijete može imati IT kao neurorazvojni poremećaj, međutim, zbog nekog razloga, npr. traumatska ozljeda glave, nastup Alzheimerova poremećaja, dolazi do gubitka stečenih već prije dosegnutih kognitivnih sposobnosti. U tom se slučaju istodobno postavlja dijagnoza i **IT-a i neurokognitivnog poremećaja** (v. poglavlje 53 o neurokognitivnim poremećajima). Diferencijalno dijagnostički gledano, djeca s IT-om mogu dodatno imati akutne kliničke slike (delirij, katatonija, kao i psihotične simptome povezane s medicinskim stanjima), kojima se daje prioritet pri dijagnosticiranju i liječenju (v. poglavlje 26 o liječenjima hitnih stanja).

Teško je detektirati emocionalne teškoće kada je znatno smanjena sposobnost komunikacije u djeteta, ali je potrebno i na to misliti. U diferencijalnoj dijagnostici psihijatrijskih poremećaja i IT-a potrebno je posebno razmotriti postojanje simptoma u djeteta uzimajući u obzir njegovu razvojnu dob (mentalnu dob) jer ponašanje može biti odstupajuće za kronološku, ali ne i za razvojnu dob (mentalnu dob) djeteta pa je važno obratiti pozornost na neprikladno pripisivanje različitih psihijatrijskih simptoma samim intelektualnim teškoćama (Simonoff 2015).

Kod IT-a variraju **komorbiditeti** između 30 i 50 % (Einfeld i sur. 2011). Česti su komorbiditeti određeni sindromi ili simptomi: agresivno ponašanje, stereotipije, samoozljeđivanje, hiperaktivnost, sklonost da budu žrtve zlostavljanja, seksualni problemi, pretilost, epilepsija, endokrine bolesti, depresije, autistični spektar poremećaja, psihotični poremećaji, poremećaji spavanja, posebni poremećaji jedenja (pica, ruminacija, polifagija), poremećaji eliminacije (enureza, enkopreza), poremećaji sa sve većom socijalnom izolacijom, koji se u odrasloj dobi manifestiraju koronarnom bolesti srca, respiratornim bolestima, osteoporozom i dijabetesom (Allerton i sur. 2011; Lempp 2014; Matson i Shoemaker 2011). Depresivnost se zbog reduciranih verbalizacija može dijagnosticirati opservacijom neverbalne komunikacije, mimike, te drugim somatskim simptomima depresije (Lempp 2014), dok se anksiozni poremećaji mogu dijagnosticirati ubrzanim disanjem, ubrzanim pulsom te vegetativnim simptomima (Lempp 2014). Smatra se da od djece s autizmom, njih 50 % ima IT, a taj postotak iznosi 15 – 20 % u djece koja imaju hiperkinetski sindrom. Povećanjem

stupnja intelektualnog oštećenja raste rizik i od autizma i hiperkinetskog sindroma, dok istodobno postaje sve teže razlikovati pojedini psihijatrijski poremećaj (Simonoff 2015). Izazov za praksu može biti komorbiditet kada postoji IT zajedno sa specifičnim školskim vještinama ili poremećajem komunikacije. Zanimljivost klasifikacije MKB-10 jest u tome da postoji dijagnoza hiperkinetskog sindroma s IT-om i motoričkim stereotipijama (F84.4), međutim, ovaj je sindrom loše definiran (Steinhausen 2010; WHO 1993).

39.7. Granična inteligencija

Vrijednost IQ-a kreće se od 70 do 84. Adaptabilne su vještine održane, a mogu postojati lagana oštećenja svih domena. Granična se inteligencija ne smatra IT-om, međutim, može imati praktičnu važnost, npr. ovakva djeca često mogu imati smetnje u učenju (Lempp 2014). U literaturi se navodi velika prevalencija, oko 15 %, ali ne moraju postojati neke posebnosti u takve djece. Ipak, ona mogu imati dodatne psihičke smetnje, primjerice, anksiozne poremećaje. Povremeno je potrebno odvagati potrebu individualiziranog programa u redovitoj školi zbog teškoća u usvajanju školskoga gradiva (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

39.8. Djeca s visokom darovitošću

Riječ je o djeci koja imaju IQ viši od 130. U školi im zna biti dosadno jer je posrijedi manjak stimulativnosti u učenju, a mogu imati i lošije ocjene, odnosno biti slabe koncentracije (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

39.9. Klinička vinjeta

Na pregled u pratnji majke dolazi 13-godišnjak kojemu je već prije dijagnosticiran umjeren IT uz oštećenje adaptabilnih vještina, koji je bio verificiran u nalazu psihologa. U obitelji nije bilo psihičkih bolesti. Anamnestički se saznaje o usporenome psihomotornom razvoju od najranije dobi. Nije se mogao identificirati jasan etiološki čimbenik povezan s IT-om. Od ranog se djetinjstva provodila timska obrada i habilitiran je kod logopeda i drugih profesionalaca (fizikalna terapija). Obavljen je i pregled kod neuropedijatra zbog epileptičkih napadaja, koji su se pojavili prije tri godine te od tada uzima i antiepileptičku terapiju. Pohađa školu po posebnom programu, aktualno je u

petom razredu, gdje je uključen u cjeloviti terapijski program (edukativni, defektološki tretman i drugo). Obiteljska se situacija čini suportivna i topla, a roditelji brižni. Razlog za psihijatrijski pregled bile su neadekvatne emocionalne reakcije, afektivna labilnost, povremeno plakanje. Aktualno oskudne socijalizacije s vršnjacima, zanimaju ga glazba i igre na računalu, na kojemu provodi više vremena i pritom se osamljuje. Razgovara se s dječakom, sklapa se dobar terapijski savez te mu je pružena psihoterapijska potpora. Majka je savjetovana. Kako se vidi iz primjera, temeljno su u dijagnostici sudjelovala četiri stručnjaka: neuropedijatar, dječji psihijatar, psiholog i edukator rehabilitator, što bi trebao biti minimum dijagnostičke obrade (slično kao pri autizmu). Preporučan je daljnji intenzivan tretman kod edukatora rehabilitatora u školi, uz povremenu psihijatrijsku kontrolu.

39.10. Etiopatogeneza

39.10.1. Uvodni aspekti

Etiopatogeneza većinom nije poznata i vrlo je često multifaktorijska. Dokazani etiopatogenetski uzroci postoje samo u oko 50 % slučajeva (Lempp 2014). Najčešće povezani etiopatogenetski čimbenici uključuju genska stanja (kromosomske i stečene anomalije), prenatalnu izloženost infekcijama i toksinima (nekontrolirani dijabetes, metaboličke smetnje, anemija, hipertenzija, uzimanje alkohola, droga, infekcija rubeolom, kao i drugim virusima u trudnoći, komplikacije u trudnoći), prenatalnu organsku smetnju, perinatalnu traumu (prematurnost, intrakranijska hemoragija, cerebralna ishemija), postnatalna stečena stanja (encefalitis, meningitis, trauma glave), kao i sociokulturne čimbenike (pitanja nižega socioekonomskog statusa, siromaštva, deprivirane obitelji i drugo) (Eggers 1989; Grubić i Barišić 2009; Haessler i Eggers 2012; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Sadock i sur. 2007; Volkmar i Martin 2011; Warnke 2008). Pojedini autori dijele čimbenike prema vremenu nastanka u prenatalne (genski i egzogeni), perinatalne, postnatalne, neodređene i nepoznate (Lempp 2014).

U tablici 39.4. prikazani su pojedini etiopatogenetski sindromi povezani s IT-om, koji su se pokazali važnima u praksi i koji se najčešće pojavljuju u literaturi, međutim, potpun broj doseže gotovo 100 sindroma.

Ovdje treba biti posebno oprezan jer neki sindromi ne moraju imati ovakvu "tipičnu" sliku kako je to prikazano u tablici, odnosno sami genski sindromi odmah

ne trebaju pretpostavljati IT. Važno je istaknuti metaboličko-genske bolesti, kao i hormonalne bolesti, koje su vrlo zanimljive radi znanstvenih istraživanja, kao i mogućnosti probira, rane dijagnostike i rane terapije (Remschmidt i Niebergall 2011). Tipični primjeri ovakvih bolesti jesu fenilketonurija i hipotireoza.

Istraživanja provedena među blizancima dosljedno upućuju na umjerenu nasljednost inteligencije u općoj populaciji, međutim, nedavna istraživanja fokus stavljaju na identifikaciju pojedinačnih genskih rizičnih čimbenika i njihovih mehanizama (Simonoff 2015). Kromosomske anomalije identificirane citogenetičkim metodama odgovorne su za nastanak 15 % teških oblika IT-a. Downov se sindrom smatra najčešćom kromosomskom anomalijom koja je uzrok IT-a, s pojavnošću od 1,4 na 1000 trudnoća. Česti su još i Klinefelterov sindrom, s učestalošću 2 – 5 na 1000; X-fragilni kromosom, koji je najčešći oblik X-vezanih IT-a, a koji se pojavljuje u 1 na 5000 muškaraca (Simonoff 2015). U literaturi je poznat još niz kromosomskih i drugih genskih poremećaja udruženih s IT-om. Napredak u metodama molekularne genetike omogućio je identifikaciju mnogo manjih duplikacija i delecija kromosomskih regija (*copy number variants*, CNV), koje su daleko ispod rezolucije svjetlosnog mikroskopa. Smatra se da su CNV mogućí uzrok u oko 15 % djece u koje se očituju kašnjenja u razvoju te je postojećim genskim tehnikama danas moguće revidirati pacijente s prethodno idiopatskim IT-om (Simonoff 2015). U literaturi je pokazan poseban interes za neka genska stanja koja su imala i specifična bihevioralna obilježja: Williamsov je sindrom povezan sa specifičnim izgledom lica, hiperakuzijom te s anksioznošću; Prader-Willijev sindrom koji je povezan s hiperfagijom i kompulzivnošću; poremećaji pažnje i problemi socijalizacije kod X-fragilnog kromosoma; neprimjereno smješkanje u Angelmanovu sindromu; neobično plakanje u 5p-sindromu (Crie de Chaut), kao i samogrljenje kod Smith-Magenisova sindroma. Detaljnije podatke o ovim genskim sindromima treba potražiti u pripadajućim udžbenicima pedijatrije. Međutim, više psihičkih smetnji može biti povezano s više različitih sindroma (Volkmar i Martin 2011).

Biološki čimbenici pridonose učestalijem pojavljivanju epileptičkih napadaja te drugim neurološkim odstupanjima (Volkmar i Martin 2011). Težina IT-a povezana je s vremenom i trajanjem traume ili štetne izloženosti središnjega živčanog sustava. Što je teži stupanj IT-a, to je veća vjerojatnost da će uzrok biti poznat.

Tablica 39.4.

Pojedini etiopatogenetski sindromi povezani s IT-om.

Modificirano prema Martin i Volkmar 2007; Remschmidt i Niebergall 2011; Steinhausen 2010.

Sindromi	Etiologija	Somatski i neurološki nalazi	Psihološki i psihijatrijski znakovi	Napomena
Downov sindrom	trisomija 21	karakterističan izgled lica sa širokim nosnim korijenom, obrvama usmjerenima ukoso i prema gore; poprečna brazda, nizak rast, mišićna hipotonija; kardijalni i drugi problemi	obično relativno društveni i s boljim verbalnim vještinama; „ljubimci” u obitelji; dobre sposobnosti imitacije; opozicionalnost (suprotstavljanje); povećan rizik od neurokognitivnog poremećaja (demencije) i depresije u odrasloj dobi	mogu biti različite razine IQ-a, najčešće su umjerenog IT-a
fragilni X-kromosom	inaktivacija gena FMR-1 zbog CCG ponavljanja	izduženo lice, velike uši, visoko nepce, veliki testisi u dječaka	poremećaji pažnje i socijalna anksioznost; blagog do umjerenog IT-a	sumnju pobuđuje somatski i klinički nalaz, te se upućuje na gensko testiranje
fenilketonurija	recesivni deficit fenilalanin hidrosilaze	visoke razine fenilalanina; cerebralni napadaji; simptomi se ne moraju pojaviti odmah u ranome djetinjstvu	usporan razvoj govora, agitacija, agresija;	važan je probir; može se prevenirati djetetom
fetalni alkoholni sindrom	izloženost alkoholu tijekom trudnoće	hipoplazija srednjeg lica, mikrocefalija, nizak rast, dugačak i gladak <i>philtrum</i> (nabor) nad gornjom usnicom	tipično lagan do umjeren IT s povećanim problemima pažnje	

U tri četvrtine osoba s umjerenim IT-om uzrok je poznat, dok je kod lakih IT-a uzrok poznat u polovice osoba (oko 50 %). Općenito gledano, u oko dvije trećine osoba vjerojatno je poznat uzrok. Kod lakih oblika IT-a češće je obiteljsko pojavljivanje. Smatra se da je nizak socioekonomski status povezan s lakim IT-om, no ova povezanost nije potpuno jasna.

Psihosocijalni čimbenici uključuju neprimjerene crte ličnosti, neobične motivacijske stilove, niska očekivanja s obzirom na uspjeh, naučenu bespomoćnost, negativni self-koncept te dugotrajno osnaživanje maladaptabilnog ponašanja (Volkmar i Martin 2011). Psihičke smetnje uključuju teškoće komunikacije, teškoće u odnosima s vršnjacima, slabu socijalnu procjenu, izolaciju, kao i loše vještine samozastupanja (Volkmar i Martin 2011).

39.10.2 Psihodinamski aspekti

Malobrojni autori u ovom području navode doživljajne aspekte osoba s IT-om, koje postaju svjesnije svojih ograničenja. Pojedini autori govore o „sekun-

darnim oštećenjima“, kada dolazi do narcističkog disbalansa, s primitivnim strahovima i arhajskim agresivama. Nadalje, raspravlja se o doživljajnim aspektima roditelja (obično majke), koja doživljava stres, razočaranje, samoću, nesvjesne želje smrti za dijete, odnosno poremećaj ravnoteže vlastita narcizma. Postulira se simbiotski odnos majke i djeteta (Heinemann 2007).

39.11. Terapija

Općenito bi se moglo reći da se, s jedne strane, terapijski orijentiramo na opće poticanje razvoja, a, s druge, na liječenje komorbiditetnih poremećaja (Lempp 2014). Općeniti cilj liječenja bio bi stimulacija individualnog optimuma samostalnosti i kvalitete života, s otvorenim ishodima (Lempp 2014), ili, drukčije rečeno, poboljšanje individualne funkcionalnosti i smanjenje socijalnog oštećenja (Remschmidt i Niebergall 2011). U tablici 39.5. prikazane su pojedine vrste terapija i postupci.

Razlikujemo primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. **Primarna prevencija** odnosi se na akcije

Tablica 39.5.

Terapija i drugi postupci kod intelektualnih teškoća

Opće smjernice liječenja koje provode različiti stručnjaci: poticanje razvoja, poboljšanje funkcionalnosti, smanjenje socijalnog oštećenja

Liječenje komorbiditetnih stanja

Primarna, sekundarna i tercijarna prevencija

Različite vrste liječenja i rehabilitacije

Multimodalni i multidisciplinarni pristup

Kognitivne, bihevioralne, psihodinamske terapije

Rad s roditeljima i obitelji

Psihijatrijsko praćenje

Eventualno medikamentno liječenje

Radno osposobljavanje

koje uklanjaju ili smanjuju stanja koja uzrokuju IT, dok se poremećaj još nije niti pojavio. Ove mjere uključuju edukativne aktivnosti u vezi s IT-om, poboljšanje općega zdravlja, prenatalnu skrb, prenatalno (gensko) savjetovanje, provedbu amniocenteze prema indikaciji, provedbu optimalne njege za trudnice, majčine njege i skrbi za djecu, eradikaciju poznatih bolesti koje napadaju središnji živčani sustav te druge mjere.

Sekundarna prevencija odnosi se na rano otkrivanje i rano liječenje, dok se **tercijarna prevencija** sastoji u liječenju posljedica ili stalnosti oštećenja. Pojedine hereditarne metaboličke i endokrine bolesti danas je moguće liječiti npr. djetom ili hormonalnom terapijom u ranome stadiju, jer postoji rani probir (npr. fenilketonurija, hipotiroidizam), odnosno važno je opće medicinsko praćenje zbog različitih medicinskih stanja (npr. liječenje srčanih anomalija pri Downovu sindromu itd.) (Lempp 2014).

Liječenje osoba s IT-om danas se **dramatično pre-orientiralo** te se nastoji omogućiti pohađanje nastave u redovitim školama koliko god je moguće, odnosno ostanak u zajednici, izbjegavajući institucionalizaciju, uz nastavak uzimanja u obzir njihovih specifičnih potreba (Lempp 2014). Općenito je liječenje usmjereno tako da dijete ostaje unutar svoje obitelji i u tom smislu stacionarno liječenje može značiti izazovnu i veliku prilagodbu za dijete (Lempp 2014). U terapiji se primjenjuju različite vrste liječenja i rehabilitacije: fizi-

kalna gimnastika i terapija, različite radne terapije, strukturirana edukacija (školski programi) koja uključuje cjelokupni program koji poboljšava vještine adaptacije, trening socijalnih vještina, poboljšanje komunikativnih vještina, bihevioralne metode, profesionalno osposobljavanje za rad i drugi postupci socijalne i pravne zaštite (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Poseban problem u osoba s IT-om mogu biti samoozljeđivanje, agresija, poremećaji spavanja, pretilost, poremećaji jedenja i drugi problemi, te se u ovom slučaju primarno primjenjuju bihevioralne metode liječenja (Furniss i Biswas 2012).

Djeca s IT-om često će trebati psihijatrijsko praćenje, a povremeno i kontinuirano psihijatrijsko liječenje (Dagnan 2007; Dosen 2007; Steinhausen 2010; Underwood i sur. 2010). Nerijetko osobe s IT-om imaju neotkrivena medicinska stanja ili zbog drugih somatskih bolesti uzimaju različite lijekove koji mogu imati svoje nuspojave, pa je stoga potrebna suradnja dječjih psihijatara i drugih specijalista somatske medicine (Volkmar i Martin 2011). Pokatkad je dovoljno nekoliko intervjua, odnosno terapijskih seansi, za stabilizaciju psihičkoga stanja osoba s IT-om. Primjenjuju se također i ponašajne, kognitivne i psihodinamski orijentirane terapije, koje su se pokazale korisnima. Za mogućnost psihoterapije nije odlučujući IQ, nego mogućnost verbalizacije, ili se do nje dolazi s pomoću nekih drugih metoda (Heinemann 2007). Načelno, psihoterapijski ciljevi osoba s IT-om ne razlikuju se od liječenja osoba bez IT-a: jačanje doživljaja sebe, proširenje ega verbaliziranjem konflikata, osvješćivanje nesvjesnih konflikata, okretanje unutarnje agresije prema van, olakšavanje osjećaja krivnje, prorada strahova i pospješnje autonomije (Heinemann 2007). Uobičajene su protuprijenosne reakcije: osjećaji odbacivanja pacijenta, osjećaji bespomoćnosti, konfuzije. Psihodinamska je terapija usmjerena osobama s IT-om ili prema njihovoj obitelji radi prorade aktualnih problema, depresije, želje za smrću, ekstremnih strahova, simbiotske veze dijete – majka te autoagresije (Heinemann 2007). Dakle, psihoterapija također ima svoje mjesto u liječenju osoba s IT-om, a posebno se korisnom pokazala grupna psihoterapija adolescenata (Cook i Oliver 2011; Dosen i Day 2001; Kramarić 2010). U slučaju psihodinamske terapije obično se primjenjuje psihodinamska terapija u okviru (*settingu*) jednom tjedno (Heinemann 2007). Pojedini autori ipak više preferiraju bihevioralne terapije (fokus je na ponašanju ili na tijelo) u odnosu prema kognitivnima ili psihodinamskim (Lempp 2014).

Potrebni su potpora i rad s roditeljima i obitelji. Za svakog roditelja imati dijete s intelektualnim teškoćama određeni je stresni čimbenik. Smatra se da vjerojatno postoji reciprocitet između psihopatologije djeteta i mentalnoga zdravlja i stresa u roditelja (Simonoff 2015). Osim toga, postoje i dodatni stigmatizirajući učinci okoline. Nakon priopćenja dijagnoze treba nastaviti raditi s roditeljima (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Raspon intervencija može biti od (psiho)edukacije, povremenih savjetovanja, psihoterapije roditelja pa do primjene obiteljskih terapija. Potrebno je dopustiti roditeljima izražavanje osjećaja krivnje, beznada, bijesa, prorade žalovanja zbog poremećaja, kao i drugih osjećaja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Treba uzeti u obzir i potrebe braće/sestara, slično kao i kod autističnog spektra poremećaja, koji se mogu osjećati zanemareno (Volkmar i Martin 2011). Terapeut u pristupu roditeljima treba imati balansiranu ulogu koja neće biti niti odviše razočaravajuća ni nerealno obećavajuća (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Načelno, **medikamentno** liječenje nije primarno liječenje osoba s IT-om. Općenito govoreći, farmakološka će terapija slijediti smjernice liječenja u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji za djecu koja nemaju IT. Općenito, i ovdje postoji pravilo uvođenja lijekova: „Počni s nižim dozama i idi polako“, (*start low, go slow*), kao i inače u dječjoj dobi (Lempp 2014). Budući da su u osoba s IT-om češći višestruki psihijatrijski poremećaji/problemi, česta je istodobna upotreba više psihofarmaka, međutim, kada je god moguće, to je potrebno izbjegavati zbog povećane osjetljivosti na nepovoljne učinke lijeka (Simonoff 2015). Posebno će biti potrebno obratiti pažnju na liječenje agresije, autodestruktivnog ponašanja, stereotipnog ponašanja, eksplozivnih izljeva bijesa te hiperaktivnog ponašanja. Pokazalo se korisnim uvođenje malih doza antipsihotika u liječenju agresivnosti kod IT-a (Lempp 2014). Pojedini autori navode posebne smjernice pri davanju psihofarmaka osobama s IT-om, koje moraju biti uključene u cjelokupni plan liječenja (Steinhausen 2010).

S vremenom se primjenom terapije može utjecati na povećanje adaptabilnih vještina, uz pomoć stimulativne i razumijevajuće okoline, premda, u pravilu, ne dolazi do promjene intelektualnog oštećenja. Danas prevladava mišljenje o integrativnom i multidisciplinarnom liječenju. Integrativni bi tretman uključivao više stručnjaka te se ne bi fokusirao samo na umanjenje simptoma, već bi pokušao utjecati na stvaranje

bolje opće funkcionalnosti i bolju kvalitetu života djeteta i roditelja. Ovdje mogu biti važna pitanja kao što su izbor prikladne stimulacije, omjer premale ili prevelike stimulacije, te otkrivanje jakosti u pojedinca, obitelji i drugih važnih osoba iz okoline (Lempp 2014). Važan čimbenik u modernoj skrbi za osobe s IT-om jest deinstitutionalizacija (Stein i sur. 2011).

Tijekom vremena, međutim, pojavljuju se razna stanja koja kompliciraju kvalitetu života. U ovom su smislu važna pitanja somatskoga stanja, mentalnoga zdravlja, izloženosti različitim neprikladnim učincima (npr. slaba prehrana, izloženost infekcijama, toksinima, nenamjernim ozljedama, socijalnoj izolaciji, niskomu socijalnom statusu, niskoj kontroli, diskriminaciji, zlostavljanju, nedosljednom roditeljstvu, nasilju u domu i susjedstvu itd.), kao i kontinuirane skrbi u tranziciji prema odrasloj dobi te izloženosti različitim prije opisanim čimbenicima u samoj odrasloj dobi (Allerton i sur. 2011; Emerson 2013).

Zaposlenje osoba s IT-om ili strukturirani radni programi koji naglašavaju radne, adaptabilne i socijalizacijske vještine pomaže osobama s IT-om (Volkmar i Martin 2011). Kritičan moment može biti zaposlenje osoba s IT-om, odnosno tranzicija prelaska u skrb odraslih osoba.

39.12. Roditelji s IT-om

Roditelji s IT-om čine posebnu grupu roditelja (a posebno se to odnosi na majke s IT-om) jer njihova djeca mogu imati kašnjenja u razvoju, probleme s govorom i jezikom, ponašajne probleme, kao i ozljede (Emerson i Brigham 2014). Dodatno se nalazi povezanost sa siromaštvom, slabim obiteljskim odgojem i socijalnom izolacijom (Emerson i Brigham 2014). Prije rečeno, iziskuje medicinsko, psihijatrijsko, i integrirano praćenje roditeljstva, djece i obitelji u cjelini (O’Keeffe i O’Hara 2008; Wilson i sur. 2013).

39.13. Ishodi, prognoza

Ishodi vrlo variraju jer ovise o različitim prije navedenim čimbenicima, a prije svega o stupnju IT-a, obiteljskoj podršci, ulozi zajednice, kao i o drugim različitim čimbenicima. Općenito se može reći da postoji predikcija ishoda u odnosu omjera između premale ili prevelike stimulacije, odnosno je li uspjela socijalizacija (Lempp 2014). Osobe s lakim IT-om imaju bolju prognozu što se tiče socijalizacije. Osobe s umjerenim

IT-om imaju veća oštećenja i obično trebaju povremenu ili stalnu brigu i nadzor. U osoba s teškim i dubokim IT-om potrebni su stalni nadzor sa svrhom poticanja vještina brige o sebi, kao i što je moguće veća individualnost (Volkmar i Martin 2011). Posebno se važnim za prognozu pokazalo uključivanje u „zaštićene radionice“ ili zaposlenja u različitim zanimanjima (Remschmidt i Niebergall 2011).

39.14. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Potrebno je oprezno, dajući si vremena i s razumijevanjem, uključiti roditelje u dijagnostički proces.
- ✓ Roditeljima treba pomoći u procesu žalovanja i prilagodbe na činjenicu što imaju dijete s IT-om.
- ✓ Roditeljima i nastavnicima treba objasniti ograničenja, ali i sposobnosti djeteta. Ovdje treba imati dinamičan pristup i otvorenost za promjene.
- ✓ Treba razraditi konkretan i realističan plan pomoći djetetu i roditeljima. Mnoga djeca s IT-om napreduju tijekom vremena i mnoga od njih mogu poslije u odrasloj dobi voditi djelomično samostalan život.
- ✓ Danas se zagovara što ranija detekcija, kao i što ranija multidisciplinarna intervencija.
- ✓ Danas postoji trend deinstitutionalizacije, odnosno ostanka djece u obiteljima ili njihova smještaja u udomiteljsku obitelj.

39.15. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Zašto treba izbjegavati rečenice da je npr. jedan petnaestogodišnjak na „razvojnoj razini trogodišnjega djeteta“?

ODGOVOR: Ovdje je riječ o zastarjelom „deficitarnom“ modelu gledanja na IT, a ne o priznavanju snaga i mogućnosti svake pojedine osobe, pa bi stoga ovakve rečenice, koliko je to moguće, trebalo izbjegavati.

■ **Pitanje:** Je li koncept IQ-a statičan koncept?

ODGOVOR: Većinom bi se moglo reći da postoji velika predikcija da djeca koja imaju određen IQ i da se on tijekom vremena neće mijenjati. Međutim, kao što je moguća varijabilnost u pojedinim slučajevima, u

smislu da tijekom vremena dolazi do deterioracije (smanjivanja IQ-a), tako je moguće da postoje djeca u koje se može očekivati i povećanje IQ-a tijekom razvoja. Postoje takvi slučajevi u praksi. Drugi slučaj može biti da dijete s manjim IQ-om napreduje u svojim adaptabilnim vještinama, te da na taj način izgubi kriterij IT-a. U praksi su možda rijetki slučajevi da dijete izgubi kriterij IT-a ili da mu se poveća IQ, ali takvi slučajevi iziskuju veliku pažnju kliničara jer zahtijevaju dodatnu brigu npr. premještanje djeteta iz specijalne škole u redovitu. Čini se da je u djece koja imaju autizam i IT još veća mogućnost varijabilnosti IQ-a.

■ **Pitanje:** Kako može izgledati dijagnostički pedijatrijski algoritam za dijete za koje sumnjamo da ima IT?

ODGOVOR: Prvo će se provesti detaljna anamneza i pregled; osnovne laboratorijske pretrage, EEG, eventualno UZV mozga, pregled vida i sluha, pretrage na metaboličke bolesti, hormonalne pretrage (ako nije napravljen probir za funkciju tireoideje), te, ako postoji sumnja, probir na autizam ili poremećaj govora. U sljedećem koraku će se procijeniti postoje li u obitelji poznate bolesti, te u tom slučaju primijeniti odgovarajuću dijagnostiku. Nadalje, napraviti će se procjena na Downov sindrom, fragilni X-kromosom te druge genske bolesti, uključujući i hipotireozu. Ako postoje znakovi oštećenja SŽS-a, primijenit će se CT ili MR mozga. Postoji li pak sumnja na razvojnu regresiju ili na multiple prethodne pobačaje, primijenit će se diferentnija pedijatrijska pretraga (MR mozga, metabolički nalazi, genski konzilij).

■ **Pitanje:** Kako priopćiti roditeljima dijagnozu IT-a u djeteta?

ODGOVOR: Slično kao i pri dijagnozi dječjeg autizma, riječ je o vrlo delikatnom i diferenciranom pitanju. Treba prije svega razviti odnos povjerenja s roditeljima tijekom više dijagnostičkih razgovora te provesti multidisciplinarnu dijagnostiku. Na kraju dijagnostičkoga procesa treba oprezno i s razumijevanjem objasniti dijagnostičke dileme u djeteta i radnu dijagnozu. Obično radna dijagnoza u dječjoj psihijatriji može biti općenito razvojno kašnjenje, koja se može postaviti već od šestog mjeseca djetetova života, a načelno se može upotrebljavati do pete godine. Delikatnost je velika, s jedne strane, ako se dijagnoza IT-a postavi prerano, a, s druge, ako se postavi kasnije/prekasno. Nadalje, ako se dijagnoza IT-a ne postavi, može se davati određena nada da je posrijedi jednostavno razvojno kašnjenje, a, s druge strane, ako se dijagnoza

ne postavi na vrijeme, dijete se lišava mogućnosti prikladne terapije, odnosno drugih mogućnosti koje roditelj dobiva ako dijete ima IT. Nakon priopćivanja dijagnoze, treba svakako osigurati daljnje psihijatrijsko i psihoterapijsko praćenje djeteta i roditelja. Stručnjak treba delikatno naći mjeru između terapijskog nihilizma i pretjerane optimistične procjene.

■ **PITANJE: Je li zanemarivanje ili zlostavljanje osoba s IT-om relativno često?**

ODGOVOR: Relativno je velika mogućnost zanemarivanja ili zlostavljanja osoba s IT-om, uključujući i fizičko i seksualno. U slučaju da nam pacijenti s IT-om govore o tome, treba to uzeti s velikom pažnjom vjerujući u ono što nam ove osobe govore. Ako postoji opravdana sumnja u to, treba postupiti slično postupanjima u zanemarenog ili zlostavljanog djeteta/adolescenta.

■ **PITANJE: Kako se odnositi prema ljubavnim ili seksualnim potrebama adolescenata s IT-om?**

ODGOVOR: Kao i svi drugi adolescenti, i adolescenti s IT-om imaju ljubavne i seksualne potrebe. Ovakve potrebe mogu biti veoma dramatične. Ne treba tabuizirati ove probleme, nego ih katkada treba jasnije tematizirati u intervjuima ili fokalnim psihoterapijskim seansama (npr. pitanje prakticiranja masturbacije, seksualnog uzbuđenja, odnosa prema drugim vršnjacima itd.). Često se kroz takve probleme zrcale problemi prihvaćenosti ili odbačenosti, što je repeticija konflikata s primarnim objektima.

■ **PITANJE: Koje sve mogu biti reakcije roditelja na to da imaju dijete s IT-om?**

ODGOVOR: Roditelji prolaze kroz različite faze tijekom suočavanja s činjenicom da dijete ima IT. Na početku su mogući razočaranje, žalovanje, depresija, osjećaji srama, osjećaji krivnje, bijes, agresija, nevjerovanje, neprihvatanje djetetova stanja, okrivljavanje drugih, poricanje djetetovih problema, nesvjesna želja za smrću djeteta. Profesionalci moraju biti svjesni ovakvih reakcija roditelja, dati im dovoljno vremena za razgovor i strpljivo slušanje, manje govorenja od strane terapeuta, jednostavno, dati potporu roditeljima. Nadalje, tijekom vremena roditelji prihvaćaju ograničenja svoje djece, te postupno dolazi do stabilizacije osjećaja sebe. Takvi roditelji kroz vlastito iskustvo tada mogu pomoći i drugim roditeljima preko udruge roditelja jer je njihovo iskustvo vrlo dragocjeno.

■ **PITANJE: Hoće li djeca s IT-om trebati kontinuirano psihijatrijsko praćenje?**

ODGOVOR: Često postoji potreba za kontinuiranim psihijatrijskim praćenjem, u smislu dijagnostike, praćenja stanja, ponavljanje standardiziranih i drugih adaptabilnih testova (nakon 6 mjeseci ili godine dana), reevaluacije nalaza, rada s roditeljima itd. S obzirom na to da postoji veliki komorbiditet s drugim psihološkim i psihijatrijskim stanjima, dodatno je moguće i redoviti psihijatrijsko-psihoterapijsko liječenje. Posebno osjetljivo jest pitanje tranzicije u odraslu dob, kao i pitanje zapošljavanja u mladoj odrasloj dobi.

■ **PITANJE: Je li moguće psihodinamsko psihoterapijsko liječenje osoba s IT-om i koji bi onda ciljevi mogli biti?**

ODGOVOR: Za mogućnost psihoterapije nije odlučujući IQ, nego mogućnost verbalizacije, koja je spontana ili se s pomoću nekih pomagala dolazi do verbalizacije. Načelno, psihoterapijski ciljevi osoba s IT-om ne razlikuje se od liječenja osoba bez IT-a: jačanje doživljaja sebe, proširenje ega verbaliziranjem konflikata, osvješćivanje nesvjesnih konflikata, okretanje unutarnje agresije prema van, olakšavanje osjećaja krivnje, prorada strahova i podupiranje autonomije. Psihodinamska je terapija usmjerena osobama s IT-om ili prema obitelji radi prorade aktualnih problema, depresije, te želje za smrću, ekstremnih strahova, simbiotske veze dijete – majka, te autoagresije. Posebno se čini korisnim da osobe s IT-om dođu na ambulantanu terapiju u drukčiju instituciju ili ambulantu nego što je ona u kojoj borave i/ili provode ostale oblike terapije da bi se okvirom (*settingom*) potaknule triangulacija i autonomija.

■ **PITANJE: Objasnite trend deinstitutionalizacije osoba s IT-om?**

ODGOVOR: U posljednje vrijeme postoji s pravom trend deinstitutionalizacije, jer je riječ o humanijem pristupu osobama s IT-om. Na ovaj se način osobama pruža mogućnost toplijeg odnosa unutar obiteljskog okruženja, uz naglasak na ambulantanu i dnevnomedicinsku multidisciplinarnu terapiju i rehabilitaciju.

39.16. **Pitanja**

- 1 Navedite definiciju općeg razvojnog kašnjenja.
- 2 Navedite definiciju intelektualnih teškoća.
- 3 Kakva je podjela IT-a u današnjim klasifikacijama?
- 4 Kojim se metodama koristimo u dijagnostici IT-a?
- 5 Navedite etiopatogenetske čimbenike u razvoju IT-a.
- 6 Navedite principe primarne, sekundarne i tercijarne prevencije kod IT-a.
- 7 Koji su principi psihoterapijskog liječenja osoba s IT-om?
- 8 Koje emocionalne reakcije mogu biti u roditelja djece s IT-om?
- 9 Kakve metode primjenjujemo u radu s roditeljima djece s IT-om?
- 10 Zašto danas postoji trend deinstitutionalizacije osoba s IT-om?

39.17. **LITERATURA**

1. *Allerton LA, Welch V, Emerson E.* Health inequalities experienced by children and young people with intellectual disabilities: A review of literature from the United Kingdom. *Journal of Intellectual Disabilities* 2011;15(4): 269-278.
2. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).* Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38Suppl 12:5S-31S.
3. *American association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).* 2018. Dostupno na: <http://aaid.org/intellectual-disability/definition>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
4. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
5. *Bayley N.* Bayley scales of infant and toddler development, 3. izd. San Antonio TX: Harcourt; 2006.
6. *Cook F, Oliver C.* A review of defining and measuring sociability in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 2011; 32: 11-24.
7. *Dagnan D.* Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental ill- health. *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20:456-460.
8. *DC:0-5tm.* Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R), Washington, DC: Author; 2016.
9. *Dosen A.* Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research* 2007; 51: 66-74.
10. *Dosen A, Day K.* Treating Mental Illness and Behavior Disorders in Children and Adults with Mental Retardation. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001.
11. *Eggers C.* Stoerungen der Intelligenz. U: Eggers C, Lempp R, Nissen G, Strunk P, ur. *Kinder und Jugend- Psychiatrie*, 5 Auflage. Berlin: Springer Verlag; 1989, str. 333- 383.
12. *Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E.* Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & developmental disability* 2011; 36(2):137-143.
13. *Emerson E.* Commentary: childhood exposure to environmental adversity and the well-being of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2013; 57(7):589-600.
14. *Emerson E, Brigham P.* The developmental health of children of parents with intellectual disabilities: Cross sectional study. *Research in developmental disabilities* 2014; 35:917-921.
15. *Furniss F, Biswas AB.* Recent research on aetiology, development and phenomenology of self- injurious behaviour in people with intellectual disabilities: a systematic review and implications for treatment. *Journal of Intellectual Disability research* 2012;56(5):453-475.
16. *Galić S.* Neuropsihologijska procjena. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
17. *Grubić M, Barišić N.* Mentalna retardacija. U: Barišić N, ur. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 713- 716.
18. *Haessler F, Eggers C.* Intelligenzminderung. U: Eggers C, Fegert JM, Resch F. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. izd. Berlin: Springer; 2012, str. 785-834.
19. *Heinemann E.* Psychische Stoerungen bei geistiger Behinderung. U: Hopf H, Windaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie*, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. München: CIP Medien; 2007, str. 433- 442.
20. *Kaplan RM, Saccuzzo DP.* Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues. 9th ed. Boston: Cengage Learning; 2018.
21. *Kramarić M.* Problemi skrbi za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama u Republici Hrvatskoj. *Socijalna psihijatrija* 2010; 38: 159-162.
22. *Lempp T.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
23. *Lockwood CA, Mansoor Y, Homer-Smith E, Moses JA Jr.* Factor structure of the Benton Visual Retention Tests: Dimensionalization of the Benton Visual Retention Test, Benton Visual Retention Test—Multiple choice, and the Visual Form Discrimination Test. *Clin Neuropsychol* 2011; 25(1): 90–107.
24. *Matešić K.* *Psihodijagnostička sredstva*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
25. *Matson JL, Shoemaker M.* Intellectual disability and its relationships to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities* 2009; 30:1107-1114.

26. *Matson JL, Shoemaker M.* Psychopathology and intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24:367-371.
27. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
28. *Mullen EM.* Mullen Scales of Early Learning (AGS ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service Inc;1995.
29. *O'Keeffe N, O'Hara J.* Mental health needs of parents with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry* 2008;21:463- 468.
30. *Peters UH.* Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4. izd. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1990.
31. *Petz B.* Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
32. *Remschmidt H, Niebergall G.* Intelligenzminderungen und Demenzstaende. U: Remschidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 111-120.
33. *Roid GH.* Stanford-Binet Intelligence scale. 5th edition. Itasca, IL: Riverside Publishing; 2003.
34. *Routh DK.* A History of Clinical Psychology. U: Nathan PE, ur. The Oxford Handbook of Clinical Psychology. New York: Oxford University Press; 2014, str. 23-33.
35. *Simonoff E.* Intellectual disability. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, ur. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 6. izd. Oxford: Wiley Blackwell; 2015, str. 719-737.
36. *Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA.* Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
37. *Sparrow SS, Cichetti DV, Saulnier C.* Vineland adaptive behavior scales. 3 izd. Minneapolis, MN: Pearson Assessments, a buisness of Pearson education; 2016.
38. *Stein DS, Blum NJ, Barbaresi WJ.* Developmental and behavioral disorders through the life span. *Pediatrics* 2011; 128:364-373.
39. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
40. *Underwood L, McCarthy JB, Tsakanikos EC.* Mental health of adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23(5): 421- 426.
41. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
42. *Warnke A.* Intelligenzminderung. U: Herpertz- Dahlmann B, Resch F, Schulte Markwort M, Warnke A. Entwicklungspsychiatrie. 2 Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2008, str. 487- 526.
43. *Wilson S, McKenzie K, Quayle E, Murray G.* A systematic review of interventions to promote social support and parenting skills in parents with an intellectual disability. *Child: Care, health and development* 2013;40:128-132.
44. *Wechsler D.* Wechsler preschool and primary scale of intelligence. 4. izd. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2012.
45. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Autistični spektar poremećaja

Ivan Begovac, Lena Santrić

SADRŽAJ

40.1. Uvod, definicije, klasifikacije	534
40.2. Rani atipični autistični spektar poremećaja i autistični spektar poremećaja	536
40.2.1. Uvod, klasifikacije	536
40.2.2. Epidemiologija	536
40.2.3. Klinička slika ranog atipičnog spektra autističnog poremećaja	536
40.2.4. Klinička slika ASP-a	536
40.2.4.1. Uvodni aspekti	536
40.2.4.2. Klinička slika prema zahvaćenim područjima	537
40.2.4.3. Klinička slika prema dobi (razvojnoj dobi)	538
40.2.5. Dijagnostika	538
40.2.6. Diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	540
40.2.7. Etiopatogeneza	541
40.2.8. Klinička vinjeta ASP-a	543
40.2.9. Terapija	544
40.2.10. Ishod, prognoza	545
40.3. Upute za roditelje/nastavnike	546
40.4. Često postavljena pitanja	546
40.5. Pitanja	548
40.6. Literatura	549

40.1. Uvod, definicije, klasifikacije

Autistični spektar poremećaja (ASP) možemo definirati kao neurorazvojni poremećaj koji je okarakteriziran dubljim poremećajem socijalne interakcije i socijalne komunikacije u različitim kontekstima, a manifestira se deficitom u socijalnom reciprocitetu, neverbalnom komunikacijskom ponašanju koje se primjenjuje u socijalnim situacijama, kao i potrebnim vještinama u razvoju, održavanju i razumijevanju relacije (odnosa), te prisutnošću restriktivnog i repetitivnog ponašanja (APA 2013; DC:0-5tm 2016).

DSM-5 je napravio revolucionarni korak u usporedbi s drugim klasifikacijskim sustavima (DSM-4 i MKB-10) jer je u područje autizma uveo dimenzionalni pristup umjesto dotadašnjeg, kategorijskog. U njemu se govori o **autističnom spektru poremećaja (ASP)**, što znači da su prijašnji pojedinačni entiteti (autistični sindromi – v. poslije, v. također posebno poglavlje 41) obuhvaćeni jednim imenom, osim Rettova sindroma koji se izdvaja kao genski poremećaj. Veliki kvalitativni napredak klasifikacije DSM-5 jest da su bolje definirani kriteriji djece već u drugoj godini života. Velik napredak također je postignut i u klasifikaciji *Zero to five* (DC:0-5tm 2016), koja je kompatibilna s klasifikacijom DSM-5, koja uvodi novu, dodatnu dijagnozu označujući je kao **rani atipični autistični spektar poremećaja (RAASP)**, koji se može dijagnosticirati već s 9 mjeseci djetetova života (DC:0-5tm 2016; Soto i sur. 2016). Ovo je učinjeno s namjerom da se što prije primijeni prikladna intervencija. Nadalje, DSM-5 je revidirao dijagnostičke kriterije za postavljanje dijagnoze zamjenom trijade simptoma (oštećenje socijalnih vještina, komunikacijskih vještina i prisutnost stereotipnog ponašanja) s dvije domene simptoma: oštećenje socijalno-komunikacijskih vještina te prisutnost repetitivnog, stereotipnog ponašanja. Iako su kašnjenja u jezičnom razvoju česta, nisu specifična za ASP te su zbog toga izostavljena iz dijagnostičkih kriterija. Svaka domena obuhvaća različite skupine simptoma te može biti prikazana dimenzionalno, ovisno o razini potrebne intervencije i potpore. DSM-5 stereotipni i repetitivni govor uključuje u restriktivnu/repetitivnu domenu te prvi put u dijagnostičke kriterije uključuje i senzornu reaktivnost na okolinske čimbenike (Le Couteur i Szatmari 2015). Sljedeća promjena u DSM-5 jest određivanje razina funkcionalnosti pojedinaca s autizmom, odnosno razine potrebne skrbi za njih.

Kriteriji za ASP, prema DSM-5 i prema *Zero to five*, jesu sljedeći (APA 2013; DC:0-5tm 2016): **Kriterij A.** Perzistentni deficit u socijalnoj komunikaciji i interakciji u višestrukim kontekstima, aktualno u sadašnjosti ili prema anamnezi (sva tri simptoma):

1. deficit u socijalno-emocionalnoj uzajamnosti (npr. atipični socijalni pristup; limitirano sudjelovanje u socijalnim igrama ili aktivnostima, gdje se traži izmjena stajališta (engl. *turn-taking* npr. kod igre „ku-kuc” – igre skrivača); reducirana ili limitirano započinjanje združene pažnje; restriktivni odgovor na socijalnu interakciju / npr. izbjegavanje pogleda očima, manjak uzvrćanja smiješkom, rijetko odgovaranje na poziv, čini se kao da dijete ne čuje/; reducirano započinjanje socijalne interakcije);
2. deficit u neverbalnom komunikacijskom ponašanju upotrijebljenom za socijalne interakcije (primjerice, manjak integracije neverbalnog i verbalnog /npr. manjak gesti/; atipično gledanje u oči /npr. limitirano gledanje u oči tijekom igre, pri nekoj zamolbi, ili u socijalnim situacijama/; poteškoće razumijevanja neverbalne komunikacije (gesti) /npr. ne prati pogledom ili nema upiranja prstom; nema mahanja rukom/; restriktivna uporaba facijalne ekspresije i neverbalne komunikacije /npr. reducirana facijalna ekspresija kod ekspresije osjećaja/);
3. deficit u uspostavljanju, održavanju i razumijevanju odnosa prema vršnjacima (npr. problem prilagodbe na različite socijalne kontekste /npr. ne dijeli svoje igračke; prema strancima ne pokazuje strah/; poteškoće sudjelovanja u zajedničkim spontanim igrama pretvaranja ili imaginativnim igrama /npr. nema grljenje lutke/; manjak interesa za odnose s vršnjacima, poteškoće u igri /npr. dijete se igra samo, nema interesa za drugu djecu/).

Kriterij B. Ograničeni, repetitivni obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti, aktualno u sadašnjosti ili prema anamnezi (minimalno dva od četiri simptoma):

1. stereotipni ili repetitivni motorički pokreti, uporaba predmeta ili govora;
2. inzistiranje na istovjetnosti, nefleksibilno priklapanje rutinama ili ritualizirani oblici verbalnog ili neverbalnog ponašanja;
3. jako ograničeni, kruti interesi koji su abnormalni po intenzitetu ili fokusu;

Tablica 40.1.**Usporedba i kriteriji koji čine razliku između ASP-a i RAASP-a.**

Modificirano prema APA 2013; Soto i sur. 2016; Zero to five 2016.

	Rani atipični autistični spektar poremećaja	Autistični spektar poremećaja
Minimalna dob i raspon	između 9 i 36 mjeseci	18 mjeseci
Kriteriji	- dva kriterija točke socijalne komunikacije - jedan kriterij točke repetitivnosti i stereotipija	- sva tri kriterija točke socijalne komunikacije - Barem dva kriterija simptoma repetitivnosti i stereotipija od ukupno četiriju

4. hiperreaktivnost (hiperpodražljivost) ili hiporeaktivnost (hipopodržljivost) na senzoričke podražaje ili neobičan interes za senzoričke aspekte okoline /primjerice, traži senzorne podražaje, npr. drži objekte vrlo blizu ušiju, njuši ili liže objekte; ili npr. zatvara uši tijekom glasnijih zvukova itd./.

Kriterij C. Simptomi moraju biti prisutni u ranom razvojnom periodu (ne moraju biti očiti dok socijalni zahtjevi ne nadmaše ograničene sposobnosti ili mogu biti prikriveni naučenim strategijama).

Kriterij D. Simptomi uzrokuju klinički značajno oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim područjima funkcioniranja.

Kriterij E. Smetnje se ne mogu bolje objasniti intelektualnim teškoćama (IT) ili općim razvojnim zastoje. Međutim, ASP i intelektualne teškoće (IT) mogu se pojaviti i u komorbiditetu, no u tom slučaju za postavljanje dijagnoze ASP-a socijalno-komunikacijske vještine moraju biti znatno ispod općega razvojnog stupnja, odnosno ispod neverbalnih vještina (fina motorika, neverbalno rješavanje problema) (APA 2013). Ako su djeca mlađa od 30 mjeseci, a pokazuju poteškoće u socijalnoj interakciji, treba razmotriti eventualnu dijagnozu RAASP-a (v. poslije). Novoj DSM-5 klasifikaciji prethodilo je više čimbenika, između kojih i heterogenost fenotipa s obzirom na gensku bazu, kao i srodnost autizma s nekim drugim poremećajima (Constantino i Charman 2016). Mnoga pitanja i dalje ostaju otvorena, među ostalim, i kakav će biti status osoba koje su dobile dijagnozu autizma u vrijeme upotrebe DSM-4 klasifikacijskog sustava (Volkmar i McPartland 2014).

Rani atipični autistični spektar poremećaja (RAASP) možemo definirati kao teži poremećaj socijalne komunikacije, uz restriktivno i repetitivno pona-

šanje u dojenčadi i djece između 9 i 36 mjeseci, a koja nemaju sve kriterije za dijagnozu ASP. Kriteriji su kompatibilni s onima prije opisanim kod ASP-a, uz napomenu da su potrebni kriteriji ublaženi: potrebno je postojanje dvaju kriterija od socijalno-komunikacijskih simptoma, te jednog od kriterija repetitivnog ili restriktivnog ponašanja. U tablici 40.1. sumarno su prikazane razlike između ASP-a i RAASP-a.

Nakon 36 mjeseci djetetova života treba razmotriti je li riječ o ASP-u ili pak o socijalnom (pragmatičkom) poremećaju (v. posebno poglavlje 42 o poremećaju jezika i komunikacije) (DC:0-5tm 2016).

ASP je sinonim za pervazivni (duboki) razvojni poremećaj (engl. *pervasive developmental disorder – PDD*), nazvan tako u MKB-10 klasifikaciji (NICE 2011). Prema MKB-10, kao i drugim autorima, PDD, slično definiciji ASP-a, čine skupinu neuropsihijatrijskih poremećaja karakteriziranih kvalitativnim abnormalnostima socijalnih odnosa i modela komunikacije te stereotipnim, ponavljanim aktivnostima i interesima, s posljedičnim otklonom u kognitivnom razvoju, te s početkom tipičnim za prve godine života (Begovac i sur. 2009; Bujas Petković i Frey Škrinjar 2010; Lewis 1996; Volkmar i Pauls 2003; WHO 1993).

Prema MKB-10, kao i prema DSM-4, u ovu skupinu poremećaja ubrajali su se: dječji autizam (DA), Aspergerov sindrom, dezintegrativni poremećaj u dječjoj dobi (DPD), Rettov sindrom te atipični (netipični) autizam (APA 1994; WHO 1993). Umjesto naziva „dječji autizam“ koji se rabi u MKB-10 klasifikaciji, prikladnije bi bilo govoriti samo o „autizmu“ (engl. *autistic disorder*) jer se poremećaj nastavlja i u odrasloj dobi, što je bilo i navedeno u DSM-4 klasifikaciji.

U tekstu koji slijedi navodit će se izraz **ASP, RAASP** ili, jednostavnije, **autizam**, da bi se pojednostavnilo opisivanje zbog edukativnih razloga.

40.2. Rani atipični autistični spektar poremećaja i autistični spektar poremećaja

40.2.1. Uvod, klasifikacije

Prije tridesetak godina autizam se smatrao rijetkom i tajanstvenom bolešću. Iako danas postoji više znanja, posebno na području neurobiologije, definiranja kliničkih kriterija te primjenjivanja različitih terapija, i dalje mnoga pitanja ostaju neodgovorena (Lord i Jones 2012). Na sadašnju definiciju ASP-a znatno su utjecali originalni opis poremećaja Lea Kanner iz 1943. (Kanner 1943), kao i opis M. Ruttera (Rutter 1978). U psihijatrijskoj je tradiciji autizam imao istaknuto mjesto u razumijevanju psihičkih poremećaja djece te u literaturi nalazimo vrijedne opise kliničkih slučajeva (Begovac i Begovac 2000; Nikolić 2000). Oštećeno socijalno funkcioniranje, za koje se smatra da je po prirodi kongenitalno, glavno je obilježje ASP-a i ostalih poremećaja iz ove skupine (Grossman i sur. 1997). Spoznaje dobivene novijim istraživanjima na području socijalizacije i komunikacije čine proučavanje ASP-a aktualnim i izazovnim (Landa i sur. 1991; Wing 1991). Dimenzionalni pristup uveden u DSM-5 klasifikaciji omogućuje određivanje stupnja težine autističnog poremećaja koji se utvrđuje primjenom mjernih skala. Preporučuje se i dodatna multiaksijalna procjena oštećenja (v. posebno poglavlje 25 o klasifikaciji).

40.2.2. Epidemiologija

Prevalencija autizma, prema američkim autorima, iznosila je 2 do 4 oboljela na 10 000 stanovnika (Lempp 2014; Lewis 1996; Mattejat i Schulte-Markwort 2013), a, ako bi se u obzir uzeli i ostali PDD-i, prevalencija bi bila 4 do 5 oboljelih na 10 000 stanovnika (Lewis 1996). Novija istraživanja govore o sve većoj prevalenciji, od 13 na 10 000 stanovnika (Volkmar i Martin 2011), kao i 11,3 na 1000 stanovnika (Volkmar i sur. 2014), dok *Zero to Five* klasifikacija navodi prevalenciju od 1 na 68 djece (DC:0-5tm 2016). Time dolazimo do prevalencije od oko 1 % u razvijenim zemljama, dok je u zemljama u razvoju stopa niža (Lai i sur. 2014; Le Couteur i Szatmari 2015; NICE 2011).

Još uvijek ostaje nejasno postoji li stvaran porast prevalencije ili je to odraz nekih drugih čimbenika. Moguća su objašnjenja povećan interes javnosti za autizam, proširivanje dijagnostičkih kriterija te bolje razumijevanje kliničke prezentacije u vrlo male djece i

u osoba s „visokofunkcionirajućim“ oblikom autizma (v. poslije u tekstu), kao i u adolescenata i odraslih. Štoviše, sada je dijagnozu autizma moguće postaviti uz istodobno postojanje drugih stanja, kao što su ostale psihičke bolesti, npr. hiperkinetski sindrom, Downov sindrom ili sindrom fragilnog X-kromosoma, što se u prijašnjim klasifikacijskim sustavima nije poticalo. Također postoje dokazi o tzv. dijagnostičkoj zamjeni, što se odnosi na istodobno smanjivanje prevalencije IT-a uz porast prevalencije autizma.

Autizam je češći u dječaka nego u djevojčica. Klinički uzorci govore o omjeru od 4 do 6 prema 1, dok uzorci iz opće populacije upućuju na omjer od 2 do 3 prema 1 (Le Couteur i Szatmari 2015). Slično je i kod drugih PDD-a, osim Rettova sindroma koji se većinom pojavljuje u djevojčica (Lewis 1996). Kada se autizam dijagnosticira u djevojčica, češće su prisutne IT, manje je repetitivnog stereotipnog ponašanja, a prognoza je lošija (Le Couteur i Szatmari 2015; Lempp 2014).

40.2.3. Klinička slika ranog atipičnog spektra autističnog poremećaja

Klinička slika odgovara onima u klasifikaciji *Zero to five*, kako je već prije opisano (DC:0-5tm 2016). Za detaljnije simptome treba pogledati u recentnim publikacijama (Soto i sur. 2016). Minimalna dob dijagnosticiranja jest 9 mjeseci, a maksimalna je 36 mjeseci. U neke djece s RAASP-om on se poslije nastavlja u ASP, međutim, to nije pravilo u svakom slučaju. Važno je da možemo što prije dijagnosticirati i da možemo što prije pružiti intervencije (Soto i sur. 2016).

40.2.4. Klinička slika ASP-a

40.2.4.1. Uvodni aspekti

Minimalna dob dijagnosticiranja ASP-a jest 18 mjeseci. Ako prije pojave prvih simptoma postoji razdoblje normalnog razvoja, govorimo o **regresivnom tipu poremećaja**, dok je kod **progresivnih oblika** poremećaj prisutan gotovo od rođenja, a u kliničkoj praksi ovakva podjela može biti i dalje važna. Ako postoji regresija, jako je važna ubrzana dijagnostička medicinska evaluacija. Također, danas, naime, imamo na raspolaganju dijagnozu **RAASP**, koja nam je vrlo važna. Rana detekcija može biti otežana u slučajevima roditeljskog poricanja problema, bilingvalnog kućanstva, visoke inteligencije djeteta, kao i kod nekih drugih čimbenika (Lewis 1996).

40.2.4.2. *Klinička slika prema zahvaćenim područjima*

Temeljno postoje dva zahvaćena područja: poremećaj socijalne interakcije i poremećaj komunikacije, te prisutnost restriktivnoga repetitivnog (stereotipnog) ponašanja, interesa i aktivnosti (APA 2013; DC:0-5tm 2016). Ostalu kategoriju čine drugi simptomi i znakovi, u koje ubrajamo intelektualne teškoće (IT), poremećaje spavanja i jedenja, lošiju motoričku koordinaciju, napadaje straha i bijesa, samoozljeđivanje te druge znakove i simptome (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Kao prvo, **poremećaj socijalne interakcije, uz posljedične komunikacijske poteškoće** najistaknutije je obilježje autizma. Najraniji znakovi poremećaja socijalne interakcije jesu: manjak interesa za ljudsko lice (Sigman i sur. 1999), odsutnost kontakta očima (gledanje „kroz osobu“), teškoće u uspostavljanju „zdrružene ili zajedničke pažnje“ (engl. *shared attention*) i privrženosti (engl. *attachment*), izostanak smiješka trećeg mjeseca, manjak imitacije te namjere za socijalnom komunikacijom, odbijanje dodira skrbnika, manjak reakcije na dozivanje imenom te odsutnost pokazivanja prstom. Ne dolazi do razvoja gestikulacije i mimike sa svrhom regulacije socijalne interakcije, nema reakcije na udaljavanje roditelja, kao ni veselja nakon njihova povratka, a izostaje i sudjelovanje u fantazijskim igrama pretvaranja (Lempp 2014; Remschmidt 2008; Volkmar i Martin 2011). Pojedini su se istraživači usredotočili na ulogu ranih socijalno-komunikacijskih vještina (zdrruženu pažnju, praćenje pogledom te upotrebu imitacije i gesta) ističući ih kao glavne odrednice kasnijega stjecanja jezičnih sposobnosti. Drugi pak ističu važnost igre (posebno igre pretvaranja) kao važnog čimbenika kasnijega jezičnog razvoja, sugerirajući da igra omogućuje razvoj simboličkog mišljenja. Djeca s autizmom slabijih su emocionalnih reakcija u usporedbi s drugim ljudima te rjeđe traže utjehu nakon slučajnog ozljeđivanja (Remschmidt 2008). Igra je obično stereotipna i motorička, sa svrhom senzoričke stimulacije, što roditeljima može biti teško razlikovati od kreativne igre. Što se tiče posljedičnih **komunikacijskih poremećaja**, deficiti u razvoju ekspresivnog govora, odnosno izostanak govora u djeteta, tipičan je razlog zabrinutosti roditelja, te poticaj za traženje stručne pomoći (De Giacomo i Fombonne 1998). Mnoga istraživanja izvještavaju o znatnoj varijabilnosti u pojedinim jezičnim vještinama djece s autizmom, što se posebno odnosi na uporabu jezika u socijalnim situacijama. U govoru mogu biti prisutni

eholalija, fonografizam (imitiranje raspoloženja i tona osobe koja govori), obrat riječi, neologizmi (stvaranje novih riječi), pronominalna zamjena (umjesto da kaže: „Ja sam gladna“, kaže: „Ana je gladna“), manjak intonacije, idiosinkratičnost riječi (riječ ima vlastito značenje nerazumljivo drugima), oštećenje semantičke funkcije, manjak korištenja govorom u socijalnim interakcijama. Pragmatička funkcija govora (ovisna o kontekstu komunikacije) također može biti oštećena (Lord i Paul 1997). Oko trećine do polovice osoba s autizmom nikada ne razvije komunikacijski govor (Lempp 2014), dok ostali mogu pokazivati različite abnormalnosti govora.

Drugo, u kliničkoj slici autizma mogu biti prisutne **stereotipije, odnosno specifični interesi i specifični oblici ponašanja**. Tako dijete može neuobičajeno reagirati na različite objekte (npr. daljinski upravljač) ili se može činiti gluho, pokazujući interes samo za specifične zvukove (npr. zvuk usisavača). Okolini pokatkad nije lako zamijetiti kada djetetova igra postaje stereotipna, zbog čega se ova skupina simptoma obično kasnije prepoznaje. Često su prisutni interesi prema nefunkcionalnim aspektima objekta, kao i repetitivna, stereotipna ponašanja (bez svrhe): mahanja rukama, vrtnja rukama i prstima, hodanje na prstima itd. Djeca mogu inzistirati na rutini te imati bizarne afektivne reakcije. Također može biti prisutna smanjena ili povećana podražljivost (reaktivnost) na senzorne podražaje (dodir, zvuk, svjetlo) (Le Couteur i Szatmari 2015). Sposobnost igranja je oštećena, a tipično je oštećena imaginativna igra (Sigman i sur. 1999).

I kao **treće**, u tri četvrtine djece s autizmom dodatno nalazimo intelektualne teškoće, premda se u novijim istraživanjima govori da je to do 50 %. Proširivanjem dijagnostičkih kriterija za ASP udio se pojedinaca s intelektualnim teškoćama smanjio. Najčešći obrazac kognitivnog profila loše je jezično i socijalno razumijevanje uz relativno očuvane vizualno-spacijalne sposobnosti (Le Couteur i Szatmari, 2015). Tipično je neverbalni IQ veći od verbalnog, tako da se preporučuje mjerenje globalnog IQ-a. S vremenom u neke djece verbalne sposobnosti „dostižu“ neverbalne. Mogu biti prisutni „otoci“ očuvanih sposobnosti, kao npr. glazbene sposobnosti, izračunavanje kalendarskih dana, posebnosti pamćenja i drugo (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Osobe s autizmom pokazuju često deficit u apstraktnom mišljenju, sekvencioniranju i obradi informacija. Niži IQ povezan je s češćom pojavom epileptičkih napadaja u adolescenciji, kao i s

općenito lošijim ishodom bolesti (Lewis 1996). Epileptički se napadaji pojavljuju u oko 25 % pojedinaca (Lempp 2014). Mogu biti prisutni i drugi nespecifični simptomi. S obzirom na varijacije u gore navedenim područjima, klinička slika može imati vrlo šaroliku prezentaciju. Prema razini inteligencije razlikujemo: „niskofunkcionirajući autizam“ (engl. *low functioning autism*) u pojedinaca s intelektualnim zaostajanjem i slabim jezičnim sposobnostima te „visokofunkcionirajući autizam“ (engl. *high functioning autism*) u onih s prosječnom ili višom inteligencijom, uz bolje jezične sposobnosti (Remschmidt 2008).

40.2.4.3. *Klinička slika prema dobi (razvojnoj dobi)*

Moguća je različita simptomatologija prema kronološkoj dobi djeteta (kao i razvojnoj dobi), jer se klinička prezentacija tijekom vremena mijenja, često kao odgovor na zahtjeve okoline (Le Couteur i Szatmari 2015; Soto i sur. 2016).

U **prvoj godini života** (dojenačka dob) mogući su simptomi koji odgovaraju RAASP-u ili ASP-u, a koji su već prije opisani u tekstu. Posebno su važni poremećaji **socijalne interakcije**, kao npr. oštećenje neverbalne interakcije, manjak sposobnosti anticipacije da će biti uzeto u naručje, manjak pogleda u oči, manjak interesa u interakcijske igre, manjak združene pažnje, manjak nježnosti prema bliskim osobama, ograničena facijalna ekspresija, manjak odazivanja na ime. Također postoje i stereotipni interesi i ponašanja npr. prekomjerno stavljanje u usta predmeta; ne voli da ga se dira itd. (Volkmar i sur. 2018; Volkmar i sur. 2005).

U **drugoj i trećoj godini života**, a posebno nakon 18. mjeseca, kako je već bilo rečeno prije u tekstu, moguća je dijagnostika ASP-a, koji ima svoje kriterije. I ovdje mogu biti istaknuti poremećaji **socijalne interakcije** kao npr. manjak kontakta oči u oči, ograničeni ili atipični socijalni kontakt, manjak socijalnog smiješka, manjak združene pažnje, manjak gledanja drugih osoba, manjak interesa za drugu djecu, manjak dijeljenja osjećaja i radosti. Posljedično ovim poremećajima socijalne interakcije, nalaze se i izraženiji **poremećaji komunikacije**: manjak verbalne i neverbalne komunikacije, manjak dijeljenja interesa (manjak gesti pokazivanja i davanja), manjak odazivanja na ime, neodgovaranje komunikativnim gestama (upiranje, pokazivanje); uzimanje druge ruke kao objekta da bi se došlo do željenog cilja (npr. ne prati pogledom ili nema

upiranja prstom). Prije su se važnima smatrali ovi kriteriji: izostanak brbljanja i razvoja govora (nema slo-gova s 8 mjeseci, pojedinačne riječi sa 16 do 18 mjeseci ili spontane neeholalične fraze od dvije riječi s 24 mjeseca) ili regresija govora i socijalnih vještina, međutim, prema novim dijagnostičkim kriterijima, oni gube na važnosti. Također postoje i **stereotipni interesi i ponašanja**, npr. neobično senzoričko ponašanje, hipersenzitivnost ili hiposenzitivnost na stimuluse itd. (Volkmar i sur. 2018; Volkmar i sur. 2005).

Od **četvrte godine** života dalje postojat će daljnji poremećaj socijalnog kontakta (socijalna izolacija), slab odgovor na poziv, ograničen ili odsutan govor, izostanak simboličke igre, sve prisutnije stereotipije i zaokupljenost, te odsutnost gesta sa svrhom komunikacije. U **školskoj dobi i adolescenciji** djeca i mladi s autizmom pokazuju ograničenu privrženost prema roditeljima, kao i atipičnost u socijalnim interakcijama. Prisutan je poremećaj u komunikaciji i govoru, mogu postojati stereotipna ponašanja, kao i samostimulacija i samoozljeđivanje (Lewis 1996).

40.2.5. *Dijagnostika*

Danas bi **dijagnostičar ili dijagnostički tim** trebao biti svjestan da roditelji posjeduju znanje o autizmu stečeno iz različitih izvora, npr. korisne *web*-stranice udruga roditelja. Potrebno ih je saslušati i biti spreman prihvatiti njihovo subjektivno viđenje problema, dok, s druge strane, dijagnostici treba pristupiti sukladno profesionalnoj ulozi. Važno je imati svijest o mogućem postojanju „mode“ u dijagnosticiranju pojedinih entiteta u određenom razdoblju. Kao i pri dijagnosticiranju IT-a, profesionalac nerijetko nailazi na roditeljsko neodobravanje ako dijagnozu priopći prerano, jer je riječ o prilično važnoj dijagnozi s ozbiljnom prognozom. S druge pak strane, kasnim priopćivanjem dijagnoze djetetu se uskraćuje rana terapija.

Pojedine skupine djece pod povećanim su rizikom od pojavljivanja autizma. Ovamo ubrajamo braću/sestre djece s već dijagnosticiranim autizmom (istraživanja izvještavaju o riziku do 19 %) (Le Couteur i Szatmari 2015), prijevremeno rođenu djecu, djecu roditelja sa psihičkim poremećajima, djecu čije su majke uzimale valproat (antiepileptik) tijekom trudnoće, kao i djecu s različitim neuropedijatrijskim (genskim) sindromima (NICE 2011; Volkmar i Martin 2011).

Brojne nacionalne kliničke smjernice pružaju detaljne informacije o znakovima i simptomima koji se

uočavaju u djece te adolescenata s mogućim autizmom. Pojedini autori i smjernice govore o tzv. crvenim zastavicama (engl. *Red Flags*) koje su brzi trag za detekciju visokorizičnih skupina u kojih bi trebalo provesti dijagnostičku procjenu. Na primjer, anamneza gubitka govora i/ili jezičnih vještina u djeteta mlađeg od tri godine visoko je indikativno za autizam (Le Couteur i Szatmari 2015). U slučaju **nerazjašnjene regresije** potrebna je hitna medicinska dijagnostička evaluacija.

U postavljanju dijagnoze važna je koordinacija različitih službi koje bi trebale biti regionalno organizirane (NICE 2011). Danas se zagovara što ranija dijagnostika koja bi u obzir trebala uzeti razvojne miljo-kaze (ključne točke faze razvoja) u ranoj dobi (v. različita poglavlja o razvoju) (Lai i sur. 2014). U prve dvije godine života dijagnostika može biti otežana, a relevantnije informacije dobivamo od 18. mjeseca života nadalje, premda pojedini simptomi mogu postojati i u prvoj godini, odnosno jasniji su s 9 mjeseci (Lempp 2014; Soto i sur. 2016). Od treće godine života nadalje dijagnostika je jasnija. Najvažnije su metode anamneza (klinički intervju) i opservacija djeteta. Roditelji bi trebali biti suradnici i saveznici u dijagnostici, a poslije i u terapiji. Posebno su važna pitanja o razvoju, kao i o vremenu kada su prvi put primijetili da s djetetom nešto nije u redu. Potrebna je vrlo pažljiva procjena anamneze, podatci s djetetova prvog rođendana, kao i ostale informacije koje mogu pomoći u rekonstruiranju povijesti bolesti. Roditeljska izvješća o uočenim problemima treba uzeti s mnogo uvažavanja, uključujući i ona koja se tiču djetetove prve godine života.

Pri svakom psihijatrijskom pregledu djeteta i adolescenata u obzir treba uzeti dijagnozu ASP-a, jer se pokatkad događa da djeca s ovim poremećajem ostaju dugo neprepoznata (Volkmar i McPartland 2014).

Pojedini su autori prikazali algoritam za dijagnostiku autizma (Begovac i sur. 2009), oslanjajući se na američke autore. Liječnik primarnog kontakta (obično pedijatar) ima posebnu ulogu u najranijoj dobi (prve dvije godine života) te se već tada mogu primijeniti pojedine dijagnostičke metode. Prema Filipek i suradnicima (2000), dijagnostiku možemo podijeliti na onu prvog i drugog stupnja. Dijagnostika prvoga stupnja (provode je stručnjaci prvog kontakta), u prve dvije godine, uključuje rutinski razvojni pregled, osnovne laboratorijske nalaze te probirne (skrining) testove za autizam. **Apsolutnu indikaciju za evaluaciju** čine sljedeći čimbenici: izostanak brbljanja, upiranja prstom,

mahanja ili drugih gesta u 12. mjesecu (poremećaj socijalne interakcije i neverbalne komunikacije), izostanak pojedinačne riječi u 16. mjesecu, izostanak spontane fraze od dvije riječi (neholalične) u 24. mjesecu te **gubitak govora ili socijalnih vještina (regresija)** u bilo kojoj dobi. Ovomu obično prethodi izostanak osmijeha s 3 do 6 mjeseci te nedostatak ispuštanja zvukova ili facijalne ekspresije s 9 mjeseci (poremećaj socijalne interakcije). Detaljniji su simptomi opisani kod klasifikacijskih kriterija kod RAASP-a i ASP-a. Danas se primjenjuju različiti probirni testovi, a jedan od najviše rabljenih jest lista za autizam u male djece (The modified checklist for autism in toddlers, **M-CHAT**) (Robins i sur. 1999; Robins i sur. 2001). Primjenjuje se u dobi od 18 do 30 mjeseci, a mjeri združenu pažnju, uključujući upiranje prstom, imitativnu igru i mogućnost simbolizacije.

U slučaju perzistiranja simptoma i znakova potrebno je upućivanje u drugi stupanj dijagnostike koju provodi multispecijalistički tim. On bi se trebao sastojati od najmanje **četiriju stručnjaka**: dječjeg i adolescentnog psihijatra, pedijatra/neuropedijatra, kliničkog psihologa te edukatora rehabilitatora / logopeda. Dodatno mogu biti prisutni koordinatori, liječnici drugih specijalnosti, socijalni radnici, radni i drugi terapeuti, medicinske sestre. **Dječji psihijatar** primijenit će psihijatrijski intervju (Filipek i sur. 2000), a težište će biti na anamnezi, kliničkom pregledu, opservaciji, psihičkom profilu, značajnim psihosocijalnim čimbenicima, multiinformativnom pristupu te koordiniranju tima. **Pedijatru** će težište biti na pedijatrijskom i neurološkom kliničkom pregledu, audiološkom pregledu, neurofiziološkim ispitivanjima (npr. EEG) te biokemijskim, genetskim i neuroradiološkim pretragama (npr. MR mozga). **Psiholog** će rabiti klinički intervju, utvrđivanje globalnog IQ-a i adaptabilnih sposobnosti, ispitivanje receptivnog i ekspresivnog govora i jezika te po potrebi drugih karakteristika. Psihološko testiranje tipično pokazuje bolje očuvan neverbalni IQ od verbalnog i apstraktnog. **Edukator rehabilitator i logoped** primijenit će razvojnu dijagnostiku i procijeniti terapijske mogućnosti. Socijalni će radnik utvrditi obiteljsku situaciju, dok će medicinska sestra procijeniti razvojnu anamnezu i razinu potrebne zdravstvene njege.

Dodatnu korist u dijagnostici pokazali su polustrukturirani i strukturirani intervjui ili procjene opservacije (*Autism Diagnostic Interview- Revised /ADI-R/*, *Autism Diagnostic Observation Schedule 2 /ADOS-2/*), među-

tim, zlatni standard čine psihijatrijski intervju s anamnezom i opservacija (Volkmar i sur. 2014).

40.2.6. Diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Rettov sindrom, koji se danas ubraja u genske poremećaje, u pravilu se pojavljuje u djevojčica, dok je ASP zastupljeniji u dječaka (v. posebno poglavlje 41 o autističnim sindromima). Gubitak opsega glave tipičan je znak Rettova sindroma. Epilepsija je dio kliničke slike tog sindroma, a uobičajena je i kod ASP-a. Nadalje, potrebno je razlikovati bolesti i stanja koja mogu imati sličnu kliničku prezentaciju kao ASP. U [tablici 40.2.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza s obzirom na IT,

socijalno-pragmatički poremećaj komunikacije, mješoviti receptivno-ekspresivni poremećaj jezika te oštećenje sluha.

Bitna razlika djece s autizmom u usporedbi s djecom isključivo s IT-om jest veće socijalno oštećenje (Remschmidt 2008; Volkmar i Martin 2011) te, u pravilu, uredan motorički razvoj (kod djece s autizmom). Tipično, djeca sa socijalno pragmatičkim poremećajem komunikacije imaju odsutnost stereotipnog ponašanja, a tipično je oštećena socijalna i pragmatička uporaba jezika, dok je tipično očuvan neverbalni IQ. Djeca s razvojnim poremećajima jezika trude se uspostaviti kontakt s drugima koristeći se neverbalnim mogućnostima komunikacije, odnosno imaju razvijen

Tablica 40.2.

Diferencijalna dijagnoza autizma i drugih poremećaja.

Modificirano prema APA 2013; Baird i Norbury 2016; Remschmidt 2008; Sadock i sur. 2014; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011.

	Oštećenje sluha	Intelektualne teškoće (bez autizma)	Autizam	Socijalno pragmatički poremećaj komunikacije	Mješoviti receptivno-ekspresivni jezični poremećaj
Motorički razvoj (gruba i fina motorika)	N	R+ do R++	N	N	N
Socijalno- emocionalni razvoj i socijalna komunikacija (gledanje u lice, upotreba gesta, neverbalna komunikacija)	N ili do R+	N ili do R+	R+++	R+++	N
Jezik					
Receptivni jezik	R+	R+	R+++	N ili R+	R+++
Ekspresivni jezik	R+	R+	R+++	N ili R+	R+++
Pragmatičke funkcije	N ili do R+	N ili do R+	R+++	R+++	R+
Inteligencija					
Verbalna	N ili do R+	R++	N ili do R++	N ili do R+	N ili do R+
Neverbalna	N	R++	N ili do R++	N	N
Stereotipije	-/+	-/+	+++	-	-
Eholalija	-	+	+++ (neprimjerena)	-	-/+
Audiogram	R++	N	N	N	N ili R+

N – normalno

R – reducirano/kasni/abnormalno (+ = blago; ++ = umjereno; +++ = teško)

+ prisutno (+ = blago; ++ = umjereno; +++ = teško)

nije prisutno

vlastiti „unutarnji jezik“ koji u djece s autizmom ne postoji (Remschmidt 2008; Sadock i sur. 2014). Djeca s oštećenjima sluha, za razliku od djece s autizmom, pokazuju normalnu ili čak izraženiju mimiku. Slična **diferencijalna dijagnoza**, ali na drugi način prikazana, navedena je u [tablici 42.4.](#) (v. posebno poglavlje 42 o poremećajima govora, jezika i komunikacije). Ovdje se posebno trebaju razlikovati autizam, socijalno pragmatički poremećaj komunikacije i jezični poremećaj. Razlikovanje mješovitog receptivno-ekspresivnog poremećaja jezika od izoliranoga ekspresivnog poremećaja, kao i od artikulacijskog poremećaja, opisano je u poglavlju o poremećajima komunikacije, jezika i govora (v. posebno poglavlje 42). Dječja se shizofrenija od autizma razlikuje prema anamnezi i tijeku bolesti, a obilježena je halucinacijama i sumanutostima (Remschmidt 2008). Elektivni mutizam, u pravilu, nije teško razlikovati od autizma (v. posebno poglavlje 56 o anksioznim poremećajima). Teško zanemarivanje može biti uzrok poremećaja privrženosti koji može imitirati kliničku sliku autizma, no rana intervencija vrlo brzo dovodi do poboljšanja. U [tablici 35.2.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza autizma i poremećaja privrženosti (v. posebno poglavlje 35 o poremećajima privrženosti). Potrebno je isključiti i hiperkinetski sindrom, odnosno razmišljati o njegovoj komorbiditetnoj pojavnosti s autizmom (v. poslije). I konačno, potrebno je isključiti različite (neuro)pedijatrijske (genske) sindrome, uključujući Landau-Kleffnerov sindrom (v. kod poremećaja govora, jezika i komunikacije, odnosno afazija), fenilketonuriju, sindrom fragilnog X-kromosoma, tuberoznu sklerozu te druge (degenerativne) sindrome koje pojedini autori nazivaju **sindromskim autizmom** (Lempp 2014). Epileptogena encefalopatija može biti povezana s razvojnom regresijom i također je treba uzeti u obzir (NICE 2011).

U **komorbiditetu** s autizmom mogu se nalaziti drugi mentalni problemi i poremećaji (hiperkinetski sindrom, anksiozni poremećaji i fobije, poremećaji raspoloženja, opozicionalno /suprotstavljajuće/ -prkosno ponašanje, tikovi i Touretteov sindrom, OKP te autoagresivno i heteroagresivno ponašanje), neuro-razvojni poremećaji (globalno zaostajanje ili IT, problemi motoričke koordinacije, poremećaji jezika ili govora, teškoće učenja), drugi medicinski ili genski problemi (epilepsija, kromosomske i genske abnormalnosti, tuberozna sklerozu, mišićna distrofija, neurofibromatoza), funkcionalni problemi i poremećaji (poremećaji jedenja i spavanja, enureza, enkopreza,

inkontinencija, konstipacija, oštećenja vida ili sluha) (Le Couteur i Szatmari 2015). Čest je komorbiditet autizma s IT-om, pri čemu frekvencija ponašanja sličnog autističnom raste povećanjem stupnja IT-a.

40.2.7. Etiopatogeneza

Na [slici 40.1.](#) sažeto je opisana etiopatogeneza autizma.

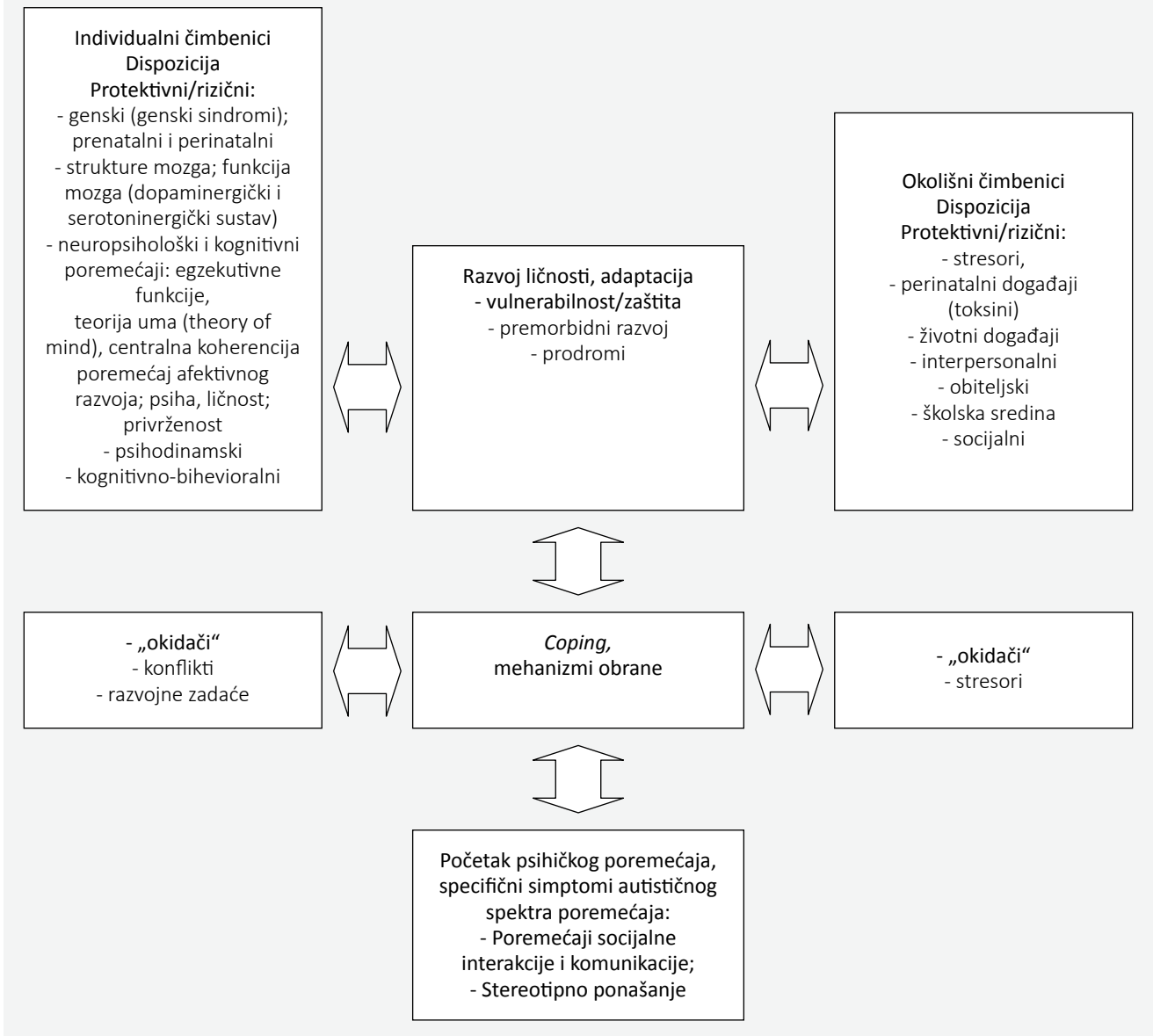
Etiopatogeneza nije potpuno razjašnjena, a prema onome što znamo vjerojatno je multifaktorijska, pri čemu utjecaj različitih čimbenika dovodi do izražene kliničke slike. Danas imamo osnova tvrditi da je u etiopatogenezi genska baza važnija od prenatalnih i postnatalnih okolinskih rizičnih čimbenika (Lempp 2014; Levy i sur. 2009). Prisutna je povećana konkordancija u monozigotnih blizanaca, kao i povećani rizik od razvoja autizma u braće/sestara (Dawson i sur. 1998; De Giacomo i Fombonne 1998). Suvremene blizanačke studije govore u prilog značajnom doprinosu genetike etiologiji autizma. Već dugi niz godina poznato je da su pojedini genski poremećaji, kao što su sindrom fragilnog X-kromosoma, tuberozna sklerozu i neurofibromatoza, važni primjeri rijetkih genskih mutacija koje su povezane s autizmom. Od 5 do 15 % pojedinaca s autizmom imaju bilo mutaciju jednog gena bilo kromosomsku aberaciju, što upućuje na važnost genskog testiranja kao dijela dijagnostičke procedure, međutim, otvoreno je pitanje koliko to treba provoditi u rutinskoj kliničkoj praksi (Le Couteur i Szatmari 2015).

Sadašnji teorijski pristupi autizmu vezani su uz tri neurokognitivne (neuropsihološke) teorije (Volkmar i Pauls 2003): teoriju o oštećenju **egzekutivnih funkcija** (Ozonoff 1997), teoriju o **slabosti središnje koherencije** (Frith 1989) te **teoriju uma** (engl. *theory of mind*) (Baron-Cohen i sur. 1985; Baron-Cohen 1989). Prvi model sugerira deficite u pojedinim egzekutivnim funkcijama. Drugi model govori o slabosti centralne koherencije u odnosu između percipiranoga i mišljenja. Posljednji model sugerira nemogućnost djece s autizmom da razumiju fenomene u drugih ljudi kao i u sebi samima, odnosno fenomene intersubjektivnosti. Spomenuti modeli u posljednje su vrijeme stimulirali značajne istraživačke pravce. „Teorija uma“ kognitivna je teorija u komunikaciji. U njoj se pretpostavlja da dijete shvaća kako druge osobe imaju zasebne misli i osjećaje, koji pokatkad ne moraju odgovarati neposrednoj okolini, što je slično konceptu mentalizacije. Poznat je eksperiment Baron-Cohena u kojem se u

Slika 40.1.

Integrativni etiopatogenetski model autizma.

Modificirano prema Le Couteur i Szatmari 2015; Lempp 2014; Remschmidt 2008.



šestogodišnjaka na scenski način ispituje ima li razvijenu „teoriju uma“. Naime, dvije lutke na pozornici, Anne i Sally, imaju svaka svoj ormarić, npr. Anne bijeli, a Sally zeleni. Anne stavlja figuricu u bijeli ormarić te odlazi s pozornice. Potom Sally prebacuje figuricu u zeleni ormarić. Anne se vraća na pozornicu, a djetetu se postavlja pitanje: „Što Anne misli, gdje je njezina figurica, u bijelom ili zelenom ormariću?“ Dijete s urednom „teorijom uma“ odgovara da Anne misli da je figurica u bijelom ormariću, dok dijete s autizmom odgovara da Anne misli da je u zelenom. Važno je kako

je pitanje bilo formulirano: „Gdje **Anne misli** da je njezina figurica, a ne gdje se ona zaista nalazi“, što djeca s autizmom ne mogu razlikovati. Slično, pojedini roditelji koji imaju dijete s autizmom mogu ovo formulirati na sljedeći način: „Znam da moj najmlađi sin nema autizam (s obzirom na dvojicu starije braće) jer je došao do mene i rekao da treba izvaditi kuglicu iz kanticice u dvorištu.“ Naime, majka je ispravno zaključila da njezino dijete ima urednu „teoriju uma“ jer je bilo svjesno kako majka u svojim mislima ne zna da je kuglica upala u kanticu.

U dosadašnjim je istraživanjima dokazana važnost neurobioloških čimbenika u etiopatogenezi autizma, no nije pronađen specifičan biološki marker, ni patogeni mehanizam. Klinički, djeca s autizmom pokazuju veću sklonost razvoju epileptičkih napadaja *grand-mal* tipa (oko 25 %), češće abnormalnosti u EEG-u, veću učestalost tjelesnih abnormalnosti, perzistiranje primitivnih refleksa te prisutnost tzv. mekih znakova (engl. *soft signs*) (Minshew i sur. 1997; Volkmar i Nelson 1990), što upućuje na biološku osnovu poremećaja. Od neurobiokemijskih promjena postoji povećanje serotonina u plazmi (u oko trećine) (Anderson i Hoshiono 1997), no povezanost između razine serotonina u krvi i u mozgu i dalje nije jasna. Također se navode razlike u perifernim razinama oksitocina, vazopresina i GABA-e, premda periferne razine ne reflektiraju nužno centralne (Le Couteur i Szatmari 2015).

Dokazano je i postojanje neuroanatomskih promjena u mozgu, prije svega manjak neurona te smanjena arborizacija u određenim moždanim regijama (Kemper i Bauman 1998; Wing i Potter 2002). Volumen mozga može biti povećan (2 – 10 %) (Piven i sur. 1995; Piven i sur. 1996), što je najuočljivije u predškolskoj dobi (Le Couteur i Szatmari 2015). Neurofiziološki se nalaze promjene u obliku manjka aktivacije fuziformnog girusa kao odgovor na prikazivanje lica (Schultz i sur. 2000). Dokazana je i neučinkovita integracija između moždanih regija, posebno frontalnih i posteriornih kortikalnih regija. Općenito, postoje abnormalnosti bijele tvari, pogotovo u putevima odgovornima za kognitivne procese višeg reda ili složene socijalno-emocionalne procese.

Posljednjih godina pažnju sve više privlače studije okolinskih rizičnih čimbenika u kontekstu interakcije geni – okolina, s naglaskom na prenatalnim i perinatalnim komplikacijama, izloženosti toksinima, migracijama te dobi roditelja. Proučavale su se mnoge opstetričke komplikacije, no i dalje ostaje nejasno jesu li one rizični čimbenik za autizam. Od kemikalija i teratogenih čimbenika jasna povezanost s autizmom dokazana je za talidomid te valproičnu kiselinu ako ih majke uzimaju tijekom trudnoće. Nekolicina studija izvještava o starijoj dobi roditelja kao rizičnom čimbeniku, pri čemu vjerojatno dob oca ima važniju ulogu od dobi majke (Le Couteur i Szatmari 2015).

Treba istaknuti i važnost psiholoških procesa. Danas prevladava mišljenje da djetetova bolest uzrokuje psihološke promjene u roditelja. Povremeno se

određeni značajni životni događaji (smrt djeda/bake, rođenje brata/sestre, hospitalizacija za elektivni zahvat) poklope s početkom poremećaja, međutim, čini se da su ovakve podudarnosti slučajne. Ipak, opći obiteljski pristup i savjetovanje roditelja i dalje imaju važno mjesto u terapiji.

Sažeto bi se moglo reći da se autistični spektar poremećaja sve više shvaća kao kongenitalni poremećaj, s velikim udjelom genskih i organskih čimbenika te značajnim doprinosom okolinskih čimbenika. Navedeno nije zapreka za provođenje različitih psihoterapija. Današnji malobrojni psihodinamski autori vide autizam kao obrambenu reakciju u odnosu prema interpersonalnim kontaktima (Heinemann 2007).

40.2.8. Klinička vinjeta ASP-a

U dječaka u dobi od 4 godine provedena je dijagnostička obrada kod dječjeg psihijatra. Kao dojenče u dobi od šest mjeseci bio je mirniji. U prvoj godini života nije pokazivao značajniju reakciju na separaciju, a prisutnost gledanja u oči bila je smanjena. Motorički je razvoj protekao uredno. U dobi od oko godine dana imao je jednu dulju hospitalizaciju, nakon koje roditelji primjećuju promjene u ponašanju. Zapažaju zaostajanje u razvoju govora, pri čemu se prva riječ pojavila s oko godinu dana. Činilo se da riječi nisu vezane uz osobe, a vokabular se dalje nije proširivao. Prvo obraćanje stručnoj osobi poduzeto je s dječakove dvije godine zbog sumnje na gluhoću s obzirom na nerazvijenost govora. Pri pregledu kod dječjeg psihijatra je dječak pokazivao značajan otklon u socijalnoj interakciji: nije gledao u oči, postojao je manjak spontanosti u socijalnoj interakciji te povremeno kao da nije imao svijest o prisutnosti drugih osoba u prostoriji. Također je pokazivao otklon u komunikaciji, manjak simbolizacije u igri te su bile prisutne repetitivnosti i stereotipije u ponašanju (motorički je bio usmjeren na pojedine objekte, a povremeno je i hodao na prstima). Provedena je kompletna obrada kod dječjeg psihijatra (psihijatrijski intervju, anamneza, opservacija), kod neuropedijatra (uključujući i MR mozga), psihološko testiranje i pregled kod edukatora rehabilitatora (razvojne ljestvice, skala autizma). Utvrđene dijagnoze, prema MKB-10 klasifikaciji, bile su: autizam u dječjoj dobi (F84.0) i umjerene IT (F71). Dijete je bilo uključeno u intenzivni edukacijsko-rehabilitacijski tretman u specijaliziranom centru, uz povremene psihijatrijske kontrole i često savjetovanje roditelja. Aktualno pohađa specijalnu školu, govor uopće nije razvijen, nego

se služi gestama, a socijalno odstupanje i dalje je znatno. Navedeno govori da je riječ o težem obliku autizma.

40.2.9. Terapija

Nakon provedene dijagnostike, potrebno je imati razrađen individualizirani terapijski plan koji će provoditi multidisciplinarni tim (NICE 2011). Tijekom vremena, plan intervencija će se mijenjati u odgovoru na djetetov razvojni profil te pojavu dodatnih somatskih ili mentalnih poremećaja. U tablici 40.3. prikazane su osnove terapije autizma.

Tablica 40.3.

Najvažnije metode liječenja autizma.

Modificirano prema Le Couteur i Szatmari 2015; Lempp 2014; Volkmar i sur. 2014.

bihevioralna terapija (ABA, intenzivna rana bihevioralna terapija) usmjerena na usvajanje vještina (od jednostavnijih prema složenijima), kao što je npr. započinjanje verbalizacije

terapija usmjerena na komunikaciju – npr. povezano s igrom, znakovni jezik, vizualni suport, izmjena slika, socijalne vještine

edukacijske mjere koje su interdisciplinarne, intenzivne i individualizirane, sa svrhom poboljšanja verbalne i neverbalne komunikacije, kognitivnih postignuća te socijalnih, motoričkih i bihevioralnih sposobnosti

ostale terapije: senzorička integracija, suportivna psihoterapija u osoba s boljom razinom funkcioniranja (obično fokalnog tipa), kognitivne i psihodinamske terapije

psihoedukacija

rad s roditeljima i obiteljima, grupe samopomoći roditelja

psihofarmakoterapija

Općenito, ciljevi terapije jesu umanjenje glavnih simptoma i ponašanja iz ASP-a, omogućivanje pojedincu da dosegne osobni potencijal, tretman svakoga dodatnog simptoma ili problema koji otežava napredak ili uzrokuje značajnu uznemirenost, potpora obitelji i onima koji se skrbe za dijete kroz edukaciju te ostale specifične strategije utemeljene na dokazima (Le Couteur i Szatmari 2015).

U današnje vrijeme što raniji početak terapije postaje imperativ, ako je moguće prije treće godine života. Terapija se danas svakako može započeti kod

RAASP-a, dakle već od 9. do 12. mjeseca djetetova života, a može započeti već i pri samoj sumnji na autizam (radna dijagnoza), odnosno tijekom procesa postavljanja dijagnoze. Potrebno je da intervencija bude kontinuirana i individualizirana. Najvažnijima su se pokazale edukacijske i ponašajne intervencije u svrhu stjecanja osnovnih socijalnih, komunikativnih, emocionalnih i kognitivnih vještina (Bregman 1997; National Research Council 2001; Warren i sur. 2011). Čini se da osobe s autizmom u visoko strukturiranoj sredini mogu dosegnuti zadane edukacijske ciljeve. Terapijom se pokušava ostvariti mogućnost komunikacije različitim perceptivnim modalitetima.

Tijekom godina primjenjivale su se mnoge metode u liječenju djece s autizmom (Filipek i sur. 2000; National Research Council 2001; Volkmar i sur. 1999).

Danas se kao važna metoda pokazala **rana intenzivna bihevioralna terapija** koja je najvećim dijelom temeljena na modelu primijenjene bihevioralne analize (engl. *Applied Bibehavioral Analysis* – ABA) te drugim sveobuhvatnim ponašajnim ili razvojnim programima. Bihevioralne terapije usmjerene su na stjecanje različitih vještina, od jednostavnijih prema složenijima, kao što je npr. započinjanje verbalizacije. Ostale su terapijske metode one usmjerene na komunikacijske vještine, kao što su npr. terapije povezane s igrom, učenje znakovnog jezika, vizualni suport, izmjena slika, stjecanje socijalnih vještina itd. Nadalje, primjenjuju se interdisciplinarne, intenzivne i individualizirane edukacijske mjere sa svrhom poboljšanja verbalne i neverbalne komunikacije, kognitivnih postignuća te socijalnih, motoričkih i bihevioralnih sposobnosti. Što se tiče djece predškolske dobi, intervencije obično uključuju poučavanje roditelja, skrbnika i učitelja strategijama koje poboljšavaju vještine združene pažnje i uzajamne komunikacije kroz interaktivnu igru. Poboljšanja su obično vidljiva u neposrednim mjerama specifičnima za pojedinu intervenciju (npr. poboljšanje združene pažnje) ili u općim ishodima kao što je poboljšanje kognitivnih, komunikacijskih i/ili adaptabilnih vještina (Volkmar i sur. 2014). U posljednje se vrijeme u djece do tri godine rade modifikacije bihevioralne terapije, uz primjenu više naturalističkog pristupa, kao i uz usmjerenost na to da roditelji provode dio intervencija (Barton i Chen, 2019).

Intervencije kao što su senzorna ili auditorna integracija (engl. *sensory integration therapy* – SIT, *auditory integration training* – AIT) predlažu se za ublažavanje hipersenzitivnosti ili hiposenzitivnosti na određene sti-

muluse, iako nema dovoljno dokaza o njihovoj učinkovitosti da bi se provodile kao dio standardnoga terapijskog procesa (Le Couteur i Szatmari 2015).

U osoba s boljom razinom funkcioniranja može se primjenjivati suportivna psihoterapija koja je obično fokalnog tipa. Kod psihodinamskih terapija naglasak je na ublaživanju arhajskih strahova te stvaranju unutarnjih struktura putem „pozitivnog sadržavanja (*containment*)“. Terapije su modificirane u smjeru veće aktivnosti terapeuta, pokatkad i s fizičkim kontaktom, a uvode se i elementi igre i umjetničkog izražavanja (Heinemann 2007).

Pojedina istraživanja nude nove pristupe poremećajima komunikacije (Paul 2008; Paul i sur. 2008). Ovi rezultati govore o važnosti uključivanja terapije koja utječe na sve navedene domene u rani program intervencije. Sljedeća je strategija utjecanje na poboljšanje socijalne komunikacije kroz uključivanje u interakciju s vršnjacima, što uključuje igru pretvaranja te različite druge igre i konverzaciju. Kada dijete stekne bolje simboličke sposobnosti, ciljevi terapije pomiču se od konkretnijih vještina prema apstraktnijem učenju.

U multimodalni tretman potrebno je uključiti i druge osobe koje se brinu za dijete, prije svega u obliku psihoedukacije (Lempp 2014). Potrebno im je objasniti da „potpuno izlječenje“ nije moguće, već je cilj smanjenje simptoma i poboljšanje kvalitete života. Roditelji su suradnici u liječenju i mogu biti uključeni kao „koterapeuti“ u određene terapijske postupke. Često postavljano roditeljsko pitanje tiče se postupanja u vezi sa socijalnim odklonom djeteta te izostanaka verbalne komunikacije. Savjetuje se poticanje verbalizacije, odnosno primjenjivanje tzv. kupke riječima, što znači da se djetetu sve verbalizira. Pokatkad će biti potrebna stručna savjetovanja roditelja ili njihovo uključivanje u grupe samopomoći (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Obiteljski pristup ima svoje mjesto u terapiji jer je važno ojačati pozitivne obiteljske resurse, kao npr. braću/sestre djece s autizmom koja se nerijetko osjećaju zanemareno. Često roditelji osjećaju odgovornost i krivnju zbog bolesti djeteta te je potrebno raditi na oslobađanju od takvih osjećaja.

Ako je moguće, treba potaknuti uključivanje djece s autizmom u redovitu školu uz individualizirani ili prilagođeni program, što otvara veće mogućnosti za kasnije zaposlenje. Postavljaju se brojna pitanja koja se odnose na mogućnost samostalnog življenja, zaposlenja te odgovarajućeg oblika skrbi za osobe s autizmom.

Farmakološka terapija treba slijediti smjernice koje se primjenjuju u dječjoj i adolescentnoj dobi

(Volkmar i sur. 2014). Farmakološka sredstva mogu biti korisna za ublaživanje nespecifičnih simptoma, kao što su agresivnost i autoagresivnost, iritabilnost, repetitivni i stereotipni pokreti te pretjerana aktivnost (McDougle 1997; Volkmar i sur. 1999), premda i na tom polju ima određenih neslaganja. Postoje konzistentni podatci o dokazanoj učinkovitosti antipsihotika (risperidon, aripiprazol) za ublaživanje dodatnih simptoma kao što su agresivnost i iritabilnost, uz nisku početnu dozu, postizanje minimalne učinkovite doze te pažljivo praćenje nuspojava.

Što se tiče tretmana mentalnih poremećaja koji se pojavljuju u komorbiditetu s autizmom, većina kliničkih smjernica preporučuje primjenu znanstveno dokazanih intervencija za prateće poremećaje, ali uz nužne modifikacije u skladu s potrebama osoba s autizmom. Na primjer, u djece s autizmom dobrih verbalnih i kognitivnih sposobnosti s komorbiditetnim anksioznim poremećajima može se primijeniti bihevioralno-kognitivna terapija ili psihodinamska psihoterapija. Za teške anksiozne poremećaje, opsesivno-kompulzivni poremećaj te poremećaje raspoloženja primjenjuju se i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, no bez pravih dokaza o njihovoj učinkovitosti. U tretmanu komorbiditetnoga hiperkinetskog sindroma učinkovitom se pokazala primjena bihevioralnih tehnika u obiteljskoj i školskoj sredini, dok je primjena psihostimulansa (npr. metilfenidat) druga linija terapije. Odgovor na psihostimulansu i ostale lijekove druge linije lošiji je u djece s autizmom nego u ostale djece, dok je stopa nuspojava veća (Le Couteur i Szatmari 2015).

S vremenom treba individualno razmotriti dnevne modele, uključivanje zajednice, podršku obiteljima te mogućnost institucionalnog tretmana.

S roditeljima je potrebno otvoreno razgovarati o alternativnim ili dodatnim metodama liječenja koje je važno kritički procijeniti s obzirom na to da ne postoje znanstveni dokazi o njihovoj učinkovitosti (Lempp 2014). Mogu se eventualno primjenjivati restriktivne dijete (bezglutenska dijeta, dijeta bez mlijeka), dodatci prehrani kao što su vitamini ili omega-3 masne kiseline, melatonin kod problema usnivanja, muzikoterapija te terapija sa životinjama (Lai i sur. 2014). Treba izbjegavati primjenu neprovjerenih metoda liječenja.

40.2.10. Ishod, prognoza

Tipična je cjeloživotna perzistencija (kontinuitet) poremećaja (Lempp 2014; NICE 2011; Remschmidt 2008). Iz ove perspektive potrebna je organizacija službi

na prijelazu iz dječje u odraslu dob (NICE 2011). Koristeći se DSM-4 dijagnostičkim kriterijima, mali postotak pojedinaca (njih oko 15 %) tijekom praćenja više ne zadovoljava kriterije za autistični poremećaj. Ukupno gledajući, tijekom vremena dolazi do postupnog smanjivanja autističnih simptoma i napretka u vještinama prilagodbe, no najuočljivija je upravo varijabilnost u pojedinačnom ishodu. Iako općenito postoji trend napretka, novi izazovi pojavljuju se u vrijeme promjena i tranzicija, kao što su promjena u školovanju, prijelaz u adolescenciju ili u mladu odraslu dob. Neke studije govore o nazadovanju u funkcioniranju tijekom adolescencije, što može koincidirati s pojavom epilepsije ili s početkom drugih psihijatrijskih poremećaja, uključujući anksioznost i poremećaje raspoloženja.

Dvije trećine osoba s autizmom ostaje znatno oštećeno i nesposobno za obavljanje osnovnih potreba te su mnogi od njih trajno smješteni u institucije. Približno trećina uspijeva razviti određeni stupanj osobne ili radne samostalnosti, dok samo 1 do 2 % može samostalno živjeti. Ipak, u posljednje vrijeme, s obzirom na ranu primjenu terapije, postoje realna očekivanja boljih ishoda liječenja. Važni prediktori boljeg ishoda jesu viša intelektualna razina (IQ viši od 80) te bolje komunikacijske (verbalizacijske) sposobnosti. Čini se da će osobe s autizmom s IQ-om manjim od 50 imati lošiju prognozu, te češće razvijati epileptičke napadaje i biti mutistične. Prisutnost komunikacijskog govora u dobi od pet godina važan je pozitivan prognostički znak (Howlin 2005). Malo je podataka o stopi smrtnosti u pojedinaca s autizmom, no čini se da je ona blago povišena. To se dovodi u vezu s medicinskim događajima kao što su epileptički status ili slučajna smrt povezana s epilepsijom (Le Couteur i Szatmari 2015).

40.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Roditeljima je potrebno jasno i iscrpno objasniti moguće uzroke i narav autizma. S obzirom na današnju internetsku dostupnost informacija, oni mogu biti dobro informirani o nekim aspektima bolesti, no ipak je stručno objašnjenje nezaobilazno.
- ✓ Roditelji su suradnici u dijagnostici i liječenju.
- ✓ Potrebno je težiti što ranijoj dijagnostici, kao i terapiji.
- ✓ Roditelje je potrebno osloboditi osjećaja krivnje za pojavu autizma u njihova djeteta, tj.

treba im objasniti da bolest nije posljedica pogrešaka u odgoju, kao ni posljedica obiteljske dinamike.

- ✓ Roditeljima je potrebna pomoć u proradi žalovanja zbog toga što imaju dijete s poteškoćama, nakon čega postaju suradnici u daljnjem liječenju.
- ✓ Potrebno im je objasniti da se tijek poremećaja može poboljšati ako se dijete uključi u multimodalnu terapiju.
- ✓ Potrebno ih je saslušati u njihovim poteškoćama koje su uzrokovane brigom za dijete s autizmom.
- ✓ Korisno je uključivanje roditelja u različite grupe te po potrebi u grupe podrške.

40.4. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kako DSM-5 definira autistični spektar poremećaja (ASP)?

ODGOVOR: DSM-5 je promijenio kriterije za autizam već i samom činjenicom što ne razlikuje pojedine autistične sindrome, nego ih ubraja u autistični spektar poremećaja (ASP). Težište je stavljeno na socijalnu interakciju, a ne na jezik i govor. DSM-5 navodi A, B, C, D i E kriterij. ASP i IT mogu se pojaviti u komorbiditetu, no u tom slučaju za postavljanje dijagnoze ASP-a socijalno-komunikacijske vještine moraju biti znatno ispod općega razvojnog stupnja.

■ PITANJE: Zašto se DSM-5 koristi nazivom autistični spektar poremećaja?

ODGOVOR: Za razliku od MKB-10 i DSM-4, DSM-5 je prihvatio dimenzionalni pristup za cijelu skupinu autističnih sindroma, nazivajući ih autističnim spektrom poremećaja, što znači da je riječ o dimenzijama istog poremećaja, a ne o kvalitativno različitim entitetima (kategorijama). Prednost je ovakvog pristupa promatranje poremećaja u jednoj dimenziji, što je vjerojatno prikladnije u svakodnevnoj kliničkoj praksi, dok nedostatak može značiti izostavljanje pojedinih sindroma iz klasifikacije (npr. Aspergerova sindroma).

■ PITANJE: Zašto je prevalencija autizma veća u posljednjim desetljećima?

ODGOVOR: Nije dokraja razjašnjeno koji je uzrok porasta prevalencije autizma. S jedne strane, za pove-

ćanje prevalencije može biti odgovorna bolja dijagnostika, dok je, s druge strane, došlo do proširivanja dijagnostičkih kriterija. I konačno u obzir dolaze i neki nepoznati čimbenici iz okoline.

■ **PITANJE:** Je li prevalencija autizma povećana zbog veće primjene cjepiva u svijetu ili zbog prisutnosti olova u hrani?

ODGOVOR: Ne može se okriviti samo jedan čimbenik kao isključivi uzrok autizma. U medicinskoj literaturi nije dokazana uzročna povezanost cijepljenja i pojave autizma, a isto vrijedi i za prisutnost olova u hrani. Kod autizma je riječ o multifaktorijelnoj etiopatogenezi. Ako prihvatimo takvo stajalište, terapijske smjernice postaju šire i pokrivaju više domena, kao i mogućnost istraživanja na tom polju.

■ **PITANJE:** Objasnite što su progresivni i regresivni tip autizma.

ODGOVOR: Progresivni tip autizma označuje vrstu poremećaja u kojemu već od rođenja postoji otklon i poteškoće u interakciji i socijalizaciji. U regresivnom tipu razvoj je uredan do otprilike godine i pol dana (dijete se smješka, pokazuje urednu interakciju, progovara prve riječi), nakon čega nastupa tzv. **autistična regresija** čiji uzrok nije poznat, a vjerojatno je genski predodređen. Roditelji djece s autističnom regresijom pokatkad se teže suočavaju s djetetovom bolešću nego roditelji djece s progresivnim tipom autizma jer su navikli da im se dijete uredno razvija. Oni često određene „okidače“ povezuju s nastupom regresije (cijepljenje, odlazak u bolnicu itd.).

■ **PITANJE:** Mogu li pojedini simptomi ASP-a postojati već u prvoj i drugoj godini života?

ODGOVOR: Da. Moguće je da se pojedini simptomi autizma prepoznaju već u prvoj i drugoj godini života. Zanimljivo je istaknuti da skupina autora definira rani atipični ASP (engl. *Early atypical ASD*) kod kojega su pojedini simptomi vidljivi već s oko 9 mjeseci života. Kod ovog sindroma postoji njegova važnost radi rane primjene terapije. Može se očekivati da će roditelji sve ranije tražiti stručnu pomoć, dakle već u prvoj godini života. Ipak, relevantnije informacije za dijagnostiku i posljedičnu terapiju možemo dobiti od 18. mjeseca života nadalje.

■ **PITANJE:** Objasnite što je „zdržena ili zajednička pažnja“ (engl. *shared attention*).

ODGOVOR: Engleski pojam *shared attention* prevodi se kao zajednička ili zdržena pažnja. Označuje

situaciju kada se i majka i dijete fokusiraju na neki treći objekt. Opisno govoreći, majka drži dijete u krilu i oni su zajedno zaokupljeni nekim predmetom (npr. keksom). Pri tome se stvara trokut vizualne i druge interakcije: oči djeteta, oči majke te pogled na predmet. Majka glasom ili mimikom daje djetetu odobravajući signal, a dijete to provjerava gledanjem majke u oči. Ono malo gleda keks, malo majku te konačno odlučuje staviti keks u usta. Zajednička pažnja često je odsutna ili površna u djece s autizmom.

■ **PITANJE:** Koje su rizične skupine za pojavu autizma?

ODGOVOR: Pod povećanim rizikom za pojavu autizma jesu braća/sestre djeteta s već dijagnosticiranim autizmom, prijevremeno rođena djeca, djeca roditelja sa psihičkim poremećajima, djeca majki koje su tijekom trudnoće uzimale valproat (antiepileptik), djeca s određenim pedijatrijskim sindromima te druge skupine.

■ **PITANJE:** Koja je apsolutna indikacija za evaluaciju autizma?

ODGOVOR: Apsolutnu indikaciju za evaluaciju čine sljedeći čimbenici: izostanak brbljanja, upiranja prstom, mahanja ili drugih gesta u 12. mjesecu, izostanak pojedinačne riječi u 16. mjesecu, izostanak spontane fraze od dvije riječi (neeholalične) u 24. mjesecu te gubitak govora ili socijalnih vještina u bilo kojoj dobi. Ovomu obično prethodi izostanak smiješka sa 6 mjeseci te nedostatak ispuštanja zvukova, smijeha ili facijalne ekspresije s 9 mjeseci.

■ **PITANJE:** U kojoj se dobi primjenjuju probirni (skrining) testovi, npr. M-CHAT?

ODGOVOR: M-CHAT se primjenjuje od 18. do 30. mjeseca života, a u velikoj mjeri ispituje zajedničku (zdrženu) pažnju i simboliku igre. Nije ga korisno upotrebljavati prije ni poslije navedene dobi i ne smije se rabiti kao dijagnostički instrument jer za to postoje drugi specijalizirani instrumenti.

■ **PITANJE:** Što je zlatni standard u dijagnostici autizma?

ODGOVOR: Zlatni standard dijagnostike dječjeg autizma jest klinički intervju, kao i opservacija djetetova ponašanja, odnosno interakcije majka – dijete. Dodatno se mogu primjenjivati strukturirani i polustrukturirani intervjui.

■ **PITANJE:** Koja je diferencijalnodijagnostička razlika između autizma i IT-a?

ODGOVOR: Bitna je razlika u većem socijalnom oštećenju djece s autizmom u odnosu prema djeci s IT-om. U djece s IT-om cijeli je razvoj ravnomjerno usporen, što se odnosi i na motoričke, i na socijalne, i na ostale aspekte razvoja.

■ **PITANJE:** Tko minimalno čini dijagnostički tim za područje autizma?

ODGOVOR: Minimalno takav tim čine četiri stručnjaka: dječji i adolescentni psihijatar, (neuro)pedijatar, psiholog te edukator rehabilitator / logoped.

■ **PITANJE:** Koje su najvažnije metode liječenja autizma?

ODGOVOR: Provodi se multidisciplinarna terapija. Primjenjuju se: biheviorna terapija (ABA, intenzivna rana biheviorna terapija) koja je usmjerena na usvajanje vještina (od jednostavnijih prema složenijima), terapija usmjerena na komunikaciju (npr. povezana s igrom, znakovni jezik, vizualni suport, izmjena slika, socijalne vještine), edukacijske mjere koje su interdisciplinarne, intenzivne i individualizirane, a djeluju u smislu poboljšanja verbalne i neverbalne komunikacije te kognitivnih, socijalnih, motoričkih i biheviornih sposobnosti. Od ostalih terapijskih metoda mogu se primjenjivati: senzorička integracija, suportivna psihoterapija (u osoba s višom razinom funkcioniranja), kognitivne i psihodinamske terapije, psihoeukacija, rad s roditeljima i obitelji, grupe samopomoći roditelja, psihofarmakoterapija. U obzir se mogu uzeti eventualno i pojedine alternativne metode (dijeta, omega-3 masne kiseline itd.).

■ **PITANJE:** Kako liječiti dodatne komorbiditetne poremećaje?

ODGOVOR: Dodatni poremećaji mogu biti IT, poremećaji spavanja, poremećaji jedenja, napadaji straha i bijesa, samoozljeđivanje itd. Roditelji na primjer mogu biti zabrinuti činjenicom da dijete preferira samo određenu vrstu hrane ili samo hranu koju ne treba žvakati. U ovom slučaju primjenjujemo dodatne biheviornalne ili druge metode liječenja.

■ **PITANJE:** Kako roditelji postaju suradnici u liječenju?

ODGOVOR: Roditelji su u intenzivnom odnosu s djetetom koje ima autizam tako da pokatkad intuitivno znaju što ono želi. Važno je poštovanje njihova razumi-

jevanja djeteta i korištenje tom činjenicom u terapijske svrhe.

■ **PITANJE:** Može li se ASP „izliječiti“?

ODGOVOR: Danas se počinje govoriti o „optimalnom izlječenju“ autizma ako se osnovni simptomi znatno umanje. Ipak, u djeteta uvijek zaostaju neke posebnosti. Ako se primijeni rana multidisciplinarna terapija, moguće je postići dobre rezultate. S druge strane, danas vjerojatno zapažamo i lakše oblike autizma s obzirom na veću svjesnost o ovom poremećaju. Prema vlastitom iskustvu, u terapiji sam imao dvoje djece koja su vrlo dobro reagirala na strukturiranu terapiju. Ona i dalje pokazuju određene otklone u socijalizaciji i neke posebnosti, ali gotovo da više nemaju osnovne simptome autizma. Ipak, treba imati osjećaj za prirodni tijek bolesti i biti svjestan da u većini slučajeva, unatoč liječenju, simptomi autizma ostaju prisutni. Svakako ne treba roditeljima davati nerealno optimistične prognoze. Stav kliničara treba biti aktivan, poticajan, ali i umjeren.

40.5. Pitanja

- 1 Kakav je pristup klasifikacije DSM-5 prema autizmu?
- 2 Koja je prevalencija ASP-a?
- 3 Što bi označivala rana detekcija autizma?
- 4 Koji su mogući simptomi u prvoj i drugoj godini života?
- 5 Navedite simptome ranog atipičnog autističnog spektra poremećaja.
- 6 Koja su, prema DSM-5, dvije skupine simptoma, odnosno klastera (temeljni simptomi) autizma?
- 7 Opišite dijagnostiku i diferencijalnu dijagnozu autizma.
- 8 Sažeto opišite etiopatogenezu autizma.
- 9 Što bi označivala rana terapija autizma?
- 10 Navedite terapijske pristupe autizmu.
- 11 Koji su prediktori boljeg ishoda autizma?

40.6. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: New School Library; 1994.
2. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Anderson GM, Hoshiono Y*. Neurochemical studies of autism. U: Cohen DJ, Volkmar FR, ur. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: John Wiley; 1997, str. 325-43.
4. *Baird G, Norbury CF*. Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Arch Dis Child* 2016;101(8):745-51.
5. *Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U*. Does the autistic child have a «theory of mind»? *Cognition* 1985;21:37-46.
6. *Baron-Cohen S*. The theory of mind hypothesis of autism: a reply to Boucher. *Br J Disord Commun* 1989;24:199-200.
7. *Barton ML, Chen J*. Autism spectrum disorder. U: Zeanah Jr. CH, ur. Handbook of infant mental health. 4. izdanje. New York: The Guilford Press; 2019, str. 313-329.
8. *Begovac B, Begovac I*. Mala Riba. U: Nikolić S. Autistično dijete. 2. izd. Zagreb: Prosvjeta; 2000, str. 135- 252.
9. *Begovac I, Majić G, Vidović V i sur.* Autizam ranog djetinjstva. U: Barišić N, ur. Pedijatrijska neurologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 724-739.
10. *Bregman J*. Behavioral interventions. U: Cohen DJ, Volkmar FR, ur. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: John Wiley; 1997, str. 606-30.
11. *Bujas Petković Z, Frey Škrinjar J*. Poremećaji autističnog spektra - značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška. Zagreb: Školska knjiga; 2010.
12. *Constantino JN, Charman T*. Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *Lancet Neurol* 2016;15(3):279-91.
13. *Dawson G, Meltzoff AN, Osterling J i sur.* Neuropsychological correlates of early symptoms of autism. *Child Dev* 1998;69:1276-85.
14. *DC:0-5tm*. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R), Washington, DC: Author; 2016.
15. *De Giacomo A, Fombonne E*. Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:131-6.
16. *Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S i sur.* Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 2000;55:468-79.
17. *Frith U*. Autism: explaining the enigma. London: Blackwell; 1989.
18. *Grossman JB, Carter A, Volkmar FR*. Social behavior in autism. *Ann NY Acad Sci* 1997;807:440-54.
19. *Heinemann E*. Autistische Störungen. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. München: CIP Medien; 2007, str. 517-526.
20. *Howlin P*. Outcomes in autism spectrum disorders. U: Volkmar FR, Paul R, Klin A i sur., ur. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3. Vol. 1. Hoboken, NJ: Wiley and Sons; 2005, str. 201-220.
21. *Kanner L*. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2:217-50.
22. *Kemper TL, Bauman M*. Neuropathology of infantile autism. *J Neuropathol Exp Neurol* 1998;57:647-52.
23. *Lai M-C, Lombardo MV, Baron-Cohen S*. Autism. *Lancet* 2014; 383: 896-910.
24. *Landa R, Folstein SE, Isaacs C*. Spontaneous narrative-discourse performance of parents of autistic individuals. *J Speech Hear Res* 1991;34:1339-45.
25. *Le Couteur A, Szatmari P*. Autism spectrum disorder. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed. Wiley-Blackwell; 2015, str. 665-683.
26. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
27. *Levy SE, Mandell DS, Schultz RT*. Autism. *Lancet* 2009; 374(9701):1627-1638.
28. *Lewis M*. Child and Adolescent Psychiatry. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
29. *Lord C, Paul R*. Language and communication in autism. U: Cohen DJ, Volkmar FR, ur. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: John Wiley; 1997, str. 195-225.
30. *Lord C, Jones RM*. Re-thinking the classification of autism spectrum disorders. *Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(5): 490-509.
31. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
32. *McDougle CJ*. Psychopharmacology. U: Cohen DJ, Volkmar FR. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: John Wiley; 1997, str. 707-29.
33. *Minshew NJ, Sweeney JA, Bauman ML*. Neurological aspects of autism. U: Cohen DJ, Volkmar FR. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: John Wiley; 1997, str. 344-69.
34. *National Research Council*. Educating young children with autism. Washington: National Academy Press; 2001,307.
35. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. 2011. Autism in under 19s: recognition, referral and diagnosis. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
36. *Nikolić S*. Autistično dijete. 2. izd. Zagreb: Prosvjeta; 2000.
37. *Ozonoff S*. Casual mechanisms of autism: unifying perspectives from an information-processing framework. U: Cohen DJ, Volkmar FR. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. New York: John Wiley; 1997, str. 868-79.
38. *Piven J, Arndt S, Bailey J i sur.* An MRI study of brain size in autism. *Am J Psychiatry* 1995;152:1145-9.
39. *Piven J, Arndt S, Bailey J i sur.* Regional brain enlargement in autism: a magnetic resonance imaging study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:530-6.

40. Paul R. Intervention to improve communication in autism. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17(4):835-56.
41. Paul R, Chawarska K, Cicchetti D i sur. Language outcomes of toddlers with autism spectrum disorders: a two year follow-up. *Autism Res* 2008; 1(2):97-107.
42. Remschmidt H. Autismus. U: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte Markwort M i sur. *Entwicklungspsychiatrie*. 2 Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2008, str. 600-625.
43. Robins DL, Fein D, Barton ML. The modified checklist for autism in toddlers (M-CHAT) Storrs, CT: Self-published; 1999.
44. Robins DL, Fein D, Barton ML i sur. The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2001;31:131-144.
45. Rutter M. Diagnosis and definition. U: Rutter M, Schopler E. *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment*. New York: Plenum; 1978, str. 1-25.
46. Sadock BJ, Sadock VA i Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014.
47. Schultz RT, Gaultier I, Klin A i sur. Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:331-40.
48. Sigman M, Ruskin E, Arbeile S i sur. Continuity and change in the social competence of children with Down syndrome, and developmental delays. *Monogr Soc Res Child Dev* 1999;64:1-114.
49. Soto T, Giserman Kiss I, Carter AS. Symptom presentations and classification of autism spectrum disorder in early childhood: application of the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0-5). *Infant Ment Health J* 2016; 37(5):486-97.
50. Steinhausen HC. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
51. Volkmar F, Chawarska K, Klin A. Autism in infancy and early childhood. *Annu Rev Psychol* 2005;56:315-36.
52. Volkmar FR, Cook E, Pomeroy J i sur. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38 Suppl: 32S-54S.
53. Volkmar FR, Martin A. *Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
54. Volkmar FR, McPartland JC. From Kanner to DSM-5: Autism as an Evolving Diagnostic Concept. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:193-212.
55. Volkmar FR, Nelson DS. Seizure disorders in autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:127-9.
56. Volkmar FR, Pauls D. Autism. *Lancet* 2003;362:1133-41.
57. Volkmar FR, Siegel M, Woodbury-Smith M i sur. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53(2):237-257.
58. Volkmar FR, Van Schalkwyk GI, Van der Wyk B. Autism spectrum disorder. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewis's child and adolescent psychiatry*. 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 422-433.
59. Warren Z, McPheeters ML, Sathe N i sur. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011;127(5):e1303-11.
60. Wing L. The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. U: Frith U, ur. *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press; 1991, str. 93-121.
61. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8:151-61.
62. *World Health Organization*. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.

Autistični sindromi i Rettov sindrom

Ivan Begovac

SADRŽAJ

41.1. Uvod	552
41.2. Dječji autizam	552
41.3. Aspergerov sindrom	554
41.3.1. Uvod, klasifikacija, prevalencija	554
41.3.2. Klinička slika	554
41.3.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	555
41.3.4. Etiopatogeneza	556
41.3.5. Klinička vinjeta	556
41.3.6. Terapija i tijek	557
41.4. Dezintegrativni poremećaj u dječjoj dobi (Hellerov sindrom, Dementia infantilis) . . .	558
41.4.1. Uvod, definicija, klasifikacija, epidemiologija, klinička slika	558
41.4.2. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	558
41.4.3. Etiopatogeneza, terapija, tijek	558
41.5. Atipični autizam	559
41.6. Rettov sindrom	559
41.6.1. Uvod, definicija, klasifikacija, epidemiologija, klinička slika	559
41.6.2. Dijagnostika i diferencijalna dijagnoza	560
41.6.3. Etiopatogeneza, terapija, tijek i prognoza	560
41.7. Upute za roditelje/nastavnike	561
41.8. Često postavljena pitanja	561
41.9. Pitanja	561
41.10. Literatura	561

41.1. Uvod

Potrebno je pročitati, radi razumijevanja, poglavlje o autističnom spektru poremećaja (ASP). Kao što je u prethodnom poglavlju bilo govora, DSM-5 je napravio revolucionarni korak s obzirom na druge klasifikacijske sustave (DSM-4 i MKB-10) (APA 1994; WHO 1994), te se u njemu govori o **autističnom spektru poremećaja (ASP)** (APA 2013), što znači da su prijašnji pojedinačni entiteti dokinuti, osim Rettova sindroma, kojeg se označuje kao genski poremećaj.

Međutim, zbog tradicionalnih i edukativnih razloga, u ovom će se poglavlju također navesti donedavni **autistični sindromi** da bi se mogla lakše pratiti dosadašnja literatura.

U DSM-4 i MKB-10 ubrojani su sljedeći **autistični sindromi**: dječji autizam (DA); Aspergerov sindrom, dezintegrativni poremećaj, atipični autizam i Rettov sindrom (APA 1994; WHO 1994). Klinička slika, kao i njezine posebnosti kod različitih autističnih sindroma, prikazani su u [tablici 41.1.](#)

Dob detekcije govori u prilog pojedinom autističnom sindromu. Pozitivna obiteljska anamneza najčešće je prisutna kod Aspergerova sindroma. Rettov sindrom, koji se danas ubraja u genske poremećaje, u pravilu se pojavljuje kod djevojčica, dok su drugi sindromi zastupljeniji u dječaka. Najbolje razvijene komunikacijske vještine, kao i najviši IQ, nalaze se kod Aspergerova sindroma. Posebni interesi prisutni su kod DA-a i tada su uglavnom mehaničke prirode, dok su kod Aspergerova sindroma obično verbalni. Gubitak opsega glave tipičan je znak Rettova sindroma, dok to nije slučaj za druge autistične sindrome. Epilepsija je dio kliničke slike Rettova sindroma, a uobičajena je i kod dječjeg autizma, osim kod Aspergerova sindroma i atipičnog autizma. Treba istaknuti sindrome u kojima postoji regresija u razvoju, a to su Rettov sindrom i dezintegrativni poremećaj. Prognoza je najbolja za Aspergerov poremećaj. Posebno osjetljivo čini se razlikovanje Aspergerova sindroma od „visokofunkcionirajućeg“ DA-a (v. poslije).

S obzirom na to da je u prethodnom poglavlju opširno opisan ASP, koji bi odgovarao „dječjem autizmu“, u ovom će se poglavlju tekst više temeljiti na različitostima. Treba pripaziti na različite termine u ovom i prethodnim poglavljima između: **autistični spektar poremećaja, rani atipični autistični spektar poremećaja, autizam** (to je ovdje i u poglavlju o autističnom spektru poremećaja sinonim za ASP), **te auti-**

stični sindromi, dječji autizam – kako ga definiraju MKB-10 i DSM-4.

41.2. Dječji autizam

Tipični predstavnik skupine autističnih sindroma bio bi dječji autizam (DA), „klasični autizam“, „infantilni autizam“, „Kannerov sindrom“, DSM-4 naziva ga autističnim poremećajem. Mnogi aspekti ovog sindroma zapravo su već opisani kod ASP-a (v. posebno poglavlje 40), tako da će se ovdje opisati samo specifičnosti.

Prema znanstvenim kriterijima klasifikacije MKB-10, nalazimo sljedeće kriterije (WHO 1993): **Kriterij A:** poremećaj se manifestira prije treće godine života, neobičnim ili disfunkcionalnim razvojem, minimalno u jednom od sljedećih triju područja: 1. receptivnom ili ekspresivnom govoru i jeziku koji se rabi u socijalnoj komunikaciji, 2. razvoju selektivne socijalne privrženosti ili recipročne socijalne interakcije te 3. funkcionalnoj ili simboličkoj igri. **Kriterij B** (minimalno 6 od ukupno 12 simptoma): **I. Kvalitativno oštećenje socijalne interakcije** (minimalno dva od četiriju simptoma): 1. nemogućnost uporabe pogleda u oči; mimike, stava tijela i gesta sa svrhom regulacije socijalne interakcije; 2. nemogućnost stvaranja vršnjačkih odnosa koji uključuju zajedničko dijeljenje interesa, aktivnosti i osjećaja; 3. manjak socijalno-emocionalnog reciprociteta koji se očituje neodgovarajućom reakcijom na osjećaje drugih ili manjkom modulacije ponašanja u odnosu prema socijalnom kontekstu ili slabom integracijom socijalnog, emocionalnog i komunikacijskog ponašanja; 4. manjak spontanog dijeljenja radosti, interesa ili aktivnosti. **II. Kvalitativno oštećenje komunikacije** (minimalno jedan od četiriju simptoma): 1. kašnjenje ili potpuni nedostatak razvoja ekspresivnog jezika koji nije kompenziran gestama ili mimikom; 2. relativna nesposobnost da se započne ili održi komunikacija s drugima; 3. stereotipno i repetitivno korištenje govorom ili idiosinkratična uporaba riječi ili fraza; 4. manjak različitih spontanih „kao da“ igara ili socijalnih imitativnih igara. **III. Ograničeno, repetitivno i stereotipno ponašanje, interesi i aktivnosti** (minimalno jedan od četiriju simptoma): 1. bavljenje jednim ili s više stereotipnih i ograničenih obrazaca ili interesa koji su abnormalni po sadržaju ili intenzitetu; 2. očito kompulzivno prijanjanje uz specifične, nefunkcionalne radnje ili rituale; 3. stereotipni i repetitivni motorički

Tablica 41.1.**Kliničke slike i razlike između pojedinih autističnih sindroma**

Modificirano prema APA 1994; Matthejat i Schulte-Markwort 2013; Volkmar i Martin 2011; WHO 1993.

	Dječji autizam (DA)	Aspergerov sindrom	Dezintegrativni poremećaj	Atipični autizam	Rettov sindrom
Dominantna klinička slika	- početak prije treće godine - poremećaj socijalne interakcije - poremećaji komunikacije - neobični oblici ponašanja	- obično se otkriva nakon treće godine - poremećaj socijalne interakcije - u pravilu, nema poremećaja komunikacije - posebni interesi - u pravilu, nema IT-a - motorička nespretnost	- normalan razvoj do druge ili treće godine - gubitak stečenih vještina - kvalitativno promijenjeno socijalno ponašanje	- nisu ispunjeni svi kriterije za dječji autizam ili se simptomi pojavljuju nakon treće godine - heterogena kategorija, uz različite podtipove	- uredan razvoj prvih šest mjeseci - smanjenje opsega glave između 5. mj. i 4. god. - poremećaj komunikacije i socijalne interakcije nakon 6. mj. - gubitak ciljnih pokreta rukama i teškoće hoda - poremećaj govora sa psihomotornom uspostenošću - stereotipni pokreti rukama
Dob detekcije	0 – 36 mjeseci	nakon 36. mjeseca, predškolska i školska dob	nakon 24. mjeseca	varijabilna	5 – 30 mjeseci
Obiteljska anamneza	Pokatkad pozitivna	često pozitivna	negativna	pokatkad pozitivna	obično negativna
Gubitak stečenih vještina	varijabilan	obično ne	značajan	obično ne	značajan
Socijalne vještine	vrlo loše	loše	vrlo loše	varijabilne	variraju s dobi
komunikacijske vještine	obično loše	uredne	vrlo loše	oštećene do uredne	vrlo loše
Posebni interesi	varijabilni (mehanički)	često prisutni (činjenice)	nisu prisutni	varijabilni	nisu prisutni
Raspon IQ-a	teške IT do normalnog IQ-a	lake IT do normalnog IQ-a	teške IT	teške IT do normalnog IQ-a	teške IT
Epilepsija	uobičajena	nije uobičajena	uobičajena	nije uobičajena	učestala
Posebni terapije	- multimodalna terapija, bihevioralna terapija	- fokus na verbalnim terapijama	- kao kod dječjeg autizma	- kao kod dječjeg autizma	- antiepileptici - kao kod dječjeg autizma
Ishodi	- loši do dobri - u oko 25% relativna integracija	- uredni do dobri - dobra integracija	- vrlo loši	- uredni do dobri	- vrlo loši
Ostale posebnosti	- u tri četvrtine postoje IT	- pojedini se slučajevi nikada ne prepoznaju i ne dijagnosticiraju	- jasna regresija	- rezidualna kategorija - DSM-4 ga naziva PDDNOS	- genski poremećaj - specifični pokreti rukama (poput lepeta leptirovih krila ili pranja ruku)

manirizmi rukama i prstima ili složeni pokreti cijelog tijela; 4. bavljenje nefunkcionalnim elementima materijala za igru (npr. njihovim mirisom).

Kriterij C isključuje mješoviti poremećaj jezika (F80.2); reaktivni poremećaj privrženost (F94.1), dezinhibirani poremećaj privrženost (F94.2), intelektualne teškoće (F70-79), shizofreniju (F20) ili Rettov sindrom (F84.2).

Dakle, u tri četvrtine osoba nalaze se intelektualne teškoće (IT), vrlo loše su socijalne vještine, loše su komunikacijske vještine, uobičajena je pojava epilepsije, kod ishoda se bilježe loš doobar (Lempp 2014; Remschmidt 2008; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

41.3. Aspergerov sindrom

41.3.1. Uvod, klasifikacija, prevalencija

Godine 1944., bečki pedijatar Hans Asperger (1944) opisao je slučaj četvero djece kao „autističnu psihopatiju“, naglašavajući temeljni problem u socijalizaciji spomenute djece. Godinu dana prije, godine 1943., no neovisno o Aspergeru, Leo Kanner je opisao autizam u dječjoj dobi. U međuvremenu, autistična je psihopatija u medicini nazvana Aspergerovim sindromom, prema navedenom pedijatru. Godine 1981. Lorna Wing ponovno je upozorila na njegovu važnost (Wing 1981). Kao što je u uvodu rečeno, Aspergerov sindrom sadržava pojedine aspekte kliničke slike DA-a, odnosno jedan je od njegovih podtipova (Lempp 2014), no u odnosu prema ostalim autističnim sindromima oko dijagnoze Aspergerova sindroma postoje brojne nesuglasice i nedoumice (Kopra i sur. 2015; Steinhausen 2010). DSM-5 više ga ne izdvaja kao zaseban sindrom, nego je sada uklopljen u dijagnozu ASP-a (APA 2013). Posebno je upitno razlikovanje Aspergerova sindroma od „visokofunkcionirajućeg“ dječjeg autizma (DA-a) (osobe s normalnom inteligencijom) (Chiang i sur. 2014; Kopra i sur. 2015; Noterdaeme i sur. 2010; Sharma i sur. 2010; Tsai 2013; Woodbury-Smith i Volkmar 2009), o čemu će više govora biti poslije u tekstu. Glavna obilježja Aspergerova sindroma jesu poremećaj socijalne interakcije i prisutnost „posebnih interesa“. Za razliku od djece s DA-om koja, u pravilu, imaju IT i oštećen razvoj govora, djeca s Aspergerovim sindromom verbalno su napredna (Lempp 2014).

MKB-10 znanstvene smjernice navode četiri obilježja potrebna za postavljanje dijagnoze Aspergerova

sindroma. Kao prvo, nedostaje opće zaostajanje ekspresivnog i receptivnog govora ili kognitivnog razvoja. Drugo, postoji kvalitativno oštećenje recipročne socijalne interakcije (kriterij kao za DA). Treće, postoje posebni interesi ili ograničeno, repetitivno i stereotipno ponašanje, interesi i aktivnosti (izraženi više verbalno nego motorički). I konačno, kao četvrto, potrebno je isključiti druge poremećaje, prije svega DA, shizotipni poremećaj, shizofreniju simpleks, poremećaje privrženosti, opsesivni poremećaj ličnosti ili OKP (WHO 1993).

Smatra se da se Aspergerov sindrom pojavljuje u oko 2,5 do 4 na 10 000 djece, što znači da je rjeđi od DA-a (Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011). Omjer dječaka prema djevojčicama je 8 : 1 (Lempp 2014; Steinhausen 2010).

41.3.2. Klinička slika

Pojedini aspekti kliničke slike prikazani su u [tablici 41.1](#). S obzirom na to da je tipična simptomatologija dječjeg autizma slabije izražena, poremećaj se, u pravilu, ne uočava prije 36. mjeseca života, što je kasnije nego kod DA-a. Većinom se otkriva tek u vrtičkoj ili školskoj dobi, kada poraste pritisak za socijalizaciju. Određeni broj osoba sa slabije izraženom simptomatologijom može ostati i neotkriven, premda su i kod njih prisutni posebni interese te slabije razvijene socijalne vještine.

Poremećaj socijalne interakcije karakteriziran je neprikladnim kontaktima, a ne manjkom interesa za druge, kao što je to kod DA-a. Osobe s Aspergerovim sindromom zainteresirane su za kontakt, imaju samozaštitne vještine i pokazuju znatizelju prema vanjskom svijetu (Lempp 2014; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011). Kontakt očima manje je izražen nego u zdrave djece, a mimika je reducirana. Socijalni se deficiti manifestiraju manjkom empatije te nesposobnošću prepoznavanja emocionalnih stanja drugih, a time i nemogućnošću predviđanja njihovih reakcija. Nadalje, može postojati nesposobnost za razumijevanje humora, interpersonalna nedistanciranost te pokatkad i „sadistički“, stav prema drugima (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Pojedinci ne mogu razumjeti ironiju ili sarkazam (Lempp 2014).

Razvoj govora nije oštećen te nema eholalije kao kod DA-a. Štoviše, govor se pokatkad i prijevremeno razvija (sličan je diferenciranom govoru odraslih), uz

stalno obogaćivanje novim izrazima, međutim, izostaje njegova dijaloška svrha. Čini se kao da su ovakva djeca prije počela govoriti, nego hodati (Volkmar i Martin 2011). Govoru može nedostajati melodije (manjkava prozodija), može biti bogat riječima (visoko elaborirani govor), ili sličan monologu (engl. *Little professor syndrome*) (Lempp 2014).

Inteligencija je na razini prosječne do natprosječne, a mišljenje je karakterizirano mogućnošću apstrakcije i originalnošću.

Pojedinci s Aspergerovim sindromom često pokazuju posebne interese, kao što su interesi prema enciklopedijskom znanju (matematika, tehnika, povijest, zemljopis), prema čitanju (hiperleksija) ili prema apstraktnim zadacima. Kroz njihova razmišljanja često se provlače egzotične teme, poput detaljnog poznavanja Wagnerovih opera ili usmjerenosti na vremensku prognozu. Ako ih se prekine u navedenim aktivnostima, mogu reagirati izljevima bijesa (Remschmidt 2008; Steinhausen 2010). Ovakvo, posebno znanje nema značajniju praktičnu vrijednost te je više stereotipno i samo sebi svrhom (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Volkmar i Martin 2011). Mogu biti prisutni „otoci darovitosti“ kao što su sposobnosti izvanrednog računanja ili pamćenja.

U motorici su tipične nespretnosti (engl. *motor clumsiness*), a rijetko mogu postojati i stereotipije (npr. stereotipno igranje nekom mehaničkom igračkom). Mogu biti prisutne i opsesivno-pedantne crte karaktera.

41.3.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

U dijagnostici se koristimo psihijatrijskim intervjuom s anamnezom i opservacijom ponašanja, te sličnim metodama kao kod ASP-a, odnosno kod dječjeg autizma. Dodatno se mogu primjenjivati strukturirani intervjui (*Autism Diagnostic Interview- Revised / ADI-R*, *Autism Diagnostic Observation Schedule 2 / ADOS-2*, autizam spektar quotient) te različite liste (Asperger sindrom intervju, Asperger sindrom skrining), slično kao i u dijagnostici DA-a (Cederlund i sur. 2010; Gillberg i sur. 2001). Potrebno je napraviti detaljan neurološki pregled, uz isključenje drugih poremećaja (sluha, vida) te psihološko testiranje, pri čemu se rabe testovi inteligencije, testovi mjerenja egzekutivnih funkcija (Hagberg i sur. 2015) i projekтивni testovi. Psihološko testiranje tipično pokazuje bolju verbalnu od neverbalne inteligencije (Chiang i sur. 2014).

U **tablici 41.1.** prikazana je **diferencijalna dijagnoza** u odnosu prema drugim autističnim sindromima, a u **tablici 41.2.** prikazane su opće razlike između Aspergerova sindroma i DA-a.

Moglo bi se reći da klinička slika DA-a pokazuje više dinamike u razvoju s obzirom na statičnost Aspergerova sindroma. Nadalje, Aspergerov je sindrom potrebno diferencijalnodijagnostički razlikovati od atipičnog autizma pri kojemu nisu ispunjeni glavni kriteriji za DA, a razina inteligencije niži je nego u osoba s Aspergerovim sindromom. Također ga je potrebno razlikovati od ostalih autističnih sindroma: dezintegrativnog poremećaja i Rettova sindroma te od poremećaja privrženosti (v. posebno poglavlje 35).

U literaturi je posebno zanimljiva diferencijalna dijagnoza Aspergerova sindroma i „visokofunkcionirajućeg autizma“ (engl. *high functioning autism*; HFA) (Kopra i sur. 2008; Noterdaeme i sur. 2010; Remschmidt 2008; Sharma i sur. 2010; Steinhausen 2010; Tsai 2013; Woodbury-Smith i Volkmar 2009), što je prikazano u **tablici 41.3.**

Općenito, osobe s Aspergerovim sindromom pokazuju viši globalni IQ (što je vjerojatno rezultat višeg verbalnog IQ-a) te viši verbalni i neverbalni IQ nego osobe s „visokofunkcionirajućim DA-om“ (Noterdaeme i sur. 2010). Kao što je prije rečeno, psihološko testiranje tipično pokazuje bolju verbalnu od neverbalne inteligencije u osoba s Aspergerovim sindromom, dok su kod „visokofunkcionirajućeg DA-a“ verbalne i neverbalne sposobnosti podjednake (Chiang i sur. 2014).

Za razliku od Aspergerova sindroma, shizoidni poremećaj ličnosti može se dijagnosticirati tek nakon 16. godine života, dok shizofrene psihoze imaju svoja specifična obilježja. Kod hiperkinetskog sindroma ne postoji primarni poremećaj interakcije kao kod Aspergerova sindroma (Lempp 2014), a u njihovu razlikovanju mogu pomoći i testovi za mjerenje hiperkinetskog sindroma (Hagberg i sur. 2015). Opsesivni simptomi kod Aspergerova sindroma više su ego-sintoni nego kod opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Socijalna fobija razlikuje se od Aspergerova sindroma po tome što postoje tipični strahovi vezani za socijalne situacije.

U **komorbiditetu** s Aspergerovim sindromom mogu biti prisutni OKP, tikovi, depresija, anksiozni poremećaji, hiperkinetski poremećaj i ostalo (Remschmidt 2008; Steinhausen 2010). Posebno je značajna depresija u adolescentnoj dobi (Cederlund i sur. 2010; Remschmidt 2008) koja nastaje zbog različitih razloga,

Tablica 41.2.**Razlika između Aspergerova sindroma i autizma u dječjoj dobi.**

Modificirano prema Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Kamp-Becker 2011; Volkmar i Martin 2011.

	Aspergerov sindrom	Dječji autizam (DA)
Rani razvoj do treće godine	uredan	postoje odstupanja
Detekcija poremećaja	obično u vrtićkoj ili školskoj dobi	prije 36. mjeseca
Pojavljivanje u obitelji	učestalo	pokatkad
Socijalni poremećaj nakon treće godine	umjereno prisutan	značajno prisutan
Razvoj govora	uredan ili napredniji	kašnjenje ili odsutnost razvoja govora
Posebni govora: atipičnosti, eholalija	nema ih	prisutne
Inteligencija	prosječna ili iznadprosječna	u oko dvije trećine snižen IQ
Posebni interesi prema enciklopedijskim znanjima (matematika, tehnika, znanost, povijest, zemljopis), čitanju (hiperleksija), apstrakciji	prisutni	nisu prisutni
Posebni, stereotipni interesi npr. prema nekoj mehaničkoj igrački	nisu prisutni	prisutni
Stereotipni motorički pokreti (npr. mahanje rukama)	rijetko prisutni	često prisutni
Motorički razvoj	malo usporen, neprikladan	uredan
Kontakt očima	površan, ali prisutan	nedostaje, a, ako je prisutan, onda je površan
Gubitak stečenih vještina	u pravilu ga nema	može postojati
Posljedice	u oko 5 % razvoj shizofrenije	u oko 25 % razvoj epilepsije
Specifičnosti terapije	moгу se primjenjivati tehnike koje se temelje na verbalizaciji	primarna je bihevioralna terapija
Ishodi	umjereni do dobri	slabi do dobri

a velikim dijelom i zbog uvida u vlastiti poremećaj te može biti praćena suicidalnošću. Manifestira se promjenjivim raspoloženjem, samopodcjenjivanjem, smanjenjem apetita, poremećajima spavanja ili pogoršanjem opsesivnih simptoma (Remschmidt 2008). Hiperkinetski sindrom može koegzistirati s Aspergerovim sindromom te pogoršati ishod (Gillberg i sur. 2016).

41.3.4. Etiopatogeneza

Slično kao i kod ostalih autističnih sindroma, etiopatogeneza do sada nije potpuno razjašnjena (Mattejat

i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Pretpostavlja se multifaktorijelna geneza, u kojoj najvažniju ulogu imaju genski i obiteljski čimbenici, s obzirom na veću učestalost pojavljivanja tog sindroma u pojedinim obiteljima (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

41.3.5. Klinička vinjeta

Dječak A. dolazi na pregled u pratnji roditelja tijekom trećeg razreda osnovne škole, a saznaje se da je prije bio na pregledima kod različitih stručnjaka. Od

Tablica 41.3.**Razlikovanje Aspergerovog sindroma i visokofunkcionirajućeg (dječjeg) autizma**

Modificirano prema Chiang i sur. 2014; Remschmidt 2008; Steinhausen 2010.

	Aspergerov sindrom	Visokofunkcionirajući dječji autizam (engl. HFA)
Razvoj govora	rano se razvija	kasnije se razvija
Verbalne funkcije	bolje	lošije
Verbalna artikulacija, izraz, fond riječi	bolji	lošiji
Auditivna percepcija	bolja	lošija
Verbalno sjećanje	bolje	lošije
Neverbalne funkcije	lošije	bolje
Motoričke sposobnosti	lošije	bolje
Vizualno perceptivne sposobnosti	lošije	bolje
Globalni IQ	viši	niži

najranijeg su djetinjstva bile prisutne razvojne poteškoće na emocionalnom i socijalnom planu. Razvoj govora bio je uredan. U dojenačkoj dobi bila je prisutna motorička hipotonija, a dječak je često plakao. Prilagođivanje vrtičkoj sredini bilo je otežano, a isto se ponovilo i polaskom u školu. Tijekom prvog razreda bili su prisutni fluktuirajući (promjenjivi) tikovi. U posljednjih nekoliko mjeseci prije pregleda, a posebno posljednjih tjedana, kod dječaka su se pojavili intenzivniji strahovi, kao i promjene u ponašanju – povremeno je pokazivao impulzivne i agresivne porive, opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje, teškoće socijalizacije u školi te smetnje pažnje, a u misaonom tijeku znao je izgubiti vodeću tendenciju. Zabilježena je osjetljivost na tjelesne bolesti, pri čemu bi regresija postajala još očitija. Ukupno gledajući, u kliničkoj slici dominirali su problemi u socijalnoj interakciji, uz postojanje određenih intenzivnih preokupacija (dino-

saurima, svemirskim tijelima, podacima iz enciklopedije). Roditelji su bili vrlo brižni i suradljivi. Dječak je upućen na daljnju dijagnostičku obradu psihologu, edukatoru rehabilitatoru i neuropedijatru te su preporučene defektološka terapija i kontrole kod psihijatra. Pohađa redovitu školu uz asistenta u nastavi.

41.3.6. Terapija i tijek

Kao što je već istaknuto, Aspergerov sindrom otkriva se kasnije od DA-a, obično tek u vrtičkoj ili školskoj dobi. Terapijske metode slične su principima liječenja autističnih spektra poremećaja (v. posebno poglavlje 40), a verbalne sposobnosti ovakve djece mogu se dodatno iskoristiti u liječenju (Volkmar i Martin 2011). Važne su mjere edukatora rehabilitatora, uz naglasak na razvijanju socijalnih vještina. S obzirom na dobro razvijen govor i višu razinu inteligencije, upotrebljavaju se različiti oblici psihoterapije (suportivna, psihodinamska, kognitivno-bihevioralna) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Glede psihodinamskih terapija, principi su slični onima opisanima kod ASP-a. Mogu se primjenjivati i metode usmjerene prema tijelu (igranje uloga) i motorici. U pojedinim slučajevima u obzir dolazi i primjena psihofarmakoterapije, npr. kod izražene depresivnosti. Načelno, tijek ovog poremećaja povoljniji je od tijeka DA-a, ali je nepovoljniji od tijeka nekih drugih psihičkih poremećaja, npr. poremećaja ponašanja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2008). Prisutna je stalnost posebnih interesa, uz manjak osjećajnosti (emocionalnosti) prema drugima. U kasnijoj dobi postoji povećana sklonost razvoju shizofrenih psihoza (u oko 5 %), što kod DA-a nije slučaj. Ipak, Aspergerov sindrom ne možemo smatrati prepsihotičnom formom (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Prognoza ovisi o težini simptomatologije, komorbiditetnim poremećajima (depresija, hiperkinetski sindrom), mogućnosti praćenja, obiteljskoj i okolinskoj podršci, kao i o terapijskim intervencijama (Gillberg i sur. 2016; Remschmidt 2008). Veće jezične sposobnosti i razina inteligencije trebali bi upućivati na bolju prognozu, međutim, navedeno se prije odnosi na DA nego na Aspergerov sindrom (Remschmidt 2008). Djeca s Aspergerovim sindromom, u pravilu, pohađaju redovitu školu, a njih oko 50 % uspije se osposobiti za samostalnu brigu o sebi (Lempp 2014). U pojedinim slučajevima tijek poremećaja može biti obilježen prekomjernom aktivnošću, smetnjama pažnje, kao i pro-

blemima s kršenjem pravila zbog nefleksibilnog stila ponašanja (Volkmar i Martin 2011).

41.4. **Dezintegrativni poremećaj u dječjoj dobi (Hellerov sindrom, Dementia infantilis)**

41.4.1. **Uvod, definicija, klasifikacija, epidemiologija, klinička slika**

Ovaj poremećaj jedan je od prvih opisanih autističnih sindroma, no u vezi s njim i dalje postoje brojne nepoznanice (Heller 1908; Homan i sur. 2011; Malhotra i sur. 2013; Rosmanand i Bergia 2012; Westphal i sur. 2013). Sam Heller opisao je prodrome u smislu afektivne nestabilnosti, iritabilnosti, agitiranosti, intenzivnog straha te poremećaja spavanja koji nastupaju prije same regresije (Heller 1908; Westphal i sur. 2013). Prema DSM-5, dezintegrativni poremećaj uvršten je u ASP, dok ga pojedini autori još uvijek jasno odvajaju od ostalih autističnih sindroma (Rosmanand i Bergia 2012).

Prema MKB-10 znanstvenim smjernicama obilježen je četirima obilježjima. Prvo, razvoj je uredan do minimalno druge godine života. Drugo, postoji gubitak stečenih vještina koji nastupa istodobno s početkom poremećaja, a odnosi se na minimalno dva od ukupno pet područja: ekspresivni ili receptivni govor, igru, socijalne vještine i adaptabilno ponašanje, kontrolu sfinktera te motoričke sposobnosti. Treće, postoji kvalitativni poremećaj socijalnog funkcioniranja u minimalno dva od ukupno četiri područja: kvalitativno odstupanje u recipročnoj socijalnoj interakciji (slično DA-u), kvalitativno odstupanje u komunikaciji, ograničeno i stereotipno ponašanje, interesa i aktivnosti, uključujući motoričke stereotipije i manirizme te opći gubitak interesa za predmete i okolinu. Konačno, četvrto se odnosi na isključenje DA-a te drugih sličnih stanja.

Riječ je o vrlo rijetkom poremećaju koje zahvaća jedno od oko 100 000 djece, a pojavljuje se pretežno u dječaka (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Volkmar i Martin 2011).

Pojedini aspekti kliničke slike opisani su u [tablici 41.1](#). Obilježje ovog poremećaja jest postojanje urednoga psihomotornog razvoja do djetetove druge ili treće godine života, što se opaža sudjelovanjem u socijalnim interakcijama, igri i sposobnostima adaptacije. U anamnezi ne postoji prenatalna ili perinatalna

trauma ni infekcijska bolest. Sljedeće je obilježje gubitak stečenih vještina koji može nastupiti brzo i akutno ili pak postupno (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2008; Volkmar i Martin 2011). Primjerice, dijete regredira do razine da prestaje govoriti, ponaša se ustrašeno, motorički je nemirno te pokazuje stereotipno ponašanje (stereotipne motoričke kretnje tijelom i/ili rukama) ili igru (povlači se u kut te prestaje pokazivati interes za igračke, osobe i okolinu). Roditelji imaju osjećaj da više ne slijedi upute. Opisano stanje podsjeća na DA. Načelno govoreći, dijete gubi stečene vještine, nakon čega se razvoj djelomično stabilizira, no ishod je mnogo lošiji nego kod DA-a.

41.4.2. **Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza**

Pojedini aspekti diferencijalne dijagnoze prikazani su u [tablici 41.1](#). Za postavljenje dijagnoze važni su postojanje normalnog razvoja do otprilike druge ili treće godine života te gubitak stečenih sposobnosti. U dijagnostici pojedini autori govore o tzv. licu princa u djeteta s ovim poremećajem, ili bi se drukčije moglo reći da su „lijepih crta lica“, dok je pogled uperen u daljinu (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Potrebni su detaljna anamneza te iscrpna dijagnostika poremećaja koji zahvaćaju središnji živčani sustav. Važno je isključiti poremećaje vida i sluha, deficijenciju vitamina B12 te ostale metaboličke, infektivne i druge bolesti. U dijagnostici se rade i kromosomske analize (Malhotra et al. 2013; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Obično su neuropedijatrijski i laboratorijski nalazi uredni (Volkmar i Martin 2011). Što se tiče diferencijalne dijagnoze, ovaj je poremećaj potrebno razdvojiti od drugih dubokih razvojnih poremećaja (DA, Rettov sindrom), od Landau-Kleffnerova sindroma, shizofrenije s ranim početkom i elektivnog mutizma.

41.4.3. **Etiopatogeneza, terapija, tijek**

Riječ je o poremećaju nepoznate, vjerojatno multifaktorijske etiologije, a pretpostavlja se značajna uloga neurobioloških i genskih čimbenika. Pokatkad se može naći korelacija s encefalitisom te metaboličkim i genskim bolestima. Terapija je slična liječenju DA-a, odnosno ASP-a (v. posebno poglavlje 40). U oko 75 % slučajeva, otprilike dvije godine od početka poremećaja, proces demencije (propadanja stečenih kognitivnih vještina) zaustavlja se (Mattejat i Schulte-Markwort

2013; Volkmar i Martin 2011). U pojedinim slučajevima tijekom je progredijentan s razvojem epileptičkih napadaja, motoričkim disfunkcijama i specifičnim neurološkim simptomima. Prognoza je općenito nepovoljna, bez obzira na premorbidno normalan razvoj.

41.5. Atipični autizam

Naziv **atipični autizam** odnosi se na rezidualnu kategoriju koja obuhvaća slučajeve koji se ne mogu uvrstiti u prethodne kategorije (WHO 1993). DSM-4 klasifikacija nazivala ga je dubokim razvojnim poremećajem ne pobliže određenim (PDD-NOS), dok DSM-5 više ne izdvaja ovu kategoriju. Pretpostavlja se da će velik broj osoba s dijagnozom atipičnog (netipičnog) autizma iz MKB-10 u budućnosti dobiti dijagnozu socijalno pragmatičkog poremećaja ili ASP-a (Volkmar i McPartland 2014).

Prema MKB-10 znanstvenim smjernicama, atipični autizam razlikuje se od DA-a ili po dobi nastupa (nakon treće godine života) i/ili po simptomatologiji (nisu prisutne sve tri skupine simptoma potrebne za dijagnozu DA-a – kvalitativno oštećenje socijalne interakcije, kvalitativno oštećenje komunikacije te prisutnost stereotipija). S obzirom na navedeno, razlikujemo tri tipa atipičnog autizma. Prvi je autizam s atipičnim početkom nastupa pri kojemu nije ispunjen kriterij A za DA, tj. pojavljuje se tijekom ili nakon treće godine života, dok su kriteriji B i C ispunjeni. Drugi je tip autizam s atipičnom simptomatologijom pri kojemu je ispunjen kriterij A za DA (pojavljuje se prije treće godine života), dok kriteriji B (kvalitativno oštećenje socijalne interakcije, kvalitativno oštećenje komunikacije te prisutnost stereotipija) nije potpuno zadovoljen (o tome govori kriterij D). Kriterij C koji isključuje druga stanja je zadovoljen. Kod trećeg tipa atipični su i početak poremećaja i simptomatologija, dakle riječ je o kombinaciji prvih dvaju tipova (WHO 1993). Jedan od problema ovih kriterija jest nepostojanje minimalnog broja simptoma potrebnih za postavljanje dijagnoze atipičnog autizma (kao što je to kod ostalih autističnih sindroma), što dovodi u pitanje opravdanost ove dijagnoze u kliničkoj praksi.

Može se činiti paradoksalnim što je prevalencija poremećaja iz ove skupine veća od prevalencije DA-a (Volkmar i McPartland 2014), no jedno od mogućih objašnjenja jest da naziv atipični autizam obuhvaća relativno veliku i heterogenu skupinu poremećaja s različitim podtipovima. Pojedine podtipove predočuju

pojedinci s dominantnim smetnjama pažnje, s dominantnim IT-om (Remschmidt 2008) ili s dominantnom afektivnom osjetljivošću, ali i s boljim kognitivnim i jezičnim sposobnostima nego kod DA-a (Volkmar i Martin 2011).

Kao što je prije istaknuto, dob detekcije atipičnog autizma je varijabilna, kao i socijalne vještine ovakve djece. Komunikacijske su vještine umjereno oštećene ili uredne. Inteligencija se također razlikuje od pojedinca do pojedinca, od normalne pa sve do teških IT-a. U pravilu, nema gubitka stečenih vještina kao kod Rettova sindroma ili dezintegrativnog poremećaja. Specifični interesi mogu biti prisutni, dok je pojava epileptičkih napadaja neuobičajena. S obzirom na nepreciznost ove dijagnostičke kategorije, danas bi trebalo izbjegavati njezinu upotrebu. Terapijski su principi slični liječenju DA-a i drugih autističnih sindroma, a ishodi su umjereni do dobri.

41.6. Rettov sindrom

41.6.1. Uvod, definicija, klasifikacija, epidemiologija, klinička slika

Andreas Rett (1966) opisao je sindrom koji je poslije po njemu i nazvan. MKB-10 ubraja ga u duboke razvojne poremećaje, dok ga DSM-5 više ne svrstava u ASP s obzirom na činjenicu da se autistični simptomi smanjuju tijekom vremena (u drugoj fazi bolesti) i ne dominiraju kliničkom slikom. Ipak, ako se pojavljuje u komorbiditetu s ASP-om, može ga se označiti kao predstavnika ASP-a s genskim uzrokom, odnosno kao ASP povezan s Rettovim sindromom (APA 2013; Volkmar i McPartland 2014).

Prema MKB-10 znanstvenim smjernicama, karakteriziraju ga četiri obilježja. Prvo, postoji jasno normalan razvoj u prvih pet mjeseci života, kao i normalan opseg glave pri rođenju. Drugo, dolazi do usporenog porasta opsega glave između 5. mjeseca i 4. godine života te gubitaka ciljnih pokreta ruku između 5. i 30. mjeseca, što je povezano s poremećajem komunikacije i socijalne interakcije i s lošom koordinacijom hoda i/ili pokreta trupa. Treće, nastaje teško oštećenje ekspresivnog i receptivnog govora i jezika s izraženom psihomotornom usporenošću. Četvrto, pojavljuju se stereotipni pokreti rukama (slično pranju ruku) koji nastaju istodobno ili nakon gubitka ciljnih pokreta (WHO 1993). Rettov sindrom relativno je rijedak poremećaj, s prevalencijom od oko jedan slučaj na 15 000 do 22 000

djevojčica (Volkmar i Martin 2011). Donedavno se smatralo da se pojavljuje isključivo u djevojčica, međutim, novija istraživanja govore i o mogućnosti pojave u dječaka (Reichow i sur. 2015). Pojedini aspekti kliničke slike opisani su u [tablici 41.1](#). Kod Rettova sindroma prenatalni i rani postnatalni razvoj (do petog mjeseca života) uredni su, uz normalan opseg glave pri rođenju. Ipak, novija istraživanja navode podatke o atipičnom sociokomunikacijskom razvoju prije početka regresije, što može biti važan putokaz u ranoj detekciji i intervenciji (Barnes i sur. 2015).

Pojedini autori tijek bolesti dijele u **četiri faze**. **Prvu fazu** čine **početni simptomi regresije** između 6. i 18. mjeseca života (**nastup bolesti**). Potom slijedi **druga, rapidno-destruktivna faza** od 1. do 4. godine života, obilježena brzim nastupom regresije uz gubitak stečenih vještina i ponašanje slično autističnom. Između 5. mjeseca i 4. godine života dolazi do usporavanja porasta opsega glave te gubitka socijalne interakcije i komunikacijskih vještina. Fond riječi se smanjuje, hod postaje nesiguran i nekoordiniran te se pojavljuju specifični pokreti tijela i ruku uz nemogućnost samostalnog jedenja, škr gutanje zubima i respiratornu insuficijenciju. Ekspresivni i receptivni jezik teško su oštećeni, uz značajne teškoće u psihomotorici. Također se pojavljuju intenzivni anksiozni simptomi te stereotipni pokreti rukama (mahanje rukama poput lepeta leptirovih krila – „lepršanje“ ili pokreti nalik na pranje ruku) (Barnes i sur. 2015; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Resmchmidt 2008). U ovoj fazi koja traje tijekom predškolske dobi, klinička slika vrlo je slična DA-u, no s vremenom sve više dominiraju motorički i kognitivni problemi, a ne problemi socijalne interakcije (Volkmar i Martin 2011). Neki autori izražavaju neslaganje oko toga da se druga faza naziva autizmu sličnom fazom (Munde i sur. 2016), ističući zapažanja roditelja kako ovakva djeca žele socijalni kontakt, ali ga ne uspijevaju ostvariti. **Treću fazu** (od 2. do 10. godina života) obilježava **dosezanje plateaua**, odnosno prestanak daljnje regresije, uz relativno poboljšanje komunikacije, nastup epileptičkih napadaja i prisutnost motoričkih simptoma (ataksija, apraksija). Konačno, tijekom drugog desetljeća života slijedi **četvrta faza** u kojoj dolazi do daljnjeg pogoršanja motoričkih funkcija (mijelopatije, polineuropatije, ortopedskih komplikacija), ali i smanjenja epileptičkih napadaja i stabilizacije kognitivne deterioracije. Pojedini autori zagovaraju postojanje simptoma sličnih autističnima i nakon regresivne i rapidno-destruktivne

faze (Kaufmann i sur. 2012), što može imati važne terapijske implikacije. U oko 80 % slučajeva pojavljuju se epileptički napadaji s vrhuncem pojavnosti oko 6. godine, dok se oko 12. godine polako smanjuju. U EEG-u se nalaze različiti patološki grafoelementi. U pravilu, klinička je slika teža ako dijete ima epilepsiju (Glaze i sur. 2010). Nalazi se smanjenje opsega glave (mikrocefalija) do ispod treće percentile, a od 2. godine života dolazi do smanjenja tjelesnog rasta. Pubertet nastupa u redovito vrijeme, međutim, izostaje pubertetski zamah (šub). Pojedini autori govore o **ataktično-autističnoj demenciji**, međutim, ovaj termin nije općenito prihvaćen.

41.6.2. Dijagnostika i diferencijalna dijagnoza

Tipični slučajevi relativno se lako dijagnosticiraju zbog karakteristične kliničke slike. U dječjoj psihijatriji koristimo se psihijatrijskim intervjuom s anamnezom, pri čemu je u ovom slučaju posebno važan podatak o opsegu glave. Mogu se primjenjivati i testovi kreirani za ovaj poremećaj, npr. *Rett Syndrome Behavior Questionnaire*, *Rett Syndrome Severity Scale* (Mount i sur. 2002; Hoffbuhr i sur. 2001; Mahmood i sur. 2010). Nadalje, upotrebljavaju se uobičajene dijagnostičke metode, među kojima EEG, kranioogram, kromosomska analiza, detaljni neurološki (neuropedijatrijski) pregled uz mišljenje stručnog konzilija, kao i ortopedski pregled. U diferencijalnoj dijagnozi potrebno je razmotriti ASP ili druge autistične sindrome (DA, dezintegrativni poremećaj), kao i druge neurodegenerativne bolesti (npr. Angelmanov sindrom). Dodatne medicinske smetnje čine problemi s respiracijom (afektivni respiratorni napadaji), skoliozom, kretanjem, jedenjem i rastom.

41.6.3. Etiopatogeneza, terapija, tijek i prognoza

Etiopatogeneza se povezuje s genskim čimbenicima, odnosno mutacijom gena na dugome kraku X- kromosoma (mutacija metil- cp- vezajućeg proteina 2, MECP-2) te se smatra da je riječ o neurodegenerativnoj bolesti. Terapija je slična kao i kod ASP-a ili DA-a, odnosno primjenjuje se rana intervencija i simptomatska terapija, uz fizioterapiju i terapiju respiratornih simptoma (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Volkmar i Martin 2011). Korisno je uključivanje roditelja u grupe samopomoći. Prognoza poremećaja obično je loša, međutim, čini se da životni vijek nije

znatno skraćen. Otkriće genske baze moglo bi u skoroj budućnosti unaprijediti dijagnostiku te eventualno pružiti nove terapijske mogućnosti (Volkmar i Martin 2011).

41.7. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Roditeljima je potrebno jasno i iscrpno objasniti moguće uzroke i narav autističnih sindroma.
- ✓ Roditelji su suradnici u dijagnostici i liječenju.
- ✓ Djeca s Aspergerovim sindromom imaju problema u socijalnoj interakciji, a povremeno mogu imati i ekscentrično ponašanje, dok je prognoza općenito bolja nego u osoba s dječjim autizmom.
- ✓ Danas pokušavamo izbjegavati dijagnozu atipičnog autizma jer se čini prevladana u svojoj nepreciznosti.
- ✓ Danas je ipak realnije smatrati da se dijagnoza dezintegrativnog poremećaja u djetinjstvu može promatrati kao dio autističnoga spektra poremećaja.
- ✓ Djeca s Rettovim sindromom mogu nalikovati na djecu s dječjim autizmom ili na djecu s autističnim spektrom poremećaja, pa je potrebno roditeljima davati podršku.
- ✓ Roditeljima s različitim autističnim sindromima mogu pomoći različite udruge roditelja, kao i grupe samopomoći.

41.8. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Koja je razlika između dječjeg autizma (DA) i atipičnog (netipičnog) autizma prema MKB-10 klasifikacijskom sustavu?

ODGOVOR: Prema MKB-10 znanstvenim smjernicama, atipični se autizam razlikuje od DA-a ili po dobi nastupa (nakon treće godine života) i/ili po simptomatologiji (nisu prisutne sve tri skupine simptoma potrebne za dijagnozu DA-a – kvalitativno oštećenje socijalne interakcije, kvalitativno oštećenje komunikacije te prisutnost stereotipija). Značajan nedostatak ove dijagnostičke kategorije jest nepostojanje minimalnoga broja simptoma nužnih za njezino postavljanje (za razliku od dijagnosticiranja ostalih autističnih sindroma).

■ **PITANJE:** Što je zlatni standard u dijagnostici autističnih sindroma?

ODGOVOR: Zlatni standard dijagnostike autističnih sindroma jest klinički intervju, kao i opservacija ponašanja djeteta, odnosno interakcije majka – dijete. Dodatno se mogu primjenjivati strukturirani i polustrukturirani intervjui.

■ **PITANJE:** Koja je općenita razlika između Aspergerova sindroma i dječjeg autizma?

ODGOVOR: Kod Aspergerova sindroma nalazimo uredan razvoj do treće godine života, a problemi obično nastaju u predškolskoj ili školskoj dobi. Učestalost je veća u pojedinim obiteljima, socijalni je poremećaj prisutan u umjerenoj mjeri nakon treće godine, a razvoj govora uredan je ili napredan, bez atipičnosti. Mogu postojati posebni interesi prema enciklopedijskim znanjima, nema stereotipija prema igračkama, a malokad postoje stereotipni pokreti. U motoričkom razvoju mogu postojati nespretnosti, gledanje u oči je prisutno, ali površnije i nema gubitka stečenih vještina. U oko 5 % oboljelih razvija se shizofrenija. S obzirom na bolje verbalne sposobnosti, mogu se primjenjivati psihoterapijske tehnike, a ukupni su ishodi umjereni do dobri.

41.9. Pitanja

1. Kakav je pristup klasifikacija MKB-10 i DSM-4 s obzirom na autistične sindrome?
2. Koja je razlika između pojedinih autističnih sindroma prema MKB-10 klasifikaciji?
3. Opišite kliničku sliku i terapiju Aspergerova sindroma.
4. Koja bi bila moguća razlika između Aspergerova sindroma i dječjeg autizma?
5. Koja bi bila moguća razlika između Aspergerova sindroma i visokofunkcionirajućeg (dječjeg) autizma?
6. Opišite kliničku sliku i terapiju Rettova sindroma.

41.10. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: New School Library; 1994.

2. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Asperger H*. Die "autistischen psychopathen" im Kindersalter. *Archives fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1944; 117:76–136.
4. *Barnes KV, Coughlin FR, O'Leary HM i sur*. Anxiety-like behavior in Rett syndrome: characteristics and assessment by anxiety scales. *J Neurodev Disord* 2015; 7:30.
5. *Cederlund M, Hagberg B, Gillberg C*. Asperger syndrome in adolescent and young adult males. Interview, self- and parent assessment of social, emotional, and cognitive problems. *Research in Developmental Disabilities* 2010; 31: 287–298.
6. *Chiang H-M, Tsai LY, Cheung YK i sur*. A Meta-Analysis of Differences in IQ Profiles Between Individuals with Asperger's Disorder and High-Functioning Autism. *J Autism Dev Disord* 2014; 44:1577–1596.
7. *Gillberg C, Gillberg C, Rastam M*. The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism* 2001; 5(1) 57–66.
8. *Gillberg IC, Helles A, Billstedt E i sur*. Boys with Asperger Syndrome Grow Up: Psychiatric and Neurodevelopmental Disorders 20 Years After Initial Diagnosis. *J Autism Dev Disord* 2016; 46:74–82.
9. *Glaze DG, Percy AK, Skinner S i sur*. Epilepsy and the natural history of Rett syndrome. *Neurology* 2010;74:909–912.
10. *Hagberg B, Billstedt E, Nydén A i sur*. Asperger syndrome and nonverbal learning difficulties in adult males: self and parent reported autism, attention and executive problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24:969–977.
11. *Heller T*. Uber Dementia infantilis: Verblodungsprozeß im Kindesalter. *Zeitschrift fur die Erforschung und Behandlung des Jugendlichen Schwachsinn* 1908;2:17–28.
12. *Hoffbuhr K., Devaney JM., LaFleur B i sur*. MeCP2 mutations in children with and without the phenotype of Rett syndrome. *Neurology* 2001; 56, 1486–95.
13. *Homan K, Mellon MW, Houlihan D i sur*. Brief Report: Childhood Disintegrative Disorder: A Brief Examination of Eight Case Studies. *J Autism Dev Disord* 2011;41: 497–504.
14. *Kaufmann WE, Tierney E, Rohde CA i sur*. Social impairments in Rett syndrome: characteristics and relationship with clinical severity. *J Intellect Disabil Res* 2012;56(3): 233–247.
15. *Kopra K, von Wendt L, von Wendt TN i sur*. Comparison of Diagnostic Methods for Asperger Syndrome. *J Autism Dev Disord* 2008;38:1567–1573.
16. *Lempp T*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer, 2014.
17. *Malhotra S, Subodh BN, Parakh P i sur*. Brief Report: Childhood Disintegrative Disorder as a Likely Manifestation of Vitamin B12 Deficiency. *J Autism Dev Disord* 2013;43: 2207–2210.
18. *Mahmood A, Bibat G., Zhan A-L i sur*. White matter impairment in Rett syndrome: diffusion tensor imaging study with clinical correlations. *American Journal of Neuroradiology* 2010; 31: 295–9.
19. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
20. *Munde V, Vlaskamp C, Ter Haar A*. Social-emotional instability in individuals with Rett syndrome: parents' experiences with second stage behaviour. *J Intellect Disabil Res* 2016; 60:43–53.
21. *Mount RH, Charman T, Hastings RP i sur*. The Rett Syndrome Behaviour Questionnaire (RSBQ): refining the behavioural phenotype of Rett syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002; 43, 1099–110.
22. *Noterdaeme M, Wriedt E, Hohne C*. Asperger's syndrome and high-functioning autism: language, motor and cognitive profiles. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19: 475–481.
23. *Reichow B, George-Puskas A, Lutz T i sur*. Brief Report: Systematic Review of Rett Syndrome in Males. *J Autism Dev Disord* 2015;45:3377–3383.
24. *Remschmidt H*. *Autismus*. U: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M i sur. *Entwicklungspsychiatrie*. 2 Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2008, str. 600-625.
25. *Remschmidt H, Kamp-Becker I*. *Autistische Syndrome*. U: Remschmidt H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 190-202.
26. *Rett A*. Uber ein eigenartiges hirnatrophisches Syndrom bei Hyperammonamie im Kindesalter. *Wiener medizinische Wochenschrift*; 1966;116:723-726.
27. *Rosmanand NP, Bergia BM*. Childhood Disintegrative Disorder: Distinction From Autistic Disorder and Predictors of Outcome. *Journal of Child Neurology* 2012;28(12): 1587-1598.
28. *Sharma S, Woolfson LM, Hunter SC*. Confusion and inconsistency in diagnosis of Asperger syndrome: a review of studies from 1981 to 2010. *Autism* 2011;16(5)465–486.
29. *Steinhausen HC*. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izdanje. München: Urban & Fischer; 2010.
30. *Tsai LY*. Asperger's Disorder will be Back. *J Autism Dev Disord* 2013; 43:2914–2942.
31. *Volkmar FR, Martin A*. *Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
32. *Volkmar FR, McPartland JC*. From Kanner to DSM-5: Autism as an Evolving Diagnostic Concept. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:193–212.
33. *Westphal A, Schelinski S, Volkmar F i sur*. Revisiting Regression in Autism: Heller's Dementia Infantilis. *J Autism Dev Disord* 2013; 43:265–271.
34. *Wing L*. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981;11(1):115-29.
35. *Woodbury-Smith MR, Volkmar FR*. Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:2–11.
36. *World Health Organization*. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.

Poremećaji govora, jezika i komunikacije

Ivan Begovac, Lena Santrić, Jasenka Broz Frajtag

SADRŽAJ

42.1. Uvod, općeniti aspekti o grupi poremećaja	565
42.1.1. Normalni razvoj govora, jezika, komunikacije	565
42.1.2. Osnovni pojmovi, klasifikacije, pojedini poremećaji, epidemiologija	565
42.1.3. Uvodni aspekti o grupi poremećaja	569
42.1.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	570
42.1.5. Etiopatogeneza	572
42.1.6. Terapije, ishodi	572
42.2. Kliničke slike pojedinih poremećaja	573
42.2.1. Poremećaji govora	573
42.2.1.1. Specifični poremećaj artikulacije (fonološki ili artikulacijski poremećaj ili tepanje /dislalija/, engl. <i>speech sound disorder</i>)	573
42.2.1.2. Mucanje (engl. <i>stuttering, stammering, dysfluency, child-onset fluency disorder</i>)	573
42.2.1.2.1. Definicija, klinička slika, epidemiologija, etiopatogeneza, dijagnostika	573
42.2.1.2.2. Terapija, tijek	575
42.2.1.3. Eksplozivni govor (engl. <i>cluttering</i>)	575
42.2.1.4. Poremećaj glasa (engl. <i>voice disorder</i>)	575
42.2.2. Specifični razvojni poremećaji jezika (engl. <i>Language disorders</i>)	576
42.2.2.1. Uvodni aspekti	576
42.2.2.2. Poremećaj jezičnog izražavanja (specifični poremećaj ekspresivnog jezika)	576
42.2.2.3. Poremećaj jezičnog razumijevanja (mješoviti receptivno-ekspresivni poremećaj jezika)	576
42.2.2.4. Afazije, Landau-Kleffnerov sindrom i drugi poremećaji gubitka već stečenog jezika	577
42.2.2.4.1. Definicija, klinička slika	577
42.2.2.4.2. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, etiopatogeneza, terapija, tijek	578

42.2.3. Poremećaj komunikacije	578
42.2.3.1. Socijalno-pragmatički poremećaj komunikacije (SPPK)	578
42.2.3.1.1. Uvodni aspekti, klinička slika	578
42.2.3.1.2. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, primjer iz literature	579
42.2.3.1.3. Terapija, ishodi, zaključna razmatranja	579
42.3. Upute za roditelje/nastavnike	580
42.4. Često postavljena pitanja	580
42.5. Pitanja	581
42.6. Literatura	582

42.1. Uvod, općeniti aspekti o grupi poremećaja

42.1.1. Normalni razvoj govora, jezika, komunikacije

Dijete od tri godine u osnovi ovladava temeljnim vokabularom (semantika), gramatikom (morfologija i sintaksa), sustavom zvukova (fonologije) jezika te može komunicirati u različitom socijalnom kontekstu (pragmatika) (v. poslije o pojedinim terminima u tekstu) (Saletta i Windsor 2019).

Razvoj djetetova jezika usko je vezan u odnosu na **predjezično ponašanje** (engl. *prelinguistic behavior*) (npr. neverbalna afektivna komunikacija) ili **predintencijsku komunikaciju** (Ljubešić i Capanec 2012), s obzirom na socijalni okoliš (Saletta i Windsor 2019), tako da je potrebno poznavati razvoj djeteta u različitim domenama, ili linijama razvoja koji su svi povezani s razvojem govora i jezika (socioemocionalni, kognitivni). Primjerice, dijete već s dva mjeseca može pratiti pogled odrasle osobe prema nekom predmetu, ili je već s 4 mjeseca dijete nemirno prije pripravljanja obroka. S druge strane, odrasle osobe interpretiraju ponašanje dojenčeta kao **intencionalnu komunikaciju** (Brooks i Meltzhoff 2014). Konačno ovakvom predjezičnom ponašanju slijedi od strane djeteta negdje oko devetog mjeseca i **rana intencionalna uvertira** i vokalizacija. Dakle, može se reći da **socijalna interakcija djeteta – majka** daju predikciju kasnijeg razvoja jezika. **Rana intencionalna komunikacija** djeteta služi bihevioralnoj regulaciji (npr. protest), združenoj pažnji (pružanje informacija i komentiranje), kao i socijalnoj interakciji (geste mahanja i pozdravljanja). Rana intencionalna komunikacija ostvaruje se preko dviju komponenata: gestama (npr. upiranje prstom, dohvaćanje predmeta), te vokalizacijama (npr. gugutanjem i negovornim zvukovima). S vremenom se ovakva vokalizacija proširuje (govor postaje primarni medij komunikacije), dok se geste smanjuju. Također se razvija sve više socijalno-pragmatička uporaba jezika (socijalna komunikacija). Ili na drukčiji način rečeno, istodobno se nakon uspostave intencionalne komunikacije razvija **predsimbolička**, te potom **simbolička i jezična komunikacija** (Ljubešić i Capanec 2012).

Pojedini autori pri gestama razlikuju **komunikacijsku funkciju / svrhu** i dijele je na **imperativnu i deklarativnu**. Imperativna svrha označuje neposredno ostvarivanje neke djetetove potrebe, dok bi deklarativna funkcija označivala dijeljenje komunikacije s

partnerom (Ljubešić i Capanec 2012). Drugi autori odbacuju ovakvu podjelu komunikacije jer je teško razgraničiti kada postoji namjera (intencija), odnosno teško je razlučiti međusobni vremenski odnos u djetetovu razvoju u vezi s ovim dvjema funkcijama/svrhama komunikacije (Tomasello i sur. 2007).

Kako je prije bilo rečeno, govor i jezik usvajaju se kroz integraciju različitih postignuća, od onih komunikacijskih, kognitivnih pa sve do emocionalnih (O'Hare i Bremner 2016). S obzirom na to da postoje individualne razlike u brzini i načinu jezičnog razvoja, pokatkad je teško odrediti postojanje odstupanja (Lempp 2014).

U **tablici 42.1.** prikazani su miljokazi – ključne točke (*milestones*) u ekspresivnom jeziku i govoru, receptivnom jeziku, socijalnoj komunikaciji (pragmatiki), kao i indikacije za evaluaciju.

Djecu označujemo da **kasno progovore** kada kasnije usvajaju vokabular, npr. govore 20 riječi u 24. mjesecu umjesto 200; ili u 36. mjesecu govore 200 riječi umjesto 1000. Skupina djece koja kasno progovori vrlo je heterogena, uz napomenu da lošije receptivne vještine upućuju na veću vjerojatnost postavljanja dijagnoze iz skupine poremećaja jezika (Hawa i Spanoudis 2014). Za općenitu procjenu razvoja govora i jezika može poslužiti pravilo da je u djece s urednim razvojem broj riječi u rečenici za jednu veći od broja godina (npr. trogodišnjaci upotrebljavaju rečenice od četiri riječi) (O'Hare i Bremner 2016).

U **tablici 42.2.** prikazana je razumljivost dječjeg govora u izvanobiteljskom kontekstu, što nam može pomoći pri uočavanju odstupanja.

42.1.2. Osnovni pojmovi, klasifikacije, pojedini poremećaji, epidemiologija

Komunikacija (engl. *communication*) najširi je pojam i podrazumijeva primanje i davanje informacija između osoba, odnosno razmjenu znakova i kombinaciju znakova među ljudima (Norbury i Paul 2015; Schoen Simmons i Paul 2018). Informacije se mogu prenositi verbalno (govorom) i neverbalno (stav tijela, geste, mimika, dodir, pogled, intonacija – bilo da su oni namjerni ili nenamjerni), a koje utječu na ponašanje, ideje, ili stajališta drugih pojedinaca (APA 2013). Klasično se pri komunikaciji proučava **pragmatska uporaba jezika**. **Pragmatika** označuje uključenje jezične okoline, kao i socijalni kontekst. Uže shvaćeno odnosi se na ono što nije eksplicitno rečeno da bi se

Tablica 42.1.

Razvoj govora, jezika, komunikacije i indikacije za evaluaciju.

Modificirano prema Integrated Scales of Development from Listen Learn and Talk 2009; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; O'Hare i Bremner 2016; Schoen Simmons i Paul 2018; Volkmar i Martin 2011.

Dob u mjesecima	Ekspresivni jezik i govor	Receptivni jezik	Socijalna komunikacija (pragmatika)	Indikacija za evaluaciju jezika i govora
2	gugutanje, pojedini glasovi	postojanje „predjezičnog ponašanja“; odgovara na smiješak skrbnika; umirivanje na glas skrbnika	kontakt oči u oči; smiješak; predintencijska komunikacija	
8	pojedini slogovi „ma“, „ta“, „ba“; različite vokalizacije	Odgovora na različite tonove glasa; uživa u glazbi; prepoznavanje imena	želja za kontaktom s drugima; anticipacija aktivnosti; dohvaćanje i upiranje prstom	nema slogova
10 – 12	Govori „mama“ i „tata“; govori i imitira dvije riječi, osim „mama“ i „tata“	prepoznaje svoje ime i značenje riječi „ne“ te nekoliko drugih riječi; uživanje u slušanju nepoznatih riječi; imitira akcije povezane sa zvukovima	razumijevanje interakcije; pozdravljanje; vokalizacija s gestama; uživanje u igri; intencijska komunikacija	
18	govori u rečenicama od dvije riječi, govori više od 50 riječi	može odrediti jedan predmet ako se to verbalno zatraži, upire u dijelove tijela, slijedi jednostavne naredbe u kontekstu, pokazuje imenovane stvari u slikovnici, na zahtjev pokazuje dijelove tijela, slijedi jednostavne naredbe i razumije jednostavna pitanja	traži objekt ili pomoć odrasle osobe gestama i vokalizacijama; inicijator vokalne interakcije	ne govori nijednu riječ
24	dijete imenuje većinu stvari (ima riječ za gotovo sve oko sebe), govori u rečenicama od triju riječi i više, govori oko 200 riječi	razumije niz riječi i jednostavnih fraza; može slijediti naredbe s dvjema ključnim temama. Izdvaja dva poznata predmeta. Počinje razumijevati zamjenice - moj, moje, ti. Svakodnevno usvaja nove riječi.	uživa govoreći, pretvaranje da govori na telefon; više govori u igri	ne govori rečenice od minimalno dvije riječi
36	upotrebljava prošlo vrijeme, recitira pjesmice, govori oko 1000 riječi	Može uporabom identificirati svakodnevne predmete – dijete može pokazati predmete i slike s kojima se svakodnevno susreće i uživa u jednostavnim obiteljskim pričama, razumije dulje i složenije rečenice, može razumjeti dvije do tri ključne riječi pri naredbi, razumije prošlo vrijeme, razumije značenje posljedičnih i pogodbenih rečenica. Postavlja kompliciranija pitanja (tko, što, zašto itd.). Inicira suradnju s djetetom ili odraslom osobom.	- poštuje izmjenu sugovornika u komunikaciji; razumije potrebe i osjeća druge, započinje konverzaciju; uživa u igrama uloga	izostavlja poneke nenaglašene dijelove govora

došlo do značenja ili razrješenja dvojbene poruke. Primjeri pragmatičke uporabe jesu humor, figurativnost, kao i dolaženje do pojedinih zaključaka (Baird i Nor-

bury 2016). Kako se razvoj nastavlja kroz interakciju s okolinom, djeca spontano usvajaju pragmatička pravila. **Socijalna komunikacija** u užem, određenom

Tablica 42.2.

Razumljivost djetetova govora za okolinu.

Modificirano prema Norbury i Paul 2015; O'Hare i Bremner, 2016.

Dob djeteta	Razumljivost izvan obitelji
1 godina	25 %
2 godine	50 %
3 godine	75 %
4 godine	100 % uz povremene pogreške u govoru
8 godina	100 %, nema nikakvih govornih pogrešaka

smislu, može se definirati kao sinergistička pojava socijalne interakcije, socijalne kognicije, pragmatike (verbalne i neverbalne), kao i receptivno i ekspresivno jezično procesiranje (Adams 2005). Moglo bi se reći da je termin socijalne komunikacije širi nego pragmatičke funkcije jezika, odnosno pojedini autori razlikuju ove termine. Neverbalni aspekti komunikacije obuhvaćaju ton glasa, facijalnu ekspresiju i geste. Socijalna komunikacija uključuje **vještine diskursa (v. poslije u tekstu)**, kao što su mijenjanje stajališta, održavanje teme, prilagodba jezika na potrebe slušača, pružajući maksimalno informativni iskaz bez previše ili premalo detalja, kao i strategije repariranja konverzacije (Baird i Norbury 2016). Prema DSM-5 klasifikacijskom sustavu, deficit u ovim domenama dijagnosticira se kao **socijalno (pragmatički) poremećaj komunikacije**, dok MKB-10 ne izdvaja ovu kategoriju poremećaja.

Jezik (engl. language) uključuje formu, funkciju i uporabu konvencionalnog sustava simbola (npr. izgovorene riječi, znakovni jezik, pisane riječi, slike), na način vođen pravilima u komunikaciji (APA 2013). Uži je pojam od komunikacije. Razlikujemo njegov **receptivni (razumijevanje) i ekspresivni aspekt (produkcija)**. Klasično kod jezika možemo proučavati semantiku, morfologiju, sintaksu i fonologiju. Pojedini autori u literaturi sjedinjuju prije navedene termine pod terminom **strukturalne jezične funkcije** (Baird i Norbury 2016). **Semantika** obuhvaća značenje jezika, a u predškolske djece pod time se misli na razvoj **fonda riječi (vokabulara)**, dakle odnosi se na aspekte značenja koji su izraženi u jeziku, kodu ili nekom drugom obliku predočivanja. Primjerice, dijete koje uči hrvatski za mačku će reći mačka, dok će dijete koje uči engleski jezik reći „kaet“. **Gramatika** se sastoji od dviju komponenata,

morfologije i sintakse. **Morfologija** se odnosi na strukturu riječi (npr. vrijeme, rod, broj), a **sintaksa** na strukturu rečenice, tj. raspored riječi u rečenici. Ako dijete ima problem s vokabularom i gramatikom, to onda posljedično smanjuje kapacitet za diskurs. **Diskursom ili razgovorom (engl. discourse)** označujemo sposobnost uporabe vokabulara i povezivanje rečenica da bi se objasnila ili opisala jedna tema ili niz događaja ili upućuje na postojanje konverzacije (narativni ili konverzacijski diskurs). Ili, drukčije rečeno, dijete koje ima spomenuti poremećaj, ima manjak sposobnosti davanja prikladnih informacija o ključnim događajima i manjak sposobnosti da ispriča koherentnu priču. **Fonologija** se odnosi na **glasovnu strukturu jezika** koja je u svakom jeziku različita. Najjednostavnije definirano može se reći kako se jedna riječ izgovara, npr. engleska riječ za mačku će se izgovarati „kaet“ (**fonologija**), dok će se pisati „cat“ (dakle kako se riječ piše – **ortografija**). Pojmove fonologije i ortografije posebno proučavamo kod razvojnih poremećaja čitanja i pisanja (v. posebno poglavlje 43 o poremećajima školskih vještina). Kod poremećaja jezika, DSM-5 uključuje zajedno poremećaj receptivnog ili ekspresivnog aspekta, dok MKB-10 pojedinačne entitete ekspresivnog poremećaja razlikuje od mješovitog receptivno-ekspresivnog jezika, stečene afazije te Landau-Kleffnerova sindroma (APA 2013; WHO 1993).

S obzirom na komunikaciju i jezik, **govor (engl. speech)** najuži je termin, označuje ekspresivnu produkciju zvukova, a uključuje individualnu artikulaciju (izgovor glasova), fluentnost (ritam i tempo), glas i kvalitetu rezonancije (APA 2013). Deficite u ovim domenama dijagnosticiramo kao artikulacijski poremećaj (engl. *speech disorder*), mucanje (engl. *stuttering*), eksplozivni govor (engl. *cluttering*) i poremećaje glasa (engl. *voice disorder*).

U **tablici 42.3.** navedeni su osnovni pojmovi iz **domena komunikacije, jezika i govora** te poremećaji koji proizlaze iz oštećenja njihovih pojedinih područja.

Kriteriji, prema DSM-5, za razvojni poremećaj jezika i za socijalno pragmatički poremećaj komunikacije (SPPK) prikazani su u tekstu koji slijedi (APA 2013).

Poremećaj jezika (engl. language disorder):

A. Trajne teškoće stjecanja i uporabe jezika (pisanog, govornog, znakovnog ili drugog) zbog problema razumijevanja (receptivni aspekt) ili produkcije (ekspresije) koji uključuju (mora uključivati sve tri dolje opisane točke):

Tablica 42.3.

Pregled poremećaja koji proizlaze iz oštećenja pojedinih područja komunikacije, jezika i govora.

Modificirano prema APA 2013; WHO 1993.

Domene	Područja	Koncept	Dijagnoze
Komunikacija (engl. <i>communication</i>)	Socijalna i pragmatička uporaba verbalne i neverbalne komunikacije	- Komunikacija u socijalnom kontekstu, npr. dijeljenje informacija; - Sposobnost promjene komunikacije s obzirom na prilagodbu na kontekst ili potrebu slušača - Praćenja pravila diskursa, konverzacije i pričanja priča (narativnost) - Pragmatički jezik – razumijevanje onoga što nije eksplicitno rečeno i razumijevanje figurativnog ili dvosmislenog značenja jezika - Učinkovita komunikacija, socijalna participacija, socijalni odnosi, odnosno komunikacija u socijalnom kontekstu (kriterij B kod socijalno pragmatičkog poremećaja komunikacije)	- socijalni (pragmatički) poremećaj komunikacije (DSM-5)
Jezik (engl. <i>language</i>): receptivni i ekspresivni	Semantika	- fond riječi ili vokabular ili reprezentacija značenja – odnosi se na aspekte značenja koji su izraženi u riječi, kodu ili nekom drugom obliku predočivanja;	- ekspresivni poremećaj jezika - mješoviti receptivno-ekspresivni poremećaj jezika - stečene afazije - Landau-Kleffnerov sindrom
	Morfologija i sintaksa (gramatika)	- gramatička struktura pojedine riječi (morfologija); gramatička pravila po kojima se riječi slažu u rečenici (sintaksa)	
	Diskurs, razgovor (engl. <i>discourse</i>)	- Sposobnost korištenja vokabularom i povezivanje rečenica da bi se objasnila ili opisala jedna tema ili niz događaja ili postojanje konverzacije	
Govor (engl. <i>speech</i>)	artikulacija	- izgovaranje pojedinih glasova	- poremećaj artikulacije (engl. <i>speech sound disorder</i>)
	fluentnost	- fluentnost govora i vremenski obrazac govora	- mucanje (engl. <i>stuttering or childhood-onset fluency disorder</i>) - eksplozivni govor (engl. <i>cluttering</i>) (ne postoji više u DSM-5)
	glas (<i>voice</i>)	- glasnoća, visina rezonancije glasa	- poremećaji glasa (engl. <i>voice disorder</i>) – nije označeno kao psihijatrijski poremećaj

- 1) siromašan vokabular (poznavanje i uporaba riječi), odnosno semantika;
- 2) oštećena jezična struktura (morfologija i sintaksa), odnosno gramatika pojedine riječi ili cijele rečenice;
- 3) teškoće u diskursu, razgovoru (uporaba vokabulara i povezanih rečenica za opisiva-

nje tema ili niza događaja ili za prisutnost konverzacije);

B. jezične sposobnosti znatno i kvantitativno ispod očekivanih za dob te dovode do funkcionalnih ograničenja u komunikaciji, socijalnoj participaciji te u školskom uspjehu ili profesionalnom postignuću, pojedinačno ili u kombinaciji;

C. Početak simptoma u ranome razvojnog razdoblju;

D. Teškoće se ne mogu pripisati oštećenju sluha, senzornim oštećenjima, motoričkoj disfunkciji ili drugom medicinskom ili neurološkom stanju te se ne mogu bolje objasniti intelektualnim teškoćama ili globalnim razvojnim zaostajanjem.

Socijalno (pragmatički) poremećaj komunikacije (engl. *Social /Pragmatic/ Communication Disorder*):

A. Pri trajnoj teškoći u socijalnoj uporabi verbalne i neverbalne komunikacije koja se manifestira sljedećim (sve mora biti prisutno):

1. oštećenje primjene komunikacije u socijalne svrhe (pozdravljanje, izmjena informacija na način koji je prilagođen socijalnom kontekstu);
2. oštećena sposobnost prilagodbe komunikacije situaciji ili slušatelju, kao što je govorenje različito u učionici nego na igralištu, govorenje različito djetetu nego odraslom, kao i izbjegavanje uporabe pretjerano formaliziranog jezika;
3. teškoće u praćenju pravila komunikacije ili pričanju priča (narativnost), kao što je smjenjivanje sugovornika u razgovoru, ponovno naglašavanje ako je nešto nerazumljivo, znanje kako primijeniti verbalne i neverbalne signale za regulaciju interakcije;
4. teškoće u razumijevanju poruka koje nisu eksplicitno izrečene (engl. *making inferences*), kao i u figurativnim ili dvosmislenim značenjima jezika (npr. idiomi, humor, metafore, višestruka značenja koja ovise o kontekstu interpretacije).

B. Deficit rezultira funkcionalnim ograničenjima u učinkovitoj komunikaciji, socijalnoj participaciji, socijalnim odnosima, školskom uspjehu ili radnom učinku, individualno ili u kombinaciji.

C. Nastanak je u ranome razvojnog razdoblju, međutim, deficit se potpuno ne očituje s obzirom na to kada se potrebe socijalne komunikacije sve više zahtijevaju.

D. Isključuju se druga mentalna stanja ili neurološka stanja, autistični spektar poremećaja, intelektualne teškoće, opći razvojni zastoj ili druga psihička bolest.

Potrebno je kod prethodnih kriterija uočiti i moguću **diferencijalnu dijagnozu**. Naime, kod jezič-

nog poremećaja primarno su oštećeni vokabular (semantika) i gramatička struktura riječi ili rečenice (morfologija i sintaksa), te zbog toga posljedično nastaje poremećaj diskursa (razgovora), koji se obilježava djetetovom nemogućnošću da opiše jednu temu ili niz događaja ili nepostojanje konverzacije. Izvana gledano, za poremećaj diskursa može se reći da se preklapa kod jezičnog poremećaja i kod SPPK-a, međutim potrebno je znati čega je on posljedica (prije opisano u tekstu). S druge strane, kod SPPK-a nisu primarno oštećeni vokabular i gramatika (riječi i rečenice), nego je dominantnost na poremećaju komunikacije i pragmatičke uporabe jezika, pri čemu ukupno postoji pet kriterija (četiri kriterija A i kriterij B) koji govore o ovim aspektima i koji svi moraju biti zadovoljeni (stroži kriteriji).

U [tablici 42.4](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza kod različitih srodnih poremećaja.

Slična tablica, [tablica 40.2.](#), nalazi se u poglavlju o autističnom spektru poremećaja (v. posebno poglavlje 40).

Prema pojedinim autorima, postoje razlike u podjelama poremećaja komunikacije, jezika i govora, a i današnji klasifikacijski sustavi (DSM-5 i MKB-10) na ovom su području neusklađeni. U literaturi se upotrebljava i različita terminologija (Bishop 2014), a najčešće se upotrebljuje naziv specifična jezična oštećenja, prema engleskom *specific language impairment*. Predlažu se i termini poput primarna jezična oštećenja (engl. *primary language impairment*), razvojni jezični poremećaji (engl. *developmental language disorder*) ili oštećenja jezika i učenja (engl. *language learning impairment*).

Prevalencija specifičnih razvojnih poremećaja govora i jezika kreće se u predškolsko vrijeme (od 3 do 5 godina) u oko 11 %, dok je u dobi od 6 do 8 godina oko 9 %.

42.1.3. Uvodni aspekti o grupi poremećaja

Prvo, načelno se mogu razlikovati primarni razvojni specifični poremećaji govora, jezika i komunikacije, o kojima će biti opširno riječi u ovom tekstu, i koji jasno isključuju intelektualne teškoće (neverbalni IQ niži od 70), autizam, te senzoričke smetnje npr. naglušnost (gluhoća), različita neurološka stanja, te utjecaje okoline. Drugo, može se govoriti o sekundarnim poremećajima govora i jezika, koji mogu biti popratna stanja drugih stanja: intelektualne teškoće, slušno oštećenje,

Tablica 42.4.***Diferencijalna dijagnoza s obzirom na pojedine funkcije jezika, komunikacije i inteligencije kod različitih srodnih poremećaja.***

Modificirano prema APA 2013; Baird i Norbury 2016; Matson i Shoemaker 2009.

	Autizam	Socijalno pragmatički poremećaj komunikacije	Jezični poremećaj (receptivni i/ili ekspresivni)
Vokabular	+++	0 ili +	+++
Morfologija i sintaksa (gramatika)	+++	0 ili +	+++
Pragmatička uporaba jezika	+++	+++	+
Socijalna komunikacija	+++	+++	0 ili +
Neverbalna inteligencija	od 0 do ++	0	0
Stereotipije i eholalija	+++	0	0

Teško oštećeno: +++

Umjereno oštećeno: ++

Blago oštećeno: +

Uredno: 0

psihijatrijski poremećaji (selektivni mutizam, autizam); kao i stečeni poremećaji komunikativne funkcije (fokalne neurološke lezije, traumatska neurološka stanja, epileptička stanja itd.) te, konačno, stanja koja dolaze iz okoliša: fetalni alkoholni sindrom, izloženost drogama, zanemarenost i zlostavljanje djeteta (Saletta i Windsor 2019). Međutim, u ovim, prije navedenim poremećajima riječ je o različitim „primarnim poremećajima“, dok su problemi govora, jezika, komunikacije prisutni, ali su „sekundarni“.

42.1.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

Dijagnostička evaluacija nužna je ako dijete u osmom mjesecu života ne izgovara slogove, ako s 18 mjeseci ne govori riječi te ako s dvije godine ne rabi rečenice od dvije riječi (Lempp 2014) (v. tabl. 42.1.). Postoje različiti probirni (skrining) instrumenti, međutim njihova primjena nije uobičajena u kliničkoj praksi (Wallace i sur. 2015). **Dijagnostika** poremećaja jezika i govora obuhvaća psihijatrijski dio koji se odnosi na anamnezu djetetova razvoja govora. Posebno se usredotočujemo na podatke o sisanju, gutanju, žvakanju, jedenju, pričanju i slušanju. Provodi se procjena razumijevanja i upotrebe jezika. Potrebno je promatrati spontani jezik (npr. dijete se pita: „Kako govoriš lutki?“), razumijevanje govora, govorenje napamet

automatiziranih nizova (brojevi, dani u tjednu, mjeseci u godini), ponavljanje smislenih riječi sa sve većim brojem slogova, imenovanje pokazanih predmeta, završavanje započetog teksta, razumijevanje značenja kroz pokazivanje predmeta, praćenje uputa, ponavljanje kratke priče, kao i glasno čitanje te prepričavanje sadržaja. Slijedi logopedsko-fonijatrijska dijagnostika, pregled kod neuropedijatra radi isključivanja različitih pedijatrijskih sindroma, pregled kod otorinolaringologa s audiološkim testiranjem (isključivanje gluhoće, deformacija čeljusti) te primjena različitih lingvističkih testova. Potrebno je obaviti osnovne laboratorijske pretrage, kao i EKG i EEG nalaz. Primjenjuju se i testovi inteligencije, uključujući i testiranje neverbalnih sposobnosti, kao i specifični testovi, te evaluacija mogućih popratnih bolesti, kao što su npr. hiperkinetski sindrom, disleksija i disgrafija (Lempp 2014; Steinhausen 2010).

U **tablici 42.5.** prikazani su najčešći testovi koji se primjenjuju u dijagnostici (reference su navedene u literaturi).

Za postavljanje dijagnoze poremećaja jezika i govora značajnim se smatra razlika između verbalnog i neverbalnog IQ-a jednaka ili veća od jedne standardne devijacije, dok je u suprotnom riječ o običnim intelektualnim teškoćama (IT) ako se oslanjamo na MKB-10 (Lempp 2014). Dakle, poremećaji jezika i

Tablica 42.5.

Izbor pojedinih instrumenata za mjerenje komunikacije i jezika

Koncepti	Instrumenti, dob, referenca
Komunikacija (uključuje socijalnu komunikaciju i pragmatiku)	<ul style="list-style-type: none"> - Children's Communication checklist-2 (4-16 god); Bishop 2003. - Communication and symbolic behavior scales- Normed edition: Records forms and caregiver questionnaires; (6- 24 mjeseci); Wetherby i Prizant 2002. - Autism diagnostic interview- revised ADI-R; (2- 21 godina); Rutter i sur. 2003. - Autism Diagnostic Observation Schedule 2, ADOS-2 (od 12 mjeseci pa do odrasle dobi), Lord i sur. 2012. - The Vineland behavior adaptive scale, treće izdanje, (od rođenja do 90 godina); Sparrow i sur. 2016. - ASEBA, (predškolska dob); Achenbach i Rescorla 2006.
Jezik (ekspresivni i receptivni, a koji uključuje vokabular /semantiku/ te morfologiju i sintaksu /gramatika/)	<ul style="list-style-type: none"> - MacArthur Bates Communicative Development Inventory (8 – 37 mjeseci); Fenson i sur. 2006. - Koralje komunikacijske razvojne ljestvice (8 – 16 mjeseci; 16 do 30 mjeseci) (hrvatska izvedenica MacArthur Bates Communicative Development Inventory); Kovačević i sur. 2007. - Crichton ljestvica rječnika (djeca do 11 godina); Raven i sur. 1941/1995. - Mill-Hill ljestvica rječnika (od 11 godina nadalje); Raven i sur. 2001. - Test razumijevanja gramatike – TROG-2:HR; od 4 godine i nadalje; Bishop i sur. 2014. - Test of auditory comprehension of language- 4 izdanje; 3-12,11 godina; Carrow- Woollfolk 1999. - Test za slušno procesiranje (TEST PSP-1) (5.5- 11.5 god); Heđever i Bonetti 2010. - The Peabody Picture Vocabulary Test- PPVT-III-HR (2,5 - 90 god.); Dunn i sur. 2009. - Strukturirani fotografsko ekspresivni jezični test /engl. <i>structured photographic expressive language test- SPELT-3</i>; 4 do 9,11 godina; Dawson i sur. 2003. - Reynell razvojne jezične ljestvice (1 – 7 god.); Reynell i Huntley 1995.

govora mogu postojati i zbog sniženih općih kognitivnih sposobnosti, no u tom slučaju postavlja se dijagnoza IT-a, naime, onda je riječ o „sekundarnim poremećajima jezika i govora“, kako je već bilo prije rečeno (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Pri postavljanju dijagnoza iz skupine poremećaja jezika i govora važno je imati na umu da sposobnost govora i/ili razumijevanja nikada nije bila razvijena (osim kod afazija) te da djeca imaju potrebnu za govorom (tzv. unutarnji jezik), ali je ne uspijevaju ostvariti (Lempp 2014).

Diferencijalnodijagnostički, razvojne poremećaje jezika i govora potrebno je razlikovati od IT-a, autističnoga spektra poremećaja, mutizma, afazija, neuroloških dizartrija, disfonija, smetnji sluha i gluhoće (audiogena dislalija), Landau-Kleffnerova sindroma, te poremećaja govora kod trauma glave i deprivirajućih djelovanja okoline (Lempp 2014; Schoen Simmons i Paul 2018; Steinhausen 2010). Dakle, tipično, ovakva djeca nemaju intelektualne teškoće, senzorička oštećenja (gluhoća, sljepoća) i autizam. Naime, posebno je neverbalni IQ viši od 70. U tablici 42.4. i tablici 40.2. (v. posebno poglavlje 40 o autističnom spektru poremećaja) prikazana je diferencijalna dijagnoza poreme-

ćaja jezika, socijalno pragmatičkog poremećaja i autizma, kao i drugih stanja. Tipično je kod neverbalnog IQ kod autizma da od 50 do 70 % oboljelih imaju manji IQ od 70, dakle više od polovice i većina imaju sniženi neverbalni IQ (Matson i Shoemaker 2009), te da postoje stereotipije kod autizma (uključujući i eholaliju). Nadalje, tipično je kod specifičnih razvojnih jezičnih poremećaja bolje očuvana pragmatička uporaba jezika, nego kod autizma (kod jezičnih poremećaja postoji poremećaj kriterija jedne čestice). Pri oštećenju sluha, razvoj govora i jezika usporen je u svim domenama: artikulaciji, ekspresivnom i pisanom obliku. Također je potrebno razlikovati pojedine dijagnoze unutar skupine poremećaja govora i jezika (Lewis 1996). (S)elektivni mutizam opisan je u poglavlju o anksioznim poremećajima (v. poglavlje 56 o anksioznim poremećajima).

Što se tiče **komorbiditeta**, oko 60 % djece s jezičnim i govornim poremećajima pokazuje dodatne simptome psihičkih bolesti (najčešće kod receptivnog poremećaja), u obliku hiperkinetskog poremećaja, opozicionalnog (suprotstavljajućeg) ponašanja ili emocionalnih teškoća, koji mogu biti teži od samog pore-

mećaja jezika. Često se uz poremećaje jezika i govora nalaze disleksija i disgrafija (Lempp 2014). S druge pak strane, nerijetko se poremećaji jezika i govora previde u djece s drugim psihijatrijskim poremećajima te u djece s poremećajima školskih vještina ili pri poremećaju motoričke koordinacije (Lewis 1996; Norbury i Paul 2015).

42.1.5. Etiopatogeneza

Etiopatogeneza poremećaja jezika i govora je multifaktorijelna. Postoji povezanost s genskim čimbenicima, usporenim sazrijevanjem SŽS-a (npr. opći deficit reprezentiranja, simboličkog mišljenja, kognicije, memorije, deficit fonološke radne memorije, brzina procesiranja, brzo auditivno procesiranje, procesi pažnje), kao i s okolišnim čimbenicima čiji utjecaj nije potpuno razjašnjen (Lempp 2014; Saletta i Windsor 2019). Sve se više ističe važnost genskih čimbenika, međutim, oni ne dovode do jasnih neurobioloških promjena, već do diskretnih odklona (Sadock i Sadock 2014).

Dakle, kod razvoja poremećaja komunikacije, jezika, govora, kao i kod poremećaja čitanja, vjerojatno postoji složena međuigra genskih, okolišnih, edukativnih i neurobioloških čimbenika (Norbury i Paul 2015). Od okolišnih rizičnih čimbenika izdvajaju se poremećena interakcija majka – dijete, niži socioekonomski status, veće obitelji, kasniji redoslijed rođenja, rekurentne upale srednjeg uha te prenatalna izloženost alkoholu ili drogama. Djeca s poremećajem govora i jezika češće su bila izložena zanemarivanju i zlostavljanju (Lewis 1996).

Zanimljive su hipoteze o povezanosti temperamenta ili psiholoških čimbenika s poremećajima komunikacije, jezika i govora. Prva hipoteza označuje da jezični/govorni poremećaj uzrokuje promjenu temperamenta/psiholoških karakteristika (model deficita). Druga hipoteza govori o modelu vulnerabilnosti, tj. o tome da otkloni u temperamentu/psihološkim funkcijama direktno ili indirektno utječu na fenomenologiju jezičnih/govornih poremećaja. Ta bi se hipoteza mogla primijeniti pri mucanju i poremećaju glasa. Treća je hipoteza kombinacija dviju prethodnih (Conture i Kelly 2013).

U daljnjem tekstu kod pojedinih su poremećaja opisani različiti rizični i etiopatogenetski čimbenici. Sažeto govoreći, u literaturi se izdvajaju genski, neurobiološki, kognitivni i bihevioralni pristupi poremeća-

jima jezika/govora, dok se pri mucanju ističe i uloga temperamenta te psihološki/psihodinamski čimbenici (v. poslije).

42.1.6. Terapije, ishodi

Općenito, u terapiji postoje dva glavna pravca. Prvi je usmjeren na disfunkcionalne aspekte govora, jezika ili komunikacije, dok se drugi odnosi na uspostavljanje alternativnih modela komunikacije s obzirom na prisutni simptom (Norbury i Paul 2015). Kod pojedinih će poremećaja biti opisane za njih specifične terapije. U dojenčadi i manje djece načelno su terapije usmjerene na responzivnost (emocionalni odgovor) odraslih osoba (v. detalje i reference iz tog područja) (Saletta i Windsor 2019).

U terapiji sudjeluje multispecijalistički tim stručnjaka: logopedi, edukatori rehabilitatori, psiholozi, dječji i adolescentni psihijatri zbog dijagnostike, praćenja i terapije pridruženih poremećaja, pedijatri zbog tretmana komorbiditetnih neuroloških bolesti te druge suradne struke. Ako su poremećajima jezika/govora pridružene i druge smetnje, potrebno je izraditi multimodalni plan liječenja.

Djeca se mogu osjećati posramljeno zbog svojih teškoća, što uzrokuje osjećaj nezadovoljstva, manjak motivacije za školske obveze, kao i manjak samopouzdanja. Navedeno znači rizik od razvoja daljnjih emocionalnih problema. Psihoterapijom se djetetu nastoji poslati poruka o njegovoj važnosti tako što ga se pažljivo sluša, a njegovu ponašanje i osjećajima posvećuje se posebna pažnja (Willner 2005).

Suradnja s roditeljima i osobljem škole od iznimne je važnosti. U većini slučajeva, poremećaj ostaje prisutan tijekom cijelog života te će u vrijeme školovanja biti potreban specifičan tretman. Ako se ne primijeni multidisciplinarna terapija, ishodi mogu biti loši. Spontani je tijek poremećaja govora i jezika u prvim trima godinama života povoljan, no, ako se nastavi nakon pete godine, velika je vjerojatnost (do 80 %) da će biti prisutni i u adolescenciji ili u odrasloj dobi. Dodatno, mogu se razviti poremećaji ponašanja, anksiozni poremećaji i depresija, a djeca su oko tripud češće žrtve vršnjačkog nasilja. Najbolju prognozu imaju artikulacijski poremećaji, dok je prognoza receptivnih poremećaja relativno nepovoljna (Lempp 2014).

42.2. Kliničke slike pojedinih poremećaja

42.2.1. Poremećaji govora

42.2.1.1. *Specifični poremećaj artikulacije (fonološki ili artikulacijski poremećaj ili tepanje /dislalija/, engl. speech sound disorder)*

Artikulacijski se poremećaj ubraja u specifične razvojne poremećaje govora (v. tabl. 42.3.), a karakteriziran je oštećenom produkcijom glasova (ili fonema) koji bi već trebali biti usvojeni, dok su razumijevanje, ekspresija (produkcija), odnosno gramatička struktura jezika uredni, a komunikacija odgovara socijalnom kontekstu (Lempp 2014; Norbury i Paul 2015). Dakle, problemi se odnose na selekciju i proizvodnju glasova, tj. na nepotpuno usvojen fonološki sustav (kako se nešto izgovara). Artikulacijski poremećaj uključuje izostavljanje pojedinih glasova, zamjenu jednog glasa drugim te njihovo nepravilno izgovaranje (distorzija). Navedeno može postojati i u razdoblju normalnog razvoja govora (npr. izostavljanje krajnjeg suglasnika, pojednostavnjivanje suglasničkih cjelina), ali pri artikulacijskom je poremećaju naglašenije i dulje prisutno. Dakle, dijete ne izgovara jasno pojedina slova, no potpuno razumije govor drugih. Za postavljanje dijagnoze potrebno je isključiti neurološke poremećaje koji mogu uzrokovati dizatriju, oštećenje sluha, intelektualne teškoće te anatomske i fizičke abnormalnosti (Sadock i Sadock 2014). Poremećaj se obično prepoznaje u trećoj ili četvrtoj godini života, u trenutku kada bi dječji govor trebao postati razumljiv odraslima. U mlađe djece i/ili u one s težim oblikom poremećaja oštećena je produkcija glasova koji se usvajaju ranije tijekom razvoja govora (npr. b, p, m), dok starija djeca i ona s blažim poremećajem čine pogreške kod glasova koji se stječu kasnije (npr. s, r, l). Artikulacijski je poremećaj najčešći poremećaj govora, jezika i komunikacije, a pojavljuje se u oko 4 do 7 % predškolske djece te u oko 1 % školske djece (Lempp 2014; Norbury i Paul 2015). Zbog postojanja ovoga, osnovnog poremećaja mogu se razviti (s)elektivni mutizam ili anksiozni (emocionalni) poremećaji (Lempp 2014).

U **dijagnostici** se primjenjuju principi navedeni u uvodnom dijelu. Prvo, potrebno je odrediti je li oštećenje artikulacije dovoljno teško da bi se smatralo poremećajem ili je dio normalnoga razvojnog procesa. Drugo, potrebno je isključiti neurološke poremećaje te oštećenja u tjelesnoj strukturi govorne produkcije

(aparata), kao i oštećenja sluha, IT te autizam. Treće, potrebno je provesti evaluaciju ekspresivnog i receptivnog jezika kako bi potvrdilo da poremećaj nije posljedica njihova oštećenja (Sadock i Sadock 2014).

Logopedске terapije vrlo su uspješan način liječenja (Lempp 2014), a temelje se na usvajanju glasova učnjem. U pravilu se primjenjuju tri modaliteta (Norbury i Paul 2015): vježbanje pravilnog izgovaranja glasova, terapije usmjerene na glasove u određenom kontekstu (percepcija glasova te njihovo shvaćanje kao jedinica unutar riječi), kao i terapije usmjerene na motoričke vještine, a manje na samu produkciju glasova. U težim se slučajevima upotrebljava multimodalni pristup, u obliku uporabe znakova, slika ili elektroničkih pomagala. Primjenjuje se i psihijatrijsko praćenje, a pri postojanju indikacije i neki oblik psihoterapije.

42.2.1.2. *Mucanje (engl. stuttering, stammering, dysfluency, child-onset fluency disorder)*

42.2.1.2.1. *Definicija, klinička slika, epidemiologija, etiopatogeneza, dijagnostika*

Mucanje je poremećaj fluentnosti govora (v. tabl. 42.3.), a, prema MKB-10 klasifikacijskom sustavu, ne ubraja se u specifične razvojne poremećaje, iako počinje u djetinjstvu. Poremećaj tijekom govora pojavljuje se u toničkim (inhibicija), kloničkim (ponavljanje) i kombiniranom toničko-kloničkom obliku (Norbury i Paul 2015; Steinhausen 2010). **Primarni** simptomi tonička su napetost pri disanju i govoru koja dovodi do duljih stanki i blokova u govoru koje može pratiti povećana napetost uz prekide disanja te kloničko ponavljanje pojedinih glasova, posebno na početku riječi. **Sekundarni simptomi** pojavljuju se kao pokušaj kompenzacije, a odnose se na nepravilan način disanja (dulji izdisaj prije započinjanja govorenja), čujne zvukove gutanja, dodatne motoričke pokrete lica i tijela te pojavu vegetativnih simptoma (znojenje, crvenilo lica, ubrzano disanje). Popratna govorna i negovorna ponašanja uključuju ubacivanje ili zamjene glasova, dijelova riječi ili cijelih riječi radi lakšeg izgovora „teških riječi“, izbjegavanje riječi ili situacija u kojima se može mucati, izbjegavanje kontakata s osobama u čijem se društvu predviđa mucanje. Ovamo možemo ubrojiti i monotonost glasa, izbjegavanje pojedinih riječi, tjeskobu i sram tijekom govorenja, svjesnost o postojanju poremećaja te posljedičnu socijalnu izolaciju (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Mucanje obično započinje između

druge i sedme godine života. Nerijetko djeca tijekom pjevanja ili čitanja naglas ne mucaju, što se može iskoristiti u terapijske svrhe (Remschmidt i Niebergall 2011; Sadock i Sadock 2014). Sram zbog mucanja pokatkad se proširi na čitavu ličnost te uzrokuje socijalnu nesigurnost i tjeskobu, a u adolescenciji i socijalnu fobiju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Klonički oblici uzrokuju lagana ponavljanja glasova ili slogova, kratkotrajni su, osoba lako prelazi preko njih jer nisu praćeni somatskim ili psihičkim reakcijama. Obično se pojavljuju kod lakših oblika mucanja. Tonički su grčevi duži i intenzivniji, a označuju povišenu napetost mišića dišnih i govornih organa. Pravi se tonički grčevi pojavljuju kod najrazvijenijih oblika mucanja. Ili drukčije rečeno, pri pravom mucanju obično je riječ o kombinaciji toničko-kloničkih ili kloničko-toničkih grčeva. U literaturi se izdvaja podjela mucanja na četiri tipa s obzirom na razvoj glavnih i popratnih simptoma, učestalost mucanja te uzroke i tijek poremećaja (Steinhausen 2010; Van Riper 1971). Ovakva podjela uzima u obzir i „fiziološke i razvojne“ uzroke poremećaja, kao i „okolišne“ doprinose, što rezultira primjenom različitih terapijskih tehnika (v. poslije). U općoj je populaciji učestalost mucanja oko 1 %. U djece, u četiri od pet slučajeva nastupa spontano izlječenje (Norbury i Paul 2015; Steinhausen 2010). Najčešće počinje u predškolskoj dobi, a 2 do 10 puta je učestalije u dječaka. Takozvano fiziološko mucanje u predškolskoj dobi može biti dio normalnoga razvojnog procesa te je prolaznog karaktera.

U **dijagnostici** se primjenjuju metode navedene u uvodnom dijelu. Posebno se ističe logopedska dijagnostika, kao i mjerenje motoričke aktivnosti tijekom govorenja. Važni su anamnestički podatci o mucanju u obitelji te o kontekstualnim (situacijskim) i intrapsihičkim (psihodinamskim) čimbenicima. **Diferencijalnodijagnostički**, potrebno je razlikovati početno mucanje s obzirom na „normalni, razvojni poremećaj tijekom govora“ (Steinhausen 2010). Također ga je potrebno razlikovati od eksplozivnog govora (o čemu će biti govora poslije u tekstu) pri kojemu nema spastičnosti koja dovodi do perserveracija. Mogući su i kombinirani oblici mucanja s eksplozivnim govorom. Pri eksplozivnom govoru djeca u mirnoj sredini mogu govoriti bez simptoma, što pri mucanju nije slučaj. Uobičajeno je da pri mucanju nema artikulacijskih smetnji govora, međutim, problemi mogu nastati u koartikulaciji (utjecaj okolnih glasova na izgovor određenoga glasa). Naime, u djece nailazimo na otezanja vokala na početku, u sredini i na kraju riječi (nemaju

riječ koju bi dalje rekli). Dijete nije neugodnost doživjelo samo s tom riječju nego i s glasom ili skupinom glasova (konsonantna skupina na početku) kojima počinje određena riječ i zapamtila ih kao „teške“. Idući put kad govori gotovo će uvijek imati problema s izgovorom riječi koje počinju s tzv. teškim glasom. Najviše zbog toga što im se taj glas u memoriji usjekao kao „težak“ i oni očekuju problem s njim. Ako se taj tzv. teški glas nađe u medijalnoj ili finalnoj poziciji u riječi, dijete obično s njim nema problema, osim iznimno, kada je riječ o težem mucanju i izgovaranju duže riječi koja u sredini ima suglasničku skupinu koja počinje tim glasom. **Diferencijalnodijagnostički**, mucanje se razlikuje od vokalnih tikova te od opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP) po tome što je kod potonjih riječ o ponavljanju pojedinih riječi ili njihovih dijelova.

Etiopatogeneza nije poznata, a različite je teorije nastoje objasniti. Navode se genski čimbenici, neurofiziološke teorije, poremećaji neuromuskularnih kontrolnih sustava, kada patološka ekscitacija perifernih receptora u grkljanu izaziva nekoordiniranu aktivnost mišića, zatim funkcionalni poremećaji rada mozga, razvojni neurološki deficiti, kao i poremećaji percepcije. Mucanje se povezuje s poremećajima pažnje i aktivnosti, s impulzivnošću, anksioznošću, određenim temperamentom te okolišnim čimbenicima (obiteljska dinamika, roditeljski stilovi, negativno etiketiranje) (Jones i sur. 2014; Steinhausen 2010). Od psiholoških teorija izdvajaju se psihodinamska (interpersonalna) teorija o konfliktima te teorija učenja. **Psihodinamski**, mucanje se razumije kao neurotski poremećaj (v. poglavlje 44 o konceptu neuroze), kojemu su u pozadini nesvjesni konflikti (pretežno analno-sadističkog karaktera s premještanjem na oralno, npr. doživljaj magične i agresivne moći riječi). Prije se smatralo da je u pitanju model konverzije (v. poglavlje 44 o tome) ili oblik OKP-a (obrana od psihoze), s postojanjem faličkih (govorenje znači biti potentan), oralnih i egzibicionističkih tendencija. Mucanje može služiti kao obrambena reakcija s obzirom na agresiju i strahove proganjanja. Želja za autonomijom izaziva osjećaj krivnje, zbog čega dijete ostaje u neriješenome simbiotskom odnosu. Može biti povezano s osjećajima straha, srama i bijesa. U obiteljskoj dinamici često nalazimo dominirajuću majku koja „ne dopušta djetetu govoriti“ te isključenog, neprisutnog oca (Heinemann i Hopf 2009). Teorija učenja pri mucanju temelji se na biheviorističkom gledanju (v. poglavlje 5 o pregledu razvoja ličnosti- 2., te poglavlje 75 o kognitivno- bihevioralnoj terapiji).

42.2.1.2.2. Terapija, tijek

Terapija zahtijeva multidimenzionalnost i primjenu različitih metoda, elektroničkih uređaja te pristupa utemeljenih na različitim teorijskim izvorima. Terapijski je lakše utjecati na smanjenje straha od govorenja te na popratnu psihološku patnju nego na primarni simptom (Lempp 2014). Od općih terapijskih principa primjenjuju se edukacija roditelja te osiguravanje uvjeta koji potiču pravilan govor. Roditelje je važno poučiti da strpljivo slušaju dijete te da ne pridaju previše pozornosti samom mucanju (Remschmidt i Niebergall 2011). Potiče se gledanje djeteta u oči te izbjegavanje fraza poput „ponovi još jedanput“ ili „nemoj biti toliko nervozan“. Važnija je koncentracija na sadržaj nego na formu govora (Lempp 2014).

Nadalje, primjenjuju se različiti terapijski postupci i tehnička pomagala, kao npr. sugestivne tehnike (hipnoza), tehnike relaksacije, logopedski tretmani (ritmične vježbe, pjevanje, vježbe disanja), postupci kondicioniranja (s fokusom na kondicioniranje djeteta na tečno izgovorenu riječ ili rečenicu, operantno pojačavanje urednog govora, *biofeedback*), psihoterapijske metode (biheavioralno-kognitivni postupci, terapija igrom, psihodinamske tehnike) te eventualno psihofarmakoterapija (Norbury i Paul 2015; Steinhausen 2010). Liječenje ovisi o terapijskom cilju, dobi djeteta, trajanju i težini simptoma, o popratnim simptomima (tjeskobi, sramu, strahu, dodatnim psihijatrijskim poremećajima) te o subjektivnoj patnji bolesnika. Važno je razlikovati početno od kroničnog mucanja. Pri početnom mucanju svrha je terapije uspostavljanje normalnog tijeka govora, dok je pri kroničnom mucanju cilj umanjiti eventualne sekundarne simptome.

Psihodinamska se terapija fokusira na nesvjesno značenje govora. Protuprijenosno se u terapeuta može pojaviti osjećaj nestrpljivosti (ne dopušta da pacijent završi rečenicu) ili agresivni osjećaji. Svrha psihodinamske terapije može biti rad na otvorenijem iskazivanju agresije, što vodi većoj individuaciji (Heinemann i Hopf 2009). U terapiji je važan i rad s roditeljima kako bi se prekinuo začarani krug poticanja mucanja. Do poboljšanja dolazi u 30 do 70 % slučajeva. U oko trećine bolesnika simptomi se potpuno povuku, u druge trećine prisutno je znatno poboljšanje, dok je u posljednje trećine tijek kroničan (Remschmidt i Niebergall 2011).

42.2.1.3. Eksplozivni govor (engl. cluttering)

Eksplozivni govor kao dijagnoza postoji u MKB-10 klasifikaciji, dok se u DSM-5 klasifikaciji više ne

izdvaja. Pojedini autori jasno ga razlikuju od mucanja (Van Zaalen-Op't Hof i sur. 2009), iako je pri obama poremećajima radi o poremećaju fluentnosti govora. Posrijedi je ubrzani govor s prekidima u tečnosti, ali bez izraženih ponavljanja ili odugovlačenja. Govor je dizritmičan i monoton, s naglim povećanjem brzine, pokatkad praćen nejasnom artikulacijom te izostavljanjem ili oštećenjem glasova, riječi ili dijelova rečenica ili teškoćama u pronalaženju riječi (Myers i sur. 2012). Okolini su obično nerazumljivi zadnji dijelovi rečenice. Djeca najčešće nemaju svijest o postojanju poremećaja, zbog čega nedostaje i motivacija za liječenjem (Lempp 2014). Eksplozivni se govor može pojaviti zajedno s mucanjem, artikulacijskim poremećajem, poremećajima jezika, hiperkinetskim sindromom ili disgrafijom (Lempp 2014; Steinhausen 2010). **U dijagnostici** se primjenjuju principi navedeni u uvodnom dijelu. Posebno su važne neurološka obrada te dijagnostička procjena ličnosti koja obično pokazuje impulzivni i ekstrovertirani profil, te nepostojanje svjesnosti ni patnje zbog poremećaja.

Etiopatogeneza uključuje različite čimbenike, genetske i neurobiološke, oštećenja u razvoju mozga (kašnjenje u razvoju), konstitucionalne čimbenike te okolišne i psihološke utjecaje, slično kao pri mucanju (Ward i Connally, 2015). Primjenjuje se logopedsko **liječenje** sa svrhom usporavanja urednog tijeka govora te poboljšanja artikulacije. Mogu se primjenjivati i motorički treninzi, muzikoterapijski, te psihoterapijski postupci, a prognoza je povoljnija nego pri mucanju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

42.2.1.4. Poremećaj glasa (engl. voice disorder)

Riječ je o poremećaju glasovne produkcije koji se ne ubraja u razvojne poremećaje govora niti se u klasifikacijskim sustavima opisuje kao psihijatrijski poremećaj (MKB-10 i DSM-5), ali može biti povezan s različitim razvojnim smetnjama. Karakteriziran je abnomalnom produkcijom i/ili oštećenom vokalnom kvalitetom glasa (visina, glasnoća, rezonancija, trajanje) s obzirom na dob i/ili spol pojedinca (Baker i Blackwell, 2004; Norbury i Paul 2015). Smatra se da je prevalencija od 0,12 do 3,9 %. **Etiopatogenetski**, u podlozi mogu biti anatomske razlozi, a poremećaj se povezuje i s određenim psihološkim čimbenicima (temperamentom) (Baker i Blackwell 2004; Conture 2013). Dva su glavna podtipa: **vokalno naprezanje** (engl. *vocal strain*) koje nastaje zbog naprezanja gla-

snica te **poremećaj rezonancije** zbog malformacija usne šupljine (npr. nepca). Naprezanje glasnica može uzrokovati nodule ili polipe. **Dijagnostički** se primjenjuju principi navedeni u uvodnom dijelu. Potrebni je ORL pregled te po potrebi motoričko mjerenje glasovne produkcije (aparata). Današnje elektromiografske tehnike (mikroelektrode) omogućuju registraciju akcijskih potencijala iz svih značajnijih laringealnih mišića pri disanju, gutanju i proizvodnji glasa. Terapija je obično multidisciplinarna (Ruddy i Lewis 2013). Pri oštećenju glasnica primjenjuje se učenje vokalne higijene, a pokatkad i kirurško liječenje (McAllister i Sjölande 2013), uz logopedsku terapiju.

42.2.2. **Specifični razvojni poremećaji jezika** (*engl. Language disorders*)

42.2.2.1. *Uvodni aspekti*

Klasifikacija DSM-5 ne razlikuje posebno poremećaj ekspresije i receptivnog razumijevanja, nego to ujedinijuje u istu dijagnostičku kategoriju (*engl. specific language impairment*). MKB-10 zasada odvaja poremećaj ekspresivnog jezika od receptivnoga, što može imati prednosti u razlikovanju ovih stanja, ali može biti i određeni nedostatak. Potrebno je odmah na početku dodati da ovdje nije riječ o djeci s intelektualnim teškoćama, nego se misli na primarne jezične poremećaje.

42.2.2.2. **Poremećaj jezičnog izražavanja** (*specifični poremećaj ekspresivnog jezika*)

U **tablici 42.1.** opisan je normalan razvoj ekspresivnog jezika. Poremećaj jezičnog izražavanja razvojni je poremećaj pri kojemu je oštećena produkcija, dok je razumijevanje jezika očuvano. Pojavljuje se u oko 5 % predškolske djece, a može se otkriti već u prvoj godini života (Nelson i sur. 2006). Djeca kasnije progovaraju, a prve se riječi obično ne pojavljuju prije druge godine života. U dobi od dvije godine, djeca govore tek dvije do tri riječi, u trećoj godini ne upotrebljavaju rečenice od minimalno dvije riječi, dok je usvajanje novih riječi usporeno (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Neverbalna komunikacija relativno je očuvana. Vokabular je siromašan, češće se upotrebljavaju pojedine riječi, a rečenice su kratke. Nastaju i dodatne gramatičke pogreške (lakši ili umjereni disgramatizam ili agramatizam) u obliku izostavljanja pojedinih riječi (prijedloga, neodređenih zamjenica, pomoćnih glagola), ograničen

izbora gramatičkih struktura (npr. samo sadašnje vrijeme), nepravilnog poretka riječi ili neodgovarajućih kombinacija riječi ili glasova (Brackenbury i Pye 2005; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U školskoj se dobi poremećaj očituje teškoćama u „pronalaženju riječi” i/ili zamjenom riječi, a može biti prisutan i dodatni artikulacijski poremećaj (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Prisutni su problemi u jezičnom diskursu ili razgovoru (u oralnom i u pisanom obliku), naime, uporaba vokabulara i povezanih rečenica za opisivanje tema, priča ili niza događaja ili prisutnost konverzacije, a smanjena je i sposobnost samokorekcije pri pokušaju razjašnjenja izrečenog. Općenito, vokabular i gramatika mnogo su teže oštećeni nego socijalna upotreba govora (pragmatika) (Pennington i Bishop 2009).

Primjer: Dijete kasnije počinje govoriti i pri tome izgovara samo pojedine slogove. Tijekom procesa razvoja govora, pojavljuju se gramatički jednostavne rečenice, uz izostavljanje pojedinih riječi (npr. „imam / dvije/ cipele”) ili njihovu nepravilnu upotrebu (npr. „meni volim sladoled”). Dijete također ima problem pri „pronalaženju” riječi (npr. „za ručak sam imao, znaš, ono žuto”). Pokazuje želju za igrom s drugom djecom, uživa razgovarajući, ali raspon je izražavanja ograničen, odnosno teško objašnjava svoje namjere. Artikulacijske su vještine (izgovaranje pojedinih glasova) uredne i dijete je motivirano za komunikaciju, međutim, ograničavaju ga teškoće u produkciji jezika.

Dijagnostički se upotrebljavaju principi navedeni u uvodnom dijelu. Mogu biti prisutni dodatni neurološki, razvojni i psihijatrijski poremećaji. U pravilu, riječ je o djeci normalne inteligencije, uz neoštećen sluh i senzomotorne vještine. Etiologija je multifaktorijska, pri čemu različite studije potvrđuju neurobiološku osnovu, uz dodatni utjecaj okolišnih i edukacijskih čimbenika (Norbury i Paul 2015).

Terapijski se primjenjuju različite tehnike za unaprjeđenje jezične produkcije (dominantno su to logopedске terapije), a važno je i uključivanje roditelja u rad s djetetom (Sadock i Sadock 2014).

42.2.2.3. **Poremećaj jezičnog razumijevanja** (*mješoviti receptivno-ekspresivni poremećaj jezika*)

U **tablici 42.1** opisan je normalan razvoj ekspresivnog i receptivnog jezika. S obzirom da se radi o poremećaju razumijevanja (receptivni modalitet), do određene mjere uvijek je oštećena i produkcija (ekspresivni

modalitet), zbog čega govorimo o mješovitoj formi poremećaja.

Klinička slika nalikuje onoj kao kod ekspresivnog poremećaja (vidi ranije) (Boyle i sur., 2010). Poteškoće u razumijevanju trebaju biti prisutne u svim aspektima (vokabular, gramatika, te diskursu) (Brackenbury i Pye 2005). Poremećaj se može otkriti već tijekom prve godine života, mada se ponekad činiti da djeca jednostavno kasnije progovaraju, odnosno da je oštećen samo ekspresivni modalitet. Na primjer, s godinu dana starosti djeca ne reaguju na dozivanje imenom, s 18 mjeseci ne imenuju predmete, a s dvije godine ne slijede jednostavne zahtjeve. Često daju pogrešne odgovore ili odgovaraju samo «da» ili «ne znam». Može se činiti da su im intelektualne sposobnosti ispod normalnih, međutim, to nije slučaj (Lempp 2014). Budući da imaju očuvane socijalne vještine te razrađene druge strategije razumijevanja, dobiva se dojam da “sve razumiju” te da jedini problem predstavlja govor i jezik. Stoga je potrebno pažljivo dijagnostičko ispitivanje receptivnih vještina (vidi [tablicu 42.5](#)). Ovaj poremećaj rjeđi je od ekspresivnog te se javlja u oko 3% djece (Sadock i Sadock 2014).

Kao **dijagnostički** principi primjenjuju se oni navedeni u uvodnom dijelu. Obvezno je provesti tonalnu audiometriju kako bi se isključile naglušnost i gluhoća. Dijete normalno odgovara na sve zvukove, osim na govor. U pravilu, intelektualne su sposobnosti (neverbalni IQ) i motoričke vještine uredne. **Diferencijalnodijagnostički**, potrebno je ovo stanje posebno razlikovati od autizma, i od socijalno pragmatičkog poremećaja komunikacije, što je prikazano u [tablici 42.4](#), i u [tablici 40.2](#). (v. posebno poglavlje 40).

U **liječenju** se primjenjuju metode specijalne edukacije usmjerene na **razumijevanje i povećanje unosa informacija**. Naglasak može biti na auditivnim procesima, semantičkim vještinama ili na ispravljanju gramatičkih pogrešaka (Boyle i sur. 2010; Norbury i Paul 2015). Dodatnu korist može pružiti razvijena vještina čitanja (Lewis 1996). Što ranija primjena terapije povećava uspjeh izlječenja. Dijete se bez pritiska potiče na govor u relaksirajućoj i motivirajućoj atmosferi te se osvješćuje veseljem koje govor donosi (Lempp 2014). Povremeno se primjenjuju i psihoterapijski postupci u svrhu smanjivanja osjećaja srama, tjeskobe ili pretjerane djetetove osjetljivosti (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

42.2.2.4. **Afazije, Landau-Kleffnerov sindrom i drugi poremećaji gubitka već stečenog jezika**

42.2.2.4.1. **Definicija, klinička slika**

Afazije su poremećaj gubitka stečenih jezičnih vještina (Steinhausen 2010). Obično nastaju zbog ograničena upalnog procesa u dominantnoj hemisferi velikog mozga (lijeva hemisfera u dešnjaka). Kod **motoričke afazije** postoji poremećaj ekspresivnog jezika te je klinička slika slična već prije opisanoj u tekstu, dok je razumijevanje sačuvano. Izostaje spontani govor ili govor zvuči poput „telegrama“ – izražavanje u vrlo kratkim rečenicama. Upotrebljavaju se pogrešne riječi (parafazija), artikulacija može biti oštećena, a postoji disgramatizam ili agramatizam. Također može biti oštećen diskurs. Kod **senzoričke afazije** riječ je o poremećaju receptivnog jezika, čime je ujedno zahvaćen i ekspresivni modalitet. Klinička je slika slična mješovitom receptivno-ekspresivnom poremećaju, koji je opisan prije. Govor djece obilježen je nedovoljno gramatičkom (nezrelom) rečenicom, te teškoćama diskursa. Dakle, uz oštećeno razumijevanje, nalaze se i ekspresivne teškoće, izostanak spontane produkcije, dodatne artikulacijske teškoće, a pojavljuju se i parafazije, neologizmi, poremećaj čitanja. U dječjoj su dobi češće totalne afazije (senzorička i motorička) nego izolirani oblici.

Posebna forma afazije jest **Landau-Kleffnerov sindrom** (F80.3) koji se ubraja u „epileptičke encefalopatije“, a pojedini ga autori nazivaju poremećajem auditornog procesiranja (engl. *auditory processing disorder*) ili auditorna verbalna agnozija (engl. *auditory verbal agnosia*) ili u djetinjstvu stečena epileptička afazija (engl. *childhood-acquired epileptic aphasia*) (Fandino i sur. 2011). U ovom rijetkom sindromu djeca postupno (tijekom nekoliko tjedana ili mjeseci) gube stečene jezične vještine (receptivne i ekspresivne). Jezična regresija nikada nije simptom specifičnih razvojnih poremećaja (prije opisanih), te je stoga u ovom slučaju potrebna hitna neuropedijatrijska evaluacija (Norbury i Paul 2015). Dob je pojavljivanja između 3. i 10. godine života, s vršnom pojavnošću između 5. i 7. godine. Opća inteligencija i socijalne vještine nisu oštećeni. Prvi simptom može biti nemogućnost razumijevanja govora, zbog čega se djeca mogu doimati kao gluha. Početak bolesti obilježen je **paroksizmalnim EEG izbijanjima** koja su najizraženija noću (Duran i sur. 2009), te epileptičkim napadajima (koji ne moraju uvi-

jek biti prisutni) (Steinhausen 2010). Audiometrija pokazuje uredan nalaz. **Etiopatogeneza** ostaje nepoznata, a u literaturi se spominje uloga cinka ili ograničeni encefalitički procesi. **Dijagnostika** i **terapija** su multidisciplinarnе. Terapijski su postupci slični onima kod ostalih afazija (v. poslije), uz primjenu **antiepileptičke terapije** (Fandino i sur. 2011). Ako receptivni poremećaj jezika traje dulje od nekoliko tjedana, važno je uspostaviti alternativne modele komunikacije, npr. učenje znakovnog jezika (Norbury i Paul 2015). Oko 30 % djece potpuno se oporavi, dok u oko 40 % njih ostaje teži receptivni poremećaj jezika (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U logopedskoj terapiji i prognozi govornog i jezičnog razvoja u djece primjenjuju se specifični programi stimulacije razvoja govora i jezika te se mogu postići izvrsni rezultati.

42.2.2.4.2. **Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, etiopatogeneza, terapija, tijek**

Dijagnostički se primjenjuju principi navedeni u uvodnom dijelu. **Diferencijalnodijagnostički**, treba razlikovati ostale poremećaje jezika i govora, gubitak sluha, epilepsiju, autizam, elektivni mutizam, kao i pojedina medicinska (organska) stanja (tumori) (Fandino i sur. 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Za razliku od autizma, kod Landau-Kleffnerova sindroma djeca pokazuju želju za komunikacijom, imaju sačuvane neverbalne oblike komunikacije (geste, mimika) te postoji socijalna interakcija (Fandino i sur. 2011). Kod **demencijskih procesa** (sindromi deterioracije, odnosno neurokognitivni poremećaji) koji su posljedica degenerativnih ili metaboličkih bolesti te pri shizofreniji mogu nastupiti oštećenja jezika ili govora koja se prezentiraju povećanom (logoreja) ili smanjenom spontanom produkcijom, artikulacijskim poremećajem, disgramatizmom ili agramatizmom te perserveracijama ili eholalijom. Kod dječje shizofrenije česta je i idiosinkratična uporaba jezika.

Etiopatogenetski gledano, u podlozi afazija u dječjoj dobi najčešće su traume glave i mozga, a rjeđi su uzroci tumori, začepljenja arterija ili upalni procesi (encefalitis).

Potrebna je multidisciplinarna **terapija** koja uključuje somatsko, neurološko (po potrebi antiepileptici) i psihijatrijsko liječenje (Steinhausen 2010). Usto, nužna je intenzivna logopedska terapija koja se služi slikovnim prikazima i audiovizualnim pomagalicama. Primje-

njuju se i neverbalne metode, psihoterapijske tehnike sa svrhom motivacije (npr. igranje uloga, grupna terapija), te integracija u obiteljsku i školsku sredinu (socijalnomedicinske mjere).

Tijek ovisi o uzroku i težini afazije, dobi pojavljivanja, eventualnim komplikacijama, kao i o kompenzacijskom mogućnostima. Važno je rano liječenje, iako povoljan ishod nije isključen ni pri kasnijem započinjanju terapije (Remschmidt i Niebergall 2011). Osmo godina života granica je kada su veće kompenzatorne mogućnosti mozga u smislu dominantnosti hemisfera. Ako postoje difuzna oštećenja mozga, mogućnosti su kompenzacije smanjene.

42.2.3. **Poremećaj komunikacije**

42.2.3.1. **Socijalno-pragmatički poremećaj komunikacije (SPPK)**

42.2.3.1.1. **Uvodni aspekti, klinička slika**

Ova se dijagnoza prvi put uvodi u DSM-5 klasifikaciji, dok je u klasifikaciji MKB-10 nema. Pri uvrštavanju te dijagnoze u DSM-5 pretpostavka je bila postojanje djece koja imaju poremećaj socijalne komunikacije bez drugih simptoma, kao što su stereotipije (kako to nalazimo kod autističnog spektra poremećaja – ASP-a). Ovaj pristup ima prednosti jer pokušava razdvojiti sindrom (klaster) poteškoća socijalne komunikacije kod ASP-a u odnosu na sindrom (klaster) stereotipnog ponašanja, predmnijevajući različitu etiopatogenezu tih dvaju sindroma (Brukner-Wertman i sur. 2016). Nadalje, pojedini su autori zagovarali dimenzionalni model disfunkcije socijalne komunikacije i pragmatičke uporabe jezika, koji su prisutni u različitim neurorazvojnim poremećajima (Baird i Norbury 2016), međutim, DSM-5 klasifikacija opisuje ga ipak kao zaseban poremećaj. Kriteriji za poremećaj prikazani su u uvodu ovog poglavlja. Kriteriji se odnose na oštećenje socijalne pragmatičke uporabe jezika i socijalne komunikacije, i relativno su strogi, jer zahtijevaju sva četiri kriterija iz točke A, ali je važan i jedan kriterij točke B (ukupno pet kriterija). Zbog navedenog oštećenja (kriterij A) posljedično su oštećeni socijalno razumijevanje i socijalni odnosi (kriterij B). Važno je isključiti autistični spektar poremećaja (ASP), odnosno kriterij stereotipija upućivao bi na ASP. Tipično je u djece prosječan vokabular, morfologija i sintaksa (Schoen Simmons i Paul 2018). Može se očekivati dob početka tek od 4. do 5. godine djetetova

života, kada postaju veće potrebe za socijalnom komunikacijom (Baird i Norbury 2016).

42.2.3.1.2. **Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, primjer iz literature**

U **dijagnostici** se koristimo svim elementima kao i kod ostalih poremećaja opisanih u uvodu ovog poglavlja. Problem može biti činjenica da se socijalni aspekti komunikacije teže dijagnostički procjenjuju, zbog čega je potrebno dugotrajnije promatranje u različitim kontekstima (Norbury 2014). U **tablici 42.5.** posebno su prikazani testovi za mjerenje komunikacije i jezika. Najvažniji instrument koji se primjenjuje u dijagnostici komunikacije jest Childrens Communication Checklist- 2; CCC-2 (Bishop 2003), ali i drugi instrumenti koji se inače rabe kod ASP-a.

Diferencijalnodijagnostički, posebno je važno razlikovanje s obzirom na autistični spektar poremećaja (v. posebno poglavlje 40), kod kojeg postoje ili su postojali restriktivni i repetitivni oblici ponašanja, interesa i aktivnosti. Stoga posebno treba vidjeti **tablicu 42.4.** u ovom poglavlju, kao i **tablicu 40.2.** u poglavlju 40. Dakle, prvo je potrebno ustvrditi je li riječ o ASP-u, a tek poslije uzeti u obzir mogući SSPK. Samo se pojedinci koji ne zadovoljavaju kriterije za ASP mogu uzeti u obzir da imaju SPPK (Brukner-Wertman i sur. 2016). Nadalje, čini se da djeca s SPPK-om tipično imaju socijalni nagon za komuniciranjem (unutarnji govor), međutim, u tome ne uspijevaju, za razliku od ASP-a (Baird i Norbury 2016). Zanimljivost **diferencijalne dijagnoze** dolazi iz istraživanja instrumenata u ovom području (CCC-2), koji su utvrdili da blagi pragmatički problemi (npr. poremećaj diskursa) povezani s teškim deficitom u strukturnom jeziku upućuju na poremećaj jezika (ekspresivni i/ili receptivni). Nadalje, ako dijete ima teške deficite pragmatičkih funkcija uz teške poremećaje strukturnog jezika (uz dodatne stereotipije), to upućuje na autistični spektar poremećaja. Ovdje se u oko 50 do 70 % slučajeva pridodaje i IQ niži od 70 (neverbalni IQ) kod autizma. I konačno, ako dijete ima normalne funkcije na testovima funkcija strukturnog testa, uz teška odstupanja u socijalno-pragmatičkim funkcijama, to bi upućivalo na SPPK (Baird i Norbury 2016). Sljedeća mogućnost diferencijalne dijagnoze jest u odnosu prema socijalnoj anksioznosti pri kojoj su socijalno komunikacijske vještine prisutne, ali se ne mogu iskazati u socijalnim situacijama koje izazivaju strah (Sadock i Sadock 2014).

Primjer iz literature. Dijete u dobi od pet godina precizno artikulira, upotrebljava dugačke i kompleksne rečenice, ali je neuspješno u razgovoru s drugima. Voli se igrati zamišljenim likovima te samostalno priča duge scene iz filmova ili videoigrica. U interakciji s djecom je povučenije jer je zbunjeno onime što govore te ne razumije njihove šale. Preferira interakciju s odraslima, ali pokatkad ne odgovara na njihova traženja (npr. majka ga zamoli da zatvori vrata, na što dijete odgovara „da“, ali to ne učini). Odrasli često ne uspijevaju slijediti tijek njegovih misli jer u govoru preskače važne detalje. Primjer pokazuje nedostatak pragmatičke (socijalne) upotrebe jezika (Norbury i Paul 2015).

42.2.3.1.3. **Terapija, ishodi, zaključna razmatranja**

Svrha uvođenja ove nove dijagnoze jest upućivanje na jasniji terapijski pristup (Norbury 2014). Pri liječenju socijalno-pragmatičkog poremećaja ciljevi su terapije poboljšavanje socijalnog razumijevanja i interakcije te vježbanje verbalnih i neverbalnih pragmatičkih vještina (konverzacije, procesiranja jezika, narativnosti, razumijevanja sa zaključivanjem) (Adams i sur. 2012; Norbury i Paul 2015). Danas su **terapijski principi** ipak bliži onima kao kod liječenja ASP-a. **Ishodi** su nepoznati s obzirom na to da je riječ o novoj dijagnostičkoj kategoriji (Swineford i sur. 2014).

Uvođenje ove dijagnoze vjerojatno će otvoriti brojna pitanja i nedoumice. Je li riječ zapravo radi o definiranom poremećaju, ili je ipak posrijedi dimenzija ASP-a? Pretpostavlja se da će mnoga djeca kojima je postavljena dijagnoza Aspergerova sindroma ili atipičnog autizma (PPD ne pobježe određen), prema DSM-5 klasifikaciji, sada dobiti dijagnozu socijalno-pragmatičkog poremećaja komunikacije. Zaključno bi se moglo reći da dijagnoza SPPK-a može imati svoje različite nedostatke, ali i prednosti. Prednost jest u tome što može upućivati na kompleksnost i različitost promatranja različitih odvojenih funkcija: socijalna komunikacija, pragmatička funkcija jezika, stereotipno ponašanje, što je potrebno uzeti u obzir, uz važnu zaključnu napomenu da se djeca u međuvremenu trebaju tretirati kao „osobe u zajednici autističnog spektra“ (Brukner-Wertman i sur. 2016).

42.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Poremećaji komunikacije, jezika i govora nastaju relativno rano tijekom razvoja. Potrebno ih je što prije prepoznati (već u prvoj i drugoj godini života) kako bi se primijenila odgovarajuća terapija.
- ✓ Riječ je o kompleksnim poremećajima pri kojima je potrebna multidisciplinarna dijagnostika, a često i liječenje.
- ✓ Probleme djeteta treba shvatiti ozbiljno, bez omalovažavanja.
- ✓ Pri mucanju, kao i kod drugih poremećaja govora i jezika, primjenjuju se opći terapijski postupci u smislu educiranja roditelja te osiguravanja uvjeta koji potiču pravilan govor. Roditelje je važno poučiti da strpljivo slušaju dijete te da ne pridaju previše pozornosti samom mucanju ili nepravilnom izgovoru riječi.
- ✓ Dijete se bez pritiska potiče na govor u relaksirajućoj i motivirajućoj atmosferi te se osvještuje osjećaj veselja koji govor donosi.
- ✓ Pristup može biti usmjeren prema socijalnom razumijevanju i socijalnoj interakciji, odnosno prema komunikaciji u toploj emocionalnoj atmosferi.
- ✓ Djeca se mogu osjećati posramljeno zbog poteškoća koje imaju, što može rezultirati osjećajem nezadovoljstva, manjkom samopouzdanja i motivacije za školske aktivnosti te daljnjim razvojem emocionalnih problema.
- ✓ Suradnja s roditeljima i osobljem škole od iznimne je važnosti.

42.4. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Koje su indikacije za dijagnostičku evaluaciju jezičnih i komunikacijskih poremećaja u djeteta?

ODGOVOR: Dijagnostiku je potrebno provesti ako dijete s 8 mjeseci ne govori slogove, ako s 18 mjeseci ne govori riječi te ako s dvije godine ne upotrebljava rečenicu od najmanje dvije riječi. Primijenit će se multidisciplinarna dijagnostička obrada. Usporedo treba dijagnostički ustvrditi i djetetove „predjezično ponašanje“, koje prethodi razvoju jezika i govora.

■ **PITANJE:** Opišite dijagnostički algoritam kod poremećaja jezika i komunikacije.

ODGOVOR: Ako postoje odstupanja u razvoju jezika, na prvom je mjestu potrebno isključiti oštećenje sluha (v. poglavlje 51 o kroničnim bolestima djeteta). Zatim je u obzir potrebno uzeti intelektualne teškoće (IT). U slučaju postojanja IT-a razvoj jezika može biti usporen usporedo s oštećenjem drugih razvojnih linija (kognitivna, socijalno-emocionalna, motorička), dok kod specifičnog poremećaja jezika jezični razvoj znatno odstupa od razvoja s obzirom na ostale domene. Nadalje, poremećaje jezika potrebno je razlikovati od poremećaja iz autističnog spektra kod kojih za postavljanje dijagnoze moraju postojati temeljni simptomi autizma (poremećaj socijalne interakcije i komunikacije te stereotipno ponašanje). Ako postoji gubitak stečenih jezičnih vještina (stečene afazije), u suradnji s neuropedijatrom treba isključiti organske uzroke. U slučaju da su sva navedena stanja isključena, moguće je da je riječ o djetetu koje odrasta u višejezičnoj sredini, no i u tom slučaju treba razmotriti postojanje dodatnih jezičnih poremećaja te primijeniti logopedsku terapiju. Nadalje, važno je odrediti postoji li oštećenje receptivnih vještina, odnosno kakvo je jezično razumijevanje. Ako je ono oštećeno, riječ je o mješovitom poremećaju jezika (receptivno-ekspresivnom) te se primjenjuje specifična terapija. I konačno, ako su blago oštećene jezične vještine (receptivne i ekspresivne; vokabular i gramatika), a značajno postoje odstupanja u socijalnoj komunikaciji i pragmatičkoj uporabi jezika, bez prisutnih stereotipija, uz normalan neverbalni IQ, onda to upućuje na to da je riječ o socijalno-pragmatičkom poremećaju komunikacije.

■ **PITANJE:** Koje se psihodinamske poveznice nalaze u podlozi mucanja?

ODGOVOR: Primarne terapije koje se primjenjuju pri mucanju jesu bihevioralne. Međutim, psihodinamski gledano, mucanje se također može razumjeti kao neurotski poremećaj u čijoj su pozadini nesvjesni konflikti (pretežno analno-sadističkog karaktera, npr. shvaćanje da riječi imaju magičnu i agresivnu moć). Mucanje može služiti kao obrambena reakcija od agresivnih poriva i strahova proganjanja. Želja za autonomijom izaziva osjećaj krivnje, zbog čega dijete ostaje u nerazriješenom simbiotskom odnosu. Mucanje je često povezano s osjećajem straha, srama i bijesa. Psihodinamska se terapija fokusira na nesvjesno značenje govora. Protuprijenosno se kod terapeuta mogu pojaviti osjećaji nestrpljivosti (ne dopušta da pacijent završi

rečenicu) ili agresivni osjećaji. Rad na otvorenijem očitovanju agresije može biti cilj psihodinamske terapije, što vodi većoj individuaciji i autonomiji. U terapiji je važan rad s roditeljima kako bi se prekinuo začarani krug poticanja mucanja.

■ **PITANJE: Opišite razliku između ekspresivnog i mješovitog poremećaja jezika (receptivno-ekspresivnog).**

ODGOVOR: Kod ekspresivnog poremećaja jezika (oštećena produkcija) potrebno je razmotriti dodatno postojanje receptivnog poremećaja jer je u tom slučaju riječ o mješovitom poremećaju (receptivno-ekspresivni poremećaji jezika). Naime, klinička je slika slična jer se oba poremećaja prezentiraju oštećenom produkcijom jezika te je potrebno primijeniti testove za mjerenje receptivnih vještina kako bi se isključilo njihovo oštećenje. Klinička je slika teža i ishodi su nepovoljniji ako postoji dodatni receptivni poremećaj. U terapiji mješovitog poremećaja jezika koristimo se metodama usmjerenima na razumijevanje i povećanje unosa informacija, uz naglasak na auditivnim procesima ili semantičkim vještinama, dok se kod izoliranog ekspresivnog poremećaja jezika terapija uglavnom usmjeruje na usvajanje novih glasova i riječi.

■ **PITANJE: Koji se poremećaji pojavljuju u komorbiditetu s poremećajima jezika?**

ODGOVOR: Ponajprije, čest je komorbiditet s poremećajima školskih vještina (disleksijom, disgrafijom i diskalkulijom) te s drugim specifičnim razvojnim poremećajima. Jezični se poremećaji mogu pojaviti i u komorbiditetu s hiperkinetskim sindromom te emocionalnim poremećajima. U tim je slučajevima prognoza poremećaja jezika lošija te je potrebno što ranije liječenje.

■ **PITANJE: Što to znači poteškoće diskursa ili razgovora kod jezičnih poremećaja i kakva je ovdje poveznica sa socijalno-pragmatičkim poremećajem komunikacije (SPPK)?**

ODGOVOR: Pod poteškoćama diskursa označujemo jednostavno da dijete ne može ispričati koherentnu priču (oštećen je narativni ili konverzacijski diskurs). Ovaj se kriterij s jedne strane nalazi kod jezičnog poremećaja, međutim, povezan uz dva kriterija koja pretihode spomenutom kriteriju: nesposobnost uporabe vokabulara i povezivanje riječi i rečenica (gramatika). S druge strane, može se reći da se poteškoća diskursa nalazi i kod socijalno-pragmatičkog poremećaja komunikacije (treći kriterij), međutim, u navedenoj

dijagnozi taj je kriterij povezan s drugim kriterijima poteškoća socijalne komunikacije i pragmatičke funkcije jezika, sveukupno se nalaze 4 kriterija točke A, i još jedan kriterij točke B (dakle, ukupno pet kriterija). Poteškoće diskursa stoga su kriterij koji se može naći i kod jezičnih poremećaja, međutim, on je posljedica drugih poteškoća i ukupno gledano u manjoj je mjeri prisutan poremećaj socijalne komunikacije (eventualno blaže izražen), a, s druge strane, može se nalaziti i kod SPPK-a, ali je on tada prisutan uz mnoge druge poteškoće socijalne komunikacije i pragmatičke funkcije jezika (teško oštećenje socijalne komunikacije i pragmatičke uporabe jezika).

■ **PITANJE: Kako se objašnjava preklapanje kriterija socijalne komunikacije i socijalne interakcije (kriterij A) kod autističnog spektra poremećaja s pet kriterija kod SPPK-a?**

ODGOVOR: Kriterij A kod ASP-a odnosi se na socijalnu komunikaciju i socijalnu interakciju i ukupno ima tri kriterija, koji svi moraju biti zadovoljeni. S druge strane, SPPK ima ukupno pet kriterija koji se odnose na socijalnu komunikaciju i pragmatičku uporabu jezika (4 kriterija točke A te jedan kriterij točke B). Sadržajno gledano, premda postoji različita terminologija u opisivanju ovih dvaju poremećaja, ne nalazi se velika razlika u kriterijima što se tiče socijalne komunikacije. Međutim, potrebno je obratiti pozornost na druge kriterije, koji jesu različiti, i koji su navedeni drugdje u ovom tekstu.

42.5. Pitanja

- 1 Koje su indikacije za evaluaciju govora u prvoj i drugoj godini života?
- 2 Navedite poremećaje jezika (engl. *language*).
- 3 Navedite poremećaje govora (engl. *speech*).
- 4 Navedite poremećaj komunikacije prema DSM-5 klasifikaciji.
- 5 Ukratko opišite kliničku sliku poremećaja artikulacije (dislalije) te osnovne terapijske principe.
- 6 Ukratko opišite kliničku sliku mucanja i eksplozivnog govora te terapijske principe njihova liječenja.
- 7 Koje bi psihodinamske poveznice mogle biti prisutne pri mucanju?

- 8 Ukratko opišite kliničku sliku ekspresivnog i mješovitog poremećaja jezika (receptivno-ekspresivnog) te terapijske principe njihova liječenja.
- 9 Navedite razliku između ekspresivnog i mješovitog poremećaja jezika (receptivno-ekspresivnog).
- 10 Navedite diferencijalnu dijagnozu između autističnog spektra poremećaja, socijalno pragmatičkog poremećaja komunikacije i jezičnih poremećaja.
- 11 Opišite opće principe liječenja poremećaja komunikacije, jezika i govora.

42.6. LITERATURA

1. *Achenbach TM, Rescorla LA, McConaughy S i sur.* Achenbach system of empirically based assessment. Burlington, VT: ASEBA; 2006.
2. *Adams C.* Social communication intervention for school-age children: rationale and description. *Semin Speech Lang* 2005;26(3):181-8.
3. *Adams C, Lockton E, Freed J i sur.* The Social Communication Intervention Project: a randomized controlled trial of the effectiveness of speech and language therapy for school-age children who have pragmatic and socialcommunication problems with or without autism spectrum disorder. *Int J Lang Commun Disord* 2012;47(3):233-44.
4. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
5. *Baird G, Norbury CF.* Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Arch Dis Child* 2016;101(8):745-51.
6. *Baker BM, Blackwell PB.* Identification and remediation of pediatric fluency and voice disorders. *J Pediatr Health Care* 2004;18(2):87-94.
7. *Bishop DV.* Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *Int J Lang Commun Disord* 2014;49(4):381-415.
8. *Bishop DVM.* Children's communication checklist-2. London: Pearson; 2003.
9. *Bishop DVM, Kuvač Kraljević J, Hržica G i sur.* Test razumijevanja gramatike TROG-2:HR. Priručnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
10. *Boyle J, O'Hare MA, Law J.* Intervention for mixed receptive- expressive language impairment: a review. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52(11): 994-9.
11. *Brackenbury T, Pye C.* Semantic in children with language impairments: issues for clinical assessment. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2005;36(1):5-16.
12. *Brooks R, Meltzoff AN.* Gaze following: A mechanism for building social connections between infants and adults. U: *Mikulincer M, Shaver PR, ur. Mechanisms of social connection: From brain to group.* Washington, DC: American psychological association; 2014; str. 167-183.
13. *Carrow- Woollfolk E.* Test of auditory comprehension of language- 4 izd. Austin, TX: Pro-Ed; 1999.
14. *Conture EG, Kelly EM, Walden TA.* Temperament, Speech and Language: An Overview. *J Commun Disord* 2013; 46(2):125-142.
15. *Dawson JI, Stout CE, Eyer JA.* Structured Photographic Expressive Language Test- 4 izd. Austin, TX: Pro-Ed; 2003.
16. *Dunn LM, Dunn LM, Kovačević M i sur.* Priručnik za PPVT-III-HR (The Peabody Picture Vocabulary Test). Jastrebarsko: Naklada Slap; 2009.
17. *Duran MH, Guimarães CA, Medeiros LL i sur.* Landau-Kleffner syndrome: long-term follow-up. *Brain Dev* 2009;31(1):58-63.
18. *Fandiño M, Connolly M, Usher L i sur.* Landau-Kleffner syndrome: a rare auditory processing disorder series of cases and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011;75(1):33-8.
19. *Fenson L, Marchman VA, Thal DJ i sur.* The MacArthur Bates Communicative Development Inventories. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co. Inc; 2006.
20. *Hawa VV, Spanoudis G.* Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Res Dev Disabil* 2014;35(2): 400-7.
21. *Hedever M, Bonetti A.* Ispitivanje poremećaja slušnog procesiranja pomoću filtriranih riječi kod učenika nižih razreda osnovne škole. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2010;46(2):50-60.
22. *Heinemann E, Hopf H.* Sprachstörungen: Stottern. U: *Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie.* München: CIP Medien; 2009, str. 413-420.
23. *Integrated Scales of Development from Listen Learn and Talk.* 2009. Dostupno na: <https://www.cochlear.com/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
24. *Jones R, Choi D, Conture E i sur.* Temperament, Emotion and Childhood Stuttering. *Semin Speech Lang* 2014;35 (2):114-131.
25. *Kovačević M, Jelaska Z, Kuvač Kraljević J i sur.* Priručnik za Komunikacijske razvojne ljestvice – Koralje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2007.
26. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
27. *Lewis M.* Child and Adolescent Psychiatry. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.ž
28. *Lord C, Luyster RJ, Gotham K i sur.* Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2), Torrance, CA: Western Psychological Services; 2012.
29. *Ljubešić M, Cepanec M.* Rana komunikacija: u čemu je tajna. *Logopedija* 2012; 3(1): 35-45.
30. *Matson JL, Shoemaker M.* Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil* 2009;30(6):1107-14.
31. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.

32. McAllister A, Sjölander P. Children's voice and voice disorders. *Semin Speech Lang* 2013;34(2):71-9.
33. Myers FL, Bakker K, St Louis KO i sur. Disfluencies in cluttered speech. *J Fluency Disord* 2012;37(1):9-19.
34. Nelson HD, Nygren B, Walker M i sur. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US preventive services task force. *Pediatrics* 2006; 117(2):e298-319.
35. Norbury CF. Practitioner review: Social (pragmatic) communication disorder conceptualization, evidence and clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(3): 204-16.
36. Norbury CF, Paul R. Disorders of speech language and communication. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur., ur. Rutter's child and adolescent psychiatry. Sixth edition. Wiley & Sons; the Atrium; 2015, str. 683-702.
37. O'Hare A, Bremner L. Management of developmental speech and language disorders: Part 1. *Arch Dis Child*. 2016;101(3):272-7.
38. Pennington BF, Bishop DV. Relations among speech, language, and reading disorders. *Annu Rev Psychol* 2009; 60: 283-306.
39. Raven JC, Court JH. Raven J. Mill-Hill ljestvica rječnika. Jastrebarsko: Naklada slap; 2001.
40. Raven JC, Raven J, Court JH. Crichton ljestvica rječnika. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1941/1995.
41. Remschmidt H, Niebergall G. Störungen des Sprechens und der Sprache. U: Remschmidt H, ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 183-189.
42. Reynell JM, Huntley M. Priručnik za Reynell razvojne ljestvice govora. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1995.
43. Ruddy BH, Lewis V, Sapienza CM. The role of the speech-language pathologist in the schools for the treatment of voice disorders: working within the framework of the individuals with disabilities education improvement act. *Semin Speech Lang* 2013;34(2):55-62.
44. Rutter M, Le Couteur A, Lord C. ADI-R. Autism Diagnostic Interview Revised. Manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 2003.
45. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014.
46. Saletta M, Windsor J. Communication disorders in infants and toddlers. U: Zeanah Jr. CH, ur. Handbook of infant mental health. 4 izd. New York: The Guilford Press; 2019, str. 345-357.
47. Schoen Simmons E, Paul R. Disorders of communication. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 451-460.
48. Sparrow SS, Cichetti DV, Saulnier C. Vineland adaptive behavior scales. 3 izd. Minneapolis, MN: Pearson Assessments, a buisness of Pearson education; 2016.
49. Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
50. Swineford LB, Thurm A, Baird G i sur. Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category. *J Neurodev Disord* 2014; 6(1):41.
51. Tomasello M, Carpenter M, Liskowski U. A new look at infant pointing. *Child Dev* 2007; 78(3):705-22.
52. Van Riper C. The nature of stuttering. New York- Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.
53. Van Zaalen-Op't Hof Y, Wijnen F, De Jonckere PH. Differential diagnostic characteristics between cluttering and stuttering-part one. *J Fluency Disord* 2009;34(3):137-54.
54. Volkmar FR, Martin A. Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
55. Wallace IF, Berkman ND, Watson LR i sur. Screening for Speech and Language Delay in Children 5 Years Old and Younger: A Systematic Review. *Pediatrics* 2015;136(2): e448-62.
56. Ward D, Connally EL, Pliatsikas C i sur. The neurological underpinnings of cluttering: Some initial findings. *J Fluency Disord* 2015;43:1-16.
57. Wetherby AM, Prizant BM. Communication and symbolic behavior scales- Normed edition: Records forms and caregiver questionnaires. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co. Inc; 2002.
58. Willner P. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *Journal of intellectual disability research* 2005; 49:73-85.
59. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Specifični razvojni poremećaj školskih vještina i specifični razvojni poremećaj motoričke koordinacije

Ivan Begovac

SADRŽAJ

43.1. Uvod, općeniti aspekti	585
43.2. Specifični razvojni poremećaji školskih vještina (engl. <i>Learning disorders</i>)	587
43.2.1. Uvodni aspekti, definicija, epidemiologija	587
43.2.2. Specifični razvojni poremećaj čitanja	587
43.2.3. Specifični razvojni poremećaj izražavanja pisanjem	589
43.2.4. Specifični razvojni poremećaj aritmetičkih vještina	590
43.3. Specifični razvojni poremećaj motoričke koordinacije	591
43.4. Upute za roditelje/nastavnike	592
43.5. Često postavljena pitanja	593
43.6. Pitanja	593
43.7. Literatura	593

43.1. Uvod, općeniti aspekti

Povijesno gledano, ova je grupa poremećaja izdvojena sedamdesetih godina prošlog stoljeća, jer su zapažena djeca koja nemaju intelektualne teškoće, međutim, koja su pokazivala odklon u pojedinim specifičnim domenama (čitanje, pisanje, aritmetičke vještine, motorika). U nastavku na tu spoznaju uočilo se da takva djeca zahtijevaju posebne postupke (kao dio invalidnosti i pravne implikacije koje su povezane s tim), koje im je potrebno pružiti. Načelno je uočeno da takvi poremećaji nemaju klasične „egzacerbacije“, ni „remisije“, tijek je polagan i često je riječ o poremećajima koji su cjeloživotni. U prvom se koraku smatralo da takva djeca imaju „organska oštećenja mozga“ (minimalno cerebralno organsko oštećenje), međutim, s vremenom se istaknuo pravac da se radi više o „funkcionalnim poremećajima mozga“ (minimalno cerebralno funkcionalno oštećenje) (Begovac i sur. 2009). Za objašnjenje tih poremećaja često se u literaturi primjenjivao kibernetički model (Lewis 1996). Pojedini poremećaji iz grupe specifičnih razvojnih poteškoća školskih vještina mogu biti međusobno povezani, ali mogu biti povezani i s drugim poremećajima komunikacije, jezika i govora (v. posebno poglavlje 42), kao i s poremećajem motoričke koordinacije.

„**Model diskrepancije**“ izostavljen je iz DSM-5 (diskrepancija specifične razvojne vještine u odnosu prema globalnim intelektualnim sposobnostima), međutim, i dalje je naglašeno odstupanje određenih specifičnih vještina. Danas se umjesto modela diskrepancije zagovara drukčija paradigma: sva djeca trebaju dobiti dovoljno dobru stimulativnu edukaciju, a tek se djeca koja budu zaostajala za drugom trebaju dalje dijagnostički razjasniti i u njih treba primijeniti dodatne intervencije. Ovaj, zadnji današnji model primarno je dakle usmjeren na davanje prikladne edukacije svoj djeci i nije više toliko usmjeren na pojedine deficite u određenog broja djece (Grigorenko 2018). MKB-10 i dalje ima model diskrepancije, dodajući čimbenik da školska sredina i okolina moraju biti „dovoljno poticajni“ da bi se dijagnosticirao neki od ovih specifičnih poremećaja (WHO 1993). Dodatno, MKB-10 razdvaja pojedine sindrome (v. poslije u tekstu), međutim, dopušta mogućnost i zajedničke dijagnoze, kada postoji mješoviti oblik.

DSM-5 klasifikacija navodi sljedeće kriterije kod razvojnih poremećaja školskih vještina (APA 2013):

A. Poteškoće učenja i korištenja školskih vještina, barem jedan simptom od ukupno šest, a koji traje

minimalno šest mjeseci, unatoč primijenjenoj intervenciji koja je bila ciljana na te poteškoće:

1. Neprimjereno ili sporo i uz napor čitanje riječi;
2. Poteškoće razumijevanja značenja što je bilo pročitano (nerazumijevanje rečenice, odnosa, međusobnih utjecaja, ili dubljeg značenja onoga što je pročitano);
3. Poteškoće pisanja jedne riječi (ortografija) ili imenovanja slova u jednoj riječi- poteškoće sricanja (engl. *spelling*) npr. mogu se dodati, oduzeti ili zamijeniti samoglasnici ili suglasnici u jednoj riječi;
4. Poteškoće pisane ekspresije (višestruke gramatičke pogreške, ili pogreške puntuacije unutar rečenice; poteškoće organizacije pasusa; nedostaje jasnoća ideja u pisanom izrazu)
5. Poteškoće matematičkog razumijevanja;

B. Zahvaćene školske vještine značajno su i kvantitativno ispod onoga što se očekuje za individualnu kronološku dob; i znatno utječu na školski i radni uspjeh, ili aktivnosti dnevnog življenja, a potvrđene su individualno primijenjenim testovima i ukupnim kliničkim testiranjem.

C. Počinju tijekom školovanja

D. Isključuju se intelektualne teškoće, oštećenje vida i sluha; druge psihičke ili neurološke bolesti; psihosocijalna deprivacija, manjak vještine u jeziku kod školske stimulacije; ili neprimjerena edukacijska instrukcija.

Dodatne oznake:

- **Oštećenje čitanja (širi pojam):** prikladnost čitanja riječi, brzina i fluentnost čitanja, razumijevanje pročitano. Navodi se alternativno određenje disleksije (uži pojam), a označuje poremećaj prepoznavanja riječi, slabo dekodiranje i poremećaj vještina imenovanja slova u jednoj riječi- sricanja (engl. *spelling*).

- **Oštećenje pismenog izražavanja:** uključuje pogrešno pisanje slova u jednoj riječi, npr. zamjena slova u jednoj riječi (engl. *spelling*), neprikladnost gramatike i puntuacije, kao i nejasnoća ili neorganizacija napisanog.

- **Oštećenje matematičkih vještina (širi pojam):** smisao za brojeve, memoriranje aritmetičkih činjenica, točno ili fluentno računanje, točno matematičko razumijevanje. Navodi se alternativno određenje diskalkulije. Diskalkulija (u užem smislu) poremećaj je procesi-

ranja numeričkih brojeva, zapamćivanje aritmetičkih činjenica, točno ili fluentno računanje.

Postoji ovdje važna napomena: kod poteškoća pisanja ili imenovanja slova u jednoj riječi- sricanja (engl. *spelling*) npr. mogu se dodati, oduzeti ili zamijeniti samoglasnici ili suglasnici u jednoj riječi. Engleska riječ „spelling” u kriteriju 3 točke A, shvaća se dvojako, što je teško na hrvatski jezik prevesti jednim terminom. Naime, riječ „spelling” odnosi se na **pisanje slova jedne riječi (ortografija)**, kao i na **imenovanje (sricanje, čitanje – fonologija) slova u jednoj riječi**. Sljedeća napomena može biti u tome da se poteškoća pisanja ili imenovanja slova u jednoj riječi posebno pojavljuje u jezicima u kojima postoji razlika između ortografije i fonologije npr. u engleskom jeziku kada se opisuje mačka, naime „cat” (ortografija) vs. „kaet” (fonologija), čega u hrvatskom jeziku nema. Dodatna poteškoća može biti da se npr. u engleskom jeziku ista riječ za boju može ortografski napisati na više načina, npr. u verziji britanskog i američkog engleskog, npr. *color* ili *colour*. Sljedeće, slično prije rečenom, ali u obrnutom smislu, fonološki se na engleskom jeziku može izgovarati slično, a zapravo se ortografski pišu drukčije i imaju drukčije značenje, npr. „made” i „maid”. Konačno, poteškoće pisanja ili imenovanja slova (sricanja) u jednoj riječi, kako se već i naslućuje, mogu se pojaviti i kod poremećaja čitanja, kao i kod poremećaja pisane ekspresije, međutim, u praksi se čini da se dominantno odnosi na **pisanu ekspresiju** (kako je riječ ortografski napisana, npr. dijete napiše riječ *gabel* umjesto *galeb*). Navedeni primjeri u engleskom jeziku su navedeni s namjerom, da bi se bolje definirali termini koji se koriste u DSM-5.

Kriteriji DSM-5 za razvojni poremećaj koordinacije unutar grupe motoričkih poremećaja dostupni su u pripadajućoj referenci (APA 2013). Dominantno obilježje tog poremećaja jest da su stjecanje i izvršenje koordiniranih motoričkih vještina znatno ispod onoga što se očekuje s obzirom na kronološku dob i mogućnosti za učenje vještine i njezine primjene. Poteškoće se manifestiraju kao motorička nespretnost (engl. *clumsiness*) na način da djeca učestalije padaju ili se zaletavaju u neki objekt, kao i sporost i neprimjerenost u izvršenju motoričkih vještina (npr. hvatanje nekog objekta, uporaba škara ili pribora za jelo, pisanje rukom, vožnje bicikla, participiranje u sportu). Slično drugim poremećajima iz ove grupe, isključuju se intelektualne teškoće, smetnje vida, te neurološka stanja (cerebralna paraliza, muskularna distrofija, degenerativne bolesti).

U **dijagnostici** se poremećaji tipično detektiraju polaskom u školu, premda su vjerojatno naznake poremećaja postojale i u predškolskoj dobi, ali se mogu dijagnosticirati i do 6. razreda osnovne škole. Važni su nam anamneza, heteroanamneza, opservacija ponašanja, kao i psihološka dijagnostika kognitivnih sposobnosti, dijagnostika čitanja pojedinačnih riječi i izgovaranje, razumijevanje pročitano, izražajno pisanje, numeričke vještine, motoričke vještine, izvješća iz škole, tjelesni pregled, uobičajeni laboratorijski nalazi, EKG, EEG, eventualni neuropedijatrijski pregled itd. (Lempp 2014). Treba biti svjestan dimenzionalnosti ovih poremećaja, dakle da vrlo variraju u svojoj težini (od laganih do težih oblika) (Hulme i Snowling 2013). U **tablici 43.1.** prikazan je izbor pojedinih instrumenata kod pojedinih poremećaja.

Etiopatogenetski su se u posljednje vrijeme u području školskih vještina i motorike istaknuli neurobiološki orijentirani autori, koji su pokušali objasniti međusoban utjecaj bioloških čimbenika, neurokognitivnih čimbenika, biheviornalnih pokazatelja i okoliša (Grigorenko 2018). Jedno od otvorenih pitanja u ovim istraživanjima jest trebaju li se pojedini opisani entiteti promatrati pojedinačno kao entiteti (Doehla i Heim 2016). Naime, komorbiditet je više pravilo nego iznimka (npr. uz dodatni hiperkinetski sindrom), pa stoga pojedini autori zagovaraju u tom smislu sličan etiopatogenetski uzrok u odnosu prema različitim biheviornalnim manifestacijama (Rubinsten i Henik 2009). S druge strane, smatra se da su i okolišni čimbenici važni.

Od **terapijskih postupaka** kod specifičnoga razvojnog poremećaja školskih vještina i poremećaja motoričkih vještina primjenjivat će se dominantno specijalna edukacija, edukacijsko-rehabilitacijski, logopedski postupci, postupci usmjereni na motoriku, ali rabe se i druge metode, odnosno može se reći da terapija može biti multimodalna. Slično liječenju komunikacije, jezika i govora često će u terapiji sudjelovati multispecijalistički tim stručnjaka (dječji psihijatri, psiholozi, edukatori rehabilitatori, logopedi, školski psiholozi, učitelji, neuropedijatri, radni terapeuti itd.). Mnoga djeca mogu biti posramljena zbog svojih poteškoća i povećava se rizik za razvoj daljnjih emocionalnih problema, te je onda potrebno primijeniti psihoterapiju. Suradnja s roditeljima i školom bit će od iznimne važnosti. Često će roditelji djetetu zbog njegova poremećaja morati dodatno pomagati u njegovim zadaćama. Roditelji se zbog toga mogu osjećati iscrp-

Tablica 43.1.

Izbor pojedinih instrumenata kod pojedinih poremećaja

	Instrumenti
Poremećaj čitanja	- York Assessment of reading and Comprehension (YARC) (Stothard i sur. 2010); drugi inventari za mjerenje čitanja
Poremećaj pisanja	- Jednostavni pregled diktata, te školskih zadaća; različiti inventari za procjenu pisanja
Poremećaj aritmetičkih vještina	- Inventari za procjenu aritmetičkih vještina
Poremećaj motoričke koordinacije pokreta	- Movement assessment battery for children (Henderson 2007) - The Developmental Coordination Disorder Questionnaire 2007. (Wilson i Crawford 2012). - Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency. (Bruininks i Bruininks 2005)
Drugi mogući instrumenti za sve školske vještine i motoričku koordinaciju	- WISC-IV (Wechsler, 2009); opća inteligencija i specifične kognitivne sposobnosti - Benderov vizualno-motorički geštalt-test (Brannigan i Decker 2005); vizualno-motoričke i perceptivne vještine - Woodcock-Johnsonov test psihoedukacijskih sposobnosti; Woodcock i sur. 2001. - Testovi za mjerenje senzoričke integracije; npr. Sensory and Integration Praxis Tests (SIPT) Ayers, A. J. (1989). Mailloux, Z. (1990)

ljeno i usamljeno. Katkada će roditeljima biti olakšanje ako se djetetu ponudi prikladna terapija, jer oni neće sami morati više biti toliko usmjereni na zadaće i školu. Suradnja sa školom sljedeća je važna odrednica u terapiji. Često će tijekom čitavog školovanja biti potrebno provoditi tretman koji će olakšati školovanje i prilagodbu u školi. Mnogo puta bit će dovoljno da se djetetu osigura individualizirani pristup u školi ili asistent u nastavi jer dijete nema intelektualne teškoće (IT). Ako dijete doživi razumijevanje u školi za svoje probleme, lakše će se prilagoditi zahtjevima škole, bit će manje neuspješno, njegovo će samopouzdanje biti bolje, stimulirat će se socijalizacija i prihvaćanje različitosti.

43.2. Specifični razvojni poremećaji školskih vještina (engl. *Learning disorders*)

43.2.1. Uvodni aspekti, definicija, epidemiologija

Definicija ove grupe poremećaja često kaže da je riječ o jednom ili više poremećaja temeljnih psiholoških funkcija koje su uključene u razumijevanje ili uporabu jezika, izrečenog (engl. *spoken*) ili pisanog (engl. *written*), koji se onda manifestira kao poremećaj slušanja (engl. *listen*), mišljenja, govora (engl. *speak*), čitanja, pisanja, poremećajem pisanja ili imenovanja slova

u jednoj riječi (engl. *spelling*) ili u matematičkim operacijama. Često su u literaturi sinonimi za ovo stanje bili „perceptivni hendikep“, „oštećenje mozga“, „minimalna cerebralna disfunkcija“, „disleksija“ ili „razvojna afazija“. U pravilu se ovdje isključuju i ne podrazumijevaju poremećaji školskog učenja, a koji su posljedica oštećenja vida, sluha, motoričkih (neuroloških) bolesti, intelektualnih teškoća, emocionalnih poremećaja, ili stanja uzrokovanih okolišem, kulturom ili ekonomskom deprivacijom. Druga posebnost ove kategorije poremećaja jest da je riječ o malobrojnim dijagnozama u klasifikacijama DSM-5, a koja se temelji dominantno na psihološkim testiranjima. DSM-5 ovamo ubraja tri poremećaja (v. poslije), uz naglasak da je posrijedi cjeloživotni poremećaj, međutim, povremene evaluacije tijekom bit će korisno provesti. Prevalencija cijele grupe poremećaja iznosi oko 5 do 6 % u školskoj populaciji i osnova su za dobivanje posebnoga pravnog statusa ovakve djece tijekom školovanja (individualizirani program u redovitoj nastavi, asistent u nastavi itd.) (Grigorenko 2018).

43.2.2. Specifični razvojni poremećaj čitanja

Poremećaj čitanja (širi pojam – engl. *impairment in reading*) može uključivati dva poremećaja: poremećaj dekodiranja (u užem smislu – disleksija) i poremećaj razumijevanja pročitano (engl. *reading comprehen-*

sion impairment) (Duff i Clarke 2011; Snowling i Hulme 2012(a); Snowling i Hulme 2012(b); Snowling i Hulme 2011). Specifični poremećaj čitanja (dakle u širem smislu) specifičan je poremećaj školskih vještina koji je karakteriziran poteškoćama čitanja unatoč prikladnoj kognitivnoj sposobnosti, motivaciji, pristupu instrukciji i netaknutom senzornom mehanizmu (Handler i Fierson 2011; Lagae 2008; Snowling i Hulme 2015). Tipično se dijagnosticira kada osoba ima velike poteškoće s čitanjem koje se procjenjuje standardiziranim testovima, obično između osme i dvanaeste godine. Mogu se u dijagnostici primjenjivati različiti testovi, a prikazani su u **tablici 43.1**. Općenito u populaciji 2 % osoba ima teške oblike poremećaja i češći je u muških nego u ženskih osoba u omjeru 1,52 prema 1.

Specifični poremećaj čitanja u užem smislu riječi ili disleksiju možemo gledati kao na **poremećaj dekodiranja**, kada se tekst pretvara u govor (svjesnost o fonemima), a jezično je razumijevanje uredno. Obično djeca čitaju nepravilno polako i glasno, međutim, pojedina slova nikako da izreknu u jednu riječ. Djeca tipično imaju poteškoća u dekodiranju slovno-zvučkovne asocijacije koja je uključena u fonološku analizu. Dekodiranje se odnosi na prepisivanje napisanih riječi u govor. Često će takva djeca „napamet” čitati određeni tekst (Handler i Fierson 2011; Lagae 2008).

Poremećaj **razumijevanja pročitnog** drukčiji je proces od samog dekodiranja. Primjerice, dijete može dobro dekodirati riječi i izgovoriti riječ, međutim, može imati problem da ne zna što je pročitalo. Ako postoji problem razumijevanja, ovakva će djeca navoditi da moraju više puta ponoviti tekst, prije nego što ga razumiju (Demonet i sur. 2004). Riječ je o kompleksnijem poremećaju u odnosu prema dekodiranju (Duff i Clarke 2011). Dakle, jezično razumijevanje uključuje više jezične (kognitivne) funkcije koje uključuju jezično zaključivanje i figurativno značenje jezika, uz tekst povezani procesi kao što je monitoring razumijevanja i znanje o strukturi priče, a povezano je i s radnom memorijom, odnosno sa zaključivanjima. Većinom uključuje oralne jezične vještine razumijevanja (znanje o vokabularu, gramatičke, morfološke i praktične vještine) (Hulme i Snowling 2013).

Pojedini autori zagovaraju **dvostruki dimenzionalni model** koji se sastoji od **fonoloških vještina** dekodiranja (koje mogu biti dobre ili loše) i jezičnog razumijevanja (koje mogu biti dobre ili loše) i koje se križaju. Na ovaj se način dobivaju četiri mogućnosti: **tipični čitači** (dobre vještine dekodiranja; dobro jezično razumijevanje); **disleksija** (loše vještine dekodiranja; dobro jezično

razumijevanje); **loše razumijevanje** (dobro dekodiranje; loše razumijevanje jezika), te konačno „**loši čitači**“ (loše jezično razumijevanje; loše dekodiranje). Ovo može imati kliničke implikacije jer upućuje na to da djeca s razvojnim poremećajem jezika imaju također problema s čitanjem (Snowling i Hulme 2015).

U **tablici 43.2**, prikazana je sažeta etiopatogeneza specifičnog poremećaja čitanja.

U etiopatogenezi se postulira nekoliko hipoteza. Naime, temeljno se čini kognitivni fonološki deficit u nemogućnosti razumijevanja, a s tim je povezano senzoričko i perceptivno procesiranje, te nerazvijenost jezika, odnosno nemogućnost jezičnog razumijevanja te nemogućnost pažnje (Snowling i Hulme 2015). Ili, drukčije rečeno, kod poremećaja čitanja nalazimo u osnovi trostruki poremećaj: poremećaj semantike (jezično razumijevanje, npr. značenje da je nešto npr. mačka), ortografije (poremećaj vizualnog procesiranja, npr. simbolički vizualni simboli /kodovi/ se prevode npr. *cat* u engleskom jeziku), te fonološke reprezentacije (slušno procesiranje, npr. slušni izraz jednog jezika koji se izgovara i koji se razlikuje, npr. *kaet* u engleskom jeziku), a koji imaju međusoban recipročan utjecaj u obliku kružnice. U etiologiji su prisutni genski čimbenici, utjecaj gena na neurobiologiju, neurorazvojne smetnje, kao i socijalni i okolišni čimbenici. Loši čitači dolaze često iz mnogobrojnih obitelji, u kasnije rođene djece, a bolji čitači potječu iz obitelji u kojima se potiče zajedničko čitanje. Poteškoće dekodiranja nalaze se često u djece iz nižih socijalnih slojeva.

Dijagnostički je pokatkad dovoljno dati djetetu neki slobodni tekst da pročita da bi se utvrdile mogućnosti čitanja, a mogu se primijeniti i specifični testovi. Potrebno je utvrditi razliku između opće inteligencije i specifične vještine čitanja. Dakle, potrebno je učiniti opći test inteligencije, te po potrebi daljnji pedijatrijski i neurološki pregled (Warnke 2011). Diferencijalnodijagnostički, treba isključiti stanja koja su navedena u uvodu ove točke.

Komorbiditetno gledano, poremećaj čitanja povezan je s poremećajima jezika i govora, te pojedini autori govore o **poremećaju jezika i učenja** (*engl. language learning impairments*), koji obuhvaćaju i poremećaje jezika, govora i poremećaje čitanja. Često se kod poremećaja čitanja nalaze dodatne emocionalne poteškoće, kao i hiperkinetski poremećaj (Snowling i Hulme 2015).

Terapiju treba primijeniti što prije, ako je moguće i u drugom razredu osnovne škole, a preferiraju se individualne terapije (Lemp 2014; Warnke 2011).

Tablica 43.2.**Pojednostavnjena etiopatogeneza poremećaja čitanja.**

Modificirano prema Snowling i Hulme 2011; Doehla i Heim 2016; Volkmar i Martin 2011.

Biologija	Genetika	Okolišni čimbenici
	Lijevo temporo-parijetalne i frontalne regije mozga (vizualne i auditorne areje)	
Kognicija	Jezik (semantika)	
	Brzina procesiranja	
	Auditivno procesiranje	
	Fonološki deficit – jezično nerazumijevanje	
Ponašanje	- Brzo automatsko imenovanje; - Verbalna kratkoročna memorija	
	- Fonološka i ortografska vještina - Dekodiranje (svjesnost fonema)	

Temeljni tretman disleksije (poremećaj u užemu smislu) sastoji se u izravnoj instrukciji čitanja (izgovaranja i pisanja). Ta se instrukcija smatra multisenzoričkom. Obično se primjenjuju metode treninga fonološke svjesnosti i fonička instrukcija, kao i učenje o slovima. Roditelje se također upućuje na ovakav pristup. Terapija jezičnog razumijevanja zahtjevnija je, primjenjuje se trening kompleksnijih jezičnih vještina (donošenje jezičnih zaključaka; engl. *inference making*), trening vizualiziranja, instrukcija većeg vokabulara ili druge terapije, koje uključuju i pisani i oralni jezik (govor). U djece s obama poremećajima pri čitanju (disleksija i poremećaj jezičnog razumijevanja) terapija je kombinacija prije navedenih metoda (Duff i Clarke 2011; Lundberg 2009; Snowling i Hulme 2012(b)).

Uz prikladnu intervenciju, djeca i adolescenti s ovim poremećajem sporije čitaju i izgovaraju nego osobe s normalnim razvojem. Mogu se pojaviti dodatni emocionalni poremećaji. Terapeut stoga mora uvažavati sve ove potrebe djeteta. Bitno je da ovakvi učenici usvoje kompenzatorne vještine, ali i da učitelji pruže prilagodbu ovoj djeci. Od iznimne važnosti stoga može biti individualizirani školski pristup djeci s ovakvim smetnjama ili dobivanje asistenta u školi, odnosno da se u djece ne ocjenjuju vještine čitanja (i pisanja) te da djecu zbog toga ne treba kažnjavati (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Warnke 2011). Često je potreban dodatni rad s roditeljima, psihoedukacijske mjere, intervencije mogu varirati u svojem fokusu. Često tije-

kom cijele osnovne škole djeca sporije čitaju, a tako i u odrasloj dobi. U slučaju komorbiditetnih smetnji s emocionalnim i drugim poremećajima i njih treba liječiti. Djeca češće budu stigmatizirana pri poremećaju čitanja nego pri poremećaju aritmetičkih sposobnosti. Često je riječ o cjeloživotnom poremećaju. Prognoستيčki povoljni čimbenici jesu prosječna ili viša inteligencija, manjak komorbiditetnih poremećaja, rana primijenjena intervencija te prikladni individualizirani program u školi (Lempp 2014).

43.2.3. Specifični razvojni poremećaj izražavanja pisanjem

Karakterizira ga poremećaj pisanja koje je značajno ispod očekivane razine prema dobi mjereno standardiziranim testom. Pojedini ga autori nazivaju razvojnoum disgrafijom. Djeca rade ekstremno mnogo pogrešaka pri pisanju diktata, ili imaju teškoće pri jednostavnom pisanju slova kod jednostavnih riječi ili rade preokretanja slova unutar jedne riječi (Lempp 2014). Oštećenje interferira sa školskim uspjehom, kao i sa zahtjevima pisanja u svakodnevnom životu. Poremećaj se zapaža u osnovnoj školi. S vremenom može postojati sve veće nepravilnosti u pisanju. Ovaj poremećaj može biti povezan u širem smislu s poremećajem jezika (v. posebno poglavlje 42), odnosno s poremećajem dekodiranja (poremećaj čitanja), kao i s razvojnim poremećajem motoričkih funkcija (Doehla i Heim 2016; Van Hoorn i

Tablica 43.3.***Etiopatogeneza poremećaja pisanja.***

Modificirano prema Snowling i Hulme 2011; Doehla i Heim 2016.

Biologija	Genetika	Okolišni čimbenici
	Cerebellum i kortiko-cerebralne veze	
Kognicija	Jezik (semantika)	
	Vizualno procesiranje	
	Kognitivne funkcije (pažnja, vizualno-spacijalne sposobnosti)	
Ponašanje	Motorika ruke	
	Fonološka i ortografska vještina	

sur. 2013). Njemački autori posebno povezuju poremećaj čitanja s poremećajem pisanja, te to nazivaju jednim imenom – poremećaj čitanja i pisanja (Lempp 2014).

Smatra se da poremećaj ima od 3 do 10 % školske djece. Poremećaj imaju češće dječaci (2 – 3 puta više). Načelno, pisanje se čini složenijim procesom od čitanja. Pisanje iziskuje vizualno-motorne vještine, vizualnu percepciju, kinesteziju, kao i kognitivne vještine (Doehla i Heim 2016; Van Hoorn i sur. 2013). Mogu biti dodatno prisutni komorbiditetni poremećaji npr. drugi razvojni poremećaji, školska socijalna fobija sa somatizacijama, hiperkinetski sindrom ili poremećaj ponašanja (Lempp 2014). U [tablici 43.3.](#) je sažeto prikazana **etiopatogeneza**.

Kao i za druge poremećaje razvoja, smatra se da je uzrok u neurološkom, odnosno kognitivnom defektu ili u disfunkciji u centralnoj obradi informacija, kao i u motorici (Dewey i sur. 2003). S vremenom djeca mogu postajati sve frustriranija, depresivnija, izoliraju se od druge djece, sve više imaju emocionalnih poteškoća (Silver 1993). U **liječenju** se primjenjuju specijalna edukacija, edukacijsko-rehabilitacijski i logopedski postupci, odnosno mogu se rabiti razni multimodalni postupci. Ako je poremećaj vrlo izražen, treba procijeniti mogućnost da djeca umjesto pisanja rabe računalo kao sredstvo komunikacije (Van Hoorn i sur. 2013). Poremećaj često perzistira u kasniju dob (Lempp 2014).

43.2.4. **Specifični razvojni poremećaj aritmetičkih vještina**

Označuje poteškoću u izvršavanju aritmetičkih (matematičkih) vještina koje se očekuju od osobe s

obzirom na njezin intelektualni kapacitet i razinu edukacije. Pojedini je autori nazivaju razvojnom diskalkulijom. Matematičke se vještine mjere standardiziranim, individualno primijenjenim testovima. Očekivana matematička vještina interferira sa školskim uspjehom ili dnevnim životnim aktivnostima. Takva se djeca uobičajeno zapažaju već u prvim trima razredima osnovne škole. Djeca nemaju sposobnosti za osnovne numeričke koncepte, kao što su nabranje i zbranje jednostavnih brojeva, npr. prelazak s jednoznamenkastih na dvoznamenkaste brojeve, nerazumijevanje pojmova manjega od većega; nerazumijevanje brojeva kao predstavnika količine, često se tajnovito koriste svojim prstima za računanje itd., te s vremenom sve više zaostaju u složenijim zadacima. Kako vrijeme prolazi, sve više zaostaju u kompleksnijim zadacima diskriminacije i manipulacije spacijalnim (geometrija) i numeričkim relacijama. Matematičke su sposobnosti vrlo važne za daljnje školske sposobnosti. Često se zapravo ne smatra da je riječ o poremećaju (Lempp 2014; Snowling i Hulme 2015).

Normalan razvoj aritmetičkih vještina jest da se u prvom razredu svladaju zbranje i oduzimanje do 20, u drugom razredu do 100, uključujući množenje i dijeljenje, u trećem razredu do 1000, te u četvrtom razredu do 1 000 000 (Warnke 2011).

U **dijagnostici** se primjenjuju specifični testovi procjene matematičkih sposobnosti, kao i drugi testovi (Laing i sur. 2002; Perona i sur. 2005). Potrebno je isključiti dodatni poremećaj čitanja ili poremećaj pisanja (Lempp 2014). Potrebne su što ranija detekcija i što ranija terapija (Kucian i von Aster 2015). Potrebno je **diferencijalnodijagnostički** isključiti autistični spek-

Tablica 43.4.**Pojednostavnjena etiopatogeneza poremećaja aritmetičkih vještina.**

Modificirano prema Butterworth i sur. 2011; Kucian i von Aster 2015; Rubinsten i Henik 2008; Snowling i Hulme 2011.

Biologija	Genetika	Okolišni čimbenici (npr. edukacija, ohrabrivanje, obiteljski čimbenici, emocionalni čimbenici, socijalno ekonomski status i drugi)
	Deficit fronto-parijetalne veze	
Kognicija	Kognitivne funkcije (radna memorija, pažnja, vizualno-spacijalne sposobnosti)	
	Jezik (semantika)	
	Deficit nesimboličke (konkretne) kvantitativnosti i numeričke simbolike; te oštećenost ove interakcije	
Ponašanje	Osjećaj za brojeve	
	Računanje	

tar i intelektualne teškoće (IT). Smatra se da od 1,3 do 6 % školske djece ima ovakve probleme (Grigorenko 2018; Snowling i Hulme 2015). Čini se da ovaj poremećaj imaju ravnomjerno i djevojčice i dječaci (Kucian i von Aster 2015; Snowling i Hulme 2015). Često postoji **komorbiditet** s drugim poremećajima psihološkog razvoja, poremećajem ponašanja i hiperkinetskim poremećajem. U [tablici 43.4.](#) sažeto je prikazana **etiopatogeneza**.

Etiopatogeneza nije do kraja poznata i najvjerojatnije je multifaktorijska, pri čemu istaknutu ulogu imaju genski, maturacijski, kognitivni, edukacijski i socioekonomski čimbenici. Postoje nekoliko teorija koje objašnjavaju ovaj poremećaj: deficit u brojčanoj reprezentaciji, deficit u računanju, deficiti u numeričkoj memoriji, deficiti radne memorije, te deficiti egzekutivnih funkcija, odnosno međuigra verbalnih i neverbalnih kognitivnih sposobnosti (Butterworth i sur. 2011; Snowling i Hulme 2015).

Terapijski su, u usporedbi s poremećajem čitanja, aritmetičke sposobnosti više ovisne o količini i kvaliteti instrukcije, koja treba biti repetitivna, uz nagrađivanje, preferira se individualna terapija (Kucian i von Aster 2015; Warnke 2011). Terapiju treba započeti što prije, ako se može, i u drugom ili trećem razredu. U liječenju je provjerena metoda specijalna edukacija, ali se primjenjuju i druge metode (npr. fizikalna terapija, senzorna integracija, vizualne metode i drugo). U ovakve je djece često loše samopoštovanje. Korisnije su individualne terapije, a moguće je dodatno primijeniti i posebno dizajnirane kompjutorske igre koje potiču matematičke vještine. Uobičajeno je da u školi nema mogućnosti da se individualizira program s obzirom

na poremećaj aritmetičkih vještina, za razliku od poremećaja čitanja i poremećaja pisanja, međutim, mogu se pokušati mjere ublaživanja ocjenjivanja u odnosu prema školi. Postoji velika šansa da perzistira u odrasloj dobi (Lempp 2014).

43.3. Specifični razvojni poremećaj motoričke koordinacije

DSM-5 ga naziva „developmental coordination disorder”. Ubraja se u specifične razvojne poremećaje i može negativno utjecati na školski uspjeh, kao i na slabo samopoštovanje. Relativno se malo nalazi svjesnost kod roditelja da je zapravo riječ o poremećaju (Kirby i sur. 2014; Polovina i sur. 2007). Poremećaj je dosta čest, naime, prevalencija varira od 5 do 18 % (Snowling i Hulme 2015). Dapače, od okoline se ovaj poremećaj može okarakterizirati kao svojeglavost, pretjeranost, lijenost ili kao provokativno ponašanje (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Karakteriziran je poremećajem motoričkih funkcija i koordinacije koje nisu u skladu s dobi. Dijete može zaostajati u stjecanju kamena temeljaca motoričkog razvoja, kao što su sjedenje, puzanje i hodanje, zakopčavanje gumba na košulji, oblačenje hlača. Osoba je često nespretna u gruboj i finoj motorici, ali nije globalno kognitivno oštećena. Može se manifestirati u oštećenom pisanju, što se može vidjeti u crtežima i grafomotorici ili u učestalom ispadanju stvari iz ruku (Smits-Englesman i sur. 2001; Vaivre-Douret 2014; Van Waelvelde i sur. 2004). Interferira sa svakodnevnim aktivnostima ili školskim zadacima. Često su ovakva djeca nespretna u sportu ili igrama. Pogrešno se misli da će djeca tijekom

odrastanja „nadrasti“ ovaj problem. Nekada se za ovaj sindrom rabila dijagnoza minimalne cerebralne disfunkcije ili „djeca organičari“, međutim, danas se ovi termini smatraju zastarjeli (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Motorno oštećenje ne može biti objašnjeno drugim medicinskim stanjima, kao npr. cerebralnom paralizom, mišićnom distrofijom ili drugim neuromuskularnim bolestima, autizmom ili intelektualnim teškoćama. Ovaj je poremećaj često u **komorbiditetu** s drugim poremećajima razvoja, kao i s poremećajima ponašanja i hiperkinetskim poremećajem.

Češće je pojavljuje u dječaka (2 prema 1). Obično se ne dijagnosticira prije pete godine života (Blank 2012; Blank i sur. 2019). Etiopatogeneza nije poznata, smatra se da ulogu mogu imati organski, maturacijski, perceptivni uzroci (npr. vizualna percepcija), nedovoljna integracija senzomotorike ili spacijalno-temporalne sposobnosti (Vaivre-Douret 2014). Rizični čimbenici mogu biti prematurnost, hipoksija, perinatalna malnutricija, mala porođajna masa. Od neuroanatomskih regija smatra se da ulogu mogu imati lezije parijetalnog režnja. Mogu biti prisutni različiti „soft“ neurološki znakovi. Klinički se odstupanja zapažaju vrlo rano u razvoju, između druge i četvrte godine, nespretnost se zapaža gotovo u svim aktivnostima koje zahtijevaju koordinaciju.

Potrebna je što ranija **dijagnostika** radi primjene terapije. Koristimo se uobičajeno anamnezom, heteroanamnezom, opservacijom te somatskim i neurološkim pregledom (Kirby i sur. 2014). U dijagnostici možemo primjenjivati instrumente za motornu koordinaciju i druge testove (Laing i sur. 2002; Blank 2012). U dijagnostiku i terapiju trebaju biti uključeni različiti stručnjaci: dječji psihijatri, pedijatri, neurolozi, fizioterapeuti, radni terapeuti, edukatori rehabilitatori i drugi stručnjaci. Diferencijalnodijagnostički, treba ga razlikovati od poremećaja koordinacije kod IT-a, te od drugih neuroloških stanja.

U liječenju se primjenjuju perceptivno-motorički trening (uključujući i vizualnu komponentu), neurofiziološke tehnike vježbanja za motornu disfunkciju, modificirane fizikalne terapije, terapija jahanjem, psihijatrijsko i pedijatrijsko praćenje i drugo (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Dobra suradnja s roditeljima također je vrlo važna.

43.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Kod specifičnih razvojnih poremećaja školskih vještina (poremećaj čitanja, poremećaj pisanja, poremećaj aritmetičkih vještina) ne radi se o tome da su djeca lijena, nemotivirana ili indiferentna prema školi. Nije također ni riječ o nekim tzv. razvojnim smetnjama koje će s vremenom proći.
- ✓ Roditelji moraju prihvatiti činjenicu da je riječ o specifičnom i izoliranom poremećaju određene školske vještine (ili postoji njihova kombinacija) i da dijete nije krivo za to. Ovdje su posrijedi dobro definirani poremećaji.
- ✓ Specifični poremećaji školskih vještina uspješno se liječe, a po mogućnosti terapeuti ne bi trebali biti iz kruga prijatelja roditelja.
- ✓ Roditelji mogu sudjelovati u grupama roditelja oboljelih od specifičnih poremećaja školskih vještina, koje im mogu pomoći u prihvatanju djetetovih poteškoća, ali i u osnaživanju pozitivnih sposobnosti djeteta.
- ✓ Kod specifičnog poremećaja motoričkih vještina riječ je o definiranom poremećaju, koji je često neprepoznat i vjerojatno ima neurobiološku osnovu. U pristupu djetetu, potrebna je oscilacija između pomoći djetetu, ali i omogućivanje djetetu da bude samostalni.
- ✓ Roditelji također trebaju biti u ulozi zaštitnika djece u školi jer je riječ o poremećajima koji dulje traju.
- ✓ Preporučuje se da škola pokuša individualizirati školski program na način da prihvati nedostatke djece sa specifičnim razvojnim školskim poteškoćama, kao i sa specifičnim poremećajem motorike.
- ✓ Potrebna je strpljivost roditelja i nastavnika jer je pri ovim poremećajima često riječ o kroničnim stanjima. Treba mnogo puta naglašavati pozitivne osobine ovakve djece, kao i to da je multidisciplinarna terapija (terapija kod različitih stručnjaka) često dugotrajnija.
- ✓ Suradnja s roditeljima i školom bit će od iznimne važnosti.

43.5. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** U kojoj dobi postavljamo dijagnozu poremećaja školskih vještina i poremećaja motoričkih vještina?

ODGOVOR: Najčešće se poremećaji školskih vještina dijagnosticiraju početkom djetetova dolaska u školu. Međutim, moguće je da su i već u predškolsko vrijeme naznake tih poremećaja bili prisutni. U nekim se slučajevima može dogoditi da se previde poremećaji u početnim razredima škole, te da se otkriju tek naknadno, kad djeca već postanu tjeskobna sa somatizacijama, školskom socijalnom fobijom ili depresijom. Poremećaj specifičnih motoričkih vještina ne treba dijagnosticirati prije pete godine života.

■ **PITANJE:** Koji su principi liječenja poremećaja čitanja?

ODGOVOR: Terapiju treba primijeniti što prije, ako je moguće i u drugom razredu osnovne škole, preferiraju se individualne terapije. Temeljni tretman disleksije u užemu smislu sastoji se u izravnoj instrukciji čitanja (izgovaranja i pisanja). Takva se instrukcija smatra multisenzoričkom. Obično se primjenjuju metode treninga fonološke svjesnosti i fonička instrukcija, kao i učenje o slovima. Terapija jezičnog razumijevanja je zahtjevnija, a primjenjuju se trening kompleksnijih jezičnih vještina, npr. jezično zaključivanje (*inference making*), trening vizualiziranja, instrukcija većeg vokabulara ili druge terapije, koje uključuju i pisani i oralni jezik (govor). U djece s obama poremećajima pri čitanju (disleksija u užem smislu i poremećaj jezičnog razumijevanja) terapija je kombinacija prije navedenih metoda.

■ **PITANJE:** Kakva je uloga roditelja u liječenju djece sa specifičnim poremećajima školskih vještina?

ODGOVOR: Suradnja s roditeljima i školom bit će od iznimne važnosti. Često će roditelji zbog djetetova poremećaja morati dodatno pomagati djetetu u njegovim zadaćama. Roditelji se zbog tog razloga mogu osjećati iscrpljeno i usamljeno. Katkada će roditeljima biti olakšanje, ako se djetetu ponudi prikladna terapija, jer oni neće sami morati više biti toliko usmjereni na zadaće i školu.

■ **PITANJE:** Kakva je uloga škole pri liječenju djece sa specifičnim poremećajima školskih vještina?

ODGOVOR: Suradnja sa školom važna je odrednica u terapiji. Često će tijekom čitavog školovanja biti potrebno provoditi liječenje koje će olakšati školovanje i adaptaciju u školi. Mnogo puta bit će dovoljno da se

djetetu osigura individualizirani pristup u školi ili asistent u nastavi. Ako dijete doživi razumijevanje u školi za svoje probleme, lakše će se prilagoditi zahtjevima škole, bit će manje neuspješno, djetetovo će samopouzdanje biti bolje, stimulirat će se socijalizacija i prihvatanje različitosti.

■ **PITANJE:** Koji su mogući komorbiditeti poremećaja čitanja, poremećaja pisanja i poremećaja aritmetičkih vještina, kao i poremećaja specifičnih motoričkih vještina?

ODGOVOR: Moguća je kombinacija poremećaja unutar poremećaja školskih vještina, dakle npr. čest je komorbiditet poremećaja čitanja i poremećaja pisanja. Također je moguć komorbiditet s poremećajima jezika i govora ako se oni nastave u školsku dob, kao i s poremećajem motoričkih vještina. Dodatni je komorbiditet moguć s hiperkinetskim sindromom te s depresijom ili emocionalnim poremećajima.

43.6. Pitanja

- 1 Koje poremećaje ubrajamo u specifične razvojne poremećaje školskih vještina?
- 2 Opišite kliničku sliku i terapiju poremećaja čitanja.
- 3 Opišite kliničku sliku i terapiju poremećaja pisanja.
- 4 Opišite kliničku sliku i terapiju poremećaja aritmetičkih vještina.
- 5 Opišite kliničku sliku i terapiju specifičnoga razvojnog poremećaja koordinacije motorike.
- 6 Navedite sažetu etiopatogenezu poremećaja čitanja.
- 7 Navedite moguće komorbiditete poremećaja čitanja, poremećaja pisanja i poremećaja aritmetičkih vještina, kao i poremećaja specifičnih motoričkih vještina.

43.7. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
2. *Ayers AJ*. Sensory Integration and Praxis Tests. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1989.
3. *Begovac I, Majić G, Vidović V*. Poremećaj psihološkog razvoja. U: *Barišić N*, ur. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 739-744.

4. *Blank R.* Information for parents and teachers on the European Academy for Childhood Disability (EACD) recommendations on developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol* 2012; 54(11):e8-9.
5. *Blank R, Barnett AL, Cairney J i sur.* International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol* 2019;61(3):242-285.
6. *Brannigan GG, Decker SL.* Priručnik za Bender vizualno-motorički geštalt test. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
7. *Bruininks BD, Bruininks RH.* Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency. 2. izd. (BOT-2). Circle Pines, MN: AGS Publishing; 2005.
8. *Butterworth B, Varma S, Laurillard D.* Dyscalculia: from brain to education. *Science* 2011; 27;332(6033):1049-53.
9. *Demonet JF, Taylor MJ, Chaix Y.* Developmental dyslexia. *Lancet* 2004;1;363(9419):1451-60.
10. *Dewey D, Crawford SG, Kaplan BJ.* Clinical importance of parent rating of everyday cognitive abilities in children with learning and attention problems. *J Learn Disabil* 2003;36(1):87-95.
11. *Doehla D, Heim S.* Developmental Dyslexia and Dysgraphia: What can We Learn from the One About the Other? *Front Psychol* 2016; 6:2045.
12. *Duff FJ, Clarke PJ.* Practitioner Review: Reading disorders: what are the effective interventions and how should they be implemented and evaluated? *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52(1):3-12.
13. *Grigorenko EL.* Learning disabilities. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 443-450.
14. *Handler SM, Fierson WM.* Learning disabilities, dyslexia, and vision. *Pediatrics* 2011; 127(3):e818-56.
15. *Henderson S, Sugden D, Barnett A.* Movement assessment battery for children. 2 izd, Examiner's manual. London: Harcourt Assessment; 2007.
16. *Hulme C, Snowling MJ.* The interface between spoken and written language: developmental disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2013;369(1634):20120395.
17. *Kirby A, Sugden D, Purcell C.* Diagnosing developmental coordination disorders. *Arch Dis Child* 2014; 99(3):292-6.
18. *Kucian K, von Aster M.* Developmental dyscalculia. *Eur J Pediatr* 2015;174(1):1-13.
19. *Lagae L.* Learning disabilities: definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. *Pediatr Clin North Am* 2008; 55(6):1259-68.
20. *Laing GJ, Law J, Levin A i sur.* Evaluation of a structured test and a parent led method for screening for speech and language problems: prospective population based study. *BMJ* 2002;16;325(7373):1152.
21. *Lempp T.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
22. *Lewis M.* *Child and Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
23. *Lundberg I.* Early precursors and enabling skills of reading acquisition. *Scand J Psychol* 2009; 50(6):611-6.
24. *Mailloux Z.* An overview of sensory integration and praxis tests. *Am J Occup Ther* 1990; 44: 589-594.
25. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
26. *Perona K, Plante E, Vance R.* Diagnostic accuracy of the structured photographic expressive language test: third edition (SPELT-3). *Lang Speech Hear Serv Sch* 2005;36(2):103-15.
27. *Polovina A, Polovina Prološić T, Polovina S.* Razvojni poremećaj koordinacije- neprepoznati poremećaj svugdje oko nas. *Fiz Rehabil med* 2007; 22(3-4):163-172.
28. *Rubinsten O, Henik A.* Developmental dyscalculia: heterogeneity might not mean different mechanisms. *Trends Cogn Sci* 2009;13(2):92-9.
29. *Silver LB.* The secondary emotional, social, and family problems found with children and adolescents with learning disabilities. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1993;2:295-308.
30. *Smits-Englesman BC, Niemeijer AS, van Galen GP.* Fine motor deficiencies in children diagnosed as DCD based on poor grapho-motor ability. *Hum Mov Sci* 2001;20(1-2): 161-82.
31. *Snowling MJ, Hulme C.* Annual research review: the nature and classification of reading disorders--a commentary on proposals for DSM-5. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(5):593-607.(a)
32. *Snowling MJ, Hulme C.* Disorders of reading mathematical and motor development. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur.,ur. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Sixth edition. Wiley & Sons; the Atrium; 2015, str. 702-718.
33. *Snowling MJ, Hulme C.* Evidence-based interventions for reading and language difficulties: creating a virtuous circle. *Br J Educ Psychol* 2011;81(Pt 1):1-23.
34. *Snowling MJ, Hulme C.* Interventions for children's language and literacy difficulties. *Int J Lang Commun Disord* 2012;47(1):27-34.(b)
35. *Stothard SE, Snowling MJ, Clarke PJ i sur.* *York Assessment of Reading and Comprehension: Secondary Edition*. London, UK: GL Assessment; 2010.
36. *Vaivre-Douret L.* Developmental coordination disorders: state of art. *Neurophysiol Clin* 2014; 44(1):13-23.
37. *Van Hoorn JF, Maathuis CG, Hadders-Algra M.* Neural correlates of paediatric dysgraphia. *Dev Med Child Neurol* 2013; 55 Suppl 4:65-8.
38. *Van Waelvelde H, De Weerd W, De Cock P i sur.* Association between visual perceptual deficits and motor deficits in children with developmental coordination disorder. *Dev Med Child Neurol* 2004; 46(10):661-6.
39. *Volkmar FR, Martin A.* *Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
40. *Warnke A.* Umschriebene Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen). U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 142-156.
41. *Wechsler D.* *WISC-IV Priručnik za primjenu i bodovanje*. Ur. hrv. izd.: Krunoslav Matešić. Jastrebarsko: Naklada Slap.
42. *Wilson BN, Crawford SG.* *The Developmental Coordination Disorder Questionnaire 2007/2012*. Dostupno na: <http://www.dcd.ca>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
43. *World Health Organization.* *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.

Koncept neuroze, disocijativni i somatizacijski poremećaji sa psihoanalitičkog stajališta

Ivan Begovac

SADRŽAJ

44.1. Uvod, koncept neuroze, disocijativni i somatizacijski poremećaji	596
44.1.1. Klinička vinjeta	599
44.2. Koncept histerije	599
44.2.1. Uvodni aspekti	599
44.2.2. Klinička slika i psihodinamika histerije	599
44.2.2.1. Kliničke vinjete	600
44.2.2.2. Primjeri iz literature	601
44.3. Opći psihoanalitički aspekti psihoterapije	601
44.4. Upute na roditelje/nastavnike	601
44.6. Često postavljena pitanja	602
44.5. Pitanja	603
44.7. Literatura	603

44.1. Uvod, koncept neuroze, disocijativni i somatizacijski poremećaji

Danas se termini **histerija**, **neuroza** i **konverzija** uporabljaju u sličnom smislu. Sam termin histerija u povijesti medicine imao je mnoga značenja. Danas pod općim terminom **histerija** razumijevamo osobu s različitim ponašajnim manifestacijama na način da se zapravo nesvjesno ponaša (manifestira) drukčijom nego što ona zapravo jest (Peters 1990). Promijenjeno ponašanje prema van psihoanalitičari objašnjavaju time da iza ove, vanjske manifestacije postoji neurotski intrapsihički konflikt (Peters 1990). Prije rabljen naziv **histerija** danas podrazumijeva **disocijativne i somatizacijske poremećaje** (tzv. **konverzivna histerija**), kao i histrionički poremećaj ličnosti (nekada se to nazivalo različitim imenima: npr. **histerična karakterna neuroza**, v. posebno poglavlje 65 o poremećajima ličnosti). Sličnosti i razlike klasifikacijskog sustava MKB-10 i DSM-5 u odnosu na konverzivni poremećaj su opisani u poglavlju 45, odnosno u odjeljku 45.1. Sam termin **konverzija** definira se kao događaj kojim nastaju histerični simptomi. Jedan se psihički konflikt **konvertira** (**pretvara**) u tjelesne simptome (Peters 1990). Termin **neuroza** također je u povijesti medicine imao različita značenja. Danas pod terminom **neuroze** psihoanalitičari smatraju da je riječ o **psihogeno uzrokovanim poremećajima**, kada postoji simbolički izraz putem simptoma, a posljedica je intrapsihičkih konflikata koji su nesvjesni. Postoji daljnja podjela na različite oblike neuroza, npr. klasične neuroze itd. (v. poslije u tekstu) (Peters 1990). Koncept „**neuroze**“ danas je izostavljen iz klasifikacija jer je implicirao etiološko objašnjenje i sličnu psihopatogenezu. Međutim, kod psihodinamski orijentiranih stručnjaka taj se koncept i dalje upotrebljava i zaslužuje pažnju (Kuechenhoff i Ahrens 2002(a)).

Na **slici 44.1.** sumarno je prikazan koncept somatizacije, kao i koncept konverzije.

Slično ovome, na **slici 44.2.** sumarno je prikazan **koncept konverzivnog događanja**, gdje je važno zamijetiti da se psihoterapija definira kao dešifriranje primarnih konflikata.

Slike 44.1. i **44.2** se također mogu usporediti sa slikom 78.1 u posebnom poglavlju 78 o snovima kod djece. Navedene slike usporedi sa slikom 56.2. i slikom 57.1. (v. posebna poglavlja 56 i 57 o anksioznim poremećajima, te o opsesivno kompulzivnom poremećaju). Koncept „**neuroze**“ uključuje tri elementa: 1. **psihički**

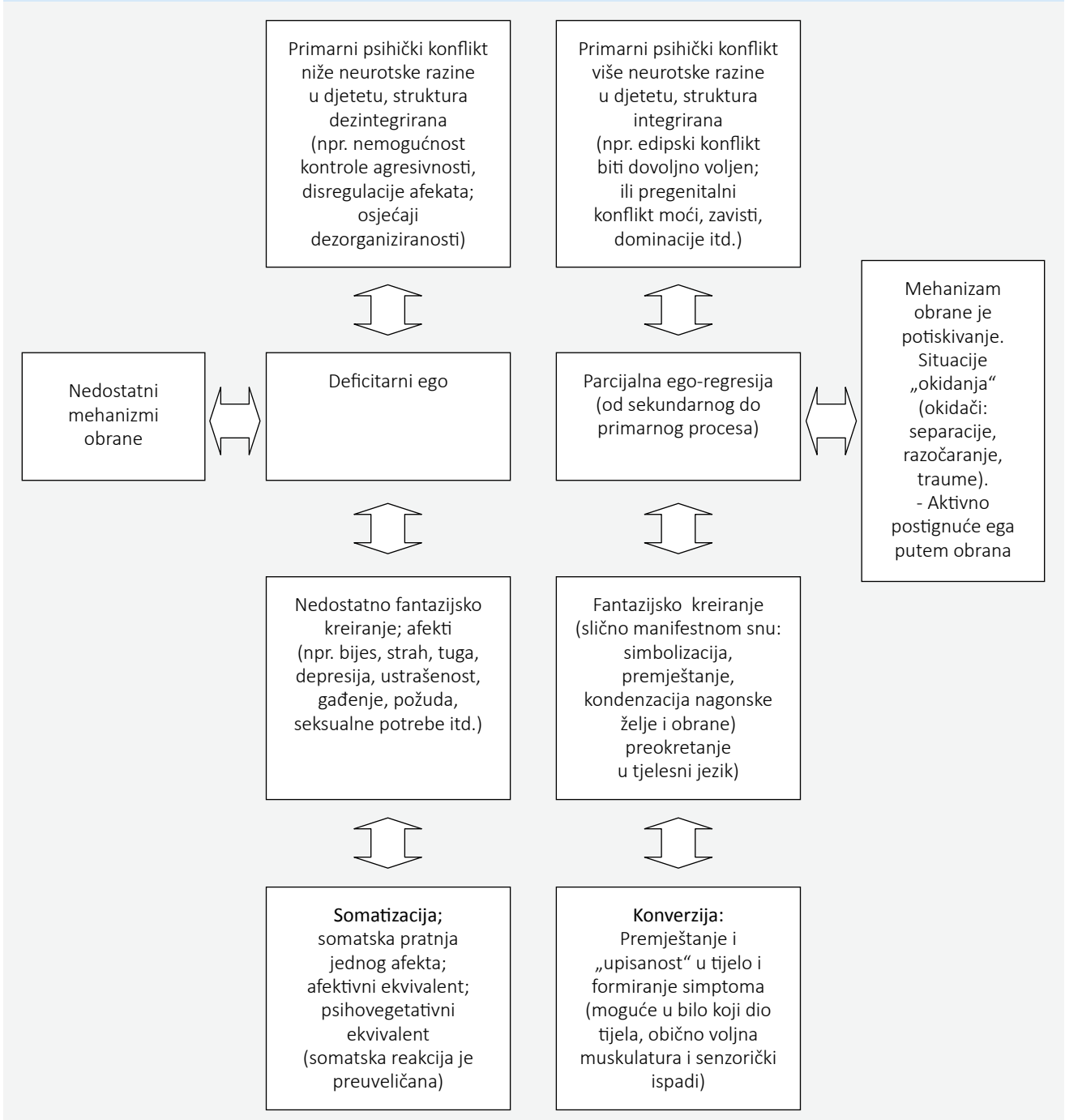
konflikt s kojim se osoba teško može nositi; 2. zbog neriješenog konflikta osoba rabi različite **obrane** da bi potisnula konflikt u „nesvjesno“; i konačno 3. kao rezultat stvara se **simptom** kao kompromisna tvorevina. Da bi se omogućio ovaj model, potrebno je ispunjenje sljedećih preduvjeta: 1. pretpostavka **psihičkog konflikta**; konflikt mora biti vrlo intenzivan. Psihoanalitička razvojna psihologija pokazala je da postoji niz tipičnih konflikata koji nastaju u djetinjstvu. 2. Pretpostavka očuvane **psihičke strukture** ličnosti; u ovome odlučujuću ulogu ima ego snaga, jer je stvaranje konflikta i određeno postignuće i aktivnost ega; posljedično dolazi do parcijalne ego-regresije, odnosno prijelaza od sekundarnog do primarnog procesa. U tom je procesu važna uloga fantazije, procesi simbolizacije, premještanja, kondenzacije nagonskih želja i obrana, kao i premještanje u tjelesno (tako se npr. nešto simbolizira ili kondenzira u tjelesni simptom); 3. kriteriji **izbora simptoma i organa**: ovdje vjerojatno ulogu imaju ego, ali i drugi somatski i genski čimbenici (Bürgin 1993; Kuechenhoff i Ahrens 2002(a)). Simptom konverzije ima prije opisanu intrapsihičku dinamiku, ali i komunikativni (interpersonalni) karakter (Bürgin 1993). Na početku je uglavnom riječ o funkcionalnim smetnjama (bez patoanatomskog supstrata), no s vremenom može nastati sekundarno oštećenje organa u obliku kontrakcija i atrofije.

Izbor organa pri konverziji može biti putem analogije (poistovjećivanje npr. glave i penisa); zatim uz asocijativno povezivanje scena i organa (npr. fantazije penetracije manifestiraju se bolovima u trbuhu ili križima); izbor organa koji je imao posebno značenje u razvoju u djetinjstvu; izbor organa kroz mogućnosti funkcije (npr. otvori na tijelu povezuju se sa percepcijom, a ne toliko s motoričkim funkcijama); izbor organa kroz kondicioniranje – organ je izabran radi ranije fiksacije; izbor organa može biti temeljen na prisutnim somatskim bolestima (ovdje je riječ o sekundarnoj konverziji npr. tzv. histero-epilepsije); te konačno, izbor organa radi promatranja drugih u okolini koji imaju sličan poremećaj (epi napadaji, paralize) (Bürgin 1993). Konverzija u pojedini organ traži labilnu ravnotežu s obzirom na izabrani organ, tako da nije neuobičajeno da se konverzivni simptomi mijenjaju tijekom vremena (Kuechenhoff i Ahrens 2002(b)). Preko ovog se modela mogu objasniti **klasične neuroze**, a to su histerija, depresija, fobije i opsesivno-kompulzivni poremećaj o kojima će biti pisano u posebnim poglavljima. Spomenutim se modelom ne

Slika 44.1.

Shema psihoanalitičkog modela razvoja somatizacije i konverzije.

Modificirano prema Bürgin 1993; Ermann 2007; Kuechenhoff i Ahrens 2002(a).



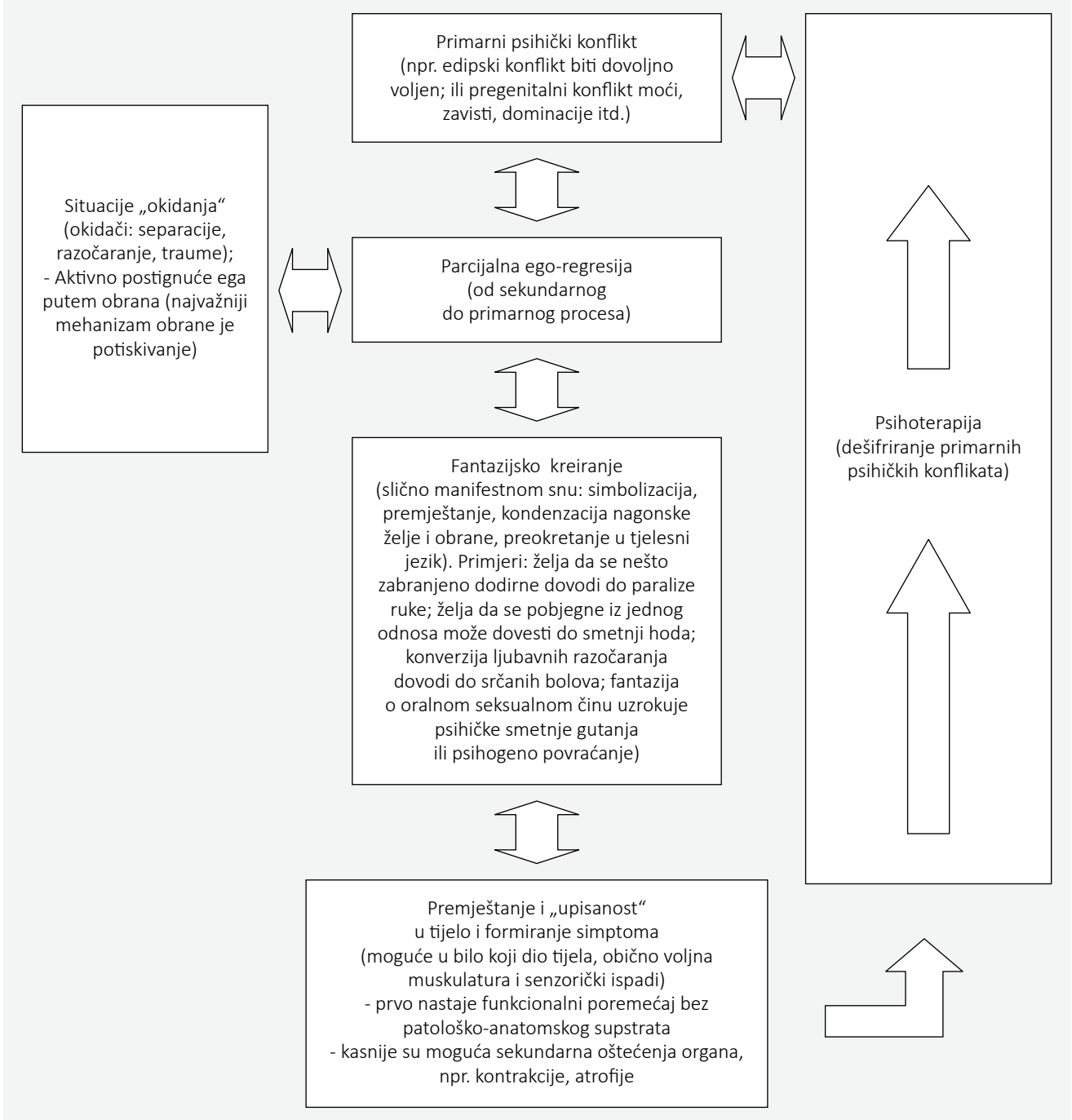
moгу objasniti poremećaji s difuznom anksioznosti (generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj) (njem. *Angstneurosen*), kao ni poremećaji ličnosti, o čemu će također biti riječi u drugim poglavljima.

Kao „okidače“ nastanka konverzije nalazimo teže narcističke povrede (realne ili fantazirane); doživljaje separacije i/ili strahove od gubitka (npr. rastava roditelja, patološko žalovanje nakon smrti jednog roditelja).

Slika 44.2.

Shema modela konverzije. Strelice prema dolje označuju obrambene aktivnosti ega; dok strelica prema gore označuje proces psihoterapije i dešifriranje simptoma.

Modificirano prema Bürgin 1993; Ermann 2007; Kuechenhoff i Ahrens 2002(a).



lja), konflikte separacije u adolescenata s osjećajima krivnje; teške agresivne konflikte (s masivnim osjećajima krivnje); traumatska doživljavanja (npr. prometne nesreće, ratna događanja), seksualne (realne ili fantazi-

rane) situacije zavođenja i seksualna traumatiziranja (incest). Pokatkad u adolescenata naoko mali „okidač“ može izazvati masivne konverzivne simptome. Moguće su i **epidemije konverzivnih napadaja** u razredima

nakon promatranja epileptičkog napadaja (Bürgin 1993), pokatkad nazvane **masovnom histerijom**, kada primjerice više učenika dobije iste nagle motoričke poremećaje u obliku tikova (Mink 2013).

44.1.1. Klinička vinjeta

Ovdje se navodi primjer iz prakse i situacija u kojoj jedna adolescentica s konverzivnim simptomima tremora nogu i otežanim hodom dolazi na stacionarno liječenje na dječju psihijatriju. Isti dan druge dvije pacijentice na odjelu također razvijaju simptom tremora nogu, slično njoj. Jedna od njih postavlja pitanje: „Zašto ova nova pacijentica može imati invalidska kolica za kretanje, a meni to niste omogućili?“, jer je ta, „nova pacijentica“ zaista imala samo kratko vrijeme na raspolaganju invalidska kolica kao mogućnost za kretanje. Kod ovih, drugih adolescentica zrcale se osjećaji zavisti, ljubomore, rivaliteta, te posljedična imitacija i identifikacija.

44.2. Koncept histerije

44.2.1. Uvodni aspekti

Kao možda ni kod jednog drugog poremećaja u psihijatriji kod histerije je riječ o jednom nejasnom, višeslojnom, ali i zagonetnom i fascinantnom području (Heinemann i Hopf 2015; Sassenberg i Ahrens 2002). Postoji određena nozološka neujednačenost i nejasnoća, ali i različitost simptomatologije, koja povremeno ovisi i o vremenskoj epohi i o sociokulturalnim okolnostima. Primjerice, u vrijeme Charcota i Freuda, čini se, dominirale su kliničke slike u voljnoj muskulaturi i senzoričkom sustavu, dok su danas češće prisutni poremećaji probavnoga trakta i krvožilnog sustava (Sassenberg i Ahrens 2002). Freud je histeriji oduzeo „njezinu tajanstvenu auru“ (Green 1982) i definirao i danas važeći **model konverzije** (Freud 1894/1964), koji se odnosi na već spomenuti **koncept neuroze i koncept histerije**. Naime, Freud (1894/1964) je postulirao da se fantazijski sadržaji preko **mehanizama obrane potiskuju**, njihov energijski i libidinozni potencijal pretvara se u somatsko, nagonska konfliktna konstelacija zagonetno se manifestira u izboru organa i u formiranju simptoma. Dakle, tjelesni simptom na simbolički način predočuje psihički konflikt kao jedan oblik izražavanja. Model konverzije kod histerije može uključivati niz kontinuuma, npr. može se odnositi na edipsku razinu (razvijenija razina), ali i na pregenitalnu (arhaičniju razinu, npr. gubitak objekta, i depresivnu razinu) (Green 1982). Postavlja se pitanje postoji

li uopće jedinstvenost histerije ili je riječ o **histeričnom sindromu** (Kuechenhoff i Ahrens 2002(a)) ili pak o **histeričnom modusu reagiranja** (Mentzos 1980).

Histerija se od poremećaja ličnosti (histrionski poremećaj ličnosti; tzv. karakterne neuroze) razlikuje po tome što kod ovih, zadnjih nedostaje jedan vodeći psihički ili somatski simptom. Više će o histrionskom poremećaju ličnosti biti riječi u poglavlju o poremećajima ličnosti.

44.2.2. Klinička slika i psihodinamika histerije

Osim disocijativnih i somatizacijskih simptoma, nalazimo i histerične karakterne crte u obliku hiperemocionalnosti sve do stanja uzbuđenosti (histerični napadaj), sklonosti dramtiziranju, izraženog agiranja, lagane podražljivosti, sklonosti prema regresiji ili prema dnevnim sanjarenjima. Sljedeća je karakteristika egocentričnost, potreba da budu u središtu pažnje kroz teatralnu ekspanziju ili dramsko samoprikazivanje uz ekstremnu potrebu za emocionalnom blizinom, uz manjak kontrole afekata, labilnost, iritabilnost, pretjerane reakcije na male frustracije; visoka emocionalna osjetljivost, sugestibilnost, sklonost identifikaciji s drugima; spremnost da se odnosi erotiziraju ili seksualiziraju uz usporedne seksualne strahove (Bürgin 1993; Heinemann i Hopf 2015). Histerija može uključivati i seksualne poremećaje, frigidnost do anorgazmije, hiperseksualnost (donhuanizam, nimfomanija) kao i izraženo seksualizirano ponašanje (erotomanija) (Sassenberg i Ahrens 2002).

Konverzivni simptomi upućuju na simboličko značenje koje je nesvjesno i nije izraz simulacije (svjesnog pretvaranja). Nikako ne bi trebalo reći da pacijent svjesno „nešto glumi“. Relativno tipični protuprijenosni osjećaji jesu da terapeut ima osjećaj „neistinitosti“, i „neuzimanja za ozbiljno“ pacijentovih smetnji, kao i ljutnja da neće doći do željenog uspjeha u liječenju. Psihička dobit od simptoma (primarna dobit) jest u tome što se psihički konflikt energijski parcijalno zadovoljava, dok sekundarnom dobiti nazivamo nesvjesnu dobit od okoline (pažnja drugih).

Jedno od najvažnijih obilježja psihodinamike kod **histeričnog modusa** (Heinemann i Hopf 2015; Mentzos 1980) jest pacijentova nesvjesna namjera da nesvjesno manipulira vlastitim self-reprezentacijama u smislu „**preobražavanja u suprotno**“ na način da se doživljava drukčije nego što jest, odnosno da se drukčije prikazuje drugima (prije svega zbog strogog i promatrajućeg superega). I **konverzivni preobražaj iz**

psihičkog (seksualnog) u tjelesno, kao i disocijacija služe ovom primarnom cilju da se čini drukčijim nego što doista jest. I sama **prekrasna ravnodušnost (*la belle indifférence*)** zapravo je preobraćanje u svoju suprotnost jer iza nje zapravo stoji jedan vrlo intenzivan afekt. **Konverzija u tjelesno** drugi je važan mehanizam koji se može shvatiti kao dio „preobražaja u suprotno“, ali i kao zasebni fenomen. Emocionaliziranje i dramtiziranje služe u smislu potrebe za promjenom slike o sebi, odnosno služe obrani od „istinitog vlastitog“, da bi se prikrio neki drugi afekt. Drugi aspekt dramtiziranja jest da dolazi do rasterećenja superega, kako je prije navedeno. Konačno, treći bi aspekt bio izbjegavanje bolne realnosti i iritirajućih uvida (Sassenberg i Ahrens 2002). U tom se smislu govori o **impresionističkom kognitivnom stilu** (Mentzos 1980). Erotiziranje socijalnih relacija (kao i terapijskog odnosa) smatra se više izrazom traženja objekta i identiteta (traženje reparativnog odnosa s majkom) (Khan 1993) negoli traženja pravog seksualnog partnera (zato se naziva pseudoedipalnim) (Heinemann i Hopf 2015) i to ne treba gubiti iz vida u terapijskom odnosu. Ne čudi stoga da seksualizirano ponašanje često dovede od velike zaljubljenosti i fascinacije do naglog razočaranja. Osnovni se motiv nalazi u gubitcima i separacijama, dakle može biti posrijedi **separacijska problematika** (Sassenberg i Ahrens 2002). Sljedeći centralni mehanizam kod histerije jest **identifikacija** koja dominantno služi tomu da bi se okolina zainteresirala za pacijenta. Temeljni mehanizam obrane jest **potiskivanje** (njem. *die Verdrängung*), a jedan oblik potiskivanja (djelomično potiskivanje) jest i **disocijacija** npr. pri dramtiziranju, kada se manifestira jedan afekt, dok se drugi afekt prikriva (npr. opasnost od gubitka objekta). Poznati fenomen ***la belle indifférence* (prekrasna ravnodušnost)** također govori o disocijaciji, kada pacijenti pokazuju ravnodušnost prema težini somatskih simptoma (npr. oduzetost udova) (Sassenberg i Ahrens 2002).

Može se reći da je histerija povezana s intenzivnim sramom i osjećajima krivnje (npr. edipska krivnja, ali i npr. pregenitalna krivnja s obzirom na separaciju od pregenitalne majke u djevojaka, što može upućivati na sličnost histerije i poremećaje jedenja). Današnji pogled na histeriju uključuje fantazijsku razinu (nema potrebne realne traume u vezi sa seksualnošću), ali je moguća i realna seksualna trauma u anamnezi.

Adolescencija, čini se, potiče histerični modus funkcioniranja radi potrebne (seksualne) autonomije i integracije u odnosu prema primarnim objektima

(Heinemann i Hopf 2015), kao i zbog labilnosti ega (Bürgin 1993). U literaturi nisu rijetki slučajevi koji zapravo govore o ovim intrapsihičkim, ali i kulturalnim konfliktima, kada adolescentičine seksualne potrebe i autonomija nisu u suglasju s obiteljskim i tradicionalnim očekivanjima (histerične kliničke slike u adolescentnih migrantica). Histerija upućuje na određenu intrapsihičku dinamiku, ali je uključena i interpersonalna dinamika. Green (1982) temeljni konflikt kod histerije formulira kao nesposobnost da se nađe ravnoteža između nalaženja novog objekta (partnera, vršnjaka) u odnosu s faličkim značenjem sa zadržavanjem roditeljske objektne ljubavi.

U **tablici 44.1.** sumarno su prikazani konflikti koji mogu sudjelovati u nastanku histerije (histeričnih manifestacija).

Tablica 44.1.

Mogući konflikti kod histerije.

Modificirano prema Hoffmann 1979.

1. edipski konflikt koji traži trijadnu konstelaciju;
2. oralni konflikti ovisnosti, potreba za pasivnom njegovom (majčinom) u dijadnom odnosu;
3. narcistički konflikt samopoštovanja; u tom se smislu može npr. razumjeti dramtiziranje pacijenta da služi stabilizaciji labilne slike o sebi.

Kao što je prije u tekstu navedeno, kod histerije postoji barem nekoliko razina konfliktata (Hoffmann 1979).

44.2.2.1. Kliničke vinjete

Primjer 1. Iz vlastita kliničkog iskustva čini se zapanjujuće da su pojedine adolescentne pacijentice navodile da njihovi dramatični (pseudo)neurološki simptomi nisu toliko važni i „da kako su došli, tako će i otići“. Kroz ovo je vidljiva djelatna „prekrasna ravnodušnost“.

Primjer 2. Adolescentica s 13 godina ima niz disocijativnih i somatizacijskih simptoma. Više puta je bila stacionarno liječena na odjelima oftalmologije i neuropedijatrije. U kliničkoj su slici dominirale smetnje vida (što je danas relativno rijedak simptom) te bolovi u raznim dijelovima tijela, kao i psihička simptomatologija uz dramtiziranje svojih simptoma. Rečenice su tijekom odlaska i dolaska s grupnoterapijske seanse

npr. bile: „Upravo sam se sada popiščila...“, što zrcali konkretističku usmjerenost na vlastito tijelo i njegove funkcije. Tipično, nije mogla pratiti grupnu dinamiku tijekom psihoterapije, pa je nakon što bi dramatično završila s opisom svojih simptoma rekla: „Sad ću se povući u svoju sobu...“. Često su bile prisutne teme sve-moći/nemoći, „sindroma Pepeljuge“ da je zanemarena od svojih roditelja, te naznake Münchhausenova sindroma, jer je preferirala ulogu bolesnika i što dulji ostanak u bolnicama.

44.2.2.2. *Primjeri iz literature*

Primjeri iz literature impresivni su u ovom području. Jedan je od njih Elizabete von R., koju opisuje Freud (1895/1964). Mlada žena u dobi od 24 godine patila je od bolova u natkoljениčnom dijelu nogu, kao i od smetnji hoda. Bila je izložena traumatskim gubitcima. Brinula se za svojeg teško bolesnog oca, ali je istodobno bila erotski povezana s jednim tajnim prijateljem. Kod nje je bio jasan konflikt između (seksualnog) odnosa prema ovom mladiću s obzirom na brigu o teško bolesnom ocu. Stoga se razvija konverzivni simptom bolova i smetnji hoda (preobražaj velike seksualne energije i aktivnosti u „paralizirano tijelo“), odnosno histerični joj modus ne omogućuje relaciju prema novom faličkom objektu (tajni prijatelj).

Bürgin (1993) navodi niz impresivnih primjera smetnji vida i sljepoće. Tako navodi primjer 12-godišnje djevojčice koja je imala niz nerazjašnjenih tjelesnih simptoma: recidivirajuće bolove u trbuhu, različite kožne egzanteme, lagane smetnje motorike obiju nogu, uz intenzivan *la belle indifférence*, glavobolje, kao i akutni gubitak vida. Obiteljska je dinamika upućivala na nerazriješenu simbiozu s vlastitom majkom (pregenitalna dinamika moći i rivaliteta), dok je otac bio nevidljiv. Zanimljivost ovog slučaja jest u tome da se akutni gubitak vida dogodio na stacionarnom dječjem psihijatrijskom odjelu, što je vrlo iritiralo druge adolescente. Kada je ona rekla da ne vidi, neki je dječak, iritiran njezinom rečenicom, ugasio svjetlo u sobi („ako ne vidiš, onda ti i ne treba svjetlo u sobi“), međutim nakon nekoliko minuta ona je konačno došla u zajednički boravak s drugima gledati TV.

44.3. *Opći psihoanalitički aspekti psihoterapije*

U **tablici 44.2.** sažeto su prikazani opći psihoanalitički aspekti psihoterapije.

Tablica 44.2.

Opći principi psihoanalitičkog liječenja kod histerije.

Modificirano prema Bürgin 1993; Heinemann i Hopf 2015; Sassenberg i Ahrens 2002.

Empatija, razumijevanje, dobar terapijski savez

Elaboracija traumatskih elemenata, ako postoje

Fokus na kastrirajućoj agresiji i masivno potisnutim osjećajima srama i krivnje

Interpretacijom i proradom odgonetnuti (dešifrirati) simbolizirani konflikt

Prije svega potrebni su empatija, razumijevanje i prihvaćanje pacijenta. Potrebna je i eventualna elaboracija traumatskih elemenata uz povezivanje s intrapsihičkim konstelacijama. Primjenjuju se intervencije koje će putem interpretacija i prorade odgonetnuti simbolizirani konflikt koji se manifestirao kao nadomjestak za potisnute fantazije zadovoljenja i kažnjavanja. Protuprijenosno postoji snažna uključenost terapeuta u terapijski odnos uz osjećaje fascinacije i zbunjenosti, pa sve do želje terapeuta da ne liječi ovakve pacijente pa to mogu biti prvi dijagnostički znakovi da je riječ o histeriji. Fokus interpretacija i prorade također je moguće usmjeriti prema kastrirajućoj agresiji i masivno potisnutim osjećajima srama i krivnje, što vodi većoj integraciji seksualnosti usmjerene prema novim objektima (Heinemann i Hopf 2015). Umjetnost zavođenja pacijenta povremeno dovodi kod terapeuta do fantazija gubitka granica prema pacijentu (Sassenberg i Ahrens 2002). Green (1982) opisuje pacijente s histerijom: „Žele se manje mijenjati, više su orijentirani prema dobitcima koje imaju od svoje histerije.“ Protuprijenosno su dosta intenzivni osjećaji „neistinitosti“ manifestnih simptoma. Osnovni motivi za liječenje pacijenta jesu gubitci i separacije.

44.4. *Upute na roditelje/nastavnike*

- ✓ Kod disocijativnih i somatizacijskih poremećaja, odnosno kod histeričnih manifestacija (prije nazivani histerijom) nikako nije riječ o simulaciji (svjesnoj i namjernoj proizvodnji simptoma), niti je posrijedi svjesna laž.
- ✓ Ovdje je riječ o nesvjesnim psihološkim mehanizmima koje je tijekom rada s djetetom moguće otkriti i dešifrirati.

- ✓ Potrebno je slušati djecu i adolescente kada opisuju svoje simptome i uvažavati ih.
- ✓ Potrebno je pokušati naći poveznicu između somatskih simptoma i nekih psihičkih čimbenika (npr. traumatskih okolnosti ili intrapsihičkih čimbenika: razočaranje u vršnjake, ljubavni problemi adolescenta, razočaranje u roditelje itd.).
- ✓ Potrebno je adolescente suptilno ohrabrivati u njihovim razvojnim potrebama, npr. podržavanje njihove potrebe za kontaktima s vršnjacima te njihove emocionalne, ljubavne i seksualne potrebe.

44.6. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Koji poremećaji danas čine ono što smo prije nazivali histerijom?

ODGOVOR: Danas ih označujemo kao disocijativne i somatizacijske poremećaje te kao histrionski (histerični) poremećaj ličnosti. To su psihički poremećaji koji su povijesno imali veliku važnost u psihoanalitičkoj praksi i teoriji. Danas se koncept neuroze, konverzije i histerije toliko ne upotrebljava, međutim, u praksi (posebno psihoanalitičkoj) i dalje je vrlo važan.

■ Pitanje: Kakva je uloga traumatskih elemenata pri konverziji?

ODGOVOR: Riječ je o kompleksnom pitanju. S jedne strane, preduvjet konverzije svakako je intrapsihički, u smislu postojanja primarnog psihičkog konflikta, odnosno važnosti fantazijske aktivnosti pojedinca. S druge strane, ne treba zanemariti i vanjske traumatske elemente u anamnezi naših pacijenata, koji obično služe kao „okidači“ intrapsihičkih konflikata. Dakle, ovdje može biti riječ o suptilnom prepletanju unutarnjeg i vanjskog. Dakle, ne treba biti isključiv, u smislu „ili – ili“, nego treba integrativno gledati povijest naših pacijenata, gdje može postojati isprepletanje intrapsihičkih elemenata, kao i traumatskih doživljavanja u smislu „i – i“.

■ PITANJE: Kakva je psihodinamika i razina konflikta kod „klasičnih neuroza“?

ODGOVOR: Pod „klasičnim neurozama“ podrazumijevamo histeriju (disocijativne i somatizacijske poremećaje), fobije, OKP te neke oblike depresije (tzv. depresivna neuroza). Kod ovih poremećaja može sre-

dišnji čimbenik biti model konverzije psihičke energije u različite simptome. Za razliku od toga, postoje drugi mehanizmi kod difuzne anksioznosti (generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj), gdje nedostaje dovoljno ego struktura i gdje se pojavljuje preplavljujuća anksioznost. Kod histerije ipak pretpostavljamo „razvijenije konflikte“, u smislu edipskih konflikata, ljubavnih razočaranja, problema sa seksualnosti, problema u vršnjačkim i interpersonalnim odnosima, nego je riječ o poremećaju „dublje“ strukture. S tim je povezana i simbolizacija ovih konflikata, kao naprednije ego postignuće.

■ PITANJE: Zašto je adolescencija posebno pogodna za model konverzije?

ODGOVOR: Adolescencija je razvojno razdoblje u kojemu dolazi do stabilizacije doživljaja sebe i daljnog učvršćivanja vlastite strukture ličnosti. Važni su intrapsihički procesi, ali i utjecaj okoline. Povećana je sklonost konverzivnim reakcijama zbog labilne ego strukture, izrazito jakih nagonskih konflikata, procesa individuacije i autonomije, triangularizacije, kao i procesa imitacije i identifikacije s okolinom. Ovi konverzivni procesi mogu biti razvojno prolazni simptomi i obično su kombinirani s drugim simptomima u adolescenata.

■ Pitanje: Zašto su histerični simptomi češći u djevojaka nego u dječaka?

ODGOVOR: Čini se da ovdje ulogu imaju razvojni čimbenici. Djevojke na drukčiji način prolaze kroz proces individuacije i autonomije od svoje primarne figure – majke jer se veza majka – kći čini više simbiotski prožeta (v. poglavlja 4 i 8 o razvoju). Uloga cijelog tijela ovdje je također naglašena. Slična psihodinamika objašnjava i veću pojavu poremećaja jedenja u djevojaka u usporedbi s dječacima.

■ Pitanje: Opišite fenomen „la belle indifferenc“.

ODGOVOR: Danas pojedini autori govore o nespecifičnosti tog fenomena, ali se ipak smatra da zavređuje pozornost. Riječ je dakle o disocijaciji osjećaja (nema zabrinutosti) u odnosu prema dramatičnom somatskom simptomu. Adolescentice se uopće ne osvrću na svoje tjelesne simptome u smislu „kako je došlo, tako će i otići“ ili „pa, doktore, ne zabrinjava me to uopće“, što u liječnicima pobuđuje osjećaj čuđenja.

■ Pitanje: Što označuje pojam primarne i sekundarne dobiti od konverzivnog simptoma?

ODGOVOR: Psihička dobit od simptoma (primarna dobit) nalazi se u tome da se psihički konflikt energij-

ski parcijalno zadovoljava, dok sekundarnom dobiti nazivamo nesvjesnu dobit od okoline (pažnja drugih).

■ **Pitanje: Što označuje simboličko značenje simptoma pri konverziji i koji su principi psihoanalitičkog liječenja?**

ODGOVOR: Simboličko značenje simptoma pri konverziji označuje intenzivnu aktivnost ega u smislu uloge fantazije. Ovdje su na djelu procesi slični kao pri radu sna. Slično manifestnom snu na djelu su sljedeći mehanizmi: simbolizacija, premještanje, kondenzacija nagonske želje i obrane te preokretanje u tjelesni jezik. Primjeri: želja da se nešto zabranjeno dodirne dovodi do paralize ruke; želja da se pobjegne iz jednog odnosa može uzrokovati smetnje hoda; konverzija ljubavnih razočaranja uzrokuje srčane bolove; fantazija o oralnom seksualnom činu uzrokuje psihičke smetnje gutanja ili psihogeno povraćanje. U terapijskom je smislu stoga važno dešifrirati ovo simboličko značenje, što terapeutu može dati osjećaj fascinacije bogatstvom psihičkog života naših pacijenata. Najčešće je riječ o dugotrajnim terapijama, gdje se primjenjuju različite psihoanalitičke metode: empatija, razumijevanje, rad na traumatskim elementima, ali i interpretacije prijenosnih odnosa.

44.5. Pitanja

- 1 Kako se danas zovu poremećaji koje smo prije nazivali histerijom?
- 2 Navedite koje elemente uključuje psihoanalitički pojam neuroze (konverzije).
- 3 Koji su sve razlozi izbora organa pri konverziji?
- 4 Koji su „okidači“ nastanka konverzije?
- 5 Opišite fenomen „la belle indifference“.
- 6 Što označuje simboličko značenje simptoma pri konverziji?
- 7 Koji sve konflikti mogu postojati kod histerije i koji bi bio dominantni konflikt?
- 8 Koji su opći psihoanalitički principi liječenja konverzije?

44.7. LITERATURA

1. *Bürgin D.* Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
2. *Ermann M.* Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
3. *Freud S.* Die Abwehr- Neuropsychosen. GW Bd 1. Frankfurt: Fischer; 1894/1964.
4. *Freud S.* Studien ueber Hysterie (zus. mit Breuer J). GW Bd. 1 Frankfurt: Fischer; 1895/1964.
5. *Green A, Die Hysterie.* U: Eicke D, ur. Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. II Freud und die Folgen (1). Weinheim, Basel: Beltz; 1982, str. 623-51.
6. *Heinemann E, Hopf H.* Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2015.
7. *Hoffmann SO.* Charakter und Neurose. Frankfurt: Suhrkamp; 1979.
8. *Khan MM.* Erfahrungen im Moeglichkeitsraum. Frankfurt: Surhkamp; 1993.
9. *Kuechenhoff J, Ahrens S.* Neurotische Stoerungen- Modellvorstellungen. U: Ahrens S, Schneider W, ur. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizinin 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 239- 241.(a)
10. *Kuechenhoff J, Ahrens S.* Somatoforme autonome Funktionsstoerungen- Modellvorstellungen. U: Ahrens S, Schneider W, ur. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizinin 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 336- 340.(b)
11. *Mentzos S.* Hysterie. München: Kindler; 1980.
12. *Mink JW.* Conversion disorder and mass psychogenic illness in child neurology. Ann N Y Acad Sci 2013;1304 (1):40-4.
13. *Peters UH.* Woerterbuch der Psychiatrie und medizininischen Psychologie. 4. izd. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1990.
14. *Sassenberg U, Ahrens S.* Hysterie. U: Ahrens S, Schneider W, ur. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizinin 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 241- 248.

Disocijativni poremećaji s tjelesnim simptomima i disocijativni poremećaji svjesnosti

Ivan Begovac

SADRŽAJ

45.1. Uvod, klasifikacije	605
45.2. Disocijativni poremećaji s tjelesnim simptomima	605
45.2.1. Definicija, klinička slika	605
45.2.2. Prevalencija	607
45.2.3. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	607
45.2.4. Etiopatogeneza	610
45.2.5. Kliničke vinjete	613
45.2.6. Terapija	613
45.2.7. Ishodi	615
45.3. Disocijativni poremećaji svjesnosti (poremećaji s pretežno psihičkom simptomatologijom)	615
45.3.1. Definicija, klinička slika	615
45.3.2. Prevalencija	615
45.3.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	615
45.3.4. Etiopatogeneza	616
45.3.5. Terapija, tijek	616
45.4. Upute za roditelje/nastavnike	616
45.6. Često postavljena pitanja	617
45.5. Pitanja	618
45.7. Literatura	619

45.1. Uvod, klasifikacije

Radi lakšeg razumijevanja ovog poglavlja preporučuje se prije pročitati poglavlje o konceptu neuroze (v. posebno poglavlje 44). Disocijativni (i somatizacijski i somatoformni) poremećaji jasno su određeni entiteti u današnjim klasifikacijama (Kozłowska i sur. 2015; Krasnik i Grant 2012). Načelno postoji razlika između disocijativnih poremećaja i drugih sličnih poremećaja, što je prikazano u [tablici 45.1](#). U tablici su navedene osnove disocijativnih, anksioznih, somatoformnih i psihosomatskih poremećaja (u užem smislu).

U [tablici 45.2](#) posebno je navedena razlika između konverzivnog i psihosomatskog poremećaja (u užem smislu).

O disocijativnom poremećaju govorimo kada se pojedine psihičke funkcije (npr. motorika, senzorički sustav, funkcije svjesnosti ili funkcije identiteta) „odvoje“ od ukupnog (integrativnog) doživljavanja ličnosti (Lempp 2014). Slikovito to pojedini autori opisuju tako da ukupni doživljaj sebe uspoređuju sa standom ovaca ograđenih ogradom, a disocijacija bi u ovom primjeru bila situacija u kojoj popusti ograda i jedna se ovca odvoji od stada (Lempp 2014). Uzroci ovakvog „odvajanja“ ili disocijacije mogu biti različita traumatska iskustva, prekomjerna psihička napetost ili izraženi psihički konflikt (Lempp 2014).

U dijagnostici ovih poremećaja može biti pretjerivanja u smislu dviju krajnosti: od potpuna odbacivanja ovih dijagnoza i upućivanja na moguće somatske aspekte još neotkrivenih bolesti (što vodi u nebrojene posjete liječnicima i podvrgavanju nizu različitih nepotrebnih dijagnostičkih somatskih zahvata) (Krasnik i Grant, 2012) do, s druge strane, neprimjerena apsolutnog prihvaćanja ovih psihijatrijskih dijagnoza bez uzimanja u obzir somatskih aspekata nekih bolesti (Barnum 2014).

MKB-10 i DSM-5 klasifikacije jasno navode pojedine kriterije iz ove grupe poremećaja, a kriteriji pokazuju dosta sličnosti (APA 2013; WHO 1993). Primjerice MKB-10 navodi da nema dokaza tjelesne bolesti koji bi mogli objasniti simptome (mogu biti prisutne tjelesne bolesti koje mogu imati druge simptome), uz značajnu vremensku povezanost između disocijativnih simptoma i stresnih događaja, problema ili potreba. Međutim, MKB-10 razlikuje disocijativne poremećaje s tjelesnim simptomima (konverzivni poremećaj), kao i disocijativne poremećaje sa psihičkim simptomima. DSM-5 ima kategoriju disocijativnih poremećaja, u

koje ubraja samo disocijativne poremećaje sa psihičkim simptomima (prema MKB-10). Naime, DSM-5 konverzivne poremećaje (pseudoneurološke) ubraja u širu skupinu „Somatic symptom and related disorder“ (poremećaji sa somatskim simptomima), zajedno s drugim poremećajima.

45.2. Disocijativni poremećaji s tjelesnim simptomima

45.2.1. Definicija, klinička slika

Tipični su simptomi ili ispadi voljnih, motoričkih ili senzoričkih funkcija, a čine se kao neurološki (pseudoneurološki) ili medicinski poremećaji. Najčešći su poremećaji pokreta i osjeta (senzibiliteta). U tekstu će dodatno biti opisana psihogena sinkopa. Neki autori konverzivne simptome dijele u dvije skupine: 1. dulje manifestacije i 2. epizodična stanja (Bürgin 1993).

Disocijativni motorički poremećaji (F44.4). Odnosi se na potpun ili djelomičan gubitak mogućnosti pokreta. Može biti prisutna ataksija, nemogućnost stajanja (astazija) ili hodanja (abazija). Pareze se mogu manifestirati na različite načine, ali mogu biti i monopareze ili tetrapareze. Pacijenti se rado oslanjaju na njima važnu figuru (Egle i Ecker- Egle 1998). U djece su simptomi češće monosimptomatski, učestalije su zahvaćeni dominantni ekstremiteti i simptomi obično traju kraće, do tri mjeseca (Mink 2013). Karakteristične su oscilacije simptoma u emocionalno stresnim situacijama, povezanost simptoma sa psihosocijalnim „okidačima“; demonstrativni karakter simptoma, prisutnost publike dovodi do pojačanja simptoma, dok izostanak dovodi do njihova smanjivanja, te postoji sklonost uporabi invalidskih kolica (Egle i Ecker- Egle 1998; Remschmidt 2011). Dizartrija, disfonija i afonija također se ubrajaju ovamo. Kod afonije je tipično da pacijent ne pokušava govoriti (Egle i Ecker- Egle, 1998). **Fenomen *la belle indifference*** (prekrasna ravnodušnost) govori o manjku zabrinutosti oko simptoma, a može biti prisutan i kod drugih disocijativnih poremećaja. Neki autori navode da to nije specifičan znak (Lempp 2014).

Disocijativne konvulzije (pseudoepileptički napadaji) (F44.5). U literaturi se nazivaju pseudoepileptičkim napadajima (psychogenic nonepileptic seizures – PNES). Mogu biti vrlo slični pravim epileptičkim napadajima, a uglavnom izostaje ugriz za jezik, urinarna inkontinencija ili ozljeda pri padu. Karakteri-

Tablica 45.1.

Razlike između različitih psihičkih poremećaja.

Modificirano prema Bürgin 1993; Ermann 2007; Lempp 2014.

	Anksiozni poremećaji	Konverzivni poremećaj (disocijativni poremećaj motorike)	Somatizacijski poremećaj, somatoformna autonomna disfunkcija i somatoformni bolni poremećaj	Psihosomatski poremećaji (u užem smislu)
Klinička slika	- primarno se u kliničkoj slici nalazi manifestna anksioznost; različita klinička slika - razlikuje se difuzna anksioznost od epizodične i od pojedinih situacija	- voljna muskulatura (mogućnost simbolizacije) - senzorički sustav - većinom monosimptomatski, ali može varirati; - veća disproporcija nalaza s obzirom na poznatu bolest - dolazi do redukcije straha (<i>la belle indifference</i>);	- autonomni i vegetativni sustav - većinom multififormno - ne mora biti toliko jasna disproporcija između nalaza i poznatih bolesti - može postojati dodatna psihička zabrinutost i strahovi;	- pojedini organski sustavi - organska lezija - većinom ograničeno na jedan sustav - nema toliko psihičke zabrinutosti
Psihodinamika	- neuspjelo zrcaljenje i sadržavanje (<i>containment</i>) - ego nema mogućnosti tolerancije afekata i regulacije impulsa - strah od gubitka objekta; ili na bilo kojoj drugoj strukturalnoj razini	- konverzija i simbolizacija	- model somatizacije; somatizacija afektivnih stanja - fenomen „afektivnih ekvivalenata” - jednostavna jezična simbolizacija	- razvojni deficit; - „aleksitimija” - nema simbolizacije
Dominantni mehanizam obrane	- potiskivanje, izolacija, premještanje	- potiskivanje i stvaranje tjelesnog simptoma	- poricanje	- poricanje i rascjep duha i tijela
Naglasci terapije	empatija, podržavanje, zrcaljenja osjećaja, prijenosne interpretacije	- rad na konfliktima; konfrontacije, interpretacije	empatija, <i>holding</i> , podržavanje; - izbjegavanje konfrontacija	- integrirano somatsko i psihoterapijsko liječenje
Tijek	od 70 do 80 % dobro izlječenje	djelomično izlječenje, djelomično kronificiranje	kronificiranje	češće je kronificiranje

stična su, umjesto gubitka svijesti, stuporozna stanja. Sam napadaj često imitira seksualni akt ili pak obranu od njega. Jedan je od najčešćih disocijativnih poremećaja (Remschmidt 2011).

Disocijativna anestezija i gubitak osjeta (F44.6). Uključuje npr. gubitak, pojačanje ili promjenu osjeta kože na dijelovima tijela (hipoestezija, hiperestezija ili parestezije). Gubitci vida, sluha ili mirisa u pravilu su

rijetki. Pri gubitku vida češće je npr. „gledanje kroz tunel“ (WHO 1993).

Mješoviti disocijativni (konverzivni) poremećaj (F44.7). Kod ovog oblika dolazi do kombinacije prije navedenih oblika (npr. kombinacija motoričkog poremećaja uz gubitak osjeta).

U druge nespecifične neurotske poremećaje (F48.8) ubrajamo grafospazam (piščev grč), druge

Tablica 45.2.**Razlika između konverzivnog poremećaja i psihosomatskog poremećaja u užem smislu.**

Modificirano prema Alexander 1943; Bürgin 1993; Remschmidt 2011.

Konverzija	Psihosomatski poremećaj (u užem smislu)
dominira psihogena etiopatogeneza	dominira psihosomatska etiopatogeneza, kada integrativno sudjeluju i organski i psihološki čimbenici
model konverzije	razvojni deficiti; aleksitimija
psihička struktura je očuvanija	psihička struktura je deficitarnija
dijelovi tijela, koji su pod kontrolom voljne muskulature i senzorički sustav	organi koji su inervirani autonomnim živčanim sustavom
tjelesni poremećaj simboličko izražava konflikt	tjelesni je poremećaj posljedica potisnutih afekata i nagona
tijelo je postalo instrument prorade	tijelo je žrtva prorade
bolesnik govori preko tijela	bolesnik osjeća patnju kroz tijelo
Simptomi (tjelesni i psihički) su načelno ego-distoni	simptomi (tjelesni i psihički) su načelno ego-sintoni
tjelesni su simptomi blizu psihičkog života	tjelesni su simptomi udaljeni od psihičkog života
stvaranje simptoma ima olakšavajuću funkciju, simptomi reduciraju (vežu) strah	stvaranje simptoma nema olakšavajuću funkciju, ne reducira se strah
premještanje se događa bez velike muke	rijetko dolazi do premještanja simptoma
rjeđe se primjenjuje mehanizam rascjepa	češće se primjenjuje mehanizam rascjepa
nema oštećenja organa (postoje funkcionalni poremećaji), premda može doći do sekundarnih atrofija	nastaje oštećenje organa, što može biti životno ugrožavajuće
psihoterapijsko liječenje	integrirano somatsko i psihoterapijsko liječenje
primjeri: smetnje hoda; senzoričke smetnje vida	primjeri: Crohnova bolest, ulcerozni kolitis

rjeđe neurotske sindrome i psihogenu sinkopu. **Psihogeni sinkopa** naziva se još i psihogena pseudosinkopa (engl. *psychogenic pseudosyncope*). Pseudosinkopu obilježava privremeni gubitak svijesti koji oponaša sinkopu (npr. vazovagalnu). Tipično je u pseudosinkopi da prije naglog padanja u nesvijest ne postoji bljedilo ni znojenje. Tijekom **tilt testa** postoji padanje na eksperimentalni stol, nema pokreta udovima ili tjelesnom, a nakon testa tipično ne postoji bljedilo i znojenje. Pseudosinkopa je česta (tijekom dana i tjedana), trajanje je gubitka svijesti dulje (dulje od jedne minute) i odgođeno je dolaženje k svijesti, tipično je uz zatvorene oči, tlak i puls su povećani ili uredni. Epizode nastaju uz atipične „okidače“ (Blad i sur. 2015; Tannemaat i sur. 2013). Potrebno ju je razlikovati od disocijativnih konvulzija, a mogu biti i u komorbiditetu, odnosno mogu se izmjenjivati.

45.2.2. Prevalencija

Vrlo se rijetko pojavljuje prije 9 godine života, češće je u djevojaka (4/5 : 1). U dobi od 14. do 24. godine nalazi se prevalencija od 0,35 % (Lieb i sur. 1998). U populaciji djece sa psihijatrijskim poremećajima postoji prevalencija od oko 2 do 3 % svih pacijenata (Bürgin 1993). Čini se da prevalencija stagnira.

45.2.3. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

U **dijagnostici** je važno znati da su disocijativni poremećaji vrlo slični somatskim pedijatrijskim i neurološkim poremećajima. Tipično ovakvi bolesnici prvo dolaze k pedijatrima, a ne dječjim psihijatrima (Bürgin 1993). Pedijatar ili neurolog trebao bi uključiti psihijatra ili psihologa u dijagnostiku, u smislu timskog

rada. Ovakav pristup neki roditelji odbijaju te im tada treba reći da je riječ o neuropsihobiološkom poremećaju (uključenosti različitih čimbenika) (Mink 2013). Svakako je preporuka pedijatrima/neurolozima uključiti u dijagnostiku i dječjeg psihijatra /psihologa radi važnih psiholoških osobina (Plioplys i sur. 2014; Reilly i sur. 2013). Kada ipak dođu k dječjem psihijatru, obično su posrijedi vrlo teške kliničke slike u pozadini (obiteljska disfunkcija), kada se pažnja više ne pridaje toliko konverzivnim smetnjama. Mogu se naći kronificirani slučajevi koji prelaze u druge dijagnostičke grupe unutar disocijativnih poremećaja.

Pedijatri se najčešće služe izrazima kao što su funkcionalni napadaji ili pseudoepileptički napadaji (Wichaidit i sur. 2015). U literaturi je prisutna određena konfuzija pri davanju MKB-10 dijagnoza ovim poremećajima. Većinom se daje više dijagnoza, a najčešće dijagnoze F91.8 (drugi ponašajni poremećaji) i R56.8 (druge i nespecifične konvulzije) u oko 54% slučajeva (Wichaidit i sur. 2015), ili pak dg Z03.3 (promatranje bolesti u području neuropsihijatrijskih stanja) u više od 40 %, dok se specifična dijagnoza F44.5 (disocijativne konvulzije) daje samo u oko 31 % slučajeva. Zanimljivost akutnih funkcionalnih neuroloških poremećaja u dječjoj dobi koji su inicijalno dijagnosticirani jest da je dijagnoza ispravno postavljena u oko 93 % oboljelih, što je potvrđeno kasnije, a govori o valjanosti (validnosti) ove dijagnoze (De Gusmao i sur. 2014). U istom se radu govori o zadovoljstvu roditelja dijagnostičkim postupkom, što govori u prilog provedenoj dijagnostičkoj obradi i potrebi objašnjenja ove dijagnoze roditeljima (De Gusmao i sur. 2014). Praksa ipak pokazuje da su pojedini roditelji nezadovoljni dijagnozom konverzivnog poremećaja jer ne mogu prihvatiti psihogenezu poremećaja, što može eventualno imati i pravne i forenzičke implikacije (tužbe protiv dječjih psihijatarata za nesavjesno liječenje). Učestalost pogrešne dijagnoze konverzivnog poremećaja u literaturi se kreće od 0,4 do 4 %, a manja je s obzirom na dijagnozu epilepsije, gdje se kreće do 30 % (Krasnik i Grant 2012). **Tjelesni pregled** mora imati svoje prioritete. Ako se sumnja na disocijativni poremećaj treba razmotriti i eventualno obustavljanje daljnjih invazivnih pretraga. Nužno je respektirati i koncept koji roditelji imaju o djetetovoj bolesti, ali treba ponuditi i alternativna rješenja, npr. povezanost psihičkih uzroka sa somatskim bolestima (bolovi u trbuhu ili glavobolje sa stresom) (Eminson 2001).

U **dijagnostici** su važne detaljna anamneza, heteroanamneza i opservacija ponašanja. U anamnezi pacije-

nata možemo naći traumatske i stresne okolnosti, a važno je procijeniti i eventualne „okidače“ (uključujući tjelesna i seksualna zlostavljanja). Za egzacerbaciju mogu biti važni i okolišni čimbenici (psihička bolest roditelja, stresovi pri rastavi roditelja, neuspjeh u školi itd.). Povremene disocijativne reakcije mogu se pojaviti u kriznim situacijama (separacije, početak škole itd.). Postoji povezanost s roditeljskim zanemarivanjem. Važno je ustvrditi kakav koncept o bolesti imaju i dijete i roditelji (Lempp 2014). Dodatno je potrebno provesti pedijatrijsku (npr. EKG, tlak, puls) i neurološku dijagnostiku (isključenje neuroloških stanja), uz EEG nalaz (standardni EEG ili 24-satni) (Morgan i Buchhalter 2015; Wichaidit i sur. 2015). Svakako je korisno paralelno videosnimanje sa snimanjem EEG-a (Morgan i Buchhalter 2015), međutim, u praksi ono nije dostupno u svim centrima i primjenjuje se općenito samo u oko 49 % slučajeva (Wichaidit i sur. 2015). Važan je i „**tilt table**“ **test (test nagibnog stola)** koji može npr. razlikovati pseudosinkopu od sinkope. Dodatne videosnimke (npr. u bolnici i kućne) mogu biti vrlo korisne. Korisno je također provesti i psihološko testiranje uz uporabu projektivnih testova i različitih skala simptoma, a od pomoći su i protokoli, te dnevnici simptoma (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Važno je obaviti i procjenu cijele obitelji kao sustava, kakve su snage unutar obitelji, te kakav je

Tablica 45.3.

Skraćeni pozitivni kriteriji za konverzivni poremećaj (disocijativni poremećaj).

Modificirano prema Bürgin 1993; Krasnik i Grant 2012; Lempp 2014; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010.

1. Nagli nastanak simptoma
2. Nedostatak tjelesnih uzroka koji bi mogli objasniti simptomatologiju, odnosno nesukladnost simptomatologije i tjelesnih nalaza
3. Psihosocijalni stres, napetost ili konflikt; odnosno vremenska povezanost ovih čimbenika i simptoma
4. Model za simptome u okolini
5. Simboličko značenje simptoma (fantazijska aktivnost ega)
6. Demonstrativnost simptoma
7. Primarna dobit (umanjivanje napetosti – održavanje intrapsihičke homeostaze) i sekundarna dobit od simptoma (oslobađanje od nekih aktivnosti, dobivanje pažnje od drugih)
8. Manjak subjektivnog distresa u odnosu na pojedini simptom unatoč znatnim tjelesnim simptomima, tzv. prekrasna ravnodušnost (*la belle indifference*)

Tablica 45.4.**Širi pozitivni kriteriji za dijagnozu disocijativnog poremećaja.**

Modificirano prema Bürgin 1993; Friedman 1973; Krasnik i Grant 2012; Lempp 2014; Maisami i Freeman 1987; Mink 2013; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010; Strunk 1994.

1. Simptomi

Nagli nastanak simptoma

Nedostatak tjelesnih uzroka koji bi mogli objasniti simptome, odnosno nesukladnost simptoma i tjelesnih nalaza

Karakteristično, dramatično prikazivanje simptoma

Zamjena simptoma; proširenje simptoma tijekom jednog dana ili promjene tijekom medicinskog pregleda; premještanje se događa bez velike muke, spontane remisije

Selektivna funkcionalna oštećenost

Simptomi koji se ne mogu objasniti drugim neurološkim ili medicinskim poremećajima

Anatomsko-fiziološki uzroci poremećaja nisu u suglasju s jačinom simptoma

Pojačanje simptoma pri obraćanju pozornosti (npr. u grupama), smanjenje simptoma pri smanjenju pozornosti okoline

Izazivanje ili umanjivanje simptoma putem neobičnih ili nefizioloških intervencija (npr. *body trigger points*)

Voljna usporenost kretnji

Dominantni bol koji se ne može objasniti

Preuzimanje simptoma s obzirom na model u okolini

„la belle indifférence“, manjak svjesne percepcije simptoma

2. Psihodinamika

Simboličko značenje, odnosno sadržaj prikazivanja simptoma; tijelo je postalo instrument prorade, bolesnik govori preko tijela, tjelesni simptomi blizu su psihičkog života

Primarna dobit; stvaranje simptoma ima olakšavajuću funkciju u smislu redukcije unutarnje tjeskobe

Sekundarna dobit u smislu olakšavanja odnošenja prema okolini

3. Kontekst, anamneza, obitelj

Traumatski događaji ili psihosocijalni stresori, konflikti, napetosti, „okidači“, odnosno vremenska povezanost ovih čimbenika i simptoma

Pojavljivanje psihosomatskih i psihijatrijskih bolesti u obitelji

Coping (suočavanje)– ponašanje kod prethodnih organskih bolesti

Rani simptomi somatizacije

Organske bolesti prije, tijekom ili nakon disocijativnog poremećaja

Nejasni tjelesni simptomi u anamnezi

Tjelesna oštećenja kroz deformacije ili posljedice

4. Interakcija, liječenje

Manipulativno ponašanje do samoozljeđujućeg ponašanja

„*Doctor shopping*“, odnosno stalna promjena i biranje liječnika

Česte histerične crte ličnosti ili razvojni poremećaji ličnosti (emocionalno nestabilna ličnost)

Nema odgovora na medikamentno liječenje, psihoterapija ima uspjeha

odnos pojedinih članova prema tjelesnim funkcijama (Lempp 2014).

Dijagnostički gledano, umjesto jedino isključnog kriterija „**medicinskog, organskog uzroka**“, sa psihijatrijskog stajališta potrebno je imati **pozitivne kriterije** za dijagnozu disocijativnog poremećaja, te su različiti autori naveli tipične simptome koji govore tomu u prilog. U [tablici 45.3.](#) sažeto su navedeni sljedeći pozitivni kriteriji.

U [tablici 45.4.](#) prikazani su **širi pozitivni kriteriji** za dijagnozu disocijativnog poremećaja koji još specifičnije upućuju na poremećaj.

Diferencijalnodijagnostički, potrebno je isključiti različita pedijatrijska i neurološka stanja: intoksikacije, vazovagalne sinkope, hiperventilacijske tetanije, hipoglikemički gubitak svijesti; mijasteniju gravis, multiplu sklerozu, Guillain-Barréov sindrom, degenerativne bolesti bazalnih ganglija, polineuropatije, miopatije, eritematoidni lupus; medikamentno uzrokovane ekstrapiramidne simptome, cerebralni inzult, cerebralni poremećaj, epilepsije, traume mozga, tumore (Resch i sur. 2012; Remschmidt 2011). Stoga je u praktičnome smislu potreban pregled kod neuropedijatra. Za razliku od neuroloških poremećaja u disocijativnom poremećaju, simptomi se ne pojavljuju u skladu s morfološkim ili funkcionalnim anatomskim odnosima (npr. poremećaj osjeta /senzibiliteta/ nije prema neurološkom dermatomu, oduzetosti su samo npr. donjeg dijela noge /oduzetost u obliku čizme/, zaštitni su refleksi očuvani, obično miškulatura ne pokazuje atrofije, kod histerične sljepoće obično postoji uredna reakcija zjenica, postoji negativan Babinskijev refleks) (Heinemann i Hopf 2015). U [tablici 45.5.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza pseudoepileptičkog napadaja u odnosu prema epileptičkom napadaju.

Zanimljivo je da se pacijenti s epilepsijom fokusiraju na subjektivne simptome napadaja, dok se pacijenti sa psihogenim napadajima koncentriraju na situacije u kojima se napadaj pojavi. Nakon postavljanja dijagnoze psihogenih napadaja potrebno je pacijentu i obitelji objasniti prirodu bolesti. Važno je nekonfrontacijskim pristupom uspostaviti terapijski savez s pacijentom. Smanjenju stigme pomaže prezentiranje dijagnoze kao dobre vijesti – nema bolesti mozga, napadaji ne uzrokuju oštećenja i nema potrebe za antiepilepticima, ali napadaji jesu realni, nisu namjerno izazvani i zahtijevaju tretman drukčiji od antiepileptika. Važna je psihodinamska terapija usmjerena na važnost traume, kroničnost i raspon simptoma.

Kognitivno-bihevioralna terapija također može biti korisna. U djece je važno da se što prije uključe u školu i u svoje normalno okruženje. Važno je o prirodi bolesti informirati obitelj i školsko osoblje da bi se spriječile nepotrebne hospitalizacije i dodatni potencijalno štetni postupci koji mogu uslijediti. Potrebno je praćenje pacijenta i radi interakcije sa skrbnicima da se spriječe pretjerano zaštićivanje i neprimjerena ovisnost (Morgan i Buchhalter 2015). Tipično se 30 minuta nakon pseudoepileptičkog napadaja ne nalazi povišena razina prolaktina za razliku od „pravog“ epileptičkog napadaja pri kojem su razine prolaktina povišene, što se može provjeriti kod stacionarno liječenih pacijenata (Krasnik i Grant 2012).

Diferencijalna dijagnoza u odnosu prema psihijatrijskim stanjima uključuje somatoformne poremećaje, shizofreniju, depresiju, PTSP, tikove, panični poremećaj, granični poremećaj ličnosti, zloporabu supstancija, simulaciju kao i artifičijelni poremećaj (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011). Pojedini su entiteti opisani u [tablici 45.1.](#)

Komorbiditeti su česti, što komplicira kliničku sliku, u 11,5 do 37,8 % slučajeva (Rawat i sur. 2015). Prevladavaju anksiozni poremećaji. Kod komorbiditeta s depresijom postoji mogućnost povezanosti s teškim traumama, kao i s PTSP-om (uz seksualno zlostavljanje) (Lempp 2014; Morgan i Buchhalter 2015; Wyllie i sur. 1999). Komorbiditet disocijativnih epileptičkih napadaja i „pravih“ epileptičkih napadaja vrlo je zanimljiv fenomen i može se naći između 11 i 73% slučajeva (tzv. histero-epilepsije) (Morgan i Buchhalter 2015), što znači da postojanje disocijativnih epileptičkih napadaja ne znači odmah i isključenje epileptičkih napadaja.

45.2.4. Etiopatogeneza

Etiopatogeneza je sažeto prikazana u [slici 45.1.](#)

Razvojno-psihopatološka paradigma poremećaja (integrativni model ili komplementarni model) pokušava uzeti u obzir niz različitih etiopatogenetskih čimbenika, uključujući i istraživanja privrženosti (Ouss i Tordjman 2014). Neurobiološki mehanizmi te kognitivni modeli koji se oslanjaju na to govore o povećanoj aktivaciji prefrontalnog korteksa koji bi bio odgovoran za tjelesne simptome, odnosno o poremećaju kognitivne kontrole (Kozłowska i sur. 2015; Ouss i Tordjman 2014; Resch i sur. 2012). Psihoanalitički gledano, često je kod disocijativnih poremećaja riječ o modelu kon-

Tablica 45.5.***Diferencijalna dijagnoza pseudoepileptičkog napadaja u odnosu prema epileptičkom napadaju.***

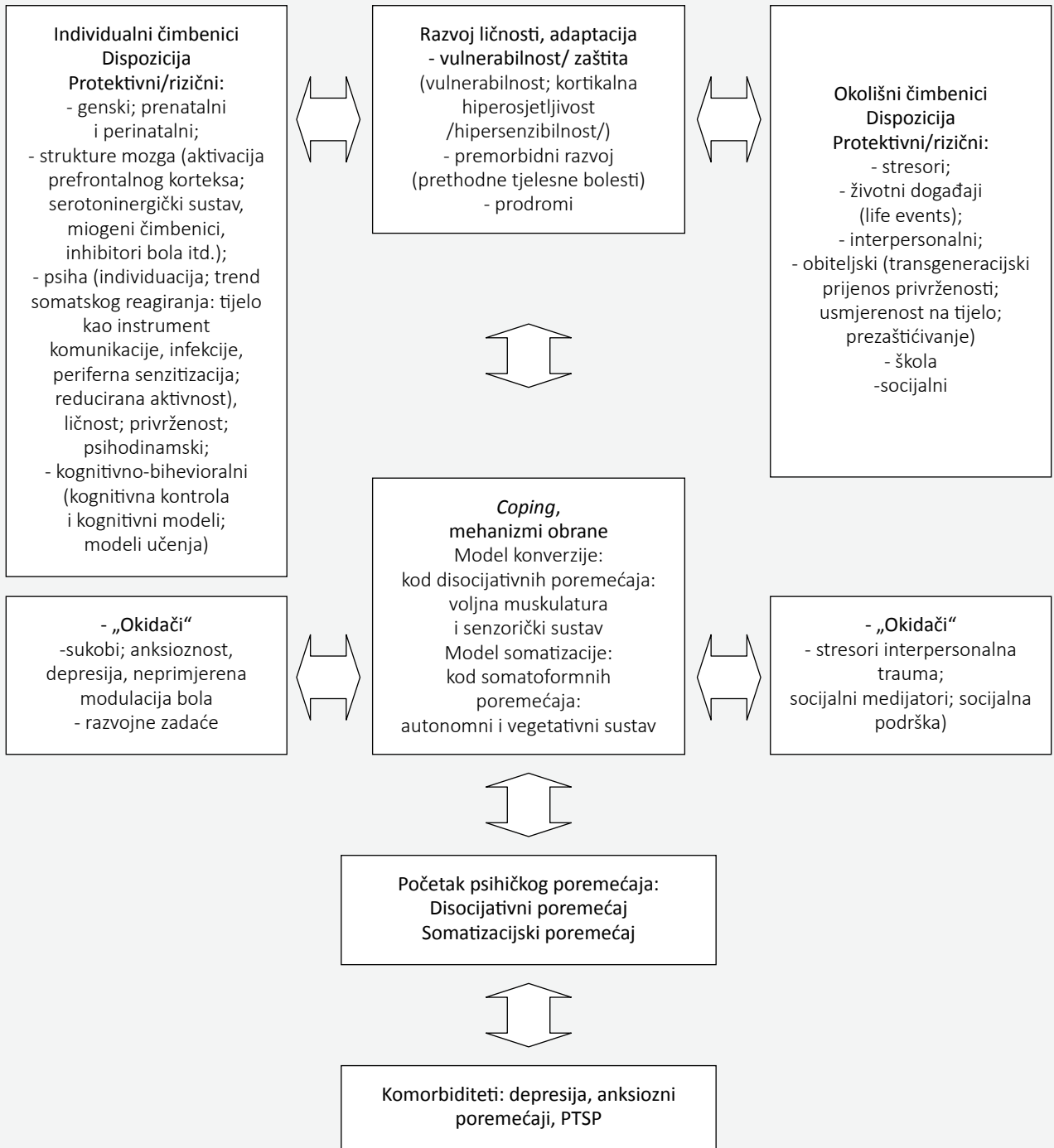
Modificirano prema Krasnik i Grant 2012; Morgan i Buchhalter 2015; Remschmidt 2011; Wichaidit i sur. 2015.

	Pseudoepileptički napadaji	Epileptički napadaji
Početak/završetak napadaja	polagani početak i polagani završetak	akutni početak, akutni završetak
Provokacija/ sugestibilnost indukcije napadaja	uobičajeno	rijetko
Vrijeme u danu	tijekom budnog stanja, obično uz prisutnost publike	može nastupiti i tijekom dana i tijekom spavanja
Trajanje	obično dulje od tri minute	tipično kraće od tri minute
Vokalizacija	kompleksne vokalizacije, uključujući plakanje, vikanje, vulgarni jezik	kratki krik / vokalizacija pri početku, ali bez emocionalnog sadržaja
Pokreti	slabost, udaranje, nesvjestica, borbenost, izvan kloničke faze; bizarni nekoordinirani pokreti; izbjegavajuće / obrambeno ponašanje;	sinkronost
Pokreti zdjelice tijekom napadaja	češće u odraslih nego u djece	nikada
Iktalno zatvaranje očiju	često	rijetko
Otpor iktalnom otvaranju očiju	prisutan otpor	nema otpora
Očuvana svjesnost tijekom napadaja	u djece obično ne; adolescenti/odrasli: da	samo kod pojedinih fokalnih epilepsija
Ozljede tijekom napadaja	nije uobičajeno, međutim, mogu postojati: ugriz jezika, ozljede od rubova kreveta, intubacija (djeca/adolescenti)	često (ugriz jezika, ozljeda glave tijekom atoničkih epizoda)
Inkontinencija	povremeno	često
EEG nalaz tijekom napadaja	bez osobitosti	tipični epileptički fenomeni
Babinskijev refleks tijekom napadaja	nedostaje	prisutan
Postiktalno ponašanje	Nema	obično: letargija, konfuzija, postiktalno spavanje
Razina prolaktina 30 minuta nakon napadaja	normalna vrijednost	povišena
Spol	3 : 1 ženske osobe prema muškima (adolescenti/odrasli); slično u školskoj dobi	slično je kod muških i ženskih osoba
Stresni neposredni kontekst, „okidači“	češće	rjeđe
Psihosocijalni stresori / trauma u anamnezi	češće	rjeđe
Seksualno zlostavljanje u anamnezi	češće	rjeđe
Fizičko zlostavljanje u anamnezi	češće	rjeđe
Učinak medikamentne terapije	nema, ili nastupa pogoršanje	postupno smanjena čestota napadaja

Slika 45.1.

Integrativni etiopatogenetski model za disocijativne i somatizacijske poremećaje.

Modificirano prema Bürgin 1993; Kozłowska i sur. 2015; Ouss i Tordjman 2014; Resch i sur. 2012; Sassenberg i Ahrens 2002.



verzije (Sassenberg i Ahrens 2002). Na slici 44.1. sumarno je prikazan koncept somatizacije, kao i koncept konverzije (v. poglavlje 44 o konceptu neuroze). Slično ovomu, na slici 44.2. dan je sažeti prikaz kon-

cepta konverzivnog događanja (Bürgin 1993; Ermann 2007; Kuechenhoff i Ahrens 2002(a)), gdje je važno zamijetiti da se psihoterapija definira kao dešifriranje primarnih konflikata. Usporedi sa slikom 56.2. i sli-

kom 57.1. (v. posebna poglavlja 56 i 57 o anksioznim poremećajima i OKP-u). Pojedini autori navode karakteristike obitelji pacijenta s konverzivnim poremećajem: zdravlje i tjelesne funkcije imaju veliku ulogu u komunikaciji; roditelji su skloni prekomjernom zaštićivanju; odgoj je ili strog ili popuštajući, obično različit od oba roditelja. Dijete dobiva različite uloge, npr. postoje procesi parentifikacije; često je prisutan raskorak između onoga što se govori i onoga što se čini; nema unutarstemske granice; postoji prekomjerna međusobna briga s obzirom na dobro somatsko osjećanje i tjelesne procese; prisutni su otpori prema stvaranju obiteljskog sustava; sukobi se ne rješavaju, nego samo otklanjaju; dijete ima važnu ulogu u izbjegavanju sukoba (Bürgin 1993).

45.2.5. Kliničke vinjete

Vinjeta 1. Pacijentica u dobi od 16 godina sa **psihogenim sinkopama (F48.8)**, bez motoričkih fenomena. Ukupno je imala više od pedeset sinkopa u školi, nakon čega uvijek intervenira hitna pomoć. Nikada se pri padu nije ozlijedila. Nesvjesno simptom sinkope, padanja i bespomoćnosti zapravo predoduje obrnuti osjećaj nadmoćnosti prema drugima. Protuprijenosno postoji osjećaj „neiskrenosti“. Kada govori o padovima, pacijentica govori reduciranom mimikom, „kao nešto što se dogodilo“, bez nekog emocionalnog angažmana. Vrlo je osjetljiva na vršnjačka zadirkivanja da si je ona to „umislila“, kao i na komentare kako želi „skrenuti pažnju na sebe“.

Vinjeta 2. Psihogene sinkope prisutne unatrag nekoliko godina (**F48.8**), bez motoričkih fenomena, a uz atipične „okidače“, u pacijentice u dobi od 15 godina. U anamnezi prisutan efekt imitacije (braća, sestre), neurološki nerazjašnjenja, nedovoljno dobra suradnja s neuropedijatrija. Izraziti „*doctor shopping*“, odnosno mijenjanje i biranje liječnika.

Vinjeta 3. U djevojke u dobi od 16 godina u kliničkoj se slici pojavljuju različite **pareze lica (F44.4)**, a to je simptom sličan majčinom. Višekratno je hospitalizirana na neuropedijatriji. Dobiva se dojam izrazitog odnosa moći u odnosu s vlastitom majkom. Simptomi nestali tijekom psihoterapije, kao i kada je našla stabilnu (seksualnu) vezu s jednim vršnjakom.

Vinjeta 4. Pacijentica u dobi od 15 godina višekratno se žali na „osjećaje tjelesnih simptoma, napadaje tjelesne slabosti, te nemogućnosti hoda“. Dijagnosticiraju se **smetnje hoda (F44.4)**. Elaborira se edipska

vezanost za oca. U terapiji se elaborira uloga simptoma u seksualnoj vezanosti uz oca te odbacivanje ulaženja u vršnjačke odnose. S majkom ima vrlo simbiotski odnos uz prisutan osjećaj krivnje u traženju svoje autonomije.

Vinjeta 5. Djevojka u dobi od 14 godina ima učestale **pseudoepileptičke atake (F44.5)** koje traju više godina i imaju dramatičnu kliničku sliku. Pseudoepileptički napadaji traju čak i više sati tijekom dana. Postoji trend kronificiranja. Pri hospitalizaciji na početku dominira klinička slika pseudoepileptičkih napadaja, s vremenom više prevladava psihogena sinkopa (F48.8). U obitelji postoji disfunkcionalnost, neprihvatanje integracije tjelesnog i psihološkog.

45.2.6. Terapija

Osnove terapije disocijativnih poremećaja prikazane su u **tablici 45.6.**, a ima i sličnosti s terapijom somatoformnih (somatizacijskih) poremećaja.

Tipično se pacijenti prvo javljaju pedijatrija ili neurolozima (Resch i sur. 2012). Svakako je preporuka uključiti u liječenje i dječjeg psihijatra/psihologa zbog važnih psiholoških osobina pacijenta s disocijativnim poremećajima (Lempp 2014; Plioplys i sur. 2014; Reilly i sur. 2013).

Psihološke su terapije usmjerene na stvaranje terapijskog saveza (Simon 1998) i temeljnog povjerenja, što je inače pretpostavka za liječenje. Od fundamentalne je važnosti da su prezentirani simptomi realni! Nije riječ o simulaciji, koja zapravo označuje svjesnu namjeru proizvodnje (insceniranja, fabriciranja) simptoma, uz dodatnu jasnu dobit! Hipoteze o tome jesu li simptomi „organski“ ili „psihogeni“ mogu činiti barijeru za uspješno liječenje (Campo i Fritz 2001; Eminson 2001; Garralda 1999; Mink 2013; Resch i sur. 2012; Simon 1998). Smatra se da je disocijativni simptom zapravo kompromisna tvorba pacijenta koji je preopterećen (Lempp 2014).

Različiti autori daju preporuke o terapijama koje su većinom multimodalne i integrativne. Osnovni principi terapije disocijativnih poremećaja jesu (Remschmidt 2011; Resch i sur. 2012): 1. postavljanje dijagnoze uključuje i komorbiditet somatskog i psihijatrijskog poremećaja (dakle, moguće je i jedno i drugo); 2. rano u dijagnostičkom procesu potrebno je donošenje psiholoških hipoteza i njihova oprezna primjena; 3. obraćanje pozornosti na koncept bolesti kod roditelja; 4. potrebno je prihvaćanje simptoma bez kritičnog stava – bez prigovora o simulaciji; 5. potrebno je kreiranje terapijskog saveza kroz multidisciplinarni

Tablica 45.6.**Različite mogućnosti terapija disocijativnih i somatizacijskih poremećaja.**

Modificirano prema Fitzgerald i sur. 2015; Lempp 2014; Remschmidt 2011; Resch i sur. 2012.

Psihoedukacija, savjetovanje

Empatija, holding, podržavanje; suportivna terapija; dobar terapijski savez

Podupiranje razvojnih zadataka (posebno kod somatoformnih poremećaja)

Izbjegavanje konfrontacija kod somatoformnog poremećaja

Elaboracija traumatskih elemenata, ako postoje; metode slično kao pri liječenju *borderline* poremećaja ili samoozljeđivanja

Prorada kastrirajuće agresije i masivno potisnutih osjećaja srama i krivnje

Relaksirajuće terapije

Postupci umjereni na tijelo (aktivni i pasivni postupci)

Rad na konfliktima; konfrontacije, interpretacije (disocijativni poremećaji)

Integrirano somatsko i psihološko liječenje

Bihevioralno i kognitivno liječenje

Dijetne mjere (npr. profilaksa migrene)

Medikamentno liječenje (mogućnost pogoršanja kod disocijativnih poremećaja)

Terapija komorbiditeta

Stacionarno psihijatrijsko (psihoterapijsko) liječenje

Rad s roditeljima

Obiteljska psihoterapija

tim s povratnim konferencijama s pedijatrima; 6. ograničavanje nepotrebnih medicinskih intervencija i jatrogene štete; 7. potreban je inicijalni pristup liječenju u odnosu prema psihičkom konfliktu, „okidačima“ i kontekstu; 8. integrativni koncept koji je orijentiran na simptom (bihevioralni), sugestibilni, kognitivni, kao i psihodinamski usmjeren; 9. rad s roditeljima, uključujući i obiteljske terapije; 10. po potrebi primjena stacionarnog liječenja i 11. oprezna procjena davanja medikamentne terapije.

Tek nakon već uspostavljenog terapijskog saveza, potreban je suptilni rad na dešifriranju simbolike simptoma (Remschmidt 2011) jer, u suprotnome, može se pojaviti osjećaj neshvaćanja od djeteta i roditelja. Potreban je integrativan koncept liječenja koji uključuje terapiju orijentiranu na simptome te psihoterapiju orijentiranu na psihički konflikt i na terapijski milje (npr. individualna, grupna, obiteljska) (Campo i Negrini 2000; De Oliveira Santos i sur. 2014; Maisami

i Freeman 1987; Trott i sur. 1996). Psihoanalitički aspekti terapije navedeni su prije kod koncepta neuroze i histerije (v. posebno poglavlje 44). Posebno se čini prikladna kombinacija aktivnih i pasivnih na simptom orijentiranih postupaka. Aktivno se primjenjuju učenja pokreta (stimulacija kretanja), gimnastika i terapija tijela te liječenje uz pomoć životinja (pas, konj) (Fitzgerald i sur. 2015; Lempp 2014), premda je potrebna daljnja znanstvena evaluacija ovih metoda. Pacijent se usmjeruje na to da zadobije aktivnu samokontrolu. Pasivne terapijske forme jesu masaže, liječenje toplinom, stimulacijama, koje imaju više sugestivan karakter, međutim, uzimaju u obzir pacijentove regresivne potrebe (Resch i sur. 2012). Grupne psihoterapije mogu biti kontraproduktivne, jer pobuđuju potrebe dominacije kod pacijenata, te se simptomi mogu ponovno pojavljivati (Remschmidt 2011). U slučaju kompleksnih i dugotrajnijih kliničkih slika dolazi u obzir i stacionarno psihijatrijsko (psihoterapijsko)

liječenje koje ima svoje prednosti (npr. multimodalnost, strukturiranost, započinjanje psihoterapije itd.), ali i moguće nedostatke (pogoršanje kliničke slike, međusobna indukcija pacijenata itd.).

45.2.7. Ishodi

Akutni početak, kraće trajanje simptoma i rano primijenjena terapija i u djece i u odraslih pretkazuju bolji ishod u čak do 78 % slučajeva (De Gusmao i sur. 2014). U slučaju dugotrajnih stanja, kao i recidiva, dulja je prognoza nepovoljna. U tri četvrtine pacijenata zaostaju neki poremećaji obično iz grupe anksioznih poremećaja, somatoformnih poremećaja i poremećaja ličnosti (Resch i sur. 2012).

45.3. Disocijativni poremećaji svjesnosti (poremećaji s pretežno psihičkom simptomatologijom)

45.3.1. Definicija, klinička slika

Disocijativni poremećaji u dječjoj i adolescentnoj dobi ne moraju kategorijalno ispunjavati kriterije jednog poremećaja. Pokatkad postoje različiti prijelazi između fiziološkog i patološkog. Disocijativni fenomeni svjesnosti u djece mogu biti više normativne reakcije na separaciju ili stres, ili su ovi fenomeni u adolescenata ipak izraz manifestne psihopatologije (Ogawa i sur. 1997). Pojava doživljaja depersonalizacije u adolescenciji može se gledati kao razvojni, a ne patološki fenomen (Putnam 1997; Resch i sur. 2012). Tijek može biti fluktuirajući ili kontinuiran i povezan je s različitim pojedinačnim ili kumulativnim stresorima. Disocijativni simptomi i sindromi iz grupe disocijativnih poremećaja svjesnosti često su povezani s drugim sa stresom povezanim poremećajima. Nadalje, disocijativni simptomi mogu biti prediktori samozljeđivanja, pogotovo ako su ona repetitivna (Brunner i sur. 2001). Ovamo ubrajamo različite entitete.

Disocijativna amnezija (F44.0). Disocijativna amnezija prototip je svih disocijativnih poremećaja svjesnosti. Dio je simptomatologije drugih disocijativnih poremećaja kao i poremećaja povezanih sa stresom. Razlikujemo različite forme amnezije, a najpoznatije su retrogradna i anterogradna.

Depersonalizacijsko-derealizacijski sindrom (F48.1). Također ga ubrajamo u prototipne poremećaje disocijativnog poremećaja svjesnosti, premda su u klasifikaciji drugdje pridodani. Riječ je o stalnim ili

ponavljajućim epizodama otuđenja koje se odnose na vlastitu ličnost (autopsihička depersonalizacija), vlastitog tijela (somatopsihička depersonalizacija) ili okoline (derealizacija) (WHO 1993). Često je u komorbiditetu s drugim poremećajima (Reutens i sur. 2010) i može se pojaviti pri traumatskim stanjima, uzimanju supstancija, epilepsiji, migreni, kao i shizofreniji. Testiranje realnosti ostaje intaktno. Pacijent je zabrinut za svoje stanje i boji se da će „poludjeti“.

Stuporozna ili transu slična stanja (F44.4 i F44.3) dolaze u kombinaciji s drugim disocijativnim poremećajima. Rjeđi su oblici navedeni u nastavku.

Disocijativna fuga (F44.1). Disocijativnu fugu karakterizira nagli odlazak daleko od kuće ili posla uz prekidanje opće aktivnosti, pri čemu pacijent izgleda normalno i bez nekih psihičkih poteškoća ili kognitivnih deficita (APA 2013). Nastaje tek od adolescencije (Lempp 2014).

Drugi disocijativni (konverzivni) poremećaji (F44.8). Među njih ubrajamo različite entitete, npr. Ganserov sindrom, poremećaj s višestrukom ličnosti, kao i psihogeno sumračno stanje. **Ganserov sindrom (F44.80)** poremećaj je u kojemu pacijent odgovara na jednostavna pitanja „približno“. **Disocijativni poremećaj identiteta (multipli poremećaj ličnosti) (F44.81).** Osoba ima različite identitete, često s različitim imenima. Osobnosti se mogu razlikovati po dobi, spolu, jeziku, kognitivnoj razini (APA, 2013). Pojedina osobnost obično nema svijest o drugoj osobnosti ili je ona vrlo umanjena. Riječ je o vrlo rijetkom poremećaju u dječjoj dobi i postoje kontroverze o ovoj dijagnozi u dječjoj dobi, odnosno o povezanosti s PTSP-om u djece (Boysen 2011). Laički se može lako zamijeniti sa shizofrenim poremećajem (Lempp 2014). **Psihogeno sumračno stanje** obilježava stanje konfuzije, dezorijentacije, oneiroidnog stanja (sličnog snu), kada je pacijent sužene svijesti (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011).

45.3.2. Prevalencija

U jednoj istraživanju na uzorku pacijenata u dobi od 14 do 24 godine navodi se prevalencija disocijativnih poremećaja svjesnosti od 0,28% (Lieb i sur. 1998).

45.3.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Dijagnostika je slična konverzivnim poremećajima. Dijagnoza najčešćih oblika, disocijativne amne-

zije i depersonalizacijsko-derealizacijskog poremećaja, temelji se na pacijentovim subjektivnim iskazima, dok kod disocijativnog multiplog poremećaja ličnosti i disocijativne fuge postoji i promijenjeno ponašanje. **Diferencijalnodijagnostički**, slična je konverzivnim poremećajima, a u obzir mogu doći različita stanja: hiperkinetski sindrom, poremećaj ponašanja, depresivni stupor, brzo izmjenjujući (rapid cycling) bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija i drugi psihički poremećaji, *borderline* poremećaj ličnosti, PTSP, akutna stresna reakcija, zloraba supstancija, simulacija. Kod PTSP-a disocijativni su simptomi povezani neposredno s traumom. Za disocijativni je poremećaj karakteristično da je ego-diston i nema formalnog poremećaja mišljenja. **Komorbiditeti** su slični konverzivnim poremećajima.

45.3.4. Etiopatogeneza

Sažeti etiopatogenetski prikaz sličan je motoričkim disocijativnim poremećajima (v. prije u tekstu) i naveden je na [slici 45.1.](#), dakle slično konverzivnim poremećajima. Razvojni integrativni model dominantno uključuje ponavljane traume (Putnam 1997) uz odsutnost protektivnih čimbenika i socijalne podrške. Zadani biološki čimbenici, genski čimbenici te psihosocijalne razvojne okolnosti (dezorganizirana privrženost) djeluju na fragilitet, odnosno plasticitet ličnosti djeteta (pamćenje), u odnosu prema prethodnim dominantnim čimbenicima (trauma, odsutnost protektivnih čimbenika). U daljnjem se tijeku pojavljuje disocijacija kao obrana i kao *coping* stil, što ličnost dalje čini vulnerabilnijom za različite psihičke poremećaje (Resch i sur. 2012). Psihodinamski se etiopatogeneza može temeljiti na modelu konverzije (Resch i sur. 2012; Sassenberg i Ahrens 2002).

45.3.5. Terapija, tijek

Osnove terapije disocijativnih poremećaja prikazane su u [tablici 45.6](#). Primarno je liječenje traumatskih elementa, ako oni postoje. Važna je redukcija disocijacijskih simptoma jer oni vode do bihevioralne disfunkcije i samoozljeđujućeg ponašanja. U terapiji se primjenjuju psihodinamske i kognitivne psihoterapijske metode, koje se inače rabe pri liječenju histerije (prije opisano), pri liječenju traume, *borderline* poremećaja ličnosti ili kod izraženog samoozljeđujućeg ponašanja (Fleischhacker i sur. 2011; Resch i sur. 2012). Preko kognitivnih strategija dolazi se do regulacije

emocija i poboljšanja nošenja sa stresom. Na početku terapije ne preporučuje se direktna konfrontacija pacijenta s traumatskim doživljajima jer to može dovesti do osjećaja bespomoćnosti, afektivne preplavljenosti i do pojave novih disocijativnih simptoma. Potrebno je u početku kreirati siguran odnos. U terapiju također treba biti uključena obitelj. Primjenjuju se opći principi medikamentnog liječenja. Farmakoterapijski se najčešće uporabljaju antidepresivi, iako nije pokazana vrijednost određene skupine lijekova. Mogu se psihofarmakološki liječiti komorbiditetna stanja i simptomi (depresija, *borderline* poremećaj ličnosti itd.) (Resch i sur. 2012). Prognoza i tijek nisu poznati.

45.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Roditelji mogu odbijati objašnjenje da je riječ o disocijativnom poremećaju, pa stoga treba jasno objasniti da se radi o suptilnom (nesvjesnom) međuodnosu između duha i tijela.
- ✓ Često roditelji pogrešno shvaćaju, ako im se kaže da je nešto „psihički“, da se onda zapravo misli da je to nešto „umišljeno“. Na ovaj se način termin „psihički“ može vrlo negativno i omalovažavajuće shvatiti kao nešto što je izraz svjesne manipulacije.
- ✓ Nikako nije riječ o svjesnoj simulaciji ili lažnim simptomima. Ne treba omalovažavati dijete i reći da ono „glumi“.
- ✓ Ne treba promatrati simptome kao nekakav djetetov agresivni akt, premda se tako na prvi pogled može činiti.
- ✓ Ne treba pretjerati u somatskoj dijagnostici.
- ✓ Dobra suradnja s roditeljima od iznimne je važnosti jer je ovdje riječ o često integrativnom liječenju koje uključuje pedijatra i dječjeg psihologa/psihijatra.
- ✓ Treba biti oprezan pri davanju prognoza jer se klinička slika može i pogoršati te može doći i do kronificiranja poremećaja s izraženim somatskim smetnjama.
- ✓ Terapija je primarno psihoterapija, uz obavezno somatsko praćenje, ali se mogu rabiti drugi različiti integrativni modeli liječenja.
- ✓ U slučaju sumnje na zlostavljanje, treba postupiti sukladno principima pristupa pri zlostavljanju djeteta (v. posebno poglavlje 30).

- ✓ Terapija treba biti strukturirajuća pri agrvirajućim stanjima, kao i pri umanjivanju simptoma.
- ✓ Treba biti oprezni optimist jer su dugotrajne terapije pokazale uspješnost.
- ✓ Treba biti osigurana dobra suradnja između pedijataru i psihologa/psihijataru. Ako nadležni liječnici zapaze da je riječ o „stresu“, onda treba, posljedično tomu, dijete uputiti dječjem psihijatru ili psihologu.

45.6. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Zašto DSM-5 konverzivne poremećaje ubraja u poremećaje s tjelesnim (somatskim) simptomima, (engl. *somatic symptom and related disorders*) i koja je onda diferencijalna dijagnoza unutar ove grupe?

ODGOVOR: DSM-5 napušta izraz somatoformni, koji je nedovoljno određen, i umjesto toga uvodi ovu novu kategoriju. Ta je kategorija bliža nepsihijatrijskim specijalistima, liječnicima pedijatrima i liječnicima opće medicine, da bi se upozorilo na međuodnos tijela i duha (psihe, stresa). U ovoj su skupini dakle disocijativni poremećaji, somatoformni poremećaji (somatizacijski poremećaj), psihosomatski poremećaji i artifičijelni poremećaji. Potrebno ih je također razlikovati i od dinamike kroničnih bolesti sa svojom psihološkom reakcijom (adaptacijom na tjelesnu bolest).

■ **PITANJE:** Koja je razlika između pseudoepileptičkih i epileptičkih napadaja?

ODGOVOR: Obično to sami pedijatri i neuropedijatri klinički mogu razlikovati. Kod pseudoepileptičkih napadaja trajanje je napadaja obično dulje od tri minute; mogu biti prisutne kompleksne vokalizacije, uključujući plakanje, vikanje, vulgarni jezik; pokrete obilježavaju slabost, udaranje, nesvjestica, borbenost; bizarni nekoordinirani pokreti; izbjegavajuće / obrambeno ponašanje; povremeno su prisutni pokreti zdjelice; često je iktalno zatvaranje očiju uz prisutan otpor otvaranju očiju. Napadaj obično ima polagani početak i polagani završetak. Svjesnost u djece obično nije očuvana, dok u adolescenata može biti. Ozljede tijekom napadaja nisu uobičajene, premda mogu biti prisutne. Inkontinencija nije obvezna, može biti povremena. Uobičajena je provokacija/sugestibilnost indukcije

napadaja. Pseudoepileptički napadaji uglavnom se pojavljuju tijekom dana, obično uz prisutnost publike. Nema osobitog postiktalnog ponašanja. EEG nalaz tijekom napadaja je bez osobitosti. Babinskijev refleks tijekom napadaja nedostaje. Razina prolaktina 30 minuta nakon napadaja pokazuje normalne vrijednosti. Češće se pojavljuju u djevojčica. Češći je neposredni stresni kontekst, postoje „okidači“, u anamnezi su česti psihosocijalni stresori/trauma, uključujući seksualno i tjelesno zlostavljanje. Učinak medikamentne terapije često je nezadovoljavajući.

■ **Pitanje:** Što znače i koji su pozitivni kriteriji za disocijativni poremećaj?

ODGOVOR: Pozitivni kriteriji označuju da dječjem psihijatru nije dovoljno da pedijatar ili neurolog kaže da „nema ništa organsko“. Komplikacija može biti dodatna, zapravo da jedno dijete usporedo ima npr. i epilepsiju i disocijativne epileptičke napadaje. Dakle, dječji psihijatar mora imati na raspolaganju tzv. pozitivne kriterije koji bi govorili u prilog disocijativnog poremećaja. U literaturi se navodi niz pozitivnih kriterija koji bi upućivali na disocijativni poremećaj i oni su opširno navedeni u tekstu. Među važnijim kriterijima jesu: 1. nagli nastanak simptoma; 2. nedostatak tjelesnih uzroka, koji bi mogli objasniti simptomatologiju, odnosno nesukladnost simptomatologije i tjelesnih nalaza; 3. psihosocijalni stres, napetost ili konflikt; odnosno vremenska povezanost ovih čimbenika i simptomatologije; 4. model za simptome u okolini; 5. simboličko značenje simptoma (fantazijska aktivnost ega); 6. demonstrativnost simptomatologije; 7. primarna dobit (umanjivanje napetosti – održavanje intrapsihičke homeostaze) i sekundarna dobit od simptoma (oslobađanje od nekih aktivnosti, dobivanje pažnje drugih); 8. manjak subjektivnog distresa s obzirom na pojedini simptom unatoč znatnoj tjelesnoj simptomatologiji (*la belle indifference*).

■ **Pitanje:** Koje su najvažnije razlike između disocijativnog, somatizacijskog i psihosomatskog poremećaja u užem smislu?

ODGOVOR: Kod disocijativnog poremećaja postoje sljedeća obilježja: većinom su zahvaćeni voljna muskulatura (mogućnost simbolizacije) i senzorički sustav, uglavnom je monosimptomatski, ali može varirati, veća je disproporcija nalaza s obzirom na poznatu bolest, nema zabrinutosti, psihodinamiku obilježavaju konverzija i simbolizacija, dominantni mehanizam obrane jest potiskivanje i stvaranje tjelesnog simptoma,

u terapiji se primjenjuju rad na konfliktima, konfrontacije, interpretacije, tijekom pokazuje djelomično spontano izlječenje, a djelomično kronificiranje. Kod somatizacijskih poremećaja nalazimo zahvaćenost autonomnog vegetativnog sustava, većinom su simptomi multififormni, ne mora biti toliko izražena disproporcija između nalaza i poznatih bolesti, može postojati dodatna psihička zabrinutost. Psihodinamiku obilježavaju somatizacija afektivnih stanja, fenomen „afektivnih ekvivalenata”, odnosno jednostavna jezična simbolizacija. Dominantni mehanizam obrane jest poricanje. U terapiji se koristimo empatijom, *holdingom*, podržavanjem i izbjegavanjem konfrontacija. Česta je kronifikacija. Kod psihosomatskih poremećaja zahvaćeni su pojedini organski sustavi, postoji organska lezija, većinom je ograničeno na jedan sustav, nema toliko zabrinutosti. Psihodinamiku obilježavaju razvojni deficit, „aleksitimija”, odnosno nema simbolizacije. Dominantni mehanizam obrane jest poricanje i rascjep duha i tijela. U terapiji primjenjujemo integrirano somatsko i psihoterapijsko liječenje. Česta je kronifikacija.

■ **Pitanje: Kakav je princip rada s roditeljima ako djeca imaju disocijativne i somatizacijske (somatoformne) poremećaje?**

ODGOVOR: Roditeljima treba objasniti narav bolesti. Neki roditelji odbacuju povezanost psihe i tijela i ne prihvaćaju integrirane intervencije: somatske i psihološke. Nakon razjašnjavanja bolesti ipak većina roditelja može shvatiti narav bolesti. Mali dio roditelja može biti i dalje u otporu prema psihološkom liječenju. Ishodi liječenja katkada su nepovoljni ako dolazi do kronificiranja somatskih stanja, tako da liječnici mogu biti izloženi pritisku da nisu dobro liječili djecu. Po potrebi se primjenjuje rad s roditeljima, obiteljske intervencije ili pak individualna psihoterapija pojedinog roditelja. Ako je riječ o visoko traumatskim zbivanjima u obiteljima ili o sumnji na zlostavljanje djeteta, treba postupiti sukladno principima zaštite zlostavljanog djeteta (v. posebno poglavlje 30).

■ **Pitanje: Kakva bi trebala biti suradnja između pedijataru i dječjih i adolescentnih psihijataru pri dijagnostici i liječenju djece s disocijativnim i somatizacijskim poremećajima?**

ODGOVOR: Često djeca s disocijativnim ili somatizacijskim poremećajima dolaze primarno pedijatru, a ne dječjem psihijatru. Većina pedijataru napravi dijagnostičku obradu pri kojoj treba imati razumnu mjeru,

dakle ne omalovažavati simptome, ali i ne pretjerati s nepotrebnim pretragama. Potrebna je uska suradnja pedijataru i dječjih psihijataru u ovim pitanjima. Dječji psihijatri trebaju također surađivati s pedijatrima u međusobnim konferencijama i u traženju pozitivnih simptoma disocijativnih i somatizacijskih poremećaja. Nakon katkada vrlo dramatičnih kliničkih slika (intubacije, liječenje na intenzivnoj njezi) potrebno je da dječji psihijatar izvijesti kolege pedijatre o daljnjem tijeku disocijativnih i somatizacijskih poremećaja.

■ **Pitanje: Koje bi bile indikacije za stacionarno psihijatrijsko/psihoterapijsko liječenje u djece s disocijativnim i somatizacijskim poremećajima?**

ODGOVOR: Stacionarno psihijatrijsko/psihoterapijsko liječenje može biti indicirano u slučaju recidivirajućih napadaja i recidivirajućih simptoma, ali tek nakon isključenja pedijatrijskih organskih stanja. U stacionarnom okviru (*settingu*) uglavnom se primjenjuju na simptom usmjereni (biheviornalni) integrativni i multimodalni koncept liječenja kao i psihodinamski koncept liječenja koji može biti dodatno usmjeren na obitelj. Dodatna korist može biti mogućnost daljnje dijagnostičke procjene te intenzivnijega psihoterapijskog liječenja, te odvajanje djeteta iz disfunkcionalne obiteljske sredine.

45.5. Pitanja

- 1 Navedite podjelu disocijativnih poremećaja prema MKB-10 klasifikaciji.
- 2 Navedite osnovnu razliku između disocijativnih, somatoformnih i psihosomatskih poremećaja.
- 3 Navedite psihodinamsku razliku između konverzije i psihosomatskog poremećaja.
- 4 Navedite pozitivne kriterije za postavljanje dijagnoze disocijativnih poremećaja.
- 5 Navedite razlike između pseudoepileptičkih (konverzivnih) i epileptičkih napadaja.
- 6 Navedite sažetu etiopatogenezu disocijativnih (i somatoformnih) poremećaja.
- 7 Navedite terapijske principe liječenja disocijativnih i somatoformnih poremećaja, uključujući i traumatska stanja.
- 8 Navedite psihodinamiku i principe psihodinamskog liječenja kod disocijativnih poremećaja.

45.7. LITERATURA

1. *Alexander F*. Fundamental concepts of psychosomatic research: psychogenesis, conversion, specificity. *Psychosomatic Medicine* 1943;5:205-210.
2. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Barnum R*. Problems with diagnosing Conversion Disorder in response to variable and unusual symptoms. *Adolesc Health Med Ther* 2014;5:67-71.
4. *Blad H, Lamberts RJ, Dijk JG Van i sur*. Tilt-induced vasovagal syncope and psychogenic pseudosyncope. *Neurology* 2015;85(23):2006-10.
5. *Boysen GA*. The scientific status of childhood dissociative identity disorder: A review of published research. *Psychother Psychosom* 2011;80(6):329-34.
6. *Brunner R, Parzer P, Resch F*. Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline- Störung. *Persoenlichkeitsstorungen Theor Ther* 2001;5:4-12.
7. *Bürgin D*. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
8. *Campo JV, Fritz GK*. A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics* 2001;42:467-76.
9. *Campo JV, Negrini BJ*. Case study: negative reinforcement and behavioral management of conversion disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:787-790.
10. *De Gusmão CM, Guerriero RM, Bernson-Leung ME i sur*. Functional neurological symptom disorders in a pediatric emergency room: Diagnostic accuracy, features, and outcome. *Pediatr Neurol* 2014; 51(2):233-8.
11. *De Oliveira Santos N, Benute GRG, Santiago A i sur*. Psychogenic non-epileptic seizures and psychoanalytical treatment: Results. *Rev Assoc Med Bras* 2014;60(6): 577-84.
12. *Egle UT, Ecker- Egle ML*. Psychogene Störungen in der Neurologie. *Dissoziative und Konversionsstörungem Psychotherapeut* 1998;43: 247-261.
13. *Eminson DM*. Somatising in children and adolescents. 2. Management and outcomes. *Advances in Psychiatric treatment* 2001; 7:388-98.
14. *Ermann M*. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
15. *Fitzgerald TL, Southby AK, Haines TP i sur*. Is physiotherapy effective in the management of child and adolescent conversion disorder? A systematic review. *J Paediatr Child Health* 2015;51(2):159-67.
16. *Fleischhacker C, Boehme R, Sixt B i sur*. Dialectical behaviour therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self- injurious behaviour and borderline symptoms with a one- year follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment health* 2011;5:3.
17. *Friedman SB*. Conversion symptoms in adolescents. *Pediatr Clin North America* 1973; 20:873-882.
18. *Garralda ME*. Practitioner review: assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. *J Child Psychol Psychiatr* 1999;40: 1159-1167.
19. *Heinemann E, Hopf H*. Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. 5. izd. Stuttgart; Kohlhammer; 2015.
20. *Kozłowska K, Palmer DM, Brown KJ i sur*. Conversion disorder in children and adolescents: A disorder of cognitive control. *J Neuropsychol* 2015;9(1):87-108.
21. *Krasnik C, Grant C*. Conversion disorder: Not a malingering matter. *Paediatr Child Heal* 2012; 7(5):246.
22. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
23. *Lieb R, Mastaler M, Wittchen HU*. Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Verhaltenstherapie* 1998;8:81-93.
24. *Mahrer NE, Montano Z, Gold JJ*. Relations between anxiety sensitivity, somatization, and health-related quality of life in children with chronic pain. *J Pediatr Psychol* 2012;37 (7):808-16.
25. *Maisami M, Freeman JM*. Conversion reactions in children as body language: a combined child psychiatry/neurology team approach to the management of functional neurologic disorders in children. *Pediatrics* 1987;80:46-52.
26. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
27. *Mink JW*. Conversion disorder and mass psychogenic illness in child neurology. *Ann N Y Acad Sci* 2013;1304 (1):40-4.
28. *Morgan LA, Buchhalter J*. Psychogenic Paroxysmal Non-epileptic Events in Children: A Review. *Pediatr Neurol* 2015;53(1):13-22.
29. *Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfeld NS i sur*. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol* 1997;9:855-879.
30. *Ouss L, Tordjman E*. Conversive disorders among children and adolescents: Towards new "complementarist" paradigms? *Neurophysiol Clin* 2014;44(4):411-6.
31. *Pliophly S, Doss J, Siddarth P i sur*. A multisite controlled study of risk factors in pediatric psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 2014;55(11):1739-47.
32. *Putnam FW*. Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective. London: Guilford Press; 1997.
33. *Rajakakse D, Lioffi C, Howard RF*. Presentation and management of chronic pain. *Arch Dis Child* 2014;99(5): 474-80.
34. *Rawat VS, Dhiman V, Sinha S i sur*. Co-morbidities and outcome of childhood psychogenic non-epileptic seizures--An observational study. *Seizure* 2015;25:95-8.
35. *Reilly C, Menlove L, Fenton V i sur*. Psychogenic nonepileptic seizures in children: A review. *Epilepsia* 2013;54 (10):1715-24.
36. *Remschmidt H*. Konversionsstörungen und dissoziative Störungen. U: Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einführung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 257-264.
37. *Resch F, Brunner R, Oelkers-Ax R*. Dissoziative und somatoforme Störungen. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F. Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 621-52.

38. *Reutens S, Nielsen O, Sachdev P.* Depersonalization disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23(5):490.
39. *Sassenberg U, Ahrens S.* Hysterie. U: Ahrens S, Schneider W, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 241- 248.
40. *Simon GE.* Management of somatoform and factitious disorders: U: Nathan PE, Gorman JM, ur. *A guide to treatments that works.* Oxford: Oxford University Press; 1998, str. 408-22.
41. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
42. *Strunk P.* Emotionale Störungen mit vorwiegend somatischer Symptomatik. U: Eggers i sur.,ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 7. izd. Berlin: Springer; 1994, str. 205-280.
43. *Tannemaat MR, Van Niekerk J, Reijntjes RH i sur.* The semiology of tilt-induced psychogenic pseudosyncope. *Neurology* 2013;81(8):752–8.
44. *Trott G-E, Friese HJ, Wirth S i sur.* Somatoforme und konversionelle Syndrome bei Kindern und Jugendlichen und ihre Therapie. *Monatsschr Kinderheilkd* 1996;144: 544-551.
45. *Wichaidit BT, Østergaard JR, Rask CU.* Diagnostic practice of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) in the pediatric setting. *Epilepsia* 2015;56(1):58–65.
46. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
47. *Wyllie E, Glazer JP, Benbadis S i sur.* Psychiatric features of children and adolescents with pseudoseizures. *Arch pediatr Adolesc Med* 1999; 153:244-8.

Somatizacijski poremećaj, somatoformna autonomna disfunkcija, hipohondrija

Ivan Begovac

SADRŽAJ

46.1. Somatizacijski poremećaj, somatoformna autonomna disfunkcija	622
46.1.1. Uvod, klasifikacije	622
46.1.2. Klinička slika	623
46.1.3. Prevalencija	623
46.1.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet	623
46.1.5. Etiopatogeneza	625
46.1.6. Kliničke vinjete	627
46.1.7. Terapija, tijek, ishodi	627
46.2. Hipohondrijski poremećaj.	628
46.2.1. Uvod, klasifikacije, klinička slika, dijagnostika, komorbiditeti	628
46.2.2. Klinička vinjeta	628
46.2.3. Terapija, ishodi	629
46.3. Upute za roditelje/nastavnike	629
46.4. Često postavljena pitanja	629
46.5. Pitanja	630
46.6. Literatura	631

46.1. Somatizacijski poremećaj, somatoformna autonomna disfunkcija

46.1.1. Uvod, klasifikacije

Preporučuje se prije pročitati poglavlja o konceptu neuroze i o disocijativnim poremećajima. Vidjeti **tablicu 45.1.** u kojoj su navedena osnovna obilježja somatizacijskog i somatoformnih poremećaja, kao i razlike s obzirom na druge srodne poremećaje.

Somatizacijski i somatoformni poremećaji u djece i adolescenata obično su polisimptomatski i najčešće povezani s osjećajem bola (Fegert i Kölch 2013; Resch i sur. 2012). Somatoformno bi, prema MKB-10, impliciralo poremećaj koji je sličan somatskom, međutim, koji se ne može objasniti medicinskim razlogom, dok DSM-5 odbacuje ovaj izraz i govori o poremećajima koji imaju tjelesne (somatske) simptome (*somatic symptom and related disorder*) (APA 2013; WHO 1993). Kao što je rečeno u posebnom poglavlju, spomenuti su se poremećaji prije označavali kao histerija (v. poglavlje 44 o konceptu neuroze).

Za somatizacijske i somatoformne poremećaje karakteristično je ponavljano pojavljivanje tjelesnih simptoma (pokatkad vrlo dramatičnih) vezanih za organe koji su vegetativno inervirani. Simptomi se ne mogu objasniti somatskim ili funkcionalnim poremećajem niti im se može naći organska podloga. Dodatno je obilježje stalno inzistiranje djeteta i/ili roditelja na pronalasku somatske podloge tegoba (Lempp 2014; Remschmidt 2011; WHO 1993). Roditelji su ustrašeni, a poslije u tijeku poremećaja i sama djeca strahuju da je riječ o neotkrivenom organskom uzroku, ne prihvaćajući objašnjenje o psihološkom uzroku stanja (Lempp 2014). Jačina simptoma može jako varirati (npr. bolovi u trbuhu u djece). U posljednje se vrijeme u literaturi upotrebljuje naziv „medicinski nerazjašnjeni simptomi“ (olde Hartman i sur. 2009) kojim se može izbjeći podjela na „funkcionalne“ ili „psihosomatske“, odnosno „organske“ simptome. Ti poremećaji pokazuju visoki komorbiditet s depresivnim i anksioznim poremećajima (Campo 2012), što ima implikacije u etiologiji, klasifikaciji i liječenju tih poremećaja. U dječjoj dobi je česta povezanost sa stresnim događanjima (Fegert i Kölch 2013; Resch i sur. 2012).

S obzirom na etiologiju, kod somatizacijskih i somatoformnih poremećaja vjerojatno postoje različite kliničke grupe poremećaja (Kirmayer i Robbins 1991), među kojima vjerojatno ima i preklapanja. Neki su izraz emocionalne dinamike (prezentirana somati-

zacija), drugi su izraz „hipohondrijske somatizacije“, a treći se ne mogu objasniti ni somatskim ni psihijatrijskim razlozima (funkcionalna somatizacija). Inače u medicini može postojati konfuzija termina, jer naziv „funkcionalan“ različito shvaćaju pedijatri/neurolozi/internisti od psihologa/ dječjih psihijatara.

Zanimljivo je da roditelji djece koja imaju somatizacijske i somatoformne poremećaje također često imaju psihičke probleme, uključujući iste poremećaje. To može upućivati na niz različitih povezanosti kao što je npr. transgeneracijski prijenos određenih modaliteta poremećaja (Schulte i sur. 2010). Potencijalni obiteljski čimbenici jesu somatizacija roditelja, organske bolesti značajnih osoba iz okoline, psihopatologija bliskih osoba u djetetovoj okolini, disfunkcionalna obiteljska klima, traumatska iskustva u djetinjstvu te nesigurna privrženost (Schulte i sur. 2010). Međutim, navedeni se čimbenici čine nespecifičnima. U praksi često izostaje pravodobna detekcija psihičkih problema od „somatskih“ liječnika (Shannon i sur. 2010). Također roditelji ne uzimaju u obzir djetetove somatske smetnje. Povezanosti sa somatizacijskim i somatoformnim poremećajima jesu niži socioekonomski status, nepovoljne okolnosti u susjedstvu; maternalna depresija i anksioznost; izloženost traumatskim događanjima; stres u školi i drugi problemi povezani sa školom; poremećaji svakodnevnog življenja, npr. odsutnost iz škole, slab školski uspjeh, problemi s vršnjacima (Shannon i sur. 2010).

MKB-10 i DSM-5 ne odstupaju znatno u svojoj konceptualizaciji ovih poremećaja, ali postoje i različitosti (APA 2013; WHO 1993). MKB-10 razlikuje **somatizacijski poremećaj** pri kojemu su zahvaćeni multipli sustavi (polisimptomatski), dok kod somatoformne autonomne disfunkcije po definiciji postoji zahvaćenost jednog zasebnog sustava (npr. iritabilni kolon). DSM-5, kao i pojedini autori napuštaju nejasan izraz „somatoformni“ u prilog izraza „somatic symptom and related disorder“ (poremećaj sa somatskim simptomima) (APA 2013; Schulte i Petermann 2011). DSM-5 definira ga kao jedan ili više somatskih simptoma koji su neugodni ili znatno ometaju svakodnevni život. Nalazi se pretjerano razmišljanje, osjećanje ili ponašanje vezano za simptome koji se očituju kao neproporcionalne i stalne misli o ozbiljnosti simptoma; stalno visoka anksioznost zbog zdravlja ili simptoma; previše vremena i energije posvećuje se simptomima ili zabrinutosti za zdravlje; iako jedan somatski simptom ne mora biti stalno prisutan, simptomi su

trajno prisutni (obično dulje od 6 mjeseci). DSM-5 ovamo ubraja i bolni sindrom, ako somatski simptomi uglavnom uključuju bol. U daljnjem će se tekstu, radi jednostavnosti, pisati o somatizacijskom poremećaju, no on će uključivati i različite somatiformne poremećaje.

46.1.2. Klinička slika

Somatizacijski poremećaj (F45.0) prototip je ove grupe poremećaja (Remschmidt 2011). Riječ je o repetitivnom obrascu multiplih i često izmjenjujućih tjelesnih simptoma za koje ne nalazimo neki medicinski opravdan uzrok unatoč stalnim dijagnostičkim pretragama. Prema MKB-10, uključuje 6 i više različitih simptoma, a uključena su barem dva organska sustava (gastrointestinalni, kardiovaskularni, urogenitalni, kožni sustav, bolni sindromi). Primjeri su nadutost, bolovi, povraćanja, mučnina, kožne promjene, ginekološki simptomi itd. Pacijenti uglavnom nisu zadovoljni objašnjenjem da nije riječ o medicinskom/organskom uzroku tegoba. Tipičan je čest abuzus medikamenata, dok to nije slučaj kod hipohondrije (Remschmidt 2011).

Nediferencirani somatizacijski poremećaj (F45.1). Ova je kategorija primjerenija za dječju dob.

Somatiformni autonomni poremećaj funkcije (F45.3). Karakteriziraju ga smetnje organa ili organskih sustava koji su vegetativno inervirani. Tipično postoje pojedinačne pritužbe na kardiovaskularni (tzv. srčana neuroza /F45.30/), respiratorni (singultus, hiperventilacija, kašljanje, nekarakteristična dispneja /F45.33/), gastrointestinalni (dispepsije, aerofagija /F45.31/; nervozni proljev, iritabilni /spastički/ kolon F45.32) ili urogenitalni sustav (F45.34); žarenje (F45.3). Specifično je inzistiranje na jednom posebnom organu ili sustavu (Remschmidt 2011).

Somatiformni bolni sindrom (F45.4). Riječ je o bolnim sindromima za koje se ne može dokazati organski uzrok. Takvi sindromi opisani su u posebnom poglavlju 47.

Posebni somatiformni poremećaji (F45.8) uključuju **globus hystericus (knedla/kugla ili grop/čvor u grlu)** i **poremećaji gutanja (dysphagia)**, **svrbež**, **generalizirani, odnosno anogenitalni pruritus**. Globus hystericus češće se pojavljuje u žena, učestalije u odrasloj dobi nego u djetinjstvu. Relativno je rijetka pojava u djetinjstvu, a češća je u adolescenata (Pollack i sur. 2013).

Hipohondrijski poremećaj karakteriziran je **intenzivnim strahom** da postoji ozbiljna bolest. Pritom su pacijenti usmjereni više na to da se dijagnosticira ozbiljna somatska bolest, dok je kod somatizacijskog poremećaja naglasak na dobivanju određene somatske terapije usmjerene na simptome (Simon i sur. 2014). Pitanje je uopće može li ga se ubrajati u somatizaciju i srodne poremećaje, odnosno je li ga primjerenije ubrajati u anksiozne poremećaje jer dominira intenzivan strah (v. poslije u tekstu).

Poremećaj s tjelesnom dismorfijom (F45.2) opisan je u posebnom poglavlju (poglavlje 58 o poremećaju kontrole impulsa).

46.1.3. Prevalencija

U dobi od 14 do 24 godine prevalencija je 2,7 % (Lieb i sur. 1998). U dječjoj i adolescentnoj dobi prevladavaju glavobolje, bolovi u trbuhu, mučnine, bolovi u mišićima i zglobovima (tzv. bolovi rasta), bolovi u leđima, kao i umor i iscrpljenost (Campo i Fritz 2001). U adolescenciji češće simptome imaju djevojke negoli mladići.

46.1.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet

U **dijagnostici** se primjenjuju metode koje se i inače rabe u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, odnosno metode već opisane kod disocijativnih poremećaja. Ovakva se djeca obično prvo javljaju liječnicima primarnog kontakta (npr. pedijatrima). U početku se treba postaviti sumnja na psihijatrijski poremećaj, ali treba uzeti u obzir i pravo roditelja na zabrinutost. Nikako ne treba „sumnjati“ u djetetove simptome. Treba provesti somatsku obradu, ali treba i izbjegavati nepotrebne pretrage. U većine slučajeva dovoljni su detaljna anamneza i temeljiti tjelesni i neurološki pregled. Samo pri sumnji na određena somatska stanja potrebno je provesti daljnju dijagnostiku (Fegert i Köhler 2013; Resch i sur. 2012). Važno je utvrditi kakav koncept o bolesti ima dijete, ali i roditelji (Lempp 2014). Obično postoji otpor psihičkom gledanju na simptome, što dovodi do promjene, biranja i kontaktiranja više liječnika (*doctor shopping*). Osim organske, potrebna je i psihijatrijska i psihološka dijagnostička obrada. Psihička dijagnostika treba uzeti u obzir simptome, afekte, psihičke konflikte, aspekte psihičke strukture ličnosti i razvoja (biografski stresori), kao i socijalne i kulturalne čimbenike koji mogu podržavati

Tablica 46.1.**Pozitivni kriteriji za somatizacijske i somatofornne poremećaje.**

Modificirano prema Fegert i Kölch 2013; Resch i sur. 2012.

Opisivanje simptoma (nejasno, „manje senzoričko”, multilokularno, fluktuirajuće)**Osobitost anamneze:** model u okolini, stalna promjena i biranje liječnika (*doctor shopping*); organske bolesti mogu biti prisutne prije, u vrijeme i tijekom početka simptomatologije; izbjegavanje škole i drugi gubitak funkcionalnosti; somatizacijski simptomi rano u anamnezi; traumatski i stresni događaji u anamnezi**Obitelj:** učestalost psihosomatskih i psihijatrijskih bolesti; vrlo povezane obitelji; model za simptom i/ili izbor organa u obitelji („simptom koji je povezan uz obitelj ili dom /kuću/“); veća zabrinutost za somatske simptome, nego za emocionalna stanja; značajne posljedice simptoma za obiteljsku interakciju, primarna i sekundarna dobit od simptoma**Terapijski odnos:** uzimanje anamneze je teško; otežana je empatija; postoji kritički način interakcije (posebno s roditeljima) npr. tipične su rečenice: „Da, ali...“, može dominirati idealiziranje/razočaranje, odbijanje psiholoških hipoteza, „orijentacija na činjenice“

poremećaj. Traume su česte u anamnezi. Korisne su *feedback*-konferencije (konzultativni sastanci) između pedijataru i dječjih i adolescentnih psihijataru. Također je korisno i uobičajeno psihološko testiranje te uporaba projektivnih testova, a od pomoći su i različite skale simptoma, protokoli, dnevnicu simptoma (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Važno je učiniti i procjenu cijele obitelji kao sustava, procijeniti kakve su snage unutar obitelji te kakav je odnos pojedinih članova prema tjelesnim funkcijama (Lempp 2014).

Slično konverzivnom poremećaju, i ovdje **postoje pozitivni kriteriji za somatizacijski i somatofornni poremećaj**. Prikazani su u [tablici 46.1](#).

Čimbenici se grupiraju u četiri grupe (Fegert i Kölch 2013; Resch i sur. 2012): **1. Opisivanje simptoma:** – bolovi ili simptomi pojavljuju se jednom tjedno ili češće (posebno su kritični ako se očituju svaki drugi dan); opis bola manje je „senzoričan“, s osobom koja opisuje bolove se teško može empatizirati; nejasan je opis lokalizacije; opetovano su bolovi jaki, npr. od 8 do 10 od maksimalne brojke 10 (vizualno-analognu skalu) ili „skokovitu“ skalu (npr. 20, a maksimum je 10); negira se modulacija bola, opća sredstva ne djeluju (toplina, hladnoća itd.); bolovi su multilokularni; simptomi su multipli i/ili fluktuirajući; može postojati zamjena simptoma; proširenje simptoma ili promjene tijekom medicinskog pregleda. **2. Osobitosti anamneze:** – preuzimanje simptoma od modela iz okoline; – organske bolesti mogu biti prisutne prije, u vrijeme i tijekom početka simptoma; izbjegavanje škole i drugi gubitak funkcionalnosti; somatizacijski simptomi mogu biti prisutni rano u

anamnezi; mogu postojati traumatski i stresni događaji u anamnezi; mnogo prethodnih liječenja, mnogo negativnih prethodnih nalaza, naime stalne promjene i biranja liječnika (*doctor shopping*). **3. Obitelj** – učestalost psihosomatskih i psihijatrijskih bolesti u obitelji; obitelji su vrlo povezane; postoji model za simptom i/ili izbor organa u obitelji (simptom koji je povezan uz obitelj ili dom /kuću); u obitelji postoji veća zabrinutost za somatske simptome nego za emocionalna stanja; znatan utjecaj simptoma na obiteljske interakcije, postoji primarna i sekundarna dobit od simptoma. **4. Terapijski odnos:** – pacijent je općenito zabrinut za svoje stanje; uzimanje anamneze je teško (pacijent odgovora jednim slogom), opisano ostaje „blijedo“, kod ispitivača postoje osjećaji „praznine“ i „slijepe pjege“; pozitivni psihodinamski čimbenici tek se poslije mogu istražiti u terapijskom procesu; kod ispitivača ostaje nelagoda, otežana je empatija; postoji kritički način interakcije (posebno s roditeljima), npr. tipične su rečenice: „Da, ali...“, može dominirati idealiziranje/razočaranje, odbijanje psihodinamskih hipoteza, „orijentacija na činjenice i koje je u ponašanju odbijajuće“ itd.

Diferencijalnodijagnostički, potrebno je isključiti različite organske bolesti, npr. infektivne, upalne procese, tumore mozga, angiome, temporalnu epilepsiju i različita druga stanja. Diferencijalna dijagnoza somatizacijskog i somatofornnog poremećaja s psihijatrijske strane prikazana je u [tablici 45.1](#) (v. posebno poglavlje 45). Kod somatizacijskog i somatofornnog poremećaja imamo tipično zahvaćen autonomni vegetativni živčani sustav, a kod psihodinamike dominira

mehanizam somatizacije (v. poslije). Potrebno je također diferencijalnodijagnostički uzeti u obzir i depresiju, separacijski anksiozni poremećaj (Lempp 2014). Važna diferencijalna dijagnoza jest u odnosu prema hipohondrijskom poremećaju (v. tablicu 46.2.).

Primjer diferencijalne dijagnoze između iritabilnog kolona (somatoformni autonomni poremećaj) i ulceroznog kolitisa (psihosomatskog poremećaja) prikazan je u tablici 46.3.

Tablica 46.2.

Diferencijalna dijagnoza somatizacije u odnosu prema hipohondriji.

Modificirano prema DSM-5 (APA 2013); Lempp 2014; Remschmidt 2011.

Somatizacijski poremećaj ili poremećaj sa somatskim simptomima (engl. <i>Somatic symptom and related disorder</i>)	Hipohondrija (engl. <i>Illness anxiety disorder</i>)
- opća zabrinutost za svoje tijelo	- jasna kognicija u vezi s intenzivnim strahom od ozbiljne bolesti
- imaju niz somatskih simptoma na koje se žale	- nemaju ili imaju minimalno somatskih simptoma na koje se žale
- naglasak na terapiji usmjerenoj na simptome	- naglasak na dijagnosticiranju ozbiljne bolesti
- čest je abuzus lijekova	- izbjegavaju uzimanje lijekova

Važna je **diferencijalna dijagnoza** u odnosu prema psihotičnim poremećajima (halucinacije, sumanutosti u vezi s tijelom); simulaciji; artifičijelnom poremećaju te paničnom poremećaju. Kao najznačajniji komorbiditet navode se anksioznost i depresija (Campo 2012; Steinhausen 2010), što ima implikacije u terapiji. Odnos depresije i somatizacijskog i somatoformnog poremećaja vrlo je zanimljiv te se postavlja pitanje je li riječ o komorbiditetima ili o istoj bolesti. Primjerice, somatizirana ili larvirana depresija pojam je koji označuje značajne somatske simptome uz depresiju. Nije rijedak ni komorbiditet somatizacijskih i disocijativnih poremećaja (Steinhausen 2010). Od komorbiditeta uz somatizacijski poremećaj češće se nalaze druga psihijatrijska stanja: separacijska anksioznost, anksiozni poremećaji, a u obzir svakako treba uzeti i zanemarivanje, kao i razvojni poremećaji ličnosti (Remschmidt 2011).

46.1.5. Etiopatogeneza

Sažeta integrativna etiopatogeneza prikazana je na slici 45.1. (v. posebno poglavlje 45) i slična je disocijativnim poremećajima (Beck 2008; Landa i sur. 2012). Također je na slici 44.1. sumarno prikazan koncept somatizacije i koncept konverzije (v. posebno poglavlje 44 o konceptu neuroze). Slično ovomu, na slici 44.2. sažeto je prikazan koncept konverzivnog događanja, gdje je važno zamijetiti da se psihoterapija definira kao dešifriranje primarnih konflikata. Usporedi sa slikom 56.2. i slikom 57.1. (v. posebna poglavlja 56 i 57). Pojedini autori stavljaju naglasak na razvojne aspekte, pri čemu se naglašava važnost sigurne baze (teorija privrženosti), mentalizacije (reflektiranje mentalnih stanja), afektivne regulacije, kao i važnost razvoja

Tablica 46.3.

Razlika između somatoformnog autonomnog poremećaja i psihosomatskog poremećaja.

Modificirano prema Ermann 2007; Prasko i sur. 2010.

	Iritabilni kolon	Upalne bolesti crijeva (ulcerozni kolitis)
Klasifikacija	somatoformni autonomni poremećaj	psihosomatski poremećaj
Dodatna klasifikacija	„funkcionalni poremećaj”	„poremećaj s organskom lezijom”
Povezanost tijela i psihe	povezuju se tjelesne funkcije sa psihom	nije toliko jasna povezanost tijela i psihe
Posebnost kliničke slike	anksioznost, depresija, stres	opsesivnost, ovisnost, depresivnost
Sličnost kliničke slike	„bliže anksioznim poremećajima”	„bliže kroničnim somatskim poremećajima”
Specifična psihoterapija	metode relaksacije i različite psihoterapije	somatsko liječenje i različite psihoterapije

(Landa i sur. 2012). Promatrajući somatizacijske poremećaje s razvojnog aspekta, može se reći da je tijelo prvi instrument djetetove komunikacije s majkom, posebno u neverbalnom razdoblju, ali isto tako i kasnije tijekom razvoja, stoga ne čudi relativno velika zastupljenost određenih vrsta tjelesnih simptoma kao izraza psihičke patnje i distresa u djece. U tom smislu smatra se da se somatizacija univerzalno pojavljuje u ranoj dobi jer tada još nema verbalnih i kognitivnih sposobnosti potrebnih za razumijevanje i komuniciranje emocionalnih iskustava (Abbey 1996).

Neurobiološki mehanizmi i genski utjecaji su važni. Navodi se važnost serotoninergičkog sustava (Lempp 2014). Kod kroničnog bola ulogu ima reagiranje na stres i njegovu proradu, u što su uključene neke regije mozga. Klinički poznat fenomen, da bolni sindrom jedne osobe može biti povezan s drugom osobom, može upućivati na aktivnost zrcalnih neurona (Cheng i sur. 2008). Uloga karaktera u djece također je povezana sa somatizacijskim poremećajima.

Uključene su različite forme učenja: socijalno učenje, ili učenje prema modelu; operantno ili klasično kondicioniranje. Somatizacije mogu biti u službi obrana, naime emocionalni se sukobi tjelesno izražavaju. Na ovaj način sukobi, neugodni osjećaji i sadržaji sjećanja ne dolaze u svjesnost (Simon i von Korff 1991). Stres može biti okidač i pojačivač simptoma. Pojedini autori navode interakciju *coping* vještina (pasivni *coping*) s anksioznošću i depresijom, koje preko moderirajućeg djelovanja somatizacije dovode do kliničkih obilježja u smislu bolnog sindroma (Lavigne i sur. 2014). Različiti autori navode također sljedeće važne čimbenike: situacije prekomjerne napetosti, kao i već prisutne prethodne „organske“ poremećaje.

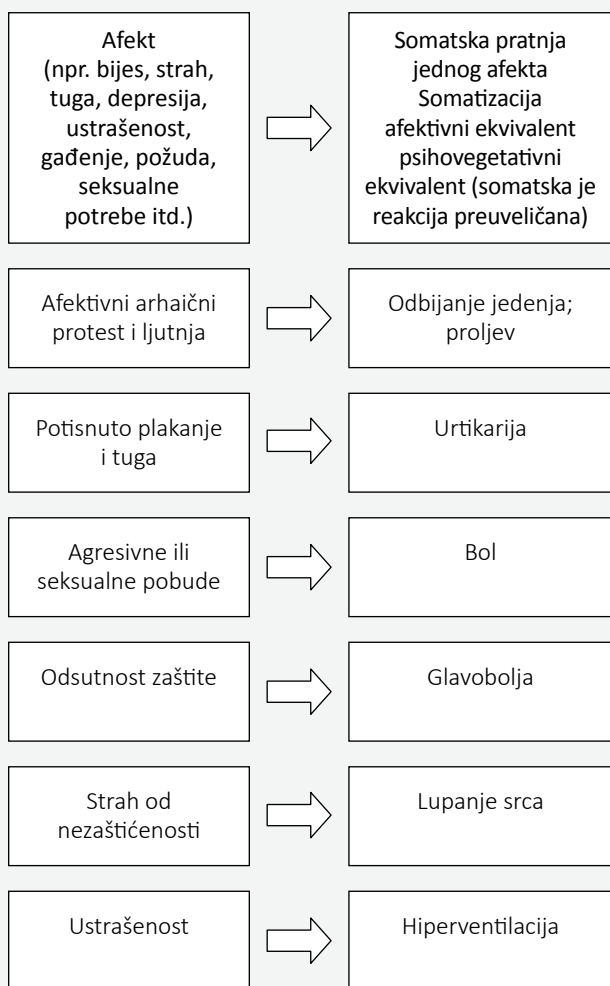
Na slici 46.1. prikazan je psihoanalitički model somatizacije, koji je najčešći pri somatizacijskom poremećaju.

Model somatizacije kao model „afektivnih ekvivalenata“ označava model pri kojemu kod funkcionalnih poremećaja ostaje održan tjelesni izraz afekata dok se psihička doživljavanja potiskuju. Psihovegetativni poremećaji (tzv. afektivni ekvivalenti) nemaju simboličko značenje kao kod konverzivnog modela, međutim, imaju situacijski sadržaj značenja (neposredan povod). Dakle, ovdje nije riječ o simboličkoj aktivnosti, nego o tome da je tijelo postalo instrument, npr. dijete ima smetnje gutanja te odbija jesti. Odbijanje jedenja jednostavan je arhaični ekvivalent afektivnog protesta i ljutnje. Disfonija ili afonija predočuje jednostavnu afektivnu

Slika 46.1.

Model psihoanalitičke somatizacije.

Modificirano prema Ermann 2007; Ermann i sur. 2014; Kuechenhoff i Ahrens 2002; Sassenberg i Ahrens 2002.



inhibiciju arhaičnoga bijesnog vikanja. Urtikarija se shvaća kao potisnuto plakanje. Bol se može razumjeti kao ekvivalent agresivnih (ili seksualnih) pobuda. Simptom glavobolje povezuje se s odsutnošću zaštite i neprijateljstvom. Psihodinamski gledano, u etiopatogenezi mogu biti prisutne različite razine psihičkih sukoba, međutim, češće su niže, pregenitalne razine.

U prošlosti je fenomen somatizacije bio objašnjavao samo na psihogeni način, pri čemu je dominiralo razmišljanje „ili – ili“ (ili je organsko ili je psihogeno). Somatizacijski je poremećaj prije bio određen tako da, ako nije nađeno ništa „organsko“, onda je vjerojatno „psihogeno“. Danas neki autori ovaj pristup smatraju prevladanim te se misli da postoji uska interakcija između psihičkog i neurobiološkog u smislu kružnih tokova (Fegert i Kölch 2013; Resch i sur. 2012).

Obiteljski sistemski pristup somatizacijske poremećaje tumači kao medij za obiteljsku komunikaciju i izbjegavanje sukoba, odnosno nalazi se veća obiteljska disfunkcija (Majić 2011). Sklonost somatizaciji ima obiteljsku komponentu. U više članova obitelji postoje somatizacije, pri čemu i sami roditelji mogu imati neke kronične somatske bolesti (Lempp 2014). Roditelji su prezaštitnički i skloniji separacijskoj anksioznosti, a mogu se naći i interpersonalna neslaganja među partnerima. Ako roditelji na djetetov somatoformni poremećaj reagiraju „zaštitnički i obzirno“, oni pružaju osnove da se ovaj krug podržava. Obilježje ovakvog, zaštitničkog stava jesu fokusiranje i pažnja usmjerena na očekivanu opasnost, zanemarivanje vlastitih potreba, pojačanje djetetovih simptoma, ograničenje djeteta, stalno zaštićivanje od vanjskih stresova. Pojedini autori ovakve obitelji dijele u dva tipa (Eminson 2007): 1. kaotične obitelji, u kojima je jasno izražena psihopatologija; 2. naoko „normalne“ obitelji, vrlo povezane, međutim, koje odbijaju bilo kakvo uključivanje psihosocijalnih čimbenika.

46.1.6. Kliničke vinjete

Primjer 1. Somatoformni bolni sindrom. Djevojčica od 12 godine premještena je na stacionarno psihijatrijsko liječenje s pedijatrijskog odjela reumatologije. Do sada bila višestruko pedijatrijski hospitalizirana. Naime, u kliničkoj slici dominiraju bolovi u laktovima i koljenima (zglobovi). Svoje bolove opisuje da su „stalno prisutni“, a povremeno da su „izrazito jaki“, uz tipičnost da neverbalna ekspresija ne prati verbalnu. Pedijatri nisu mogli objasniti narav organske bolesti, koja bi bila odgovorna za ove multiple bolove. Opisi simptoma nisu jasni. Njezini je bolovi ometaju u svakodnevnom funkcioniranju, te se u posljednje vrijeme školuje kod kuće. Dobiva se dojam o sekundarnoj dobiti od simptoma. U nizu psiholoških nalaza bilježi se psihološka nadogradnja tjelesnih senzacija. Od početka djevojčica i njezina majka odbijaju mogućnost da bi bila riječ o eventualnom psihogenom ili psihosomatskom poremećaju. Od početka prisutno visoko nezadovoljstvo djevojke tretmanom koji provode liječnici „koji ništa ne znaju, niti ništa ne rješavaju“. Također postoji tendencija pasivnom negativizmu, onipotenciji. U psihološkim se nalazima bilježi tendencija disimuliranja, što dovodi u pitanje cjelokupnost psihološkog testiranja. Negira anksioznost, prisutna je rigidnost. Projektivni testovi upućuju na patološki profil uz regresivnu razinu funkcioniranja i mogućnost za dublju strukturnu patologiju. Odrasta u diferentnim okolnostima, disfunkcionalnim

obiteljskim okolnostima, kao i u povremeno nasilnim okolnostima. Tijekom prijema na odjel zapaža se regresivnost, kao i dijadni odnos s majkom. Zanimljivost tijekom grupnog liječenja na odjelu jest da, u trenutku kada drugi govore o svojim osjećajima, ona ima bolove (afektivne ekvivalente), emocije drugih shvaćaju se kao doživljaj vlastite boli prema svojem tijelu. Zaključno se dolazi do pozitivnih znakova koji bi upućivali na somatoformni bolni poremećaj. S vremenom se na odjelu sve bolje uklapa u bolničku sredinu. Tijekom boravka ima nagle pojave napadaja bolova, koji se zbrinjavaju medikamentno. Sa samohranom majkom samo se djelomično dobro uspostavlja kontakt tijekom liječenja, postoje indicije o majčinoj indukciji u odnosu prema kćeri. Dodatno je u vezi s bolesnicom kontaktiran i nadležni centar za socijalnu skrb. Preporučeno je daljnje psihijatrijsko liječenje. Daje se uputa kolegama pedijatrijama da se ne koriste daljnjim ekstenzivnim pedijatrijskim pretragama.

Primjer 2. Globus histericus. Pacijentica je 14-godišnja djevojčica. U anamnezi zabilježeni značajni gubici u anamnezi majke. Obiteljska situacija visoko diferentna. U kliničkoj su slici prevladavali polimorfni simptomi, među ostalima: globus histericus (knedla u grlu), disfagija, ali i drugi različiti simptomi, većinom psihološki. U psihološkom se nalazu bilježe visoka tjeskoba, visoka depresivnost, separacijska anksioznost, te simptomi OKP-a, uz ritualnost, kao i impulzivnost i agresivno reagiranje. Tijekom stacionarnoga psihijatrijskog liječenja ne dolazi se do željene stabilizacije. Sama djevojčica vrlo zahtjevna u vezi s potrebnim dijagnostičkim pretragama, ali i nezadovoljna odnosom osoblja i liječnika prema njoj. Preporučuje se i daljnje psihijatrijsko praćenje, međutim, naknadno se dolazi do podatka da to praćenje izostaje.

46.1.7. Terapija, tijek, ishodi

Osnovni terapijski principi liječenja somatizacijskog i disocijativnog poremećaja prikazani su u [tablici 45.6.](#) (v. posebno poglavlje 45). Principi liječenja somatizacijskih poremećaja slični su liječenju konverzivnog i drugih disocijativnih poremećaja, kao i anksioznih poremećaja. Psihološke su se terapije pokazale učinkovitima pri ovim poremećajima, a posebno kod somatoformnog bolnog sindroma (Eccleston i sur. 2012). Posebno je važno uspostavljanje terapijskog saveza s obzirom na čest podatak da su ovakva djeca i roditelji bili kod niza liječnika, doživljavali su razočaranja, nepovjerenje i odbijanja, kao i česte prekide liječenja.

Poseban problem u djeteta i roditelja može biti traženje „još neotkrivenog somatskog poremećaja“, koji bi trebao biti u pozadini simptoma (Remschmidt 2011).

Kod modela somatizacije treba imati na umu da su simptomi neverbalni način komunikacije pacijenta s okolinom. U tom smislu treba izbjegavati konfrontacije, više primjenjivati empatiju i *holding* (Kuechenhoff i Ahrens 2002). Pojedini autori zagovaraju podupiranje razvojnih zadaća (zbog razvojnog deficita), kao i afektivnu modulaciju, uz napomenu da i dalje treba imati u vidu koji je temeljni psihički konflikt. U tom smislu teži se diferencijaciji tjelesnih doživljavanja s obzirom na emocije.

Terapija se može podijeliti na sljedeće načine: 1. na simptom orijentirani postupci (vođenje protokola, gimnastika, *biofeedback*, relaksirajuće tehnike) i 2. psihoterapijske tehnike, gdje će u prvome planu biti emocije, obiteljska dinamika (Fegert i Kölch 2013; Resch i sur. 2012; Lempp 2014). Treba izbjegavati izostanke iz škole u djece, bolovanja u roditelja, kao i stalno ponavljanje tjelesnih pretraga (Lempp 2014).

Integrativni principi uključuju različite čimbenike: stvaranje terapijskog saveza (prihvatanje realnosti simptoma); kreiranje pozitivne motivacije za liječenje (redukcija stresa, relaksirajuće tehnike, rješavanje problema); razvijanje psihosomatskog razumijevanja za poremećaj (pokazivanje veze između psihe i tijela); bihevioralne metode (vođenje dnevnika; poticanje prikladnog ponašanja); reduciranje daljnjih somatskih pretraga; umanjivanje neprikladnog ponašanja u smislu socijalne izolacije (poticanje socijalizacije, poticanje sportskih aktivnosti); modifikaciju neprikladnih kognitivnih atribucija u vezi s poremećajem (prorada straha od bolesti), te poboljšanje kvalitete života (poticanje socijalnih kontakata, poticanje slobodnih aktivnosti); rad s roditeljima; fizikalne terapije; uključivanje drugih stručnjaka; liječenje komorbiditetnih poremećaja; interdisciplinarnu suradnju različitih struka (Lempp 2014; Remschmidt 2011). **Tijek** kod poremećaja može biti prolazan, odnosno varijabilan. Postoji opasnost kod ishoda od kronificiranja u odraslu dob.

46.2. Hipohondrijski poremećaj

46.2.1. Uvod, klasifikacije, klinička slika, dijagnostika, komorbiditeti

Kao što je prije bilo rečeno, pitanje je može li se hipohondrijski poremećaj uopće ubrajati u somatiza-

ciju i srodne poremećaje, odnosno je li primjerenije ubrajati ga u anksiozne poremećaje jer dominira intenzivan strah. Prema DSM-5 (APA 2013), osoba je preokupirana time da ima ili razvija/dobiva ozbiljnu bolest. Somatskih simptoma nema ili, ako su prisutni, onda su blagog intenziteta. Ako imaju neku bolest ili su u visokom riziku da obole od nje (opterećena obiteljska anamneza), zabrinutost je obično pretjerana. Prisutna je visoka anksioznost u vezi sa zdravljem i osoba se lako uznemiri zbog svoga zdravstvenog stanja. Postoje pretjerana ponašanja vezana za zdravlje (ponavljane provjere tjelesnih funkcija ili bolesti) ili izbjegavajuće ponašanje (izbjegavanje pregleda i bolnica); preokupiranost bolešću prisutna je barem unatrag 6 mjeseci, no specifična bolest koje se boji može se mijenjati tijekom toga vremena. Pretjerana okupiranost bolestima nije bolje objašnjena drugim psihičkim poremećajem kao što su grupa somatizacijskih poremećaja, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, poremećaj s tjelesnom dismorfijom, OKP ili sumanutu poremećaj somatskog tipa. Klasificiramo ga, prema MKB-10, u kategoriju F45.2 (WHO 1993). Taj se poremećaj češće pojavljuje u ranoj odrasloj dobi. Postoji strah od neke teške bolesti (npr. AIDS, karcinom, multipla skleroza) uz pogrešnu interpretaciju ili prekomjernu zabrinutost za funkcije vlastita tijela. Međutim, tipično nedostaju pojedini somatski simptomi (Lempp 2014). Unatoč liječničkim nalazima da nije riječ ni o čemu organskom, to pacijentu ne donosi olakšanje. Tipično odbijaju uzimanje lijekova. Čest je komorbiditet s anksioznim ili depresivnim poremećajem ili drugim somatizacijskim poremećajima. Potrebno je razlikovati uobičajeni hipohondrijski poremećaj od sumanute hipohondrije koja se pojavljuje u shizofreniji (Simon i sur. 2014). Hipohondriju je važno razlikovati od somatizacijskog poremećaja (v. [tabl. 46.2.](#)) (APA 2013; Lempp 2014; Remschmidt 2011). U [tablici 57.4.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza OKP-a s obzirom na fobiju i hipohondriju (v. posebno poglavlje 57 o OKP-u). Etiopatogenetski, riječ je o sličnim mehanizmima kao kod drugih somatizacijskih poremećaja.

46.2.2. Klinička vinjeta

Primjer- **Hipohondrijski poremećaj.** Na pregled dolazi dječak od 12 godina, koji se tuži na intenzivne strahove da ima neku opasnu bolest, naime, da ima neku tešku bolest probave, te zbog toga telefonski često naziva svoje roditelje. Inzistira na dijagnostičkim pretragama i obilno se raspituje kakve se pretrage mogu

učiniti. U anamnezi se saznaje da se oduvijek u djetinjstvu teško adaptirao na nove okolnosti, npr. nije se dobro adaptirao na vrtić, te je bio ispisan iz njega, oduvijek sramežljiviji, slabijega socijalnog kontakta i povučen od vršnjaka. U slobodno vrijeme provodi sate u danu igrajući računalne igrice. Obiteljska je situacija diferentna, živi sa samohranom majkom, uz intenzivan simbiotski odnos. U posljednje vrijeme također su učestaliji opozicija i svađe s majkom. Uključen je u dugotrajniji psihoterapijski proces u dnevnu bolnicu.

46.2.3. Terapija, ishodi

Pri terapiji hipohondrijskog poremećaja koristimo se sličnim smjernicama kao kod anksioznog, opsesivnog, odnosno konverzivnog i drugih disocijativnih poremećaja, te somatizacijskog poremećaja (Fegert i Kölch 2013; Resch i sur. 2012). Načelno, prognoza je loša, simptomi traju desetljećima, odgovor na terapiju uglavnom je loš (Simon i sur. 2014).

46.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Upute za roditelje i nastavnike slične su kao kod disocijativnih poremećaja (v. posebno poglavlje 45).
- ✓ Roditelji mogu odbijati objašnjenje da je riječ o somatizacijskom poremećaju pa stoga treba jasno objasniti da je posrijedi suptilan (nesvjesni) međuodnos između duha i tijela. Stoga dijete može biti opterećeno nepotrebnom medicinskom dijagnostikom.
- ✓ Dijete zaista ima simptome, ono uistinu osjeća npr. bolove (!) i treba mu vjerovati.
- ✓ Ako postoji često mijenjanje liječnika, uz negativne nalaze, kao i stalno inzistiranje na dijagnostici, treba posumnjati na somatizacijski poremećaj.
- ✓ Kod somatizacijskih poremećaja čest je komorbiditet s anksioznošću i depresijom.
- ✓ Pri somatizacijskim poremećajima trebamo pažljivo uzeti obiteljsku anamnezu.
- ✓ Terapija je integrativna, a težište je na psihoterapiji.
- ✓ Suradnja s roditeljima vrlo je važna. Somatizacijski poremećaji imaju tendenciju kronificiranja te djeca i roditelji mogu biti vrlo nezadovoljni tijekom liječenja.

- ✓ Suradnja s pedijatrima od iznimne je važnosti jer obično ovakvi pacijenti dođu primarno k njima.

46.4. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Da li pedijatri i liječnici opće medicine relativno često zanemaruju psihičku dimenziju kod somatizacijskih (i disocijativnih) poremećaja?

ODGOVOR: Da. Ili je riječ o prolaznima stanjima pa dolazi do zanemarivanja psihičke dimenzije. Pri kronificiranju poremećaja također postoji trend zanemarivanja psihičke dimenzije. Treba pažljivo uzeti anamnezu od roditelja jer se to u mnogim slučajevima čini najvažnijim. U svakom slučaju, potrebno je barem da bude provedeno kvalitetno psihološko testiranje (uz testove osjetljive na somatizacijske poremećaje, testovi inteligencije, projektivni testovi, testovi ličnosti, liste anksioznosti i depresivnosti) prije pregleda dječjega psihijatra.

■ **PITANJE:** Kako se objašnjava povezanost somatizacijskih poremećaja s anksioznošću i depresijom?

ODGOVOR: Ovo je vrlo kompleksno pitanje. Pitanje je što dominira u kliničkoj slici. Kod anksioznih poremećaja u kliničkoj slici dominiraju različiti oblici anksioznosti, koja je manifestna, a somatski simptomi ili vegetativni simptomi nikako ne prevladavaju kliničkom slikom. Pri depresiji postoje klasični temeljni simptomi raspoloženja, aktiviteta i mimike, također i u djece i adolescenata, dok somatski simptomi mogu biti prisutni, a pogotovo u manje djece i osnovnoškolske djece (v. poglavlje 55 o depresiji), međutim, tipično oni ipak ne prevladavaju u kliničkoj slici. Kod somatizacijskog poremećaja u kliničkoj slici prevladavaju različiti somatski simptomi.

■ **PITANJE:** Što to znači stalne promjene i biranja liječnika, (*doctor shopping*) kod somatizacijskih i disocijativnih poremećaja?

ODGOVOR: Označuje niz dijagnostičkih pretraga kod različitih liječnika, mijenjanje liječnika i bolnica, uspoređivanje nalaza različitih liječnika, „hvatanje“ za određene rečenice pojedinih liječnika, zanemarivanje emocionalnih tema u razgovoru s liječnicima, stalna razočaranja u liječnike itd. Načelno nije dobro za dijete da stalno mijenja liječnike, nego se preporučuje liječenje kod iste osobe radi razvoja osnovnog povjerenja i bolje

terapije prema pacijentu. Roditeljima treba jasno reći da mijenjanje liječnika ne služi na dobrobit izlječenju djeteta, odnosno da dijete treba ostvariti odnos povjerenja. Pokatkad se roditelji oglašuju na takve savjete.

■ **PITANJE: Koji su pozitivni znakovi kod somatizacijskih poremećaja?**

ODGOVOR: Pozitivne dijagnostičke kriterije, koji postoje slično kao i kod disocijativnih poremećaja, ovdje grupiramo u četiri skupine. Prvo, opisivanje simptoma je nejasno, „manje senzorično”, multilokularno, fluktuirajuće. Drugo, osobitost anamneze jest da postoji model u okolini za somatizaciju, stalna promjena i biranje liječnika (*doctor shopping*); organske bolesti mogu biti prisutne prije, u vrijeme i tijekom početka simptoma; izbjegavanje škole i drugi gubitak funkcionalnosti; somatizacijski simptomi rano u anamnezi; traumatski događaji u anamnezi. Treće, u obitelji učestalo nalazimo psihosomatske i psihijatrijske bolesti; vrlo povezane obitelji; model za simptom i/ili izbor organa u obitelji (simptom koji je povezan uz obitelj ili dom); veća zabrinutost za somatske simptome, nego za emocionalna stanja; značajne posljedice simptoma za obiteljsku interakciju, primarna i sekundarna dobit od simptoma. I konačno, četvrto obilježje jest terapijski odnos u kojemu postoji kritički način interakcije između liječnika i djeteta/roditelja.

■ **PITANJE: Objasnite model somatizacije kod somatizacijskih poremećaja, odnosno kakav je odnos prema konverziji i aleksitimiji.**

ODGOVOR: Model somatizacije kao model „afektivnih ekvivalenata“ označava model pri kojemu kod funkcionalnih poremećaja ostaje održan tjelesni izraz afekata, dok se psihička doživljavanja potiskuju. Psihovegetativni poremećaji (tzv. afektivni ekvivalenti) nemaju simboličko značenje kao kod konverzivnog modela, međutim, imaju situacijski sadržaj značenja (neposredan povod). Dakle, ovdje nije riječ o simboličkoj aktivnosti, nego o tome da je tijelo postalo instrument npr. dijete ima smetnje gutanja te odbija jesti. Odbijanje jedenja jednostavni je arhaični ekvivalent afektivnoga protesta i ljutnje; disfonija ili afonija jednostavna je afektivna inhibicija arhaičnoga bijesnog vikanja; urtikarija kao potisnuto plakanje; bol kao ekvivalent agresivnih (ili seksualnih) pobuda, simptom glavobolje povezuje se s odsutnošću zaštite i neprijateljstvom. Općenito se u praksi mogu isprepletati različiti psihodinamski modeli (model konverzije, model somatizacije, model aleksitimije) kod somatizacijskih i disocijativnih poremećaja (kao i kod psihoso-

matskih poremećaja), međutim, uvijek je pitanje dominacije pojedinog modela kod pojedinog psihičkog poremećaja.

■ **PITANJE: Koja je razlika između somatizacijskog i hipohondrijskog poremećaja?**

ODGOVOR: Kod somatizacijskog poremećaja naglasak je na općoj zabrinutosti za svoje tijelo, pacijenti imaju niz somatskih simptoma na koje se žale, naglasak je na terapiji usmjerenoj na simptome, dok je kod hipohondrije naglasak na jasnoj kogniciji u vezi s intenzivnim strahom od ozbiljne bolesti; nemaju ili imaju minimalno somatskih simptoma na koje se žale pa je naglasak na dijagnosticiranju ozbiljne bolesti.

■ **PITANJE: Koja je razlika između somatizacijskog poremećaja i somatoformne autonomne disfunkcije?**

ODGOVOR: Razlika je u tome što su kod somatizacijskog poremećaja zahvaćeni multipli sustavi (polisimptomatski), dok je kod somatoformne autonomne disfunkcije po definiciji zahvaćen jedan zasebni sustav (npr. samo gastrointestinalni trakt-iritabilni kolon).

■ **PITANJE: Opišite principe liječenja somatizacijskog poremećaja?**

ODGOVOR: Principi liječenja slični su disocijativnim i anksioznim poremećajima. Dakle, obično se primjenjuju integrativni modeli liječenja, u kojemu važnu ulogu imaju psihoterapija i rad s roditeljima.

46.5. Pitanja

- 1 Kakav je princip rada s roditeljima ako djeca imaju disocijativne i somatizacijske poremećaje?
- 2 Kakva bi trebala biti suradnja između pedijataru i dječjih i adolescentnih psihijataru glede dijagnostike i liječenja djece s disocijativnim i somatizacijskim poremećajima?
- 3 Objasnite što je to model somatizacije.
- 4 Navedite koji su pozitivni dijagnostički kriteriji za somatizacijski poremećaj.
- 5 Koja je diferencijalna dijagnoza somatizacijskog poremećaja?
- 6 Koja je diferencijalna dijagnoza hipohondrijskog poremećaja?
- 7 Koja je diferencijalna dijagnoza somatizacijskog poremećaja i hipohondrije?

- 8 Koja je diferencijalna dijagnoza somatoformnog autonomnog poremećaja i psihosomatskog poremećaja na primjeru iritabilnog kolona i ulceroznog kolitisa?
- 9 Navedite sažeti pregled etiopatogeneze somatizacijskih (i disocijativnih) poremećaja.
- 10 Opišite principe liječenja somatizacijskog poremećaja.
- 11 Opišite principe liječenja hipohondrijskog poremećaja.
- 12 Koje bi bile indikacije za stacionarno psihijatrijsko/psihoterapijsko liječenje u djece s disocijativnim i somatoformnim poremećajima?

46.6. LITERATURA

1. *Abbey SE*. Somatization and somatoform disorders. U: *Rundell JR, Wise MG*, ur. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996:369–401.
2. *American Psychiatric Association*. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Beck JE*. A Developmental Perspective on Functional Somatic Symptoms. *J Pediatr Psychol* 2008;33(5):547–62.
4. *Campo JV, Fritz GK*. A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics* 2001;42:467–76.
5. *Campo JV*. Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression - Developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2012;53(5):575–92.
6. *Cheng Y, Yang CY, Lin CP i sur.* The perception of pain in others suppresses somatosensory oscillations: a magnetoencephalography study. *Neuroimage* 2008; 40: 1833–1840.
7. *Eccleston C, Palermo TM, Williams AC de D, i sur.* Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:1–84.
8. *Eminson DM*. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:855–871.
9. *Ermann M*. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
10. *Ermann M, Frick E, Kinzel C i sur.*, *Einfuehrung in die Psychosomatik und Psychotherapie*. 3. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2014.
11. *Fegert JM, Kölch M*. *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie*. 2. izd. Berlin: Springer; 2013.
12. *Kirmayer LJ, Robbins JM*. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(11): 647–55.
13. *Kuechenhoff J, Ahrens S*. Somatoforme autonome Funktionsstörungen- Modellvorstellungen. U: *Ahrens S, Schneider W*, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 336– 340.
14. *Landa A, Peterson BS, Fallon BA*. Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. *Psychosom Med* 2012;74(7):717–27.
15. *Lavigne JV, Saps M, Bryant FB*. Models of anxiety, depression, somatization, and coping as predictors of abdominal pain in a community sample of school-age children. *J Pediatr Psychol* 2014;39(1):9–22.
16. *Lempp T*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
17. *Lieb R, Mastaler M, Wittchen HU*. Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische befunde der Untersuchung einer bevoelkerungsrepraesentativen Stichprobe. *Verhaltenstherapie* 1998; 8:81–93.
18. *Majić, G*. *Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2011.
19. *olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL i sur.* Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009;66(5):363–77.
20. *Pollack A, Charles J, Harrison C i sur.* *Globus hystericus*. *Aust Fam Physician* 2013;42(10):683.
21. *Prasko J, Jelenova D, Mihal V*. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2010;154(4):307–14.
22. *Remschmidt H*. *Konversionsstörungen und dissoziative Störungen*. U: *Remschmidt H*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 257–264.
23. *Resch F, Brunner R, Oelkers-Ax R*. *Dissoziative und somatoforme Störungen*. U: *Fegert JM, Eggers C, Resch F*. *Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 621–52.
24. *Sassenberg U, Ahrens S*. *Hysterie*. U: *Ahrens S, Schneider W*, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 241– 248.
25. *Schulte IE, Petermann F, Noeker M*. Functional abdominal pain in childhood: From etiology to maladaptation. *Psychother Psychosom* 2010;79(2):73–86.
26. *Schulte IE, Petermann F*. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria!. What about children and adolescents? *J Psychosom Res Elsevier Inc* 2011;70(3):218–28.
27. *Shannon RA, Bergren MD, Matthews A*. Frequent Visitors. *J Sch Nurs* 2010;26(3):169–82.
28. *Simon GE, VonKorff M*. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry* 1991;148:1494–1500.
29. *Simon AE, Borgwardt S, Lang UE i sur.* *Cenesthopathy in adolescence: An appraisal of diagnostic overlaps along the anxiety-hypochondriasis-psychosis spectrum*. *Compr Psychiatry* 2014;55(5):1122–9.
30. *Steinhausen HC*. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
31. *World Health Organization*. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.

Somatoformni bolni poremećaji

Ivan Begovac

SADRŽAJ

47.1. Uvod	633
47.2. Abdominalni bolovi	633
47.3. Primarne glavobolje	634
47.3.1. Migrena	634
47.3.2. Glavobolje uzrokovane napetošću	635
47.3.3. Dijagnostika glavobolja	635
47.3.4. Akutna terapija glavobolja	636
47.3.5. Nemedikamentna profilaksa glavobolja	636
47.4. Bolovi u prsima	636
47.5. Muskuloskeletni bol, fibromialgija	636
47.6. Upute za roditelje/nastavnike	637
47.7. Često postavljena pitanja	637
47.8. Pitanja	637
47.9. Literatura	638

47.1. Uvod

Za praćenje ovog poglavlja potrebno je pročitati poglavlja o konceptu neuroze, o disocijativnim poremećajima, te o somatizacijskim poremećajima, kao i pripadajuće tablice u njima. Vidjeti posebno [tablicu 45.1.](#) (v. posebno poglavlje 45). Nadalje, na [slici 44.1.](#) sumarno je prikazan koncept somatizacije, kao i koncept konverzije (v. posebno poglavlje 44 o konceptu neuroze). Slično ovomu, na [slici 44.2.](#) sažeto je prikazan koncept konverzivnog događanja, gdje je važno zamijetiti da se psihoterapija definira kao dešifriranje primarnih konflikata. Usporedi sa [slikom 56.2.](#) i [slikom 57.1.](#) (v. posebna poglavlja 56 i 57).

Veliki dio bolnih sindroma zapravo su somatoformni bolni poremećaji, ali, naravno, to nisu svi. Ti su bolni sindromi kao i drugi somatizacijski poremećaji povezani sa psihološkim funkcijama, odnosno često su povezani s anksioznošću, anksioznom vulnerabilnošću, depresijom i drugim psihosocijalnim disfunkcijama (Mahrer i sur. 2012). Dob ima važnu ulogu kod bolnih sindroma. Bolovi u trbuhu karakterističniji su u predškolskoj dobi i osnovnoj školi. Odrastanjem postaju više dominantne glavobolje i bolovi u mišićima, uz napomenu da su bolovi u trbuhu prediktivni za razvoj glavobolje. Ako se bolovi pojavljuju češće od jednom tjedno i ako postaju multilokularni, treba posumnjati na bolni somatoformni poremećaj (Fegert i Köhler 2013; Resch i sur. 2012).

U **dijagnostici** se primjenjuju metode uobičajene u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, odnosno metode već opisane kod disocijativnih i somatizacijskih poremećaja. Postoje pozitivni kriteriji za njihovo dijagnosticiranje (v. [tabl. 46.1.](#) u 46 poglavlju o somatizacijskom poremećaju). Posebice se orijentiramo na to kakav je koncept prema tijelu i bolesti u djeteta i rodi-

telja, kao i na procjenu obitelji. U etiopatogenezu su uključeni različiti čimbenici: biološki, razvojni, psihološki, obiteljski i socijalni aspekti (v. [sl. 45.1](#) u poglavlju 45) (Mahrer i sur. 2012; Rajapakse i sur. 2014). U [tablici 47.1.](#) prikazani su najčešći bolni sindromi koje bismo u jednom dijelu mogli okarakterizirati kao somatoformne bolne sindrome.

Važno je opetovano naglasiti da je ovdje zaista riječ o definiranim bolnim sindromima te da pacijenti zaista doživljavaju (osjete) bol (Lempp 2014). Terapija je slična disocijativnim i somatizacijskim poremećajima (v. [tabl. 45.6.](#) – v. posebno poglavlje 45).

47.2. Abdominalni bolovi

U [tablici 47.2.](#) prikazani su najvažniji bolni sindromi gastrointestinalnog (GI) trakta.

Rome III kriteriji daju jasnu diferencijaciju operacionaliziranih kriterija za dijagnozu funkcionalnih gastrointestinalnih poremećaja (Rasquin i sur. 2006; von Gontard i sur. 2015). Najčešći bolni sindromi jesu: **funkcionalna dispepsija, iritabilni kolon i rekurentni abdominalni poremećaj (RAP)** (dječji funkcionalni abdominalni bol).

Funkcionalna dispepsija označuje bolnost u gornjem dijelu epigastrija. **Iritabilni kolon** najčešći je funkcionalni GI poremećaj (Sandhu i Paul 2014). U terapiji se primjenjuju sljedeće intervencije: dijetne mjere, uporaba probiotika, medikamentna terapija, kao i psihosocijalne terapije, koje uključuju psihodinamske tehnike, kognitivno-bihevioralne tehnike, relaksirajuće tehnike, jogu, hipnoterapiju, akupunkturu (Sandhu i Paul 2014). **Rekurentni abdominalni poremećaj (RAP)** definiramo kao epizodične napadaje koji traju tri mjeseca i koji su dovoljno jaki da utječu na djetetove uobičajene aktivnosti (Bode i sur.

Tablica 47.1.

Najčešći bolni sindromi

	Abdominalni bolovi	Glavobolja	Bolovi u prsima	Muskuloskeletni bol
Klinička slika	- povremeni bol	- povremeni bol	- povremeni bol	- dominantni bol
Posebosti kliničke slike	- anksioznost, depresija	- anksioznost, depresija	- anksioznost, do panike	- iscrpljenost, poremećaj sna
Posebosti psihoterapije	multimodalno liječenje	akutna terapija, profilaksa; multimodalno liječenje	različite terapije	multimodalno liječenje

Tablica 47.2.

Najvažniji bolni sindromi gastrointestinalnoga trakta

Entiteti	Funkcionalna dispepsija	Sindrom iritabilnog kolona	Recidivirajući abdominalni bolovi
Klinička slika	Bol pri jedenju; Bol u gornjem epigastriju	Bol pri defekaciji	Bol neovisan o jedenju ili defekaciji

2003) te ako se isključi sindrom iritabilnog kolona. U zadnjoj modernoj klasifikaciji (Rimski kriteriji III) osnovni kriterij razlikovanja funkcionalnoga abdominalnog bolnog sindroma od sindroma iritabilnog kolona i funkcionalne dispepsije jest odsutnost povezanosti simptoma s uzimanjem hrane ili defekacijom (Clouse i sur. 2006). U svojim radovima iz druge polovice prošlog stoljeća pionir istraživanja recidivirajućeg abdominalnog bola Apley (1982) opisuje svoje nezadovoljstvo stajalištima suvremenika, koja su varirala od uvjerenja da je većina slučajeva abdominalnog bola psihogenog uzroka do onih koji su tvrdili da „abdominalna ekspresija psihogenih smetnji ne postoji”, priklanjajući se mišljenju drugog autora koji je tvrdio da „probavni trakt bolje od bilo kojeg drugog tjelesnog sustava odražava emocionalno stanje”. Apley i Naish (1958) smatrali su da od 10 do 15 % djece u dobi od 4 do 16 godina ima rekurentni abdominalni bol. Etiopatogenetski se raspravljalo o ulozi infekcije bakterijom *Helicobacter pylori*. Bode i sur. (2003) navode veću ulogu u RAP-u psihosocijalnih i obiteljskih čimbenika u odnosu prema npr. *Helicobacter pilory*. Slično prethodno rečenom o povezanosti somatizacijskih poremećaja s anksioznošću i depresijom, ovdje se nalazi ista povezanost (von Gontard i sur. 2015). Nadalje, može postojati povezanost abdominalnih bolova s glavoboljom i mučninom (von Gontard i sur. 2015). Češći su izostanci iz škole. **Etiopatogenetski** se danas u obzir uzima utjecaj različitih čimbenika, uključujući razvojne čimbenike i vjerojatno je riječ o sindromu s heterogenom etiopatogenezom (Majić 2011; McOmber i Schulman 2007; Schulte i sur. 2010). Na funkcionalni bol upućuju uredan fizikalni nalaz, nepostojanje bolnosti pri palpaciji, odsutnost anamnestičkih podataka koji upućuju na organski uzrok (poput upalne bolesti crijeva u obiteljskoj anamnezi) te izostanak upozoravajućih znakova poput trajnog bola u desnom gornjem ili donjem kvadrantu, disfagije, perzistentnog povraćanja,

krvarenja iz probavnog trakta itd. (Grgurić i sur. 2008). U **dijagnostici** se primjenjuju metode koje se uobičajeno rabe u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, odnosno metode već opisane kod disocijativnih i somatizacijskih poremećaja, odnosno postoje pozitivni kriteriji za njihovo dijagnosticiranje (v. posebno poglavlja 45 i 46). Liječe se slično drugim somatizacijskim poremećajima psihoedukacijom, relaksacijskim tehnikama, hipnozom, radom s roditeljima, kognitivno-bihevioralnom i psihodinamskom psihoterapijom (Rajapakse i sur. 2014). Upitna je uloga dijetnih mjera, kao i davanje probiotika (Rajapaske i sur. 2014).

47.3. Primarne glavobolje

U **tablici 47.3.** su prikazane osnovne razlike migrene i tenzijskih glavobolja.

Glavobolje su u dječjoj dobi većinom primarne, bez povezanosti s nekim uzrocima (traume glave, anomalije glave itd.) i većinom se odnose na migrenu i glavobolju uzrokovanu napetošću (Özge i sur. 2011). Jedan dio primarnih glavobolja ubrajamo u somatizacijske poremećaje (Gatta i sur. 2015), tako da su terapijski principi slični terapiji somatizacijskog poremećaja. Primarne su glavobolje, slično drugim somatizacijskim poremećajima, u većoj mjeri povezane s anksioznošću i depresijom (Campo 2012).

47.3.1. Migrena

Migrenu obilježavaju atake (napadaji) žestokih, često unilateralnih, pulsirajuće-kucajućih glavobolja, pri kojima se glavobolja pojačava ako je osoba motorički aktivna. Normalne se aktivnosti mogu samo djelomično ili nikako izvršavati. Napadaji su često praćeni dodatnim simptomima (od najčešćih pa do najmanje zastupljenih): gubitak apetita (oko 100 %), mučnina (80 %); bijeg od svjetla (60 %); bijeg od buke (50 %); povraćanje (40 – 50 %); aure, praćene neurološkim simptomima: obično vizualni sustav (nejasan vid,

Tablica 47.3.

Osnovne razlike između migrene i tenzijskih glavobolja.

Modificirano prema Fegert i Kölch 2013; Resch i sur. 2012.

	Migrena	Tenzijska glavobolja
Trajanje	od 1 sat do 72 sata	kraće trajanje od pola sata do 1 sat
Opis bola	Pulsirajući bol	pritiskajući bol
Težina bola	umjeren do velik bol	lagana do umjeren bol
Lateralnost	unilateralna	bilateralna
Dodatni problemi	gubitak apetita, mučnina; bijeg od svjetla; bijeg od buke; povraćanje; aure, praćene neurološkim simptomima; preosjetljivost s obzirom na određene mirise	u pravilu, nema

„vidne mrlje“, svjetlosne iskre); rjeđe je praćeno gubitkom sluha, poremećaji osjećanja, paralize, poremećaji govora, vrtoglavice itd. (ovakve su migrene prije bile opisivane kao klasične migrene ili *migrene accompagnae*) (10 – 15 %); preosjetljivost na određene mirise (10 %). Posebnosti u djece i adolescenata jesu da se dijagnoza postavlja prema međunarodnoj udruzi za glavobolje (ICHD-3 2018), kod djece i adolescenata napadaj može biti i kraći te može, osim unilateralne, biti prisutna i bilateralna glavobolja, čime je senzitivnost dijagnoze povećana do oko 84,4 % (Hershey 2005). Prevalencija je oko 7,5 % (Mazzone i sur. 2006). Sindrom „Alise u zemlji čudesa“ može prethoditi migreni. U tom se sindromu kod djece najčešće opažaju mikropsija (osobe u okolini vide se umanjene) i teleopsija (osobe se čine udaljenije) (Liu i sur. 2014; Özge i sur. 2011).

U **etiopatogenezi** nalazimo različite čimbenike. Važni su genski čimbenici koji vjerojatno uzrokuju vulnerabilnost. Migrena se tako danas razumije kao poremećaj centralne prorade, uz vjerojatno prirodenu kortikalnu hipersenzitivnost (Gerber i Schoenen 1998). Postoje dokazi o uključenosti serotoninergičkog sustava. Također sudjeluju i psihosocijalni čimbenici, kao i traumatski čimbenici (Kroener-Herwig i Gassman 2012; Kucukgoncu i sur. 2014; Tietjen i Peterlin 2011).

47.3.2. Glavobolje uzrokovane napetošću

Glavobolje uzrokovane napetošću, prema međunarodnoj udruzi za glavobolje (ICHD-3 2018), karakterizira bilateralni, tupo pritiskajući do povlačeći, nepulsirajući bol laganog do umjerenog intenziteta koji se ne pojačava motoričkim kretnjama, utječe na svakodne-

vicu, ali je ne čini nemogućom (Parisi i sur. 2011). Pacijenti opisuju da im glavu pritišće stolarska stega ili škrip (šraubštok), kaciga ili vrpca oko glave. Nema toliko vegetativnih simptoma kao kod migrene. Razlikuju se glavobolje koje se pojavljuju jednom u dva tjedna ili one učestalije. Prevalencija je oko 18,5 % (Heinrich i sur. 2007). Kod etiopatogeneze danas se raspravlja o miogenim čimbenicima, kao i o inhibitorima bola, psihosocijalnim i traumatskim čimbenicima (Kroener-Herwig i Gassman 2012; Kucukgoncu i sur. 2014; Rosen 2012).

47.3.3. Dijagnostika glavobolja

Dijagnoza migrene ili glavobolje zbog napetosti temelji se na kliničkoj slici i na temeljitoj anamnezi (uključujući obiteljsku i socijalnu anamnezu). Najbolje je ako se vodi dnevnik unatrag oko 8 tjedana (Ozge i sur., 2011). Potrebno je obaviti detaljan neurološki i somatski pregled radi isključenja sekundarnih glavobolja, odnosno glavobolja koje imaju poznati uzrok (trauma, tumori) (Ozge i sur. 2011; Parisi i sur. 2011), odnosno poznati su „crveni znakovi“ koji mogu upućivati na to. Daljnja je dijagnostika indicirana (EEG, CT mozga, MR mozga) ako postoji sumnja na simptomatske glavobolje. Indikacije za daljnju neurološku dijagnostiku jesu snažna, do tada nepoznata glavobolja; povišena temperatura i kočenje vrata; epileptički napadaji; promjene ličnosti; fokalni neurološki simptomi; mijenjanje dosadašnjeg obilježja glavobolja; trauma u anamnezi (Diener i sur. 1997). Najčešće su glavobolje u djece zbog sinusitisa i problema vida, pa to treba, diferencijalnodijagnostički, isključiti. U **dijagnostici** se primjenjuju metode koje se uobičajeno rabe u dječjoj i

adolescentnoj psihijatriji. Metode su već opisane kod disocijativnih i somatizacijskih poremećaja. Postoje pozitivni kriteriji za njihovo dijagnosticiranje (v. posebno poglavlja 45 i 46).

47.3.4. Akutna terapija glavobolja

Akutna terapija migrene: primjenjuju se senzorička zaštita, odlazak u zatamnjenu sobu, s malo zvukova. Spavanje može pomoći, a mogu se rabiti hladni oblozi. U djece se mogu koristiti analgetici. Mogu se primjenjivati i antiemetici. Ako ovi lijekovi nisu djelotvorni, mogu se uporabiti druge vrste specifičnijih lijekova (Termine i sur. 2011). Medikamentna profilaksa migrene nije izbor u djece i adolescenata, većinom su to nemedikamentni postupci (v. dalje). Svakako je potrebno voditi dnevnik glavobolja. Kod akutnih terapija glavobolja zbog napetosti u djece su često dovoljne opće mjere: lijevanje u mirnu prostoriju, lokalna primjena hladnih obloga, lokalna upotreba ulja od metvice. Ako ove mjere nisu dovoljne, rabe se analgetici (v. gore).

47.3.5. Nemedikamentna profilaksa glavobolja

Načelno se liječi u skladu s principima liječenja somatizacijskih poremećaja ako je riječ o somatoformnom bolnom sindromu. Potrebno je djelovati na „okidače“. Koristimo se različitim tehnikama: metodom relaksacije, *biofeedbackom*, psihološkim terapijama (Parisi i sur. 2011; Rosen 2012). Mogu se primjenjivati dijetne mjere uz dostatnu hidraciju, regulaciju spavanja, povećanu tjelesnu aktivnost, redovito pohađanje škole (Rajapakse i sur. 2014). Psihološke terapije posebno će biti indicirane kod psihološkog distresa, tjeskobe, depresije, kao i kod disfunkcionalnih obiteljskih odnosa. Najčešći „okidači“ mogu biti: 1. oscilacija spolnih hormona u djevojaka i žena; 2. promjene vremena; promjena ciklusa spavanje – budnost; 3. svjetlost, buka, stres, oslobađanje od stresa; 4. oscilacije kofeina u krvi; 5. rjeđe zbog crvenog vina, sireva ili čokolade.

47.4. Bolovi u prsima

Najčešće ovakvi pacijenti dolaze u hitnu pedijatrijsku (kardiološku) službu. Funkcionalni su bolovi u prsima učestali, ponavljajući i teški. Traju obično između jedne i 15 minuta, pojavljuju se prosječno oko 10 puta u mjesecu i mogu trajati nekoliko tjedana do mjeseci (McDonnell i sur. 2012). Trećina bolesnika

ima i druge simptome kao što su kratkoća daha, vrtočglavica, mučnina, bolovi u trbuhu, te mišićna napetost (McDonnell i sur. 2012). Djeca s funkcionalnim bolovima u prsima pokazuju više anksioznosti (panični napadaji), anksiozne osjetljivosti i depresiju, psihosocijalni distres, izostajanje iz škole, kao i sklonost drugim somatizacijama (Campo 2012; Lee i sur. 2013; Lipsitz i sur. 2012). Prevalencija u djece je oko 10 % (Lipsitz i sur. 2012). U oko 80 % slučajeva bolova u prsima ne može se naći kardiološki uzrok i općenito su u djece rjeđe nego u odraslih takvi bolovi kardiološke geneze (Lee i sur. 2013; Lipsitz i sur. 2012). Često psihijatrijski simptomi ostanu nedetektirani (Lipsitz i sur. 2012). Funkcionalni bolovi u prsima danas se smatraju dijelom širega somatizacijskog sindroma (Lee i sur. 2013). Drugi autori naglašavaju biopsihosocijalni model, ili stres-dijateza model u promatranju etiopatogeneze (McDonnell i sur. 2012). U liječenju se primjenjuju, slično drugim somatoformnim bolnim sindromima, psihoedukacija te psihodinamske i kognitivno-bihevioralne psihoterapije (Lee i sur. 2013).

47.5. Muskuloskeletni bol, fibromialgija

Muskuloskeletni bol odnosi se na bolove koji najčešće zahvaćaju zglobove. Jedan od oblika muskuloskeletnog bola jest fibromialgija. Ona je danas definirana kao kronično proširen bol s alodinijom ili hiperalgezijom na bolni pritisak (Buskila i Ablin 2012; Rajapakse i sur. 2014). Klasificira se unutar veće grupe bolnosti mekoga tkiva. Bol je glavni simptom, ali pojavljuju se i drugi simptomi kao što su iscrpljenost, poremećen san, funkcionalni poremećaji mjehura, abdominalni bolovi, kao i neuropsihijatrijski problemi koji uključuju kognitivnu disfunkciju, tjeskobu i depresiju (Campo 2012). Etiopatogeneza nije poznata i vjerojatno je riječ o međudjelovanju više čimbenika, a najviše se raspravlja o disfunkciji SŽS-a koja povećava bolnu transmisiju i percepciju. Češća je u djevojaka. Pedijatrijska fibromialgija frustrirajuće je stanje za djecu u razvoju. Potrebna je diferencijalna dijagnoza muskuloskeletalne boli prema upalnoj bolesti zglobova (kao što su juvenilni idiopatski artritis, juvenilni ankilozantni spondilitis itd.). Liječenje je multimodalno i uključuje psihoedukaciju, kognitivno-bihevioralne i psihodinamske psihoterapije. Velik je naglasak na stalnom fizičkom vježbanju, dok se farmakološko liječenje (motoričke relaksacije, analgetici i druga sredstva) primjenjuje u manjoj mjeri.

47.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Potrebno je također pogledati upute iz poglavlja o konceptu neuroze, disocijativnih i somatizacijskih poremećaja.
- ✓ Velik dio današnjih bolnih sindroma u djece zapravo su somatoformni bolni poremećaji, ali, naravno, ne svi.
- ✓ U ovakvim stanjima iznimna je važnost suradnje pedijatar i dječjih psihijatar.
- ✓ Ovi su bolni sindromi, slično drugim somatoformnim poremećajima povezani sa psihološkim funkcijama, odnosno često su povezani s anksioznošću, anksioznom vulnerabilnošću, depresijom i drugim psihosocijalnim disfunkcijama.
- ✓ Često se u liječenju primjenjuju somatske metode u smislu relaksirajućih terapija, profilaktičnih mjera (npr. dijetne mjere), ali i psihoterapijsko liječenje.

47.7. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kakav je odnos između različitih bolnih sindroma u medicini i somatizacijskih poremećaja?

ODGOVOR: Ovdje je riječ o kompleksnim interakcijama između tijela i psihe. Nisu svi bolni sindromi dio somatizacijskih poremećaja, međutim, jedan se dio može ubrojiti među njih ako postoje pozitivni kriteriji. Pozitivni znakovi koji bi upućivali za somatoformni bolni sindrom slični su onima koji su već opisani u poglavlju o somatizacijskim poremećajima.

■ PITANJE: Što mislite o ekstremnim stajalištima u smislu da su svi recidivirajući abdominalni bolovi izraz psihološkog ili, s druge strane, da takvi bolovi nemaju nikakve veze sa psihološkim?

ODGOVOR: Treba izbjegavati ekstremna mišljenja da ovakva stanja uopće ne postoje, a, s druge strane, ne treba odviše generalizirati da se sve može objasniti samo na psihološki način. Svakako se čini da su emocionalni procesi povezani s određenim tjelesnim funkcijama, a posebno s probavnim traktom.

■ PITANJE: Koji psihodinamski koncept danas primjenjujemo kod somatoformnih glavobolja?

ODGOVOR: Danas primjenjujemo model somatizacije (v. posebno poglavlje 44). Model somatizacije pre-

dočuje jednostavni tjelesni jezik, gdje, u pravilu, nema simbolizacije, već se samo aktiviraju popratni tjelesni simptomi koji prate određenu emociju. Međutim, mogu se primjenjivati i modeli konverzije, kao i model aleksitimije, ali ipak u manjoj mjeri.

■ PITANJE: Kakva je povezanost između somatoformnog bolnog sindroma i anksioznosti i depresije?

ODGOVOR: Riječ je o kompleksnoj povezanosti. Ta povezanost govori o mogućnosti međusobnog utjecaja anksioznosti i depresije i somatizacije u obliku različitih bolova.

■ PITANJE: Koji je princip liječenja somatoformnog bolnog sindroma?

ODGOVOR: Liječe se slično drugim somatizacijskim poremećajima psihoedukacijom, relaksacijskim tehnikama, kognitivno-bihevioralnom i psihodinamskom psihoterapijom, radom s roditeljima i obiteljskom terapijom. Mogu se primijeniti i somatske mjere, kao i profilaktične mjere, uključujući i dijetne mjere. Eventualno se može primijeniti i dodatna medikamentna terapija.

47.8. Pitanja

- 1 Na koji se način bolni sindromi ubrajaju u somatoformne bolne sindrome?
- 2 Navedi sažeti pregled etiopatogeneze somatoformnih bolnih sindroma, somatizacijskih i disocijativnih poremećaja.
- 3 Koje bolne sindrome najčešće obuhvaćamo kod somatoformnih bolnih sindroma?
- 4 Koji su najčešći sindromi kod abdominalnih bolova i koja je njihova razlika?
- 5 Koji su najčešći sindromi kod primarnih glavobolja?
- 6 Koja je razlika između migrene i tenzijske glavobolje?
- 7 Koje su indikacije psihoterapijskog liječenja, npr. glavobolja?
- 8 Koji je princip liječenja somatoformnog bolnog sindroma (abdominalni bol, glavobolje, bol u prsima, muskuloskeletni bol)?
- 9 Navedite metode liječenja kod somatoformnog bolnog sindroma (kao i somatizacijskih i disocijativnih poremećaja).

47.9. LITERATURA

1. *Apley J, Naish N.* Recurrent abdominal pain: a field survey of 1,000 children. *Arch Dis Child* 1958;33:165–70.
2. *Apley J.* One child. U: *Apley J, Ounsted C*, ur. *One Child*. London: Spastics International Medical; 1982, str. 26–30.
3. *Bode G, Brenner H, Adler G i sur.* Recurrent abdominal pain in children: Evidence from a population-based study that social and familial factors play a major role but not *Helicobacter pylori* infection. *J Psychosom Res* 2003;54(5):417–21.
4. *Buskila D, Ablin J.* Pediatric fibromyalgia. *Reumatismo* 2012;64(4):230–7.
5. *Campo JV.* Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression - Developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2012;53(5):575–92.
6. *Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q i sur.* Functional Abdominal Pain Syndrome. *Gastroenterology* 2006;130:1492–1497.
7. *Diener HC, Brune K, Gerber WD i sur.* Behandlung der Migaeneattacke und Migraeneprophylaxe. *Dtsch Aertztebl* 1997; 94:A3092–3102.
8. *Fegert JM, Kölch M.* *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie*. 2. izd. Berlin: Springer; 2013.
9. *Gatta M, Spitaleri C, Balottin U i sur.* Alexithymic characteristics in pediatric patients with primary headache: a comparison between migraine and tension-type headache. *J Headache Pain* 2015;16(1):98.
10. *Gerber WD, Schoenen J.* Biobehavioral correlates in migraine: the role of hypersensitivity and information-processing dysfunction. *Cephalalgia* 1998; 21: 5–11.
11. *Grgurić J, Hegeduš-Jungvirth M, Palčevski G i sur.* Dijagnostički postupnik za recidivirajuću abdominalnu bol u djece. *Paediatrica Croatica* 2008;Vol.52 No.2
12. *Heinrich M, Morris L, Gassmann J i sur.* Kopfschmerzhäufigkeit und Kopfschmerztypen bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse einer epidemiologischen Befragung / Frequency and type of headache among children and adolescents - results of an epidemiological survey. *Aktuel Neurol* 2007;34:457–63.
13. *Hershey AD.* What is the impact, prevalence, disability, and quality of life of pediatric headache? *Current Pain and Headache Reports* 2005; 9(5):341–344.
14. *Kröner-Herwig B, Gassmann J.* Headache disorders in children and adolescents: Their association with psychological, behavioral, and socio-environmental factors. *Headache* 2012; 52(9):1387–401.
15. *Kucukgoncu S, Yildirim Ornek F, Cabalar M i sur.* Childhood trauma and dissociation in tertiary care patients with migraine and tension type headache: A controlled study. *J Psychosom Res* 2014;77(1):40–4.
16. *Lee JL, Gilleland J, Campbell RM, et al.* Internalizing symptoms and functional disability in children with noncardiac chest pain and innocent heart murmurs. *Journal of pediatric psychology* 2013; 38 (3), 255–264.
17. *Lempp T.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
18. *Lipsitz JD, Hsu DT, Apfel HD i sur.* Psychiatric disorders in youth with medically unexplained chest pain versus innocent heart murmur. *J Pediatr* 2012;160(2):320–4
19. *Liu AM, Liu JG, Liu GW, Liu GT.* “Alice in wonderland” syndrome: Presenting and follow-up characteristics. *Pediatr Neurol* 2014;51(3):317–20.
20. *Mahrer NE, Montano Z, Gold JI.* Relations between anxiety sensitivity, somatization, and health-related quality of life in children with chronic pain. *J Pediatr Psychol* 2012;37(7):808–16.
21. *Majić G.* *Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2011.
22. *Mazzone L, Vitiello B, Incorpora G i sur.* Behavioral and temperamental characteristics of children and adolescents suffering from primary headache. *Cephalalgia* 2006;26: 194–201.
23. *McDonnell CJ, White KS, Grady RM.* Noncardiac chest pain in children and adolescents: a biopsychosocial conceptualization. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012;43(1): 1–26.
24. *McOmber ME, Shulman RJ.* Recurrent abdominal pain and irritable bowel syndrome in children. *Curr Opin Pediatr* 2007;19(5):581–5.
25. *Özge A, Termine C, Antonaci F i sur.* Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: Diagnosis. *J Headache Pain* 2011;12(1):13–23.
26. *Parisi P, Papetti L, Spalice A, et al.* Tension-type headache in paediatric age. *Acta Paediatr Int J Paediatr* 2011;100(4):491–5.
27. *Rajapakse D, Lioffi C, Howard RF.* Presentation and management of chronic pain. *Arch Dis Child* 2014;99(5): 474–80.
28. *Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D i sur.* Childhood functional gastrointestinal disorders: child/Adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527–37.
29. *Resch F, Brunner R, Oelkers-Ax R.* Dissoziative und somatoforme Störungen. U: *Fegert JM, Eggers C, Resch F.* *Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 621–52.
30. *Rosen NL.* Psychological issues in the evaluation and treatment of tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep* 2012;16(6):545–53.
31. *Sandhu BK, Paul SP.* Irritable bowel syndrome in children: Pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. *World J Gastroenterol* 2014;20(20):6013–23.
32. *Schulte IE, Petermann F, Noeker M.* Functional abdominal pain in childhood: From etiology to maladaptation. *Psychother Psychosom* 2010;79(2):73–86.
33. *Termine C, Özge A, Antonaci F i sur.* Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part II: Therapeutic management. *J Headache Pain* 2011;12(1):25–34.
34. *The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (ICHD-3)*. 2018. Dostupno na: <https://www.ichd-3.org/1-migraine/>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
35. *Tietjen GE, Peterlin BL.* Childhood abuse and migraine: Epidemiology, sex differences, and potential mechanisms. *Headache* 2011;51(6):869–79.
36. *von Gontard A, Moritz AM, Thome-Granz S i sur.* Abdominal pain symptoms are associated with anxiety and depression in young children. *Acta Paediatr* 2015;104(11):1156–63.

Psihosomatski poremećaji

Ivan Begovac

SADRŽAJ

48.1. Uvod, klasifikacije	640
48.2. Psihosomatski poremećaji – opći principi	640
48.2.1. Definicija, entiteti	640
48.2.2. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	644
48.2.3. Etiopatogeneza	644
48.2.3.1. Integrativni model	644
48.2.3.2. Psihodinamski model	646
48.2.3.4. Obiteljski čimbenici	647
48.2.4. Liječenje, tijek	647
48.3. Pojedini psihosomatski entiteti	648
48.3.1. Bronhalna astma	648
48.3.1.1. Definicija, klasifikacija, prevalencija	648
48.3.1.2. Klinička slika, dijagnostika	649
48.3.1.3. Etiopatogeneza	649
48.3.1.4. Terapija, tijek	649
48.3.2. Ulcus pepticum	650
48.3.3. Ulcerozni kolitis	650
48.3.4. Regionalni enteritis (Chronova bolest)	651
48.3.5. Neurodermitis (atopični dermatitis)	651
48.3.5.1. Definicija, prevalencija	651
48.3.5.2. Klinička slika, etiopatogeneza	651
48.3.5.3. Terapija, tijek	652
48.4. Upute za roditelje/nastavnike	652
48.5. Često postavljena pitanja	652
48.6. Pitanja	654
48.7. Literatura	654

48.1. Uvod, klasifikacije

Za praćenje ovog teksta potrebno je prije pročitati poglavlje o konceptu neuroze te o disocijativnim i somatizacijskim poremećajima jer se tamo razrađuju koncepti potrebni za razumijevanje ovog poglavlja. Posebno treba vidjeti [tablicu 45.1.](#) u kojoj su prikazane razlike između anksioznih, disocijativnih (konverzija), somatizacijskih i psihosomatskih poremećaja (v. poglavlje 45).

Ovo je poglavlje naslovljeno kao „psihosomatski poremećaji“, slično drugim autorima u svijetu (Kuechenhoff i Ahrens 2002), i u njemu će biti govora o psihosomatskim poremećajima u „užem“ i „klasičnom“ smislu. U ovom području postoji mnoštvo termina, katkada sličnih, a kadšto vrlo različitih. Mnoga su pitanja vezana uz njih kontroverzna i otvorena i postoje različitosti klasifikacija (v. [tabl. 48.1.](#)).

U lijevoj je koloni prikazan tradicionalan pristup „psihosomatskim bolestima u užem smislu“ koji se izdvajao od drugih poremećaja. U desnoj je koloni prikazan današnji „psihosomatski pristup u širem smislu“ koji uključuje složenu međuigru psihe i tijela (Resch i sur. 2012). Dakle, s jedne strane, u konceptualizaciji psihosomatike kakva je bila prije nekoliko desetljeća, jasno su bili razlikovani „psihosomatski poremećaji u užem smislu“ te se više upozoravalo na jasnu **psihogenezu** pojedinih somatskih poremećaja. S druge strane, u „psihosomatiku u širem smislu“ možemo ubrojiti sve pojave u kojima ima povezanosti između tijela i psihe. Na taj način rabimo termin „psihosomatsko polje“ ili „integrativni pristup“, odnosno govorimo o širem „spektu psihosomatskih poremećaja“. U tom bi smislu „psihosomatsko“ zapravo značilo „**integrativno**“. Slično prije navedenom, pojedini se autori razlikuju po tome jesu li „psihosomatske bolesti u užem smislu“ zapravo ubrojili u kronične tjelesne bolesti ili nisu ([tabl. 48.2.](#)).

Razlikujemo psihogeno od psihosomatskog (v. [tabl. 48.3.](#))

Psihosomatsko se ne bi trebalo poistovjetiti sa psihogenim (kada u etiologiji dominantno sudjeluje psihološki čimbenik) kao npr. kod anksioznih poremećaja. Psihosomatski bi značilo barem da **jednakomjerno** sudjeluju psihički (npr. psihički konflikti/deficiti) i somatski čimbenici (genska predispozicija za poremećaj, alergijska komponenta, imunosni čimbenici), kako to preporučuju pojedini autori (Seikowski 2007). Dakle, u ovom bi smislu psihosomatsko značilo inte-

grativni pristup koji jednakomjerno uključuje somatske i psihičke čimbenike. Ovakav pristup vjerojatno u literaturi više zagovaraju psihoanalitički autori koji se bave psihosomatskim poremećajima (Bürgin 1993; Kuechenhoff i Ahrens 2002; Ermann i sur. 2014). Slično prikazuje i [tablica 46.3.](#) (v. posebno poglavlje 46 o somatizacijskom poremećaju) (Ermann 2007; Ermann i sur. 2014; Prasko i sur. 2010), u kojoj se razlikuje prije rečeno na primjeru iritabilnog kolona i ulceroznog kolitisa.

U MKB-10 ovi se poremećaji ne nazivaju „psihosomatskim“, već je ova kategorija bolesti definirana kao rubna kategorija pod nazivom „Psihološki i bihevioralni čimbenici udruženi s poremećajima ili bolestima klasificiranima na drugome mjestu“, pod šifrom F54 (WHO 1993). U znanstvenim kriterijima MKB-10 ovaj poremećaj nije određen prema kriterijima, već se navodi samo opisno, što pridonosi daljnjoj nepreciznosti. U DSM-5 ova se skupina poremećaja navodi kao „psihološki čimbenici koji utječu na medicinsko/zdravstveno stanje“, unutar kategorije poremećaja sa tjelesnim (somatskim) simptomima (*engl. somatic symptom and related disorders*) (APA 2013). DSM-5 ipak ostaje dosljedan potrebi da se odvoje poremećaji koji su u vremenskoj podudarnosti psihičkih zbivanja sa somatskim bolestima. Dakle, prisutan je medicinski simptom ili stanje (kriterij A). Nadalje, psihološki ili bihevioralni čimbenici (kriterij B) negativno utječu na zdravstveno stanje na jedan od sljedećih načina: 1. čimbenici su utjecali na tijek zdravstvenog stanja, što je vidljivo kroz blisku vremensku povezanost između psiholoških čimbenika i nastanka ili egzacerbacije stanja ili pak odgođenog oporavka od njega; 2. psihološki i/ili bihevioralni čimbenici ometaju liječenje stanja (npr. slaba suradljivost); 3. psihološki i/ili bihevioralni čimbenici su dodatni poznati čimbenik rizika za medicinsko stanje pojedinca; 4. čimbenici utječu na podležeću patofiziologiju, precipitirajući ili pogoršavajući (egzacerbacija) simptome ili zahtijevajući zdravstveno zbrinjavanje. Kako se vidi, ova kategorija može predočivati vrlo heterogene poremećaje.

48.2. Psihosomatski poremećaji – opći principi

48.2.1. Definicija, entiteti

Psihosomatski poremećaji, u užem smislu te riječi, jesu bolesti u kojima je psihički utjecaj važan na nast-

Tablica 48.1.

Različitošć klasifikacije i pojmova u području psihosomatike.

Modificirano prema Alexander 1943; Beck-Dvoržak 1984; Bürgin 1993; Resch i sur. 2012.

Tradicionalni psihosomatski pristup (psihoanalitičko-psihosomatski pristup)	Današnji psihosomatski pristup – „psihosomatsko polje” (integrativni pristup između tijela i psihe)
1. Psihosomatske bolesti u užem smislu (tzv. sedam svetih bolesti): - astma - ulkus - ulcerozni kolitis - neurodermitis - visoki tlak - kronični poliartritis - hipertireoza	1. Primarno dječje psihijatrijske bolesti s tjelesnom simptomatologijom ili učincima (poremećaji s tjelesnom i psihičkom simptomatologijom) - disocijativni poremećaji - somatoformni poremećaji - poremećaji ponašanja s tjelesnim (somatskim) poremećajima i čimbenicima, npr. anoreksija nervoza - poremećaji spavanja (neorganski) - psihički čimbenici i utjecaji ponašanja kod drugdje dijagnosticiranih bolesti npr. anksiozna astma (F54) - artifićijelni poremećaji - posebni ponašajni i emocionalni poremećaji s početkom u djetinjstvu (enureza i funkcionalni poremećaji urinarnog trakta; enkopreza i funkcionalni GI poremećaj, respiratorni afektivni napadaji, regulacijski poremećaji)
2. Psihosomatske bolesti u širem smislu (sve što povezuje tijelo i psihi) - gore navedene bolesti - konverzija - tikovi	2. Područje psihosomatike 2.1. Kronične somatske bolesti sa psihičkim udjelom: astma, kronične upalne bolesti GI trakta (Crohnova bolest, ulcerozni kolitis, prirodene srćane greške /angiokardiopatije/, cistićna fibroza, dijabetes, leukemija, tumori; kronično tjelesno oštećenje; juvenilni kronični artritis) 2.2. Invazivni medicinski postupci: transplantacija organa, ponavljajuće i teške operacije; dulji boravci u bolnici 2.3. Genski sindromi, poremećaji rasta i drugi hormonalni poremećaji, zastoji u rastu
3. Jasne tjelesne bolesti djeteta: - tumori, leukemije; cistićna fibroza; <i>diabetes mellitus</i>	

Tablica 48.2.

Odnos razlićitih autora prema psihosomatskim poremećajima u užem smislu.

Modificirano prema APA 2013; Ermann 2007; Ermann i sur. 2014; Kuechenhoff i Ahrens 2002; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010; WHO 1993.

	„Funkcionalni” poremećaji	Psihosomatski poremećaji (psihosomatoze)	Kronične bolesti (somato-psihićke bolesti)
Jedna grupa autora (APA 2013; Ermann 2007; Ermann i sur. 2014; Kuechenhoff i Ahrens 2002; Steinhausen 2010; WHO 1993)	Primjeri: disocijativni i somatizacijski, drugi funkcionalni poremećaji, regulacijski poremećaji	Primjeri: astma, neurodermitis, ulkus, ulcerozni colitis, Crohnova bolest itd.	Primjeri: <i>diabetes mellitus</i> , tumori itd.
Druga grupa autora (Resch i sur. 2012)	Primjeri: kao gore	Psihićki poremećaji s tjelesnom (somatskom) simptomatologijom, kao i kronične tjelesne bolesti sa psihićkim simptomima. Primjeri: kao gore za psihosomatske poremećaje i kronične bolesti	

nak i tijekom bolesti uz druge multifaktorijelne čimbenike (npr. somatske, imunosne) koji mogu uzrokovati leziju organa (Ermann i sur. 2014; Kuechenhoff i Ahrens 2002). U tom se smislu razlikuju od disocijativnih i

somatoformnih poremećaja (v. poglavlja 45, 46, 47 o disocijativnim poremećajima, kao i o somatizacijskom poremećaju) u kojima nema utvrđene organske lezije. Ovdje je rijeć o jasno određenim poremećajima, a ne o

Tablica 48.3.

Razlike između termina psihogeno, psihosomatsko i somatogeno

Modificirano prema Ermann 2007; Ermann i sur. 2014; Möller i Laux 2015; Resch i sur. 2012.

	Psihogen	Psihosomatski	Somatogen
Definicija	U etiopatogenezi sudjeluju pretežno psihološki čimbenici	Integrativni pristup u kojem sudjeluju ravnomjerno i psihološki i tjelesni čimbenici u etiopatogenezi - riječ je o „potencijalno psihogenom” poremećaju	Primarna tjelesna bolest
Primjer bolesti	Anksiozni poremećaji; disocijativni, somatiformni	„Psihosomatski poremećaji”: npr. bronhalna astma, ulcerozni kolitis	<i>Diabetes mellitus</i> , maligne bolesti - „somatopsihičke bolesti”
Prisutnost organske lezije	- ne postoji organska lezija, riječ je o „funkcionalnim” poremećajima	- postoji organska lezija	- postoji patološki supstrat
Drugi koncepti	- osnova za liječenje kognitivno-bihevioralnom i psihodinamskom terapijom	- „psihosomatsko polje” koje uključuje različitu povezanost između tijela i psihe, a koje zahtijeva psihoterapiju kao metodu liječenja	Model psihološke adaptacije na tjelesnu bolest; - anksioznost, depresija
Terapija	Psihoterapija i integrirano liječenje	Integrirani pristup somatskog i psihoterapijskog liječenja	Primarno somatsko liječenje uz dodatno psihosocijalno liječenje

pojedinih simptomima ili sindromima (Steinhausen 2010). Primjeri bolesti koji su najčešće opisivani u literaturi u djece i adolescenata jesu bolesti kože (npr. atopični dermatitis /neurodermitis/, kronična recidivirajuća urtikarija, alopecija areata); respiratorne bolesti: neki tipovi bronhalne astme; neki tipovi GI bolesti: ulkusna bolest, upalne bolesti crijeva (Crohnova bolest i ulcerozni kolitis), te druge bolesti. U [tablici 48.4.](#) prikazani su najčešći pojedinačni entiteti.

Međutim, lista psihosomatskih poremećaja načelno je bezgranična. Prije se previše važnosti davalo psihičkim uzrocima (psihogeneza) ili se nisu razlikovali uzročni čimbenici od psihičkih posljedica tjelesne bolesti. Načelno govoreći, kao psihosomatke poremećaje možemo okarakterizirati sve alergijske ili autoimunske bolesti (Ermann i sur. 2014).

U pojedinog djeteta treba razmotriti je li riječ o psihosomatskom poremećaju, tj. postoji li dodatni psihički čimbenik kod određene kronične tjelesne bolesti ili ne postoji. Dakle ista utvrđena bolest (npr. ulkus želudca) može, ali i ne mora biti psihosomatski poremećaj (Ermann i sur. 2014). S druge strane, pitanje je treba li se u liječenju primjenjivati psihoterapija. Netko tko oboli od astme ili Crohnove bolesti ne mora nužno

biti psihijatrijski ili psihoterapijski liječen, međutim, s druge strane, ne treba biti isključiv, pa reći: „Aha, on ima Chronovu bolest, a to znači da mu ne treba nikako (analitička) psihoterapija“ (Kuechenhoff i Ahrens 2002). Sažeto bi se moglo reći, da, kada postoji dodatni psihički čimbenik (odnosno psihosomatski poremećaj) treba primijeniti psihoterapiju kao metodu liječenja, međutim, izolirana psihoterapija neće dovesti do izlječenja, nego će se primjenjivati uz druge multimodalne mjere (npr. somatsko liječenje) (Ermann i sur. 2014).

Psihosomatski su poremećaji kronične bolesti s različitim manifestacijama. Uglavnom je riječ o kroničnim stanjima, često s egzacerbacijama (pogoršanjima). Što se psihičke komponente tiče, postoje različiti predisponirajući čimbenici kao što je poremećen temeljni osjećaj sebe s tendencijom da se na ostavljenost reagira bespomoćnošću i bijesom i/ili osjećajem beznađa (razvojna /zastojna/ psihopatologija). Dodatno mogu postojati različiti neurotski psihički konflikti koji se često očituju kao „okidači“. I konačno, postoje psihička stanja kao reakcije (posljedice; održavajući čimbenici) na već razvijenu bolest kao što su npr. proljevi, bolovi, invazivna dijagnostika, reakcija

Tablica 48.4.

Najčešći pojedinačni entiteti psihosomatskih poremećaja

	Bronhalna astma	Ulcus pepticum	Ulcerozni kolitis i Crohnova bolest	Atopični dermatitis (neurodermitis)
Glavna klinička obilježja	- bronhoopstrukcija	- želučani ili duodenalni ulkus	- upalna bolest debeloga ili tankoga crijeva	- ograničeni aficirani areali kože
Etiopatogeneza	međuigra različitih čimbenika, od genskih do psiholoških; tipična psihosomatska konstelacija – deficitarna patologija; aleksitimija			
Kliničke posebnosti	internalizirajuće smetnje: tjeskoba, depresija	uloga stresa i napetosti	- ovisnost, opsesivnost, depresivnost	- začarani krug svrbeža i grebanja - sram - socijalna izolacija
Obiteljska dinamika i distres	Većinom su majke u obiteljima prekomjerno zaštitničke, dominantne, svojevoljne i odbijajuće, dok je otac slab, nezainteresiran i slabo prisutan	„Okidači“ bolesti često su separacije, gubitci sigurnosti ili priznanja, kao i preuzimanje veće odgovornosti.	Tipični su „okidači“ iskustva separacija i ostavljenosti (na <i>borderline</i> razini). Opsesivni se stil opisuje i u roditelja djece	Roditelji mogu imati različite probleme u smislu samookrivljavanja, depresije, osjećaja bespomoćnosti, bijesa, frustracije, razočaranja, a i cijele obitelji mogu imati disfunkcionalne interakcije.
Naglasci terapije	multimodalno, integrirano somatsko i psihološko liječenje; suportivno psihoterapijsko liječenje, relaksirajuće tehnike			

na operativne zahvate, strahovi, kao i izbjegavajuće ponašanje i socijalno povlačenje (Ermann i sur. 2014).

Pojedini autori (Resch i sur. 2012) bolesti koje su se nekada nazivale psihosomatskima (npr. bronhalnu astmu, peptički ulkus, kronične upalne bolesti crijeva) ubrajaju u kronične somatske bolesti (sa psihičkim udjelom), što upućuje na različite pristupe ovoj problematici i otvorena pitanja. I dalje je katkada nejasna granica između kronične somatske bolesti i psihosomatske bolesti, a često vjerojatno ima i preklapanja.

Premda je danas prijeporna psihološka tipologija pojedinca ili obitelji s obzirom na pojedine (psiho) somatske poremećaje, i nikako je ne treba generalizirati, ovo nam ipak može biti korisno u dijagnostičkoj i kliničkoj procjeni i primijenjenoj terapiji. Tako se npr. u literaturi klasično opisuje tip ličnosti oboljelih od želučanog ulkusa kao željnih pažnje drugih, prilagodljivih, anksiozno-osjetljivih, subdepresivnih, emocionalno labilnih, nesigurnih, socijalno izoliranih uz izbjegavajuće ponašanje (npr. izostajanje iz škole), slabije socijalno kompetentnih itd. Tip roditeljstva opisuje se uglavnom kao prekomjerno zaštitničko, često visoko ambivalentno. Kod bronhalne astme opisuje se u literaturi disfunkcionalna rana interakcija majka –

dijete, dok se u roditelja opisuju manjak mogućnosti rješavanja obiteljskih konflikta, roditeljsko prekomjerno zaštićivanje, kao i manjak granica među članovima obitelji. Kod ulceroznog kolitisa navode se simptomi agresivnosti, opsesivnosti i ovisnosti, dok se u obiteljima nalaze rigidne i opsesivne obiteljske interakcijske strukture (Steinhausen 2010). Kod alopecije areate, i nekih drugih kožnih promjena često se nalaze traumatski elementi i gubitci u anamnezi te je to potrebno uzeti u obzir pri planiranju terapije (Seikowski 2007).

Pojedini autori (Seikowski 2007) općenito somatske bolesti dijele na: 1. funkcionalne (autonomne) – opisane su u poglavlju kod somatizacijskih poremećaja; 2. psihosomatske bolesti u užemu smislu; 3. artifični poremećaji (v. posebno poglavlje 49); 4. genski određene (psorijaza, neurodermitis); 5. prave „organske“ i bolesti koje napreduju (progredijentne), što nam može konkretno pomoći u dijagnostičkom i terapijskom pristupu. Ovakva nam podjela može biti važna, jer se razlikuju terapijski principi u različitim grupama poremećaja.

48.2.2. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

Prepreku u **dijagnostici** može činiti izostanak uvida pacijenata i roditelja u psihosocijalne uzroke poremećaja, tj. ako su pacijenti „majstori nesvjesnog potiskivanja i poricanja“, odnosno ako tendiraju „pseudonormalnosti“ (Ermann i sur. 2014). Često su somatski simptomi toliko izraženi da nedostaje mogućnosti za psihodijagnostiku i za eventualno psihosocijalno liječenje. Povremeno se i sami stručnjaci (npr. dječji psihijatri) ne osjećaju dovoljno sigurno u liječenju djece sa somatskim smetnjama (Resch i sur. 2012).

Poželjno je da se, nakon što se dijagnosticiraju narav i struktura lezije, u daljnjoj kooperaciji omogućiti procjena etioloških čimbenika i razrada terapijskog puta. U istoj se bolesti mogu nalaziti različite psihičke strukture/deficiti i konflikti. Kod iste psihičke strukture/deficita i konflikta moguće su različite somatske manifestacije. Nakon tjelesnog pregleda potrebno je provesti više intervju te na kraju dati konačnu procjenu pojedinca i obitelji.

Pri dijagnostičkoj procjeni simptoma potrebno je razmotriti sljedeće: 1. dob i spol bolesnika; 2. trajanje, učestalost i intenzitet simptoma; 3. posebni životni uvjeti (npr. rođenje brata/sestre); 4. narav sociokulturnog miljea u kojemu dijete odrasta; 5. brojnost psihičkih područja koja su pogođena simptomima; 6. povezanost simptoma s drugim psihičkim poremećajem; 7. isprepletenost psihosomatskih simptoma s poremećajima u ponašanju; 8. situacijsko specifično pojavljivanje (npr. samo tijekom dana); 9. uključivanje drugih psihičkih, somatskih ili socijalnih funkcionalnih područja; 10. subjektivna patnja djeteta ili roditelja zbog simptoma; 11. socijalne restrikcije povezane sa psihosomatskim simptomima; 12. oštećenje psihičkog razvoja djeteta i/ili obitelji kroz prezentirano oblikovanje simptoma; 13. oštećenje okoline kroz psihosomatske simptome i, konačno, postoje pitanja koja su slična klasičnim pitanjima kod disocijativnih poremećaja: 14. što bi simptom i komu trebao reći? Komu on služi i za koga?

Psihosomatske pojave u djece i adolescenata ne mogu se razumjeti ako se ne obrati pažnja na stupanj razvoja emocija, afekata, raspoloženja i njihova utjecaja na organizaciju osobe, uključujući i „značajne druge bliske osobe“, te, ako se ne razumiju prethodne ili rane fantazije koje dijete ima o tijelu. Svaka dijagnostika treba također uzeti u obzir i rizične i protektivne čimbenike. Razmatrajući različite razine, potrebno ih je odmjeriti i shvatiti međudnose u svakome pojedini-

Tablica 48.5.

Čimbenici koji bi upućivali na psihosomatski poremećaj, za razliku od kronične tjelesne bolesti.

Modificirano prema Alexander 1943; Bürgin 1993; Ermann 2007; Ermann i sur. 2014; Resch i sur. 2012.

Osobitost anamneze i simptomi: model somatske bolesti u obitelji; psihosocijalni stres i traumatske okolnosti; usmjerenost na tijelo; pojedini organski sustavi; organska lezija; većinom je lezija ograničena na jedan sustav; tjelesni simptom kao akt komunikacije

Obitelj: učestalost psihosomatskih i psihijatrijskih bolesti; vrlo povezane obitelji; model za simptom i/ili izbor organa u obitelji; veća zabrinutost za somatske simptome, nego za emocionalna stanja; značajne posljedice simptoma s obzirom na obiteljsku interakciju, primarna i sekundarna dobit od simptoma

Terapijski odnos i procjena: aleksitimija; nemogućnost prepoznavanja i diferenciranja osjećaja; poremećen temeljni osjećaj sebe s tendencijom da se na ostavljenost reagira bespomoćnošću i bijesom i/ili osjećajem beznađa (razvojna /zastojna/ psihopatologija). Tjelesno reagiranje; poricanje i rascjep duha i tijela; tjelesni simptomi udaljeni su od psihičkog života; „potencijalno psihogeni poremećaj“, odnosno potraga za psihičkim konfliktom u psihoterapiji.

nom slučaju uz uključivanje prijenosnih i protuprijenosnih osjećaja (Bürgin 1993).

Sljedeći bi čimbenici upućivali više na psihosomatsku bolest nego na kroničnu tjelesnu bolest (tabl. 48.5.).

Diferencijalna dijagnoza tipičnoga konverzivnog poremećaja u odnosu prema „klasičnom“ psihosomatskom poremećaju prikazana je u tablici 45.2. (v. posebno poglavlje 45) i opisana je u sklopu disocijativnih poremećaja (Alexander 1943; Bürgin 1993; Remschmidt 2011).

48.2.3. Etiopatogeneza

48.2.3.1. Integrativni model

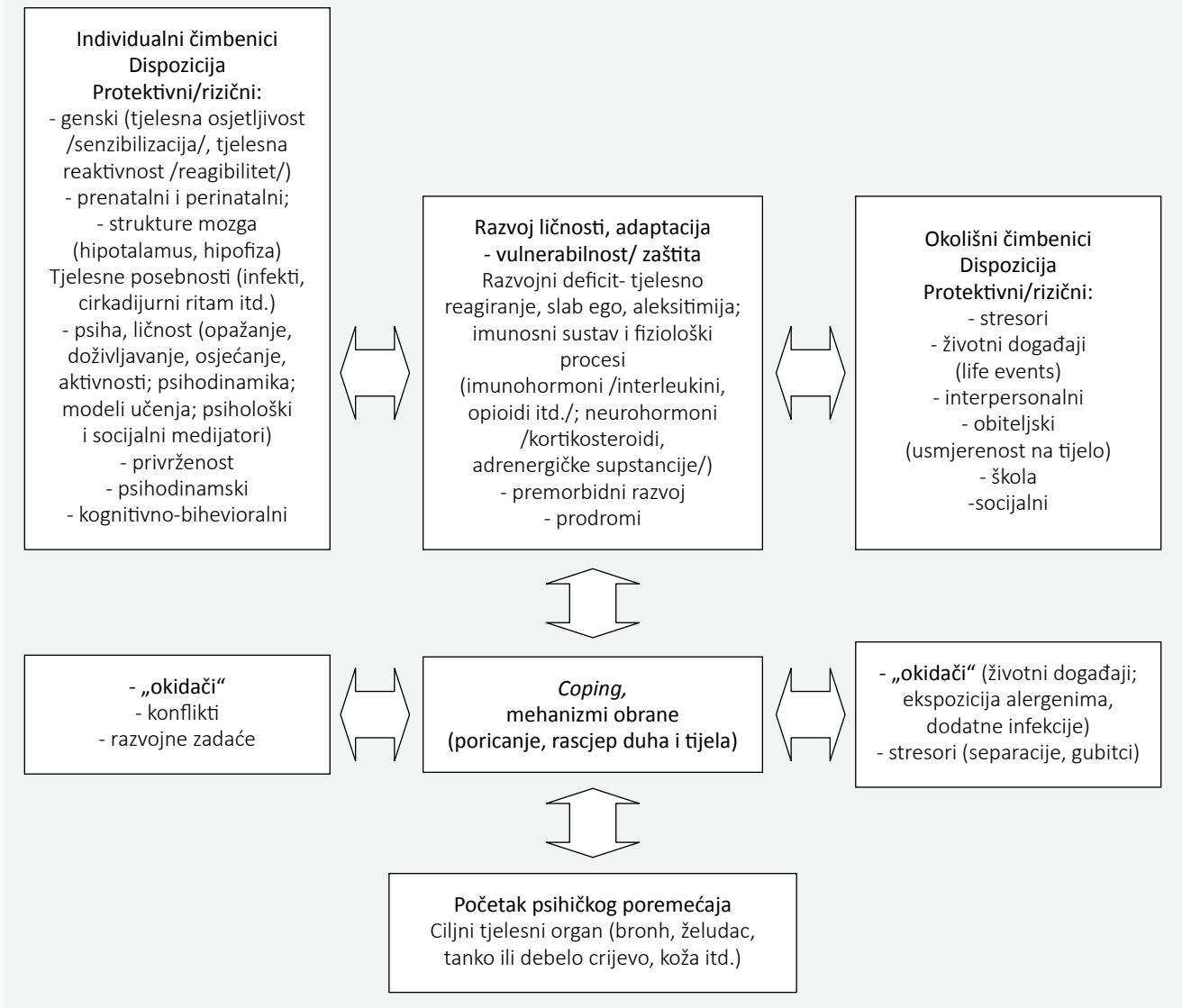
Danas se kod psihosomatskih bolesti koristimo integrativnim modelom koji uključuje niz čimbenika (v. sl. 48.1.).

Zapaža se u tablici važnost povratne sprege (*feedback* utjecaja), odnosno kružnih tokova, koje su označene dvosmjernim strelicama (Adler i sur. 1996). Uključeni su genski, okolišni, razvojni i psihobiološki aspekti, stresni čimbenici, obiteljska dinamika te drugi bihevioralni, kognitivni i psihodinamski čimbenici,

Slika 48.1.

Integrativni etiopatogenetski model psihosomatskih poremećaja.

Modificirano prema Adler i sur. 1996; Bürgin 1993; Steinhausen 2010; Resch i sur. 2012.

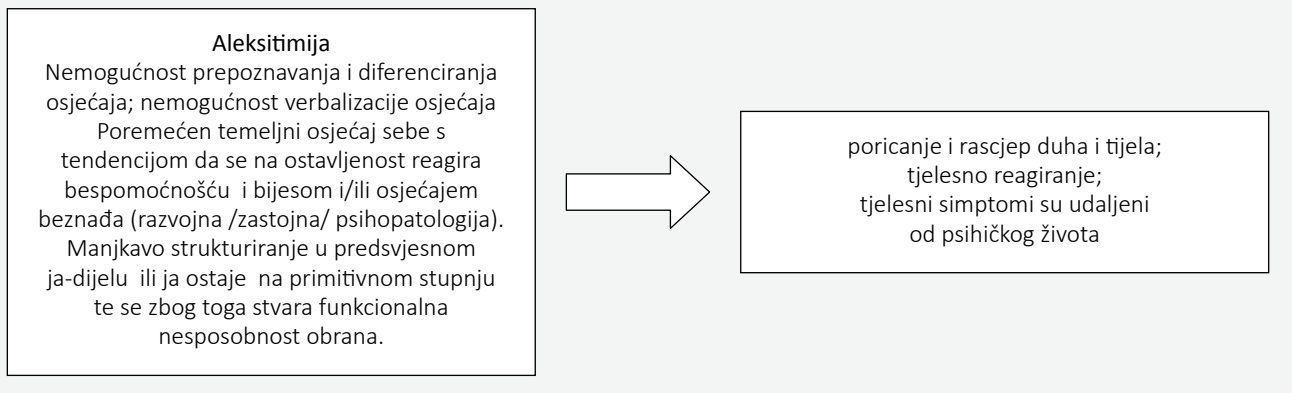


koji će biti poslije detaljnije navedeni (Begovac i Votava-Raić 2004). Aktualna istraživanja pokazuju međusobni odnos između genskih i okolišnih čimbenika na razvoj ili oboljenje djeteta ili adolescenta. Ulogu tih čimbenika potrebno je odvojiti u svakome pojedinom slučaju. Najčešće je riječ o mješovitim oblicima (pomiješana je npr. alergijska i psihološka komponenta). Istraživanje psihosomatskih poremećaja u djece i adolescenata nezaobilazno je vezano za rast i razvoj. Psihobiologija proučava slojevitost povezanost duševnog i tjelesnog (Bürgin 1993; Scott Werry 1996). Razvojni aspekti psihobiologije pokušavaju objasniti

odnose struktura SŽS-a, psihičkih funkcija, funkcionalnih nalaza različitih sustava (npr. biokemijski, endokrini, imunosni, fiziološki i drugi), kao i različitih psihosocijalnih čimbenika (uključujući stres i drugo) tijekom različitih razdoblja. Opterećenje i stres mogu biti vanjski podražaji, koji imaju dovoljno velik intenzitet, da uzrokuju neugodnu emocionalnu reakciju (Bürgin 1993). **Stresna je reakcija** individualna reakcija biokemijske, fiziološke i/ili psihološke prirode na opterećujući podražaj. Pojedini autori govore o životnim događajima (engl. *life events*) (Rahe 1978), dok drugi autori govore o rizičnim i protektivnim čimbeni-

Slika 48.2.**Model aleksitimije.**

Modificirano prema Bürgin 1993; Ermann 2007; Ermann i sur. 2014; Sifneos 1973; Sifneos 1996.



cima (Egle i sur. 1996). U novije vrijeme sve se više pažnje pridaje istraživanju djetetovih/adolescentovih sposobnosti i snagama ega, kao i zaštitnim okolišnim čimbenicima (Robins i Rutter 1990). Općenito, ne postoji jednostavna linearna međuveza između neurobiokemijskih/endokrinih/imunosnih i psihičkih funkcija, jer je jedna psihička funkcija determinirana mnogim povratnim spregama, a, s druge strane, ista stvar može djelovati na mnoge psihofizičke funkcije. Kod psihosomatskih poremećaja dominantna je **aleksitimija**. Aleksitimija (nemogućnost prepoznavanja i verbaliziranja emocija) može se promatrati kao jedan razvojno orijentirani model. Aleksitimija nastaje kada se ne mogu prepoznati prijelazi od implicitne (niža somatska razina) u eksplicitnu percepciju osjećaja (viša razina). Za ovo mogu biti odgovorne različite strukture u mozgu (npr. anteriorni cingularni korteks). Aleksitimija je mehanizam više tipičan za psihosomatske bolesti, ali se može naći i kod drugih poremećaja, npr. disocijativnih, somatizacijskih i somatoformnih poremećaja, međutim, u manjoj mjeri (Gatta i sur. 2015).

48.2.3.2. *Psihodinamski model*

Ovdje postoje različiti modeli. Osnovna forma oslobađanja od napetosti jest jednostavni izražaj preko tijela (uključujući motoričku aktivnost), koji je inače povezan s afektima. On slijedi manje-više automatski. Primjerice djeca se kroz motoriku mogu oterećivati. Tako u razvojnom razdoblju kažemo da se dijete nalazi u „psihosomatskom jedinstvu“. Sljedeće, psihodinamski gledano, u osoba sa psihosomatskim poremećajem bio bi prisutan „nisko strukturirani konflikt/odnosno

deficit strukture ličnosti“, kada dolazi do nedostatne individuacije (Kuechenhoff i Ahrens 2002). Ovo uključuje usmjerenost na objekte, kao i nemogućnost diferenciranja osjećaja. Razvojno gledano, ovdje je posrijedi dosta rani konflikt. Aleksitimija bi onda, prema tome, mogla biti način kakve-takve prorade ovoga osnovnog strukturnog deficita/konflikta (o aleksitimiji će biti još govora poslije). Na [slici 48.2.](#) prikazan je model aleksitimije.

Nadalje, **model konverzije** moguć je kod psihosomatskih bolesti s lezijom. Taj je model pobliže opisan pri opisu koncepta neuroze i histerije (v. poglavlje 44) (Sassenberg i Ahrens 2002). Ovdje bismo mogli navesti Alexandera (1994) koji opisuje različite konfliktne situacije. Primjer bi mogao biti GI trakt, koji ima svoje nesvjesne motive za: primanje, zadržavanje i izbacivanje (tipične za prvu i drugu godinu života). Ovaj autor ovakve oralne i analne konflikte povezuje sa psihosomatskim bolestima. Primjerice, ako je zapriječeno primanje, može nastati želučani ulkus, ako je zapriječen nagon za izbacivanjem nastaje opstipacija itd. Problemi s motorikom (konflikt agresivnosti tipičan je za dijete od druge do četvrte godine života). Pojedini se autori ne slažu s modelom konverzije kod psihosomatskih poremećaja, jer je pri izboru organa više riječ o tjelesnoj i genskoj dispoziciji (npr. atopični neurodermitis, psorijaza i astma), nego o izboru organa kao kod modela konverzije (Kuechenhoff i Ahrens 2002). Kod ulceroznog kolitisa stoga bi se postuliralo postojanje oralnih konflikata između biti zbrinut *vs.* ovisnosti; kod neurodermitisa između blizine *vs.* distance (koža kao organ diferencijacije); kod duodenalnog ulkusa

konflikti između pripadanja *vs.* neovisnosti te kod poliartritisa agresivni konflikti dominacije.

Nalazi iz literature govore da ne postoje tipični psihosomatski pacijenti. Struktura ličnosti/deficiti i konflikti psihosomatskog pacijenta mogu biti vrlo različiti (Kuechenhoff i Ahrens 2002). Što je veća kvaliteta obrambene organizacije, to je manja mogućnost za dekompenzaciju u somatsko. Čini se da dvije danosti imaju stresni i/ili traumatizirajući utjecaj na ličnost: 1. prekomjeran dovod stimulacije (podražaji različite vrste) ili inkoherenција dovoda stimulusa i 2. emocionalni (i/ili senzorički) manjak, s podtipovima nezadovoljstva, diskontinuiteta i rasapa (Bürgin 1993). Prema francuskoj psihosomatskoj školi (Marty i M'Uzan, 1963), prije nabrojani stresni i/ili traumatizirajući čimbenici uzrokuju manjkavo strukturiranje u predsvjesnom ego-dijelu ili ego ostaje na primitivnome stupnju te se zbog toga stvara funkcionalna nesposobnost obrana. Ovo se očituje nemogućnošću fantazmatske razrade. Nesvjesni impulsi ne utječu na njihovo ponašanje kao u druge djece. Čitava je aktivnost na van određena činjeničnim (konkretnim). Ovako nastaje određena krutost unutarnjih reprezentacija. U odraslih se ovaj sindrom pokazuje kao operativno mišljenje (Marty i M'Uzan 1963) (franc. *pensee operatorie*) koje se može pojavljivati permanentno ili epizodično. Slično ovomu konceptu odgovara pojam aleksitimije, termin koji je uveo Sifneos tijekom šezdesetih i sedamdesetih godina prošlog stoljeća (Sifneos 1973; Sifneos 1996), a koji označuje nemogućnost zapažanja i verbaliziranja emocija. **Dekompenzacija** podrazumijeva regresivno reaktiviranje arhajskih tjelesnih obrazaca u osoba sa značajnim ranim poremećajima, koji se izražavaju u ego-defektima i poremećajima objektnih odnosa, jer ne mogu odgovarati na prikladnoj emocionalnoj razini. Kod ovakvih je bolesnika reprezentacija tjelesnog selfa često znatno poremećena (Bürgin 1993). Ako se ipak razvije konzistentnije *ja*, manje ugroženo od raspada nego u prethodnom slučaju, postojat će poremećaj u samopoštovanju, s odnosima koji će kompenzirati manjak u selfu na različite načine.

48.2.3.4. **Obiteljski čimbenici**

Kada nastupi ozbiljan psihosomatski poremećaj, obično dolazi do preklapanja sljedećih obiteljskih čimbenika: 1. specifične fiziološke vulnerabilnost i/ili organske disfunkcije kod osobe, bila ona primarna ili sekundarna i 2. specifičnosti unutar obitelji, previše slabo ili odviše jako ograničenje pojedinca ili podsu-

stava, prekomjerna briga za tjelesno zdravlje, nedovoljna sposobnost za prilagodbu putem krutih intraobiteljskih struktura. Dijete ili adolescent tada može na račun izbjegavanja konflikata biti (zlo)upotrijebljeno za održavanje obitelji (Kog i sur. 1987). Ako se u djeteta razvije ozbiljna psihosomatska bolest kao izraz sistemskog poremećaja obitelji, dolazi do povećane kontrole nad djetetom čim je ono „definirano kao bolesno“.

48.2.4. **Liječenje, tijek**

Potreban je multidisciplinarni i integrativni koncept liječenja (v. tabl. 48.6.).

Tablica 48.6.

Terapija psihosomatskih poremećaja

Somatsko liječenje
Psihoedukacija
Supportivna psihoterapija
Postupci povezani s tijelom
Uloga stresnih i traumatskih elemenata i njihovo liječenje
Kognitivno biheviornalna psihoterapija
Psihodinamska terapija
Psihofarmakoterapija
Rad s roditeljima
Obiteljska terapija

Uključene su uobičajene metode u somatskoj medicini. Katkada su one prioritete, posebno u akutnim fazama bolesti. Psihoterapijski pristup obično se primjenjuje u intervalima između akutnih faza bolesti. Osnova je terapije empatijski i kontinuirani pristup, uz pridržavanje okvira terapije (*settinga*) radi prevencije riskiranja prekomjerne stimulacije i prevelike blizine, kao i supportivni odnos između pacijenta, roditelja i liječnika (Ermann i sur. 2014; Resch i sur. 2012). Važna je psihoedukacija o bolesti. Uključene su uobičajene metode u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji/psihoterapiji (individualna psihoterapija, postupci koji su orijentirani na aktivnosti, postupci povezani s tijelom, grupna terapija, socijalna terapija, obiteljska terapija, psihofarmakoterapija) (Begovac i Votava-Raić 2004). Potrebno je osigurati koordinaciju somatskog i psihoterapijskog liječenja. Na primjer, pokatkad je potrebno

radi intenzivnog simptoma (npr. svrbež kože) dati prvo medikamentnu terapiju da bi uopće moglo doći do verbaliziranja i reflektiranja osjećaja i psihoterapije (Seikowski 2007). Od psihoterapijskih metoda najčešće se koristimo psihodinamskom i kognitivno-bihevioralnom terapijom. Kod bihevioralno-kognitivne terapije primjenjujemo metode učenja uz analizu i modifikaciju ponašanja koje potiče zdravlje ili bolest, a mogu se rabiti i metode osnaživanja (*empowerment*) (Resch i sur. 2012).

Psihodinamska se terapija orijentira na strukturne mogućnosti pacijenta (deficite). Cilj terapije trebao bi biti u podupiranju individuacije i autonomije, umanjivanje konflikta blizina – udaljenost te rad na triangulaciji objektnih odnosa. Posebnost psihodinamskih terapija jest jasan terapijski okvir (*setting*), kao i rad na protuprijenosnim pitanjima. U ovome smislu posebno može biti izazovan rad kako odgovoriti na agresivne napadaje pacijenta. Tjelesnu simptomatologiju treba pokušati shvatiti na komunikativan način, npr. pogoršanje tjelesnoga stanja može biti znak prekomjerne emocionalne stimulacije itd. Nije potrebno prebrzo davati interpretacije prijenosa, važna je terapijska funkcija *holdinga* (Kuechenhoff i Ahrens 2002). Također, ne treba pacijentovo somatsko pogoršanje povezivati s nesposobnošću ili pogreškom terapeuta (Seikowski 2007). U iznimnim slučajevima može se primijeniti psihoanalitička terapija, ali nju moraju provoditi posebno educirani psihoanalitičari.

Potrebno je razmotriti ulogu stresnih i traumatskih elemenata u anamnezi, kao i „okidača“. Poznato je da je alopecia areata u djece često povezana s gubitcima, žalovanjem za umrlom osobom ili pak s rastavom roditelja. Kod genskih ili atopičnih poremećaja (npr. neurodermitis, psorijaza, astma) ne treba obećavati djetetu i roditeljima da će se preko psihoterapije potpuno izgubiti simptomi somatske bolesti. Treba pokušavati umanjiti osjećaje krivnje u roditelja zbog djetetove bolesti. Terapija bi u tom smislu bila usmjerena na smanjenje simptoma kroz podupiranje razvoja, kao i kroz proradu psihičkih konflikata (Seikowski 2007). Pri terapiji pravih „organskih“ poremećaja (pokatkad se oni ne mogu odvojiti od psihosomatskih poremećaja u užemu smislu), nastojanja su usmjerena prema psihološkom prihvaćanju tjelesne bolesti (model psihosocijalne adaptacije na tjelesnu bolest- vidi poglavlje 50 o općim psihološkim aspektima kroničnih bolesti djeteta). Svrha terapije tada bi bila u umanjivanju neprikladnih *coping* vještina i neprikladnih mehani-

zama obrane. Psihoterapijski rad fokusirao bi se na prihvaćanje medicinskih mjera liječenja (Seikowski 2007). U timskom pristupu terapiji potreban je minimum zajedničkog dogovora temeljen na realnosti, s međusobnim uvažavanjem stručnjaka koji sudjeluju u terapiji, s progresivnim razumijevanjem i zajedničkim izražavanjem koncepata, odnosno stvaranjem terapijskog saveza. Ovo se posebno tiče i odnosa terapeuta prema djetetu/adolescentu, kao i prema obitelji, a tako i odnosa između različitih članova multispecijalističkog tima (Begovac i Votava-Raić 2004; Bürgin 1993).

Važnu ulogu u ovakvih pacijenata mogu imati nadležni pedijatri ili liječnici obiteljske medicine u smislu prepoznavanja psihičkih aspekata bolesti, prihvaćanja psihosomatskih poveznica od pacijenata i obitelji, a mogu primijeniti i jednostavne psihoterapijske intervencije kod prorade konflikta i stresova, kao i primjenu relaksirajućih tehnika. Pokazala se važnost Balintovih grupa za stručnjake na način da se liječnici bolje upoznaju s odnosom liječnik – bolesnik – roditelj (Ermann i sur. 2014).

Tijek bolesti obično je kroničan uz povremena pogoršanja. Na tijek bolesti mogu utjecati različiti dodatni medicinski problemi, kao i specifičnosti liječenja (medikamentno, operativno) itd. Prilagodba na bolest također može biti otežana, a nerijetko se može manifestirati strahovima, depresijom i bijesom.

48.3. Pojedini psihosomatski entiteti

48.3.1. Bronhalna astma

48.3.1.1. Definicija, klasifikacija, prevalencija

U **tablici 48.4.** prikazana su osnovna obilježja bolesti. Riječ je o kroničnoj upalnoj bolesti uz reverzibilno suženje perifernoga respiratornog puta s posljedicom oštećene ekspiracije te bronhalne hiperreaktivnosti (hiperpodražljivosti) na različite podražaje (Steinhauzen 2010). Patofiziološki se mogu naći edem sluznice, povećana sekrecija i spazmi bronhalne muskulature. Ekspiratorna dispneja može se lagano ili naglo pojavljivati u obliku akutnih napadaja, kada su dodatno poremećene i funkcije srca i krvotoka. Postoji povezanost s drugim atopičnim bolestima npr. neurodermitisom. Poremećaj često počinje u djetinjstvu. Može se dogoditi da se na neurodermitis nastavlja astma, vrlo varira u težini, kao i u tijeku bolesti, a tako postoje varijacije i intrapsihički i interpersonalno. Postoji podjela na ekstrinzičnu (uzrokovana alergijom) i intri-

zičnu (bez alergijske podloge), no u djece je većinom mješovitog oblika (Steinhausen 2010). Česta je povezanost somatskog i psihičkog (Resch i sur. 2012). Postoje različiti stupnjevi astme u djece (Resch i sur. 2012). Astma je jedna od najčešćih kroničnih bolesti uopće. Ima je oko 10 % djece, među kojom u do 40 % slučajeva počinje u djetinjstvu. Dvostruko češće obolijevaju dječaci.

48.3.1.2. *Klinička slika, dijagnostika*

Zanimaju nas međusobna povezanost psihopatologije djeteta, interakcija u obitelji, kao i povezanost psihičkog i somatskog. Često postoji emocionalna nestabilnost djeteta zbog ovisnosti o liječenju, što može dovesti do povećane ovisnosti o okolini (poremećaj razvoja autonomije), smanjenim samopoštovanjem i tipičnim internalizirajućim smetnjama (anksioznost, depresija) uz dominantnu odsutnost eksternalizirajućih smetnji. Često je neprimjereno ponašanje roditelja u obliku prekomjernog zaštitničkog ponašanja (hiperprotektivnost), perfekcionizma ili pak odbacivanja (Goodwin i sur. 2013; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Životno ugrožavajući napadaji mogu dovesti i do PTSP-a. U svakom će nas pojedinom slučaju zanimati što se od multifaktorijelne geneze nalazi u pozadini slučaja. Diferencijalnodijagnostički, treba pokušati razlikovati astmatski napadaj od paničnog napadaja.

48.3.1.3. *Etiopatogeneza*

Riječ je o multikauzalnoj etiologiji, gdje dolazi do međusobne interakcije bioloških i psihičkih čimbenika (Steinhausen 2010). Sudjeluju genski čimbenici, okolišni čimbenici (ekspozicija alergenima, intrauterina ekspozicija nikotinu, pušenje adolescenata), somatski čimbenici (infekti, tjelesni stres, neurovegetativni procesi, klimatski čimbenici, nespecifične nokse) te psihološki čimbenici u oko 20 do 30 % (sklonost anksioznosti, crte ličnosti, održavanje simptomatologije kroz pozitivno pojačavanje, uloga životnih događaja, stres, obiteljska dinamika, mehanizmi klasičnog i operantnog kondicioniranja, učenje prema modelu, kognitivni čimbenici, psihodinamski čimbenici) koji dovode do bronhoopstrukcije (Ermann 2007; Goodwin i sur. 2013; Steinhausen 2010). Upitna je uloga psiholoških čimbenika: je li uzročna, ona koja je „okidač“, ona koja je medijator u svakome pojedinom slučaju ili pak dolazi do određene interakcije različitih čimbenika,

odnosno koji čimbenik sudjeluje u održavanju jedne bolesti (v. posebno poglavlje 10 o razvojnoj psihopatologiji).

Psihodinamski, u pacijenata se može naći deficitarna problematika, sa slabim egom zbog neuspjele individuacije. U ovoj fazi može dominirati psihički konflikt blizina vs. distanca. Mogu prevladavati shizoidne crte ličnosti ili pak narcistička razina, kada je problematika usmjerena više na razinu ovisnosti ili autonomije. Dominiraju stanja bespomoćnosti i beznadnosti. Većinom su majke u obiteljima prekomjerno zaštitničke, dominantne, svojevoljne i odbijajuće, dok je otac slab, nezainteresiran i slabo prisutan. „Okidači“ mogu biti iskustva ostavljenosti, gubitka, separacije, osjećaji potrebe za blizinom, osjećaji nježnosti, oštećenja (realna ili fantazirana). Ovi procesi nevjeseo upućuju na psihosomatski način tjelesnog reagiranja.

48.3.1.4. *Terapija, tijek*

Liječenje je sveobuhvatno te uključuje somatsko (moderno farmakološko liječenje inhalacijama i drugim sredstvima, izbjegavanje alergena, prorada nemogućnosti držanja životinja u kući), kao i psihosocijalno liječenje (Steinhausen 2010). Općenito se potiču bolja prilagodba na bolest i umanjenje stresnih okolnosti te suportivna terapija. Treba težiti tomu da dijete sve više preuzme ulogu u liječenju s obzirom na roditelje (Resch i sur. 2012). Na vrhuncu sukoba separacije od svojih roditelja, adolescent može odbaciti suradnju u liječenju svoje bolesti (Resch i sur. 2012). Primjenjuje se bihevioralna terapija (sustavna desenzitizacija, metode operantnog kondicioniranja, vještine rješavanja problema), relaksirajući postupci, psioedukacijski postupci, preuzimanje vlastite uloge u liječenju, arteterapija te obiteljska psihoterapija (Clarke i Calam 2012; Ermann 2007; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). **Psihodinamski**, mora se pažnja obratiti na pacijentovu potrebu konflikta za blizinom, kao i za distancom, a obično se provodi psihoanalitička psihoterapija ili suportivna psihoterapija jednom tjedno. Kod obiteljskih disfunkcija rabi se obiteljska psihoterapija (Ermann, 2007).

Tijek bolesti pokazuje da u oko 50 % slučajeva dolazi do remisije, oko 20 % prelazi u druge alergijske simptome ili sindrome, dok oko 25 % slučajeva prelazi u kroničnu bolest. Nepovoljni prediktori ishoda jesu velik broj astmatskih napadaja, obiteljska anamneza

astme, popratne alergije i dermatitisi, kao i težina simptoma pri početku bolesti.

48.3.2. **Ulcus pepticum**

U **tablici 48.4.** prikazana su osnovna obilježja bolesti. Želučani i duodenalni ulkus recidivirajuće su bolesti i označuju leziju sluznice koja uzrokuje smetnje probavnog trakta u obliku bolova, osjećaja napetosti u abdomenu, mučnine i izbjegavanja određene hrane (Resch i sur. 2012). Tipične su smetnje natašte i noću, odmah nakon uzimanja hrane (želučani ulkus) ili malo kasnije nakon jela (duodenalni ulkus). Česta je povezanost s depresijom. Duodenalni je ulkus u dječjoj dobi češći od želučanog ulkusa i veća je prevalencija u dječaka (Steinhausen 2010).

Etiopatogeneza ulkusa je multifaktorijelna, od organskih (genska predispozicija, infekcija, vegetativna napetost, kemijsko-toksični i imunosni čimbenici) do psiholoških čimbenika (stres, napetost, pušenje, stresovi, psihodinamski čimbenici, obiteljska dinamika, migracije, nezaposlenost) (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010; Sumanen i sur. 2009). Moguće je pojava neravnoteže štetnih (nokse, infekcije, ishemija, kiselost) i protektivnih čimbenika (sloj sluzi, prostaglandini, somatostatin). **Psihodinamski** je riječ o tipičnoj deficitarnoj problematici, kada nema dostatne individuacije, ego je slab i reagira na tjelesni način. Ako postoje konflikti, onda su tipični konflikti oralno-receptivne želje pripadanja i stanja ovisnosti (biti nahranjen), analnog posjedovanja, kao i nesamostalnosti i neuspjeha. Nesvjesnim životom dominiraju neprijateljske agresije i bijes zbog razočaranja i frustracije, kao i zavist za posjedovanjem (Ermann 2007). Ličnost je karakterizirana, kao i kod drugih psihosomatoza, oscilacijom između odbacivanja i prekomjernog zaštićivanja. Zbog ovakve psihosomatske konstelacije dolazi do udaljenosti od fantazija ili osjećaja i do pojave aleksitimije. Postoje različiti tipovi ličnosti: pasivni tip u smislu ovisne depresivne ličnosti; aktivni tip u smislu izbjegavanja depresivne i narcističke ličnosti, kao i prekomjerno prilagođen tip u smislu opsesivne ličnosti. „Okidači“ bolesti često su separacije, gubitci sigurnosti ili priznanja, kao i preuzimanje veće odgovornosti.

Dijagnostički na ulkus treba pomisliti kod pozitivne obiteljske anamneze, pojave hematemeze, bolova u trbuhu, kao i u djece koja žive u vrlo stresnim okolnostima, u djece s kroničnim bolestima, djece koja uzimaju kortikosteroide ili u politoksikomanskih adolescenata (Resch i sur. 2012).

U **terapiji** primjenjujemo primarno somatsko-medikamentnu terapiju, a u posljednje se vrijeme rabi trojna medikamentna terapija. Korisni mogu biti psihoterapijski postupci koji su ciljani u odnosu prema etiopatogenetskim čimbenicima ili na prilagodbu s obzirom na prisutne kronične smetnje (npr. kognitivno-bihevioralne terapije) (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Pokazalo se da psihodinamske terapije trebaju biti vrlo postupne, uz početno savjetovanje i početne relaksirajuće postupke. Suportivni pristup teži osvješćivanju konflikata i afekata, dok su zahtjevnije terapije usmjerene prema daljnjoj diferencijaciji osjećaja i fantazija (Ermann 2007). Rad s roditeljima i obiteljska terapija indicirani su u slučaju dodatnih disfunkcija.

48.3.3. **Ulcerozni kolitis**

U **tablici 48.4.** prikazana su osnovna obilježja bolesti. Diferencijalna dijagnoza između ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti važna je i može se naći u pedijatrijskim udžbenicima. U literaturi se vodi pod nazivom upalnih crijevnih bolesti i primarno se liječe gastroenterološki. Riječ je o teškoj kroničnoj recidivirajućoj upalnoj bolesti debeloga crijeva, uz povremena pogoršanja. Tipična četiri simptoma jesu krv u stolici (do 97 %), proljev (do 93 %), abdominalni bol (do 76 %) te gubitak na težini (do 55 %) (Diefenbach 2006). Dodatni simptomi jesu temperatura, uz ekstraintestinalne simptome kao što su nodozni eritem, uveitis, simptomi artritisa te simptome depresije, u smislu neprikladne somato-psihičke adaptacije (Diefenbach i Breuer 2006; Ermann 2007; Resch i sur. 2012). Bolest je najčešća u dječjoj dobi između 10. i 14. godine. **Dijagnoza** se postavlja pedijatrijskim pregledom, laboratorijskim testovima, radiološki i endoskopski. **Diferencijalnodijagnostički**, potrebno ga je razlikovati od Crohnove bolesti (v. poslije). Prevalencija je u nekim zemljama oko 29 oboljelih na 100 000 stanovnika (Ekbom i sur. 1991).

Etiopatogenetski je riječ o multifaktorijelnoj genezi, od somatskih (genski čimbenici, okolišni čimbenici) do psiholoških čimbenika (bihevioralni i psihodinamski čimbenici) (Resch i sur. 2012). Obično su „okidači“ inflamatorni i imunosni procesi. Dodatno mogu nastati anksiozne i depresivne smetnje, smetnje u razvoju puberteta (somske i psihološke), adolescenti pokazuju veću ovisnost o svojim roditeljima zbog bolesti, smetnje u reguliranju vlastita samopoštovanja,

smetnje socijalne integracije te smetnje u školskom uspjehu (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). **Psihodinamski** se najčešće radi o tipičnoj deficitarnoj problematici, kada nema dostatne individuacije, ego je slab, i kada se reagira na tjelesni način. Dominira konflikt blizina vs. distanca, uz fragilno samopoštovanje (Ermann 2007). Ličnost djece opisuje se kao opsesivna, depresivno inhibirana i ovisna (Steinhausen 2010). Tipični su „okidači“ iskustva separacija i ostavljenosti (na *borderline* razini). Opsesivni se stil opisuje i u roditelja djece.

Terapija je primarno somatska, i to medikamentima, potrebne su dijetne mjere, težeći normalnome tjelesnom razvoju, a pokatkad se primjenjuje i kirurška terapija (Diefenbach i Breuer 2006; Rabizadeh i Dubinsky 2013). Potrebna je koordinacija s drugim psihosocijalnim terapijama (kognitivno- bihevioralne i psihodinamske terapije) u smislu prihvatanja bolesti, metoda liječenja, povremenih psiholoških prorada pretkirurških i postkirurških stanja, dakle naglasak je na suportivnim aspektima (Ermann 2007; Prasko i sur. 2010; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Ciljevi su obično prorada različitih osjećaja, izgradnja samopoštovanja, kao i kreiranje socijalnih relacija (Steinhausen 2010). Moguća je i psihodinamski zahtjevnija terapija s naglaskom na prije navedene konflikte i osjećaje. Također je indicirana i obiteljska psihoterapija u slučaju obiteljske disfunkcije (Steinhausen 2010). Za **tijek** bolesti je karakteristično da u samo oko 20 % slučajeva dolazi do potpune remisije, tako da je potrebno dugotrajnije praćenje djeteta i cijele obitelji.

48.3.4. Regionalni enteritis (Chronova bolest)

U **tablici 48.4.** prikazana su osnovna obilježja bolesti. Potrebno ga je razlikovati od ulceroznog kolitisa (v. prije). U literaturi se vodi pod nazivom upalnih crijevnih bolesti i primarno se liječi gastroenterološki. Riječ je o kroničnoj upalnoj bolesti tankog crijeva, koja je ograničena na pojedine dijelove, najčešće je zahvaćen terminalni ileum, ali može biti zahvaćen i cijeli GI trakt. Tipična četiri simptoma jesu abdominalni bol (do 95 %); gubitak na težini (do 92 %); dijareja (do 78 %) te krv u stolici (do 60 %) (Diefenbach i Breuer 2006). Dodatni simptomi mogu biti vrućica, zastoj u rastu, perianalne bolesti i ekstraintestinalne manifestacije (nodozni eritem, uveitis, artritis). Često se nalazi depresija (do 30 % pacijenata). U oko 30 % pacijenata očituje se prije 18. godine života, a vrh je pojavljivanja između 15. i 25. godine (Resch i sur. 2012).

Etiopatogenetski sudjeluju različiti čimbenici, od organskih, somatskih (genski, upale, imunosni poremećaj) do psiholoških u oko 30 % slučajeva (kognitivno-bihevioralni i psihodinamski) (Ermann 2007; Resch i sur. 2012). Pojedini autori govore o jasno somatopsihičkoj bolesti (Resch i sur. 2012). **Psihodinamski**, riječ je o sličnoj psihodinamici kao i kod ulceroznog kolitisa (v. tamo) (Ermann 2007). **Dijagnosticira** se kliničkim pedijatrijskim pregledom, laboratorijskim te radiološkim i endoskopskim nalazima. **Terapija** je u dječjoj dobi primarno medikamentna uz dijetu i slična je liječenju opisanom pri ulceroznom kolitisu. Eventualno dolazi u obzir i kirurško liječenje (Diefenbach i Breuer 2006; Rabizadeh i Dubinsky 2013). Komplikacije u djece mogu biti smetnje pubertetskog razvoja, zastoj puberteta, kao i psihosocijalne teškoće. Psihosocijalni aspekti terapija slični su kao kod ulceroznog kolitisa (Ermann 2007; Prasko i sur. 2010; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010).

48.3.5. Neurodermitis (atopični dermatitis)

48.3.5.1. Definicija, prevalencija

U **tablici 48.4.** prikazana su osnovna obilježja bolesti. Jedna je od najčešćih bolesti u djetinjstvu i pokazuje kronično recidivirajući tijek, u smislu crvenila i papuloznih eflorescencija na koži. Prevalencija je do 2,4 % (Steinhausen 2010). U oko 60 % oboljelih počinje u prvoj godini života, a u 85 % u prvih pet godina života. U adolescenciji obično dolazi do poboljšanja simptoma.

48.3.5.2. Klinička slika, etiopatogeneza

Simptomi mogu početi u dojenačkoj dobi kao crvenilo obaju obraza ili kao mliječna krasta. Gotovo tri četvrtine slučajeva počinje u prvoj godini života i dijagnosticira ih dermatolog (Bürgin i Rost 1996; Steinhausen 2010). Tipično su u djece zahvaćeni zglobovi koljena, zglobovi ramena, ruku i nogu, kao i vrat. Postoji istodobno jak svrbež, što izaziva poriv za grebanjem, pa su moguće sekundarne infekcije. Može se stvoriti zatvoreni začarani krug svrbeža i grebanja. Svrbež u velikoj mjeri otežava djetetov individualni razvoj jer pojedinca stalno podsjeća na ovisnost o bolesti (Bürgin i Rost 1996). Djeca mogu biti iritabilna, nemirna te pojačano plakati, imati poteškoće spavanja, mogu biti zahtjevnija, tjeskobna, te s pojačanom potre-

bom da budu negovana i nošena (Chamlin i Chren 2010). Psihički se mogu nalaziti depresivni osjećaji, osjećaji beznadnosti, koji su praćeni empatijom i/ili agresijom (Ermann 2007; Steinhausen 2010). Oboljeli se srame svojih lezija i ogrebotina te se socijalno povlače. Roditelji mogu imati različite probleme u smislu samookrivljanja, depresije, osjećaja bespomoćnosti, bijesa, frustracije, razočaranja, a i cijele obitelji mogu imati disfunkcionalne interakcije (Chamlin i Chren 2010; Ersser i sur. 2014). Stanje može biti povezano s drugim atopičnim poremećajima npr. astmom. **Etiopatogeneza** je multifaktorijelna i uključuje različite čimbenike, somatske (genski, alergijsko-imunosni čimbenici, infekciozni) i psihičke (stresni, kognitivno-bihevioralni, psihodinamski). **Psihodinamski** se postulira poremećaj odnosa roditelj – dijete. Koža ovdje ima ulogu zaštite, ali i diferencijacije. Postoji deficitarna konstelacija, nema zadovoljavajuće individualizacije, ego je slab, dijete reagira na tjelesni način (Ermann 2007). Odnos roditelj – dijete shvaćen je kao oscilacija između interpersonalnog prijanjanja djetetu i distanciranja od njega. „Okidači“ nastanka mogu biti približavanja ili distanciranja. Dominiraju osjećaji bespomoćnosti i beznadnosti.

48.3.5.3. *Terapija, tijekom*

Primarna je somatska terapija u smislu lokalnog liječenja, izbjegavanja kemijskih supstancija i sapuna, antibiotsko liječenje sekundarnih infekcija, kao i klimatsko liječenje (Steinhausen 2010). Od psiholoških metoda primjenjuju se različite metode kojima je svrha pridržavanje terapije (adherence to treatment), umanjene težine bolesti, povećanje funkcionalnosti i kvalitete života te umanjene psihološkoga stresa (Chida i Hirakawa 2007; Ersser i sur. 2014). Primjenjuje se psychoeducacija, a korisne su i različite suportivne psihoterapijske metode (individualne i grupne), koje provodi multidisciplinarni tim ili pojedini stručnjaci (Chamlin i Chren 2010; Ersser i sur. 2014). Kognitivno-bihevioralne metode orijentiraju se na operantno učenje odvlačenja pažnje, odnosno pojačavanje alternativnog ponašanja te na trening socijalnih vještina (Ermann 2007; Steinhausen 2010). Korisne su i relaksirajuće tehnike npr. autogeni trening. Psihodinamske su terapije usmjerene na deficitarnu problematiku te na konflikt blizine vs. distance, kao i na osjećaje tjeskobe i bijesa u vezi sa svrbežom i grebanjem, osjećaje ovisnosti i disfiguracije te osjećaje socijalne izolacije (Chida i

Hirakawa 2007). Savjetovanje roditelja, terapija roditelj – dijete i obiteljske terapije indicirane su u slučaju dodatnih disfunkcija. Tijek bolesti u velikome broju slučajeva pokazuje kroničnost.

48.4. **Upute za roditelje/nastavnike**

- ✓ Smjernice rada kod psihosomatskih poremećaja mogu biti slične kao kod koncepta neuroze, te pri disocijativnim i somatizacijskim poremećajima.
- ✓ Ovdje je često riječ o kroničnim stanjima, tako da je važna suradnja s roditeljima.
- ✓ Roditeljima treba objasniti mogućnost nesvjesne povezanosti psihe i tijela.
- ✓ Simptome u djeteta roditelj ne treba shvatiti osobno, u smislu djetetove obične agresije.
- ✓ S djetetom treba kontinuirano razgovarati i tražiti određene poveznice između tjelesnog i psihičkog. Simptome treba pokušati razumjeti kao komunikativni akt. S vremenom se može rekonstruirati psihički obrazac tjelesnih poremećaja, odnosno dileme i konflikti. Treba se više orijentirati na emocionalne procese, a manje na tjelesno.
- ✓ U slučaju stresnih i traumatskih događanja, treba uzeti u obzir ova događanja, a roditelji trebaju biti uz svoju djecu u njihovim teškim stanjima.
- ✓ Treba djeci pomoći u njihovim osjećajima bespomoćnosti, pomoći im u prepoznavanju osjećaja i u njihovu verbaliziranju.
- ✓ Iznimno je važna suradnja s liječnicima pedijatrima kojima primarno dolaze ovakva djeca.

48.5. **Često postavljena pitanja**

■ PITANJE: Kako se danas koncipiraju psihosomatski poremećaji?

ODGOVOR: U tekstu su navedeni različiti koncepti postoji li ili ne postoji psihosomatski poremećaj. Danas pojedini autori pod psihosomatskim označuju integrativno djelovanje između psihe i tijela. U ovom se tekstu autor priklonio tom mišljenju, te se stoga mogu ipak izdvojiti, radi edukativnih razloga, pojedini psihoso-

matski poremećaji. Sljedeći je način promatranje da ne postoje psihosomatski poremećaji (već samo npr. „psihosomatsko polje“ kao područje rada i istraživanja). Stoga se ovakvi autori priklanjaju dinamici opisa drugih kroničnih tjelesnih bolesti npr. diabetesu mellitusu itd. Dakle, kako je već prije bilo rečeno, u ovom se tekstu autor priklonio mišljenju da psihosomatsko označujemo kao integrativni pristup. U tom smislu poremećaji mogu biti nebrojeni i različiti, ali načelno više je riječ o autoimunskim i alergijskim bolestima. Složenost ovog pristupa može biti u tome da npr. ista bolest, npr. bronhalna astma, može biti obična kronična tjelesna bolest (alergijske geneze), a u drugih bolesnika može biti „psihosomatski poremećaj“ ako je riječ o suptilnoj međuigri somatskog i psihološkog (npr. zajednička uloga stresa i somatskog reagiranja).

■ **PITANJE: Što je to „psihosomatsko polje“?**

ODGOVOR: „Psihosomatsko polje“ u širem smislu upućuje na međuigru tijela i psihe i uključuje u najširem smislu ovu povezanost, odnosno sva stanja u medicini koja mogu uključivati ovu povezanost. Osnova liječenja toga psihosomatskog polja jest psihoterapija kao metoda liječenja (dakle integrativno liječenje), a ne isključivo samo somatsko liječenje.

■ **PITANJE: Kako psihosomatski poremećaji, odnosno poremećaji s organskom lezijom imaju veze sa psihološkim?**

ODGOVOR: Izraz svakog organa može itekako imati određeno psihološko, odnosno emocionalno značenje. Koristeći se integrativnim pristupom tijela i psihe, to se mora uzeti u obzir.

■ **PITANJE: Isključuje li se davanje lijekova sa psihološkim terapijama?**

ODGOVOR: Ne. Naime, kod psihosomatskih poremećaja pokatkad je nužno primarno somatsko liječenje lijekovima. Međutim, tijekom vremena primjenjuju se i drugi integrativni postupci, kao što su psihosocijalne terapije. Pokatkad će tek primarna medikamentna ili druga somatska terapija zapravo omogućiti druge psihosocijalne terapije.

■ **PITANJE: Kakav je odnos između medikamentnog i psihoterapijskog liječenja da bi se primjereno došlo do određenih psihičkih konflikta?**

ODGOVOR: Načelno pravilo jest da se somatsko (npr. medikamentno) liječenje primjenjuje minimalno, ali toliko koliko je potrebno u pojedinom slučaju!

■ **PITANJE: Što bi upućivalo na psihosomatski poremećaj, za razliku od uobičajene kronične somatske bolesti?**

ODGOVOR: Postoje nekoliko smjernica. Postoji osobitost anamneze i simptoma. Naime, postoji model somatske bolesti u obitelji; postojanje psihosocijalnoga stresa i traumatskih okolnosti; usmjerenost na tijelo; zahvaćenost pojedinih organskih sustava; postojanje organske lezije; većinom je ograničeno na jedan sustav; tjelesni se simptom ipak mogu razumjeti kao komunikativni akt. U obitelji postoji učestalost psihosomatskih i psihijatrijskih bolesti; riječ je o vrlo povezanim obiteljima; postoji model za simptom i/ili izbor organa u obitelji; postoji veća zabrinutost za somatske simptome nego za emocionalna stanja; postoje značajne posljedice simptomatologije za obiteljsku interakciju, postoji primarna i sekundarna dobit od simptoma. Terapijski odnos i procjena: prisutnost aleksitimije; nemogućnost diferenciranja osjećaja; poremećen temeljni osjećaj sebe s tendencijom da se na ostavljenost reagira bespomoćnošću i bijesom i/ili osjećajem beznađa (razvojna /zastojna/ psihopatologija). Od mehanizama obrane primjenjuju se poricanje i rascjep duha i tijela; tjelesni su simptomi udaljeni od psihičkog života; riječ je o „potencijalno psihogenom poremećaju“, odnosno u psihoterapiji se istražuje koji psihički konflikt dominira.

■ **PITANJE: Objasnite pojam tipičnoga psihosomatskog koncepta ili aleksitimije.**

ODGOVOR: Aleksitimija (nemogućnost prepoznavanja i verbaliziranja emocija) može se promatrati kao razvojno orijentirani model. Nastaje kada se ne mogu prepoznati prijelaz od implicitne (niža somatska razina) u eksplicitnu percepciju osjećaja (viša razina). Definiramo je kao nemogućnost prepoznavanja i razlikovanja osjećaja, te nemogućnost njihove verbalizacije. Postoje deficitarna individuacija, slab ego te sklonost tjelesnoj reakciji. Poremećen je temeljni osjećaj sebe s tendencijom da se na ostavljenost reagira bespomoćnošću i bijesom i/ili osjećajem beznađa (razvojna /zastojna/ psihopatologija). Na drukčiji bi se način moglo reći da postoji manjkavo strukturiranje u predsvjesnom ego-dijelu ili ego ostaje na primitivnom stupnju te se zbog toga stvara funkcionalna nesposobnost obrana. Posljedično stoga nastaju poricanje i rascjep duha i tijela, pojava tjelesnog reagiranja, a tjelesni su simptomi udaljeni od psihičkog života.

■ **PITANJE: Što ako pacijent ima somatsko pogoršanje tijekom održavanja psihoterapijske seanse?**

ODGOVOR: Naravno da je potrebno primarno somatski pomoći pacijentu u akutnome stanju (npr. akutni astmatični napadaj itd.). Ovakva su stanja moguća u praksi. Pacijent treba sa sobom imati lijekove za liječenje ovakvih stanja, odnosno treba se pokušati unaprijed dogovoriti kako se postupa u takvim akutnim stanjima. Terapeut treba poslije ovakve situacije proraditi u terapiji, odnosno treba proraditi protuprijenosne vlastite osjećaje krivnje za takva stanja.

■ **PITANJE: Što kada pedijatri ili drugi liječnici kažu da je kod određene tjelesne bolesti riječ o idiopatskoj bolesti ili da je zapravo velika uloga stresa?**

ODGOVOR: Većinom ovdje može biti riječ zapravo o psihosomatskim poremećajima. Ako se radi o velikoj ulozi stresa, onda treba dalje kontaktirati dječjeg psihologa ili psihijatra, koji će provesti svoju procjenu. Primjerice adolescent s totalnom alopecijom jasno navodi da mu se ispadanje kose pojavilo nakon smrti bake uz koju je bio posebno vezan. Nadležni dermatolog također uviđa važnost stresa u ovog pacijenta. U ovom je slučaju nužna dobra suradnja somatskih liječnika (dermatologa) i psihologa ili dječjih psihijata.

■ **PITANJE: Kakav je princip liječenja kod psihosomatskih poremećaja?**

ODGOVOR: Ovdje je riječ o integrativnom liječenju, dakle i somatskom i psihosocijalnom. Treba uzeti u obzir taj, integrativni koncept liječenja i ne treba biti nikako isključiv, primjenjujući samo somatsku terapiju ili samo psihoterapiju. Ovaj zadatak u praksi nije lako ostvariti.

48.6. Pitanja

- 1 Kako danas koncipirano psihosomatske poremećaje?
- 2 Koja je razlika između psihogenog i psihosomatskog?
- 3 Objasnite koncept aleksitimije.
- 4 Što bi upućivalo na psihosomatski poremećaj, za razliku od uobičajene kronične somatske bolesti?
- 5 Navedi sažetu etiopatogenezu psihosomatskih poremećaja.

- 6 Navedite principe psihodinamske terapije pri liječenju psihosomatskih poremećaja.
- 7 Navedi opće principe liječenja psihosomatskih poremećaja.
- 8 Navedi sažete sličnosti i razlike pojedinih psihosomatskih poremećaja (astma, ulcus pepticum, bolesti crijeva i neurodermitis).

48.7. LITERATURA

1. Adler RH, Herrmann JM, Koehle K. i sur. (ur). Psychosomatische Medizin- Thure von Uexkuell. 5. izd. München: Urban & Schwarzenberg; 1996.
2. Alexander F. Der Einfluss psychologischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen: Ein Symposium. Z Psychosom Med 1994;40:205-41.
3. Alexander F. Fundamental concepts of psychosomatic research: psychogenesis, conversion, specificity. Psychosomatic Medicine 1943;5:205-210.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
5. Beck- Dvoržak M. Bolesno dijete. U: Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck- Dvoržak M, ur. Medicinska psihologija. Zagreb: Jumea; 1984, str. 103-116.
6. Begovac I, Votava-Raić A. Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi. Lijec Vjesn 2004;126(1-2):32-8.
7. Bürgin D. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; 1993.
8. Bürgin D, Rost B. Krankheiten in Kindheit und Jugend. U: Adler RH, Herrmann JM, Koehle K. i sur.,ur. Psychosomatische Medizin- Thure von Uexkuell. 5. izd. München: Urban & Schwarzenberg; 1996, str. 1131-1161.
9. Chamlin SL, Chren MM. Quality-of-life Outcomes and Measurement in Childhood Atopic Dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am 2010; 30(3): 281-288.
10. Chida Y, Hirakawa N. The Effects of Psychological Intervention on Atopic Dermatitis. Int Arch Allergy Immunol 2007;144:1-9.
11. Clarke SA, Calam R. The effectiveness of psychosocial interventions designed to improve health-related quality of life (HRQOL) amongst asthmatic children and their families: a systematic review. Quality of Life Research 2012; 21(5):747-764.
12. Diefenbach KA, Breuer CK. Pediatric inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol 2006;12(20):3204-12.
13. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer; 1996.
14. Ekblom A, Helmick C, Zack M i sur. The epidemiology of inflammatory bowel disease: a large, population-based study in Sweden. Gastroenterology 1991;100(2):350-8.
15. Ermann M. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.

16. *Ermann M, Frick E, Kinzel C i sur.*, Einfuerung in die Psychosomatik und Psychotherapie. 3. izdanje. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2014.
17. *Ersner SJ, Cowdell F, Lattar S i sur.* Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;(1): CD004054.
18. *Gatta M, Spitaleri C, Balottin U i sur.* Alexithymic characteristics in pediatric patients with primary headache: a comparison between migraine and tension-type headache. *The Journal of Headache and Pain* 2015;16(1):98.
19. *Goodwin RD, Bandiera FC, Steinberg D.* Asthma and mental health among youth: etiology, current knowledge and future directions. *Expert Rev Respir Med* 2013;397-406.
20. *Kog E, Vertommen H, Vadereycken W.* Minuchin's psychosomatic family model revised: a concept validation study using a multitrait-multimethod approach. *Fam process* 1987;26(2):235-253.
21. *Kuechenhoff J, Ahrens S.* Psychosomatische Stoerungen. U: Ahrens S, Schneider W, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizin*. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 399- 402.
22. *Marty P, M'Uzan de M.* La pensee operateire. *Rev Franc Psychoan* 1963; 17Suppl:345-356.
23. *Möller H-J, Laux G.* Psychosomatische Medizin und psychosomatische Störungen. U: Moeller H-J, Laux G, Deister A, ur. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 6. izd. Stuttgart: Thieme; 2015, str. 248-257.
24. *Prasko J, Jelenova D, Mihal V.* Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2010;154(4):307-14.
25. *Rabizadeh S, Dubinsky M.* Update in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Rheum Dis Clin North Am* 2013; 39(4):789-99.
26. *Rahe RH.* Life change measurement clarification. *Psychosom Med* 1978; 40(2):95-98
27. *Resch F, Meyenberg K, Goldbeck L,* *Psychische Stoerungen mit koerperlicher Symptomatik sowie chronische somatische Erkrankungen mit psychischer Beteiligung.* U: Fegert JM, Eggers C, Resch F. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. auflage. Springer; 2012, str. 679-715.
28. *Robins LN, Rutter M.* Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
29. *Scott Werry J.* Brain and Behavior. U: Lewis M, ur. *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 86-96.
30. *Sassenberg U, Ahrens S.* Hysterie. U: Ahrens S, Schneider W, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizin* 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 241- 248.
31. *Seikowski K.* Erkrankungen der Atemwege und Hautaffektionen. U: Hopf H, Windaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie*. München: CIP Medien; 2007, str. 403- 412.
32. *Sifneos PE.* Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatr* 1996;153(7Suppl):137-142.
33. *Sifneos PE.* "The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients". *Psychotherapy and psychosomatics* 1973;22(2):255-262.
34. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
35. *Sumanen MPT, Koskenvuo MJ, Sillanmäki LH i sur.* Peptic ulcer and childhood adversities experienced by working-aged people. *World J Gastroenterol* 2009;15(27):3405-10.
36. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Artificijelni poremećaj, Münchhausenov sindrom, Münchhausenov sindrom preko posrednika

Ivan Begovac

SADRŽAJ

49.1. Artificijelni poremećaj, Münchhausenov sindrom	657
49.1.1. Uvod, definicije, klasifikacije	657
49.1.2. Epidemiologija i prevalencija	657
49.1.3. Klinička slika	658
49.1.4. Dijagnostika i diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	659
49.1.5. Etiopatogeneza, psihodinamski aspekti	661
49.1.6. Kliničke vinjete	661
49.1.7. Terapija i tijek	662
49.2. Münchhausenov sindrom preko posrednika	662
49.2.1. Uvod i definicije	662
49.2.2. Epidemiologija	662
49.2.3. Klinička slika	662
49.2.4. Dijagnostika i diferencijalna dijagnostika	663
49.2.5. Etiopatogeneza, psihodinamika	664
49.2.6. Terapija	664
49.3. Upute za roditelje i nastavnike	664
49.4. Često postavljena pitanja	665
49.5. Pitanja	666
49.6. Literatura	666

49.1. Artificijelni poremećaj, Münchhausenov sindrom

49.1.1. Uvod, definicije, klasifikacije

Grupa artificijelnih poremećaja se mogu definirati kao karakteristično namjerno stvaranje ili insceniranje (proizvodnja, produciranje) simptoma ili nesposobnosti, bilo tjelesnih bilo psiholoških. U literaturi se naziva različitim imenima: artificijelni poremećaji; poremećaji s artefaktima, Münchhausenov sindrom, sindrom „bolničkog skakavca“ (engl. *hospital hopper syndrome*); putujući bolesnik (*peregrinating patient*), „ovisnici o bolnicama“, mitomanija itd. (Boyd 2014; Plassmann 2002; Svjetska zdravstvena organizacija, 1999). Njemački autori koriste izraz artificijelni poremećaj, poremećaj s artefaktima, ili inscenirani poremećaj (*njem. Vorgetaeschte Krankheit*) (Bock i Overkamp 1986; Brunner i sur. 2012; Plassmann 2002). Artificijelno bi se označavalo nešto umjetnim, umjetničkim ili izvještanim, dok bi se za artefakt moglo reći da je umjetni proizvod ili rukotvorina (Klaić 1986). Betlheim (1959) navodi u svojem poglavlju o neurozama izraz **fantomski graviditet**, ubrajajući ga u konverzivne simptome, i prema mišljenju autora ovog poglavlja to je ispravnije označeni izraz na hrvatskom jeziku. Betlheim koristi sljedeće riječi da bi opisao taj fenomen: produciranje ili prikazivanje. Nadalje, u sličnom tonu, fantomski dolazi od grčke riječi i označava prikazivanje, nešto što se iznosi na svjetlo (Klaić, 1986). Autor ovog poglavlja nije sklon hrvatskom terminu „umišljeni poremećaj“, mada je on godinama uvriježen u Hrvatskoj, s obzirom da taj naziv ne odražava bit ovog poremećaja, a i s obzirom da ovaj naziv u Hrvatskoj može imati površno i pogrešno značenje. U ovom će se tekstu rabiti naziv artificijelni poremećaj, slično priznatim njemačkim autorima (Brunner i sur. 2012; Plassmann 2002). Engleski naziv za poremećaj je *factitious disorder*, a upućuje na nešto artificijelno i neprirodno. U literaturi i praksi postignut je konsenzus da ovdje nije riječ o **moralno-delinkventnom problemu**, već o **ozbiljnom psihičkom poremećaju**. Također ne radi se o simulaciji, a niti o svjesnim **lažima ili varanju** (vidi poslije u tekstu). Također, sukladno prije navedenom, autor ovog poglavlja smatra da se hrvatski glagol **lagati (ili lažiranje)**, ne bi trebao koristiti u kriterijima za ove poremećaje, jer se radi o sasama drugoj stvari.

MKB-10 (F68.1) označuje ovaj poremećaj kao namjerno stvaranje ili insceniranje (proizvodnja, produciranje) simptoma ili nesposobnosti, bilo tjelesnih

bilo psiholoških, i označuje se kao „umišljeni poremećaj“ (Svjetska zdravstvena organizacija 1999). DSM-5 (F300.19) s pravom ove poremećaje ubraja u grupu poremećaja s tjelesnim (somatskim) simptomima (engl. *somatic symptoms and related disorders*), jer se prezentiraju primarno somatskim simptomima i razlikuje artificijelni poremećaj s vlastitim prikazivanjem (artificijelni poremećaj ili Münchhausenov sindrom) i prema drugima, odnosno preko (putem) drugih, preko zamjenika ili posrednika, obično bliskih osoba (*Münchhausen syndrome by proxy*) (American Psychiatric Association 2013). Kriteriji MKB-10 i DSM-5 navedeni su u **tablici 49.1**.

U **tablici 49.2**, prikazana su četiri srodna entiteta (Plassmann 2002): artificijelni poremećaji (u užem smislu) (engl. *factitious disorders*); otvoreno samoozljeđivanje (opisano je u posebnom poglavlju 29); Münchhausenov sindrom (Ascher 1951), te Münchhausenov sindrom preko posrednika (Münchhausen by proxy syndrome) (Meadow 1977).

Navedeni autori razlikuju artificijelne poremećaje, u kojima više dominira somatska klinička slika, od Münchhausenova sindroma, gdje više dominiraju verbalizacija i interpersonalni problemi. U ovom ćemo se tekstu ovim dvama, potonjim terminima koristiti kao sličnima.

49.1.2. Epidemiologija i prevalencija

Artificijelni poremećaji u adolescenata najmanje su istraživani fenomeni u usporedbi s grupom poremećaja samoozljeđivanja. Nedostaju epidemiološki podatci o učestalosti zbog skrivanja pravih uzroka, što je i dio ovog sindroma. Artificijelni su poremećaji češći u odraslih (mlađih odraslih) i u žena, dok je Münchhausenov sindrom češći u muških osoba u srednjoj životnoj dobi. Pretpostavlja se da oko polovice slučajeva počinje u adolescentnoj dobi. U adolescentnoj je dobi teško odrediti učestalost. Postoji sklonost prema zdravstvenom sustavu, što se u odrasloj dobi očituje tako da osobe s artificijelnim poremećajima često po zanimanju postanu medicinsko osoblje (medicinske sestre, studenti medicine, djeca liječnika, laboratorijski tehničari /međutim, nisu liječnici/ itd.), slično kao i poslije kod Münchhausenova sindroma preko zamjenskog posrednika. Pretpostavlja se da u dermatološkim klinikama postoji učestalost od oko 1 do 2 % (Gieler i sur. 1987), kod nerazjašnjene vrućice i do 9 % (Aduan i sur. 1979), a u psihijatrijskoj konzilijarnoj službi do 0,62 % (Eckhardt 1989).

Tablica 49.1.**Kriteriji MKB-10 i DSM-5 za artificijelne poremećaje.**

Modificirano prema MKB-10 1999; DSM-5 2013.

MKB-10- znanstveni kriteriji	DSM-5
Namjerno stvaranje ili insceniranje (proizvodnja, produciranje) simptoma ili nesposobnosti, bilo tjelesnih bilo psiholoških (artificijelni poremećaj)	Factitious disorder
A. Perzistentni obrazac namjernog stvaranja ili insceniranja (proizvodnja, produciranje) simptoma i/ili samoozljeđivanja radi stvaranja simptoma B. Nema dokaza o vanjskim motivatorima (npr. financijska dobit, izbjegavanje opasnosti, više medicinske njege); ako oni postoje, riječ je o simulaciji (Z76.5) C. Potrebno je isključiti drugi psihički poremećaj kojim bi se mogli objasniti simptomi	A. Insceniranje somatskih i psihičkih simptoma B. Osoba se drugima prikazuje kao bolesna C. Promijenjeno je ponašanje prisutno i u odsutnosti neposredne nagrade D. Isključuje se sumanutni ili psihički poremećaj;
	Specificirati je li riječ o pojedinačnoj epizodi ili ponavljanim epizodama

Tablica 49.2**Grupa artificijelnih poremećaja.**

Modificirano prema Brunner i sur. 2012; Plassmann 2002.

Artificijelni poremećaj u užem smislu	Münchhausenov sindrom	Samoozljeđivanje	Münchhausenov sindrom preko posrednika
- namjerno i tajno nanošenje ozljeda sebi da bi se došlo do uloge bolesnika i imalo kontakt s medicinskim sustavom	- dominantna je verbalizacija o različitim medicinskim simptomima; pojedini ga autori posebno izdvajaju, a pojedini ga ubrajaju zajedno s artificijelnim poremećajem u užemu smislu	- namjerno i otvoreno nanošenje ozljeda sebi - često u sklopu drugih sindroma npr. <i>borderline</i> poremećaja ličnosti	- namjerno i tajno nanošenje ozljeda drugima, obično vlastitom djetetu, da bi dijete bilo bolesno - riječ je o zlostavljanju djeteta

49.1.3. Klinička slika

U ovom su poremećaju dva elementa bitna: 1. teški poremećaj odnosa prema svojem tijelu i 2. teško poremećen odnos prema liječniku ili medicinskom sustavu. Artificijelne poremećaje karakteriziraju tjelesni i psihički simptomi, koji se namjerno produciraju i koji se skrivaju da bi se preuzela uloga pacijenta (Brunner i sur. 2012). Najvažniji je pacijentov cilj da dođe u medicinski tretman, da bude hospitaliziran te da se provedu invazivni medicinski zahvati (operacije ili invazivna dijagnostika). Raspon se kreće od lakših kliničkih slika (bolni sindromi, kožne promjene, tjelesna temperatura) (Peebles i sur. 2005; Ring i sur. 2014), pa sve do umjerenih i teških kliničkih slika, kada može doći do vitalne ugroženosti pacijenata (anemije, namjerno uštrcavanje

infektivnog materijala u dijelove tijela, što može voditi do amputacija udova itd.) (Brunner i sur. 2012; Plassmann 2002). Nalazi se relativna indiferentnost prema težini simptomatologije. U artificijelnim poremećajima u adolescentnoj dobi najčešći su simptomi dermatološki simptomi, bolni sindromi, povišena tjelesna temperatura i drugi simptomi kao i kod odraslih (Ring i sur. 2014). Simptomi i metode manipulacije mogu se prema organskim sustavima (Brunner i sur. 2012; Eckhardt-Henn 1999) ili prema načinu izvođenja manipulacija (infekcije, krvarenja i anemije; lijekovi; mehanički, opisanje alarmantnih bolnih i drugih simptoma, manipulacija mjerenjem) (Plassmann 2002) podijeliti na:

- artificijelne kožne promjene npr. dermatitis artefacta kod adolescentnih akni (acne excoriee)

(svrbež, trljanje, uporaba štetnih supstancija i supkutano uštrcavanje sredstava najčešći su nalazi) (Boyd i sur. 2014)

- artifičijelne interne bolesti (artifičijelna temperatura, insceniranje povijesti bolesti, anemije, manipulacije medikamentima; hipoglikemije uzrokovane uzimanjem inzulina; hipertireoze uzimanjem hormona štitnjače, kardiološki i pulmološki simptomi, npr. hemoptiza, itd.)
- artifičijelne ginekološke probleme (vaginalna krvarenja, bolovi); ovamo se ubraja i fantomska trudnoća (pseudocyesis)
- artifičijelne kirurške probleme (abdominalni bolovi, manipulacije ranama; samoinjiciranje supstancija da se napravi apsces)
- artifičijelne urološke simptome (uporaba tuđe krvi, kontaminacije urina)
- artifičijelne psihijatrijske simptome (stanja konfuzije, halucinatorna stanja, delirantna stanja, psihotični simptomi, posttraumatski stresni poremećaj /ovdje posebno teška može biti dijagnostika s obzirom na traumatske elemente u anamnezi ako npr. pacijent govori „da je bio silovan u djetinjstvu“, somatoformni simptomi).

Središnje obilježje ovih poremećaja jest zlostavljajuće ponašanje prema vlastitu tijelu, koje se dodatno reinscenira u sadomazohističkom odnosu s liječnikom (Plassmann 2002). Postoji afinitet prema zdravstvenom sustavu. Odnos prema liječniku je karakteriziran time da se gubi sposobnost simbolizacije, nema verbalizacije, sva se briga usmjeruje na tijelo i njegove simptome. Pacijenti regresiraju na arhajske fantazije koje se odnose na tijelo (koje su blizu psihotičnim fenomenima): „umrle zone selfa“, „organične zone“ u tjelesnom selfu, „zone omalovažavanja u tjelesnom selfu“, te „zone rascjepa u tjelesnom selfu“ (Plassmann 2002). Zadnji se koncept odnosi npr. na parne organe (ruke, noge, oči, ovariji, testisi), gdje je onda npr. jedno oko „dobro“, dok je drugo „loše“. Sličan mehanizam mogu imati i parovi ruka – usta, ruka – koža, ruka – rana, ruka – genitalije, usta – prsti, gdje, slično, može biti riječ o rascjepu na „dobro“ ili „loše“, npr. „dobra ruka“ kateterizira „loš mokraćni mjehur“. Tipični mehanizmi obrane jesu dakle projekcije i rascjepi u tjelesno. Izbor organa varira, od vanjskih i unutrašnjih razloga (npr. seksualizirano značenje pojedinih organa), kao i način manipulacije. Mogu dodatno varirati poremećaji ličnosti, kao i karakteristike ličnosti, od narcističko-histeričnog pola (fascimirajući opisi bolesti), pa sve do impulzivno-disocijativ-

nog pola (kada dominiraju impulzivnost i disocijativna stanja). U djetinjstvu se nalaze simbiotski odnosi, nemoćnost postizanja individuacije i autonomije (neuspjela seksualnost s vršnjacima uz incestuozne fantazije), gubitci, boravci u bolnicama, te anamneza tjelesnog nasilja (Plassmann 2002).

Pojedini autori razlikuju artifičijelni poremećaj u užemu smislu, kada je jasna namjera, od paraartifičijelnih poremećaja, kada je postupak više pod dominacijom gubitka kontrole impulsa (Seikowski 2007), premda je ova podjela dvojbeno u pojedinačnim slučajevima. Slično ovomu pojedini autori razlikuju artifičijelni poremećaj u užemu smislu, npr. dermatitis artefakta, od paraartifičijelnog poremećaja, a u to se ubrajaju acne excoriee, kada dominira lagana lezija uz pretjerano grebanje povezana s poremećenom kontrolom impulsa (Ring i sur. 2014).

Jedna podgrupa ovih poremećaja jest **Münchhausenov sindrom** (Ascher 1951), a oboljeli, osim tajnovitih samoozljeđivanja, pokazuju i izrazite poremećaje u interpersonalnoj komunikaciji, kao i socijalno otuđenje, mijenjanje liječnika i bolnica. Oni mogu opisivati fantastične scenarije o simptomima s fabriciranim (proizvedenim, insceniranim) anamnestičkim podacima, koje onda nazivamo **pseudologia fantastica**. Primjerice, mogu liječnicima govoriti kako im je umro supružnik, te da su zbog toga depresivni i suicidalni, međutim, uopće nisu nikada bili oženjeni; mogu govoriti da su bili silovani, no pokaže se da to nije istina itd. Djetinjstvo ovakvih pacijenata obično je vrlo kaotično, nema konstantnog odnosa prema primarnim objektima, postoje bolesti roditelja, višestruke hospitalizacije, odrastanje u domovima za djecu, incestni odnosi i u tome ovaj autor vidi razliku u odnosu prema „običnim artifičijelnim“ poremećajima (Plassmann 2002). Karakterističan je nedostizni ego-ideal kao i odnos prema liječnicima (može se naći da su zapravo u realnosti oni bili djeca liječnika).

U **Münchhausenovom sindromu preko posrednika** (*factitious disorders by proxy*) (Meadow 1977), koji se odnosi na artifičijelni poremećaj koji se prenosi na druge, odnosno manifestira se preko (putem) drugih, najčešće je riječ o majkama koje to prenose na djecu. Taj će sindrom iscrpnije biti opisan poslije u tekstu.

49.1.4. Dijagnostika i diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

U **dijagnostici** su potrebne iscrpna anamneza i heteroanamneza. Ako se kod pacijenta slučajno nađu

Tablica 49.3.

Diferencijalna dijagnoza artificijelnih poremećaja i srodnih stanja

Naziv	Središnje obilježje	Primjer	Posebnosti terapije
artificijelni poremećaj i Münchhausenov sindrom (F68.1 u MKB-10)	- potreba da se sam bude u ulozi bolesnika - patološki odnos prema svojem tijelu, kao i prema medicinskom osoblju	- patološka lažljivost – pacijent je uvjeren u ono što govori radi dobivanja uloge bolesnika - tjelesni simptomi da se dođe u ulogu bolesnika npr. dermatitis artefacta	- primarna je psihoterapija, slično liječenju <i>borderline</i> poremećaja ili samoozljeđujućeg ponašanja
Münchhausenov sindrom preko posrednika (MSP) (F68.1 u MKB-10 i 300.19 u DSM-5)	- najčešće majka ima potrebu da dijete bude u ulozi pacijenta, - riječ je o zlostavljanju djeteta, dijete dobiva dg. žrtve (T74.8 u MKB-10)	- majka dobiva dijagnozu MSP (F68.1 u MKB-10 i 300.19 u DSM-5); najčešća su različita krvarenja i izazvana epilepsija u djeteta	- primarna je zaštita djeteta - dodatno je liječenje potrebno usmjeriti na majku i eventualno drugu djecu u obitelji
samoozljeđivanje (v. posebno poglavlje 29)	- svjesno samoozljeđivanje zbog psihičkih razloga; obično u sklopu <i>borderline</i> poremećaja	- pacijent navodi da se samoozljeđuje žiletom radi toga da osjeti tjelesni bol, u zamjenu za svoju psihičku bol	- modifikacije psihoterapijskog liječenja
simulacija (Z76.5 u MKB-10)	- svjesno dobivanje određene dobiti	- navode se nepostojeći simptomi (svjesno laganje) ili - svjesni tjelesni simptomi produciraju se da bi se dobila neka jasna korist, npr. izostajanje iz škole	- poseban pristup, slično kao kod poremećaja ponašanja
disocijativni i somatoformni poremećaj	- nesvjesna dinamika, nesvjesno stvaranje simptoma - nema svjesnog insceniranja (simptoma ili promijenjenog insceniranja)	- tjelesni simptomi, npr. somatoformni bolni sindrom zaista se doživljava bolno ili postoje konverzivni simptomi, npr. dijete ima smetnje hoda	- primarno je psihoterapijsko liječenje
psihosomatski poremećaj	- riječ je o jasno definiranoj tjelesnoj bolesti, ali je etiologija integrativna (i somatska i psihička)	- pojedine autoimunosne bolesti: Crohnova bolest, ulcerozni kolitis, bronhalna astma; neurodermitis	- suportivno, integrirano somatsko i psihoterapijsko liječenje
somatska bolest	- riječ je o postojećoj somatskoj bolesti	- npr. dijabetes; artificijelni poremećaj može biti dodatna dijagnoza s obzirom na manipulaciju inzulinom	- primarno je somatsko liječenje; dodatno je moguće integrativno liječenje (v. kod kroničnih bolesti)
disimulacija	- prikrivanje pravih psihičkih simptoma	- pacijent s mučnim paranoidnim simptomima to skriva od okoline	- intenzivno liječenje primarnih simptoma

neki predmeti (šprice, toksične supstancije itd.), možemo posumnjati na ovaj poremećaj. Ovdje posebno teška može biti dijagnostika s obzirom na traumatske elemente u anamnezi, a čak se i ova „fantastična priča“ može protumačiti kao potreba da ima neku osobu uz sebe (Mayo i Haggerty 1984). U [tablici 49.3.](#) prikazana je **diferencijalna dijagnoza** artificijelnih poremećaja.

Kako je prikazano u tablici, artificijelne poremećaje je potrebno razlikovati od Münchhausenovog sindroma preko posrednika, simulacije, samoozljeđivanja, disocijativnih i somatoformnih poremećaja, psihosomatskih poremećaja i disimulacije, što nas upućuje na različite terapijske pristupe. Posebno se artificijelni poremećaj treba razlikovati od namjerne simulacije zbog jasnog cilja (ili interesa) (engl. *malinering*) (Z76.5

u MKB-10), gdje postoji vanjska dobit npr. financijska dobit, izbjegavanje odlaska u školu, izbjegavanje kaznenoga progona itd. (Peebles i sur. 2005). Također ih treba razlikovati od disocijativnih i somatoformnih poremećaja, pri čemu se poremećaji ne izazivaju namjerno, nego nesvjesno.

Komorbiditetno mogu biti prisutni poremećaji ličnosti (narcistički, *borderline*), a s ovim poremećajem često su povezani i poremećaji kontrole impulsa, depresivni poremećaji, suicidalni impulsi kao i drugi otvoreno samoozljeđujući postupci, pa je katkada ta granica nejasna (Eckhard- Henn 1999). Čini se da je gotovo pravilo da postoje komorbiditetni poremećaji.

49.1.5. Etiopatogeneza, psihodinamski aspekti

Etiopatogeneza je multifaktorijska, slična samoozljeđivanju ili *borderline* poremećaju ličnosti (v. posebna poglavlja 29 i 66), dok su neki aspekti psihodinamike već prije navedeni kod kliničke slike. Često postoje stresni i traumatski čimbenici u anamnezi (zanemarijevanje, zlostavljanje, gubitci, manjak roditeljske brige), slično kao i u anamnezi otvorenoga samoozljeđujućeg ponašanja. Psihodinamski se konstelacija između pacijenta i liječnika povezuje sa sličnim odnosom koji je ova osoba imala u svojem djetinjstvu. Ovdje je liječnik autoritet i osoba koja se brine za pacijenta (tzv. narcistička romantika), ali istodobno i „sadist i mučitelj“ (Plassmann 2002). Za razliku od otvorenog samoozljeđujućeg ponašanja, ovdje liječnici „zadaju bol“ pacijentu. Psihološki cilj artifičnih postupaka jest prораda konflikata preko somatskog poremećaja, označuje apel drugima za pomoć, simbolizira nesposobnost rješavanja konflikta, insceniranje nesvjesnih fantazija, stvaranje cjelovitog osjećaja, završavanje osjećaja praznine i disocijacije, kao i potiskivanje afekata (Eckhard- Henn 1999; Plassmann 2002; Seikowski 2007).

49.1.6. Kliničke vinjete

Vinjeta 1. Adolescentica u dobi od 16 godina na adolescentnom odjelu navodi kako ima „ozbiljne kožne promjene“ u obliku vidljivog crvenila podlaktica, a čini to u smislu nesvjesnog obraćanja pozornosti na svoje tijelo. Otvoreno pokazuje medicinskom osoblju kada joj se ove kožne promjene pojavljuju, a one i nastaju i nestaju unutar nekoliko sati. U spomenute je adolescentice vidljivo obraćanje medicinskom osoblju (nesvjesni odnos prema osoblju u smislu zaštite i ovisnosti, kojim se ponavlja odnos prema primarnim

objektima), ali i usmjerenost na vlastito tijelo (preko kojeg govori i daje poruke). S druge strane, nema sjećanja na to da je ona svojim trljanjem (češanjem) uzrokovala ove promjene, a to je zapazilo medicinsko osoblje. Za to postoji disocijativna amnezija. Ovi simptomi primarno govore o uskom (simbiotskom) odnosu prema medicinskom osoblju (primarnim objektima), usmjerenosti na vlastito tijelo i ulogu bolesnika, ali naziru se i pacijentove nesvjesne potrebe da ona bude u ulozi bolesnika. Naime, anamnestički se saznaje da s majkom postoji intenzivan simbiotski odnos, a majka i sama ima multiple somatizacije (investicija u tjelesni jezik), odnosno intenzivan problem s vlastitim primarnim objektima, kao i nesvjesnu želju da dijete ima somatsku bolest. U anamnezi ove adolescentice postoji niz stresnih i traumatskih elemenata.

Vinjeta 2. Pacijent u dobi od 16 godina primljen je na odjel zbog samoozljeđivanja i lošeg samopoštovanja. Tijekom boravka u bolnici saznaje se da je imao niz nerazjašnjenih fraktura prstiju i bio u više navrata zbog toga operiran. Te frakture prstiju imale su karakter usmjerenosti na tijelo, na bolnost učinjenih zahvata (mazohistički karakter oštećenja), kao i jedan poseban odnos prema medicinskom osoblju u smislu „narcističke kontrole i sadističke ugone“ jer oni „ne znaju zapravo što mi je“, „toliko puta su me operirali, a zapravo krivo su me operirali“. Nadležni kirurzi nisu imali saznanja o psihičkoj dimenziji frakture prsta, odnosno da si je sam pacijent izazvao te frakture. Granica između svjesnog samoozljeđivanja, pokušaja suicida i izazivanja somatskih simptoma u ovom slučaju nije bila dovoljno jasna. Isti konfliktni ambivalentni odnos ponavlja se u odnosu prema terapeutu. U anamnezi spomenutog dječaka nalazi se niz stresnih i traumatskih elemenata.

Vinjeta 3. Pacijentica u dobi od 14 godina došla je psihijatru zbog intenzivnih interpersonalnih smetnji primarno unutar obitelji. Ima niz psihičkih i somatskih problema, a riječ je o komorbiditetu različitih smetnji. Ima psihičke smetnje u obliku depresije, emocionalnih smetnji, lošeg samopoštovanja, neprorađenih obiteljskih trauma, kao i somatske smetnje u obliku smetnji gutanja. Duljim liječenjem dolazi se do „tajne“ da ima naviku u posebnim afektivnim stanjima frustracije osloniti se na vlastitu nogu i vrtjeti se tako do izazivanja bolnosti (usmjerenost na vlastito tijelo). U jednom je trenutku na taj način uzrokovala frakturu vlastite noge i morala biti kirurški zbrinuta. Jedno vrijeme nakon kirurškog zbrinjavanja morala je provesti na

rehabilitaciji. Nadležni kirurg i fizikalni rehabilitatori nisu bili upoznati sa psihičkom dimenzijom ovog poremećaja, odnosno da si je ona sama izazvala frakturu. U ovom su slučaju prisutni intenzivna emocionalna dinamika, usmjerenost na vlastito tijelo i bolnost, ali i određeni „ucjenjivački“ odnos prema medicinskom osoblju (tako i prema roditeljima) u smislu „ne znam koliko razumijete moju situaciju“ i „što se zapravo događa sa mnom“. Konačno, prekida odnos s terapeutom u smislu „ne mogu ovdje više izdržati s vama“ pod geslom: „bolje da ja vas napustim, nego da vi mene odbacite“ u pozadini kojeg je ambivalentni konflikt ponovnog približavanja prema objektima (v. poglavlje 4 o razvoju).

49.1.7. Terapija i tijek

Nije dokraja jasno rade li pacijenti tjelesne promjene potpuno namjerno ili su u situacijama kada to rade u posebnim afektivnim stanjima. S jedne strane, moglo bi se reći da oni to rade svjesno, a, s druge, retrogradno oni snažno potiskuju ovu svjesnu namjeru, tako da se ne mogu sjetiti što su napravili. Nedostaje im kontrola impulsa, te ne mogu potpuno kontrolirati svoje ponašanje. Svi se autori slažu da nikako nije preporučljiva izravna konfrontacija s njihovim postupcima (Brunner i sur. 2012; Eckhard- Henn 1999; Plassmann 2002; Seikowski 2007), nego to treba biti na neagresivan i razumijevajući način. Izravna konfrontacija vodi do odbijanja daljnjeg liječenja (u polovice pacijenata), pa sve do suicidalnog ponašanja. Više je potrebno shvatiti pacijentov problem kao apel za pomoć. Ovakvi su pacijenti vrlo zahtjevni za liječnika, kao i za cijeli medicinski tim. Neke od njih postupno uvodimo prema psihoterapijskom procesu i razumijevanju. Liječenje može biti slično liječenju *borderline* poremećaja ličnosti ili pacijenata sa samoozljeđivanjem (v. posebna poglavlja 29, 65, 66). Vidjeti posebno tablice iz drugih poglavlja 65 i 66 (tabl. 65.2.; tabl. 66.2.). Važno je staviti granicu u odnosu prema manipulaciji tijelom, potrebno je težiti simbolizirajućem egu, ego-reflektirajućem egu i konstantnosti objekta. Važan fokus u terapiji može biti problematika blizina – udaljenost, odnosno individuacija (Plassmann 2002).

Što se tiče **tijeka bolesti**, lakši slučajevi imaju dobru prognozu i dolaze u komorbiditetu s konverzivnim poremećajem, depresivnim poremećajem, kao i uz anksiozne poremećaje (Eckhard- Henn 1999). Umjereni i teži slučajevi imaju lošu prognozu, koji mogu

imati ozbiljne tjelesne posljedice, uključujući i letalne ishode. Ovi su oblici obično povezani s poremećajima ličnosti (histrionski, narcistički ili *borderline* tip).

49.2. Münchhausenov sindrom preko posrednika

49.2.1. Uvod i definicije

U tom se sindromu aktivno producira (inscenira, fabricira, proizvodi) bolest ili simptomi preko (putem) druge osobe, ili kućnog ljubimca (Volkmar i Martin 2011). Sinonimi u literaturi jesu: *Münchhausen syndrome by proxy* ili *factitious disorders by proxy* (Meadow 1977). Najčešće je riječ o majkama koje svjesno uzrokuju simptome preko svoje djece. Dakle, u ovom slučaju majka dobiva dijagnozu Münchhausenovog sindroma preko posrednika, dok dijete dobiva dijagnozu žrtve zlostavljanja. Pretpostavlja se da artificialni poremećaj djevojke, buduće majke, prethodi razvoju ovog sindroma (Kucuker i sur. 2010). Taj sindrom zapravo jest zlostavljanje djeteta (v. poglavlje 30 o zlostavljanju djeteta) i zahtijeva nužnu bolju koordinaciju između različitih profesionalaca: liječnika opće medicine, pedijataru, dječjih psihijataru, odraslih psihijataru, službi socijalnog rada i drugih stručnjaka koji sudjeluju u medicinskoj skrbi i službi mentalnoga zdravlja (Bass i Glaser 2014).

49.2.2. Epidemiologija

Riječ je o rijetkom sindromu, koji je i teško dijagnosticirati, tako da je teško dati i procjenu učestalosti. U literaturi se nalaze podatci da su djeca žrtve najčešće u dobi od osam mjeseci do 11. godine (Brunner i sur. 2012).

49.2.3. Klinička slika

Sindrom može biti vitalno ugrožavajuće stanje za dijete. Gušenje i otrovanja najčešći su uzrok smrti (Volkmar i Martin 2011)! Smrtnost djece kreće se od 6 do 15 % (Bass i Glaser 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Ne postoji tipična klinička slika u djeteta. Simptomi mogu biti šaroliki (Volkmar i Martin 2011). Sindrom može varirati u svojoj težini, slično kao i kod drugih artificialnih poremećaja. Simptomi se mogu pojaviti u obliku apneje, cijanoze, letargije, poremećaja jedenja, konfuznih stanja, gubitaka svijesti, epileptičkih napadaja, hormonalnih poremećaja,

hematurije, bakteriurije, nalaza krvi u stolici, dijareje, povraćanja, dehidracije, kožnih promjena, povišene temperature, stridora, poremećaja ponašanja, ataksije, polidipsije, poliurije, generalne sklonosti krvarenju, poremećaja ritma srca, ORL simptoma, inzistiranja na nošenju slušnog pomagala unatoč urednom sluhu itd. (Ashraf i Thevasagayam 2014; Palmer i Yoshimura 1984). Najčešći su krvarenja do 44 %, epileptički napadaji do 42 %, smetnje SŽS-a do 19 %, apneje do 15 %, proljevi do 11 %, te povraćanja i temperatura do 10 % (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010) i prikazani su u [tablici 49.4](#).

Tablica 49.4.

Najčešći tjelesni simptomi u djeteta uzrokovani Münchhausenovim sindromom preko posrednika

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

- krvarenja do 44 %
- epileptički napadaji do 42 %
- smetnje SŽS-a do 19 %
- apneje do 15 %
- proljevi do 11 %
- povraćanja i temperatura do 10 %

Za trovanja se mogu rabiti različiti lijekovi. Smatra se da mogu biti pogođena i braća/sestre, te je stoga potreban poseban pristup. Neobjašnjiva smrt braće/sestara također može upućivati na ovaj sindrom (Volkmar i Martin 2011).

U anamnezi ovakvih majki, slično drugim artificialnim poremećajima, u djetinjstvu su prisutni tjelesno zlostavljanje, gubitak objekata, psihičke i tjelesne bolesti roditelja, multiple hospitalizacije, poremećaj privrženosti, te aktualna prisutnost psihičkih smetnji (somatoformni poremećaj i poremećaji ličnosti majke do 75 %), samoozljeđivanje kod majke, sam artificialni poremećaj u majke, te *pseudologia fantastica* (patološka lažljivost) koja je mogla biti prisutna već kada su ove majke bile adolescentice, fantomske trudnoće (pseudocyesis) itd. (Bass i Glaser 2014; Bass i Jones 2011). Ove majke mogu biti medicinskih zanimanja (medicinske sestre, njegovatelji, studenti medicine; ali ne i liječnici!) (Begić 2014; Plassmann 2002). Izvana gledano, ovakve su majke vrlo brižne i simbiotski vezane za svoju djecu, a nerijetko su samohrane majke. Očevi su često odsutni ili pasivni (Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

49.2.4. Dijagnostika i diferencijalna dijagnostika

U [tablici 49.5](#). navedeni su neki znakovi koji upućuju na sumnju na Münchhausenov sindrom preko posrednika.

Tablica 49.5.

Sumnja na Münchhausenov sindrom preko posrednika

Modificirano prema Bas i Glaser 2014; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011.

- posebnost interakcije između majke i djeteta
- djetetova anamneza, psihološki status, simptomi su u diskrepanciji s dobivenim nalazima
- anamneza majke (teško djetinjstvo, gubitci, traumatska zbivanja, zlostavljanja) i simptomi u majke (artificijelni poremećaj, somatoformni poremećaj, poremećaji ličnosti, samoozljeđivanje)
- simptomi su prisutni samo u majčinoj prisutnosti – povremeno je korisno zabraniti posjet majci djetetu da bi se vidjela odsutnost simptoma
- strpljenje i mirnoća kojom majka prima vijesti o mogućim ozbiljnim dijagnozama i budućim invazivnim zahvatima
- loš odgovor na propisanu terapiju u djeteta
- novi simptomi stalno se pojavljuju u djeteta
- biološki nevjerovatna anamneza simptoma u djeteta
- unatoč donesenom mišljenju o djetetu, multiplih hospitalizacija, nastavlja se i dalje s medicinskim pretragama
- dijete često izostaje iz škole, rabi invalidska kolica ako i nije potrebno
- zabrinutost rođaka i drugih profesionalaca
- dijete može imati istodobno neku tjelesnu ili psihičku bolest

Načelno, vjerojatno je riječ o nedovoljno dijagnostičiranom, pa tako i o nedovoljno liječenom sindromu. Sumnju na taj sindrom pobuđuje majka koja govori o svojem djetetu, moguća psihopatologija majke, samo djetetovo ponašanje i njegova verbalizacija, interakcija između majke i djeteta, kao i cijele obitelji. Ako majka ima somatoformni poremećaj, odnosno usmjerenost na vlastito tijelo, treba razmišljati o mogućem utjecaju na djecu (Bass i Glaser 2014; Bass i

Jones 2011). Pojedini radovi daju uputu o mogućoj dijagnostici majke i djeteta pri sumnji na Münchhausenov sindrom preko posrednika (Bass i Jones 2011). Sumnju pobuđuje djetetova anamneza, psihički status, simptomi su u diskrepanciji s dobivenim nalazima, simptomi su prisutni samo u prisutnosti majke, loš odgovor na propisanu terapiju, novi simptomi stalno se pojavljuju, biološki nevjerojatna anamneza simptoma, nastavlja se s medicinskim pretragama unatoč donesenom mišljenju o djetetu, dijete izostaje često iz škole, rabi invalidska kolica čak i ako to nije potrebno, zabrinutost rođaka i drugih profesionalaca, dijete može imati istodobno neku tjelesnu ili psihičku bolest (Bass i Glaser 2014). Majka je obično dobro informirana o medicinskim bolestima, obično je vrlo kooperativna s liječnicima, „idealna slika“ majke koja se brine za svoje dijete u bolnici. Zamjetljivi su strpljenje i mirnoća kojom majka prima vijesti o mogućim ozbiljnim dijagnozama i budućim invazivnim zahvatima (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Važna nam je majčina anamneza (teško djetinjstvo, gubitci, traumatska zbijanja, zlostavljanja), podatak da ona sama ima medicinskih problema, anamneza cijele obitelji, uključujući i djetetova oca. Također je važna detaljna anamneza, saznati je li dijete već bilo liječeno u drugom bolničama, ili anamneza o ozljedama (Lempp 2014). Potrebno je katkada pojedinačno ispitati dijete, bez majke.

Diferencijalnodijagnostički, dolaze u obzir sve druge somatske bolesti. Kod majke treba isključiti sumanuti poremećaj shizofrenog spektra. Načelno, kod majke se nalazi neka psihijatrijska bolest u manjem postotku ili se zapravo teško dolazi do dijagnoze npr. somatoformni poremećaj i poremećaj ličnosti majke (od 15 do 75 %), te je potrebna suptilna, diferencirana i kombinirana dijagnostika majke i djeteta. Djetetu je svakako potrebna psihijatrijska i somatska pedijatrijska evaluacija (Bass i Jones 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Pokatkad pri sumnji treba dijete odvojiti od majke, te zabraniti posjete djetetu, da bi se moglo autonomno opservirati djetetovo ponašanje. Tada obično nastupa „naglo izlječenje djeteta“ (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011). Može biti korisno mjerenje laboratorijskih nalaza nakon nekoliko separacija od majke. Treba voditi detaljnu medicinsku dokumentaciju radi eventualnih forenzičkih pitanja (Remschmidt 2011). Sličan je pristup pri sumnji na zlostavljanje (v. poglavlje 30 o zlostavljanju djeteta).

49.2.5. Etiopatogeneza, psihodinamika

Prvo, postoje podatci o zlostavljanju ili odbijanju u anamnezi same majke. Dio je psihodinamike objašnjen u prethodnom tekstu kod artifičnih poremećaja, a ta se objašnjenja mogu primijeniti i pri ovom sindromu. Psihodinamski se može reći da za majke djeca označuju vlastitu reprezentaciju negativnog dijela sebe. Djetetove tjelesne i psihološke potrebe „loše“ se doživljavaju (kao i u vlastitom djetinjstvu), te se odgovara na nasilan način (Plassmann 2002). Drukčije rečeno, nije došlo do integracije dobrih i loših objekata, nije postignut osjećaj pripadnosti, te se preko djeteta dolazi do pažnje za sebe. Drugo, postoji patološka povezanost između majke i djeteta u smislu simbiotskog odnosa, često zbog određenih komplikacija pri porođaju ili u dojenačkoj dobi. Treće, postoji neprikladna reakcija medicinskog sustava u pristupu majci i djetetu (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

49.2.6. Terapija

Ispravna je dijagnoza temelj terapije. Ako se potvrdi dijagnoza, terapijski je potreban stalan nadzor nad roditeljstvom s obzirom na mogući djetetov letalni ishod. Svakako je potrebno majku, dijete, oca, kao i cijelu obitelj (braće/sestre) uključiti u psihoterapiju, gdje će nam najvažnije biti stvaranje terapijskog odnosa. Ovisno o majčinu psihičkom statusu, odvađen će se potreba majčina liječenja, respektirat će se njezine potrebe za objektima te će se nastaviti terapija u skladu s prevladavajućom kliničkom slikom. Ako je majci dijagnosticiran Münchhausenov sindrom preko posrednika, a ona bude trudna, potreban je nadzor nad trudnoćom zbog mogućnosti zlostavljanja prema nerođenu djetetu, a moguća je i fantomska trudnoća (Bass i Glaser 2014). U težim je slučajevima potrebno odvajanje djeteta od majke (Begić 2014), a poslije malokad dolazi do ponovnog spajanja majke i djeteta (Bass i Glaser 2014). Liječenje majke vrlo je teško. Općenito, riječ je o lošoj prognozi u majke. Oko 50 % djece smješta se u drugu obitelj. Terapijski principi u djeteta su općenito slični principima liječenja zlostavljanog djeteta (v. posebno poglavlje 30 o zlostavljanju djeteta).

49.3. Upute za roditelje i nastavnike

- ✓ Pri artifičnom poremećaju riječ je o psihičkom poremećaju, kada dijete ima potrebu da

bude u ulozi bolesnika sa svojim različitim somatskim i psihičkim simptomima, uz potrebu da se prezentira medicinskom osoblju.

- ✓ Kod Münchhausenova sindroma preko posrednika (MSP) npr. majka proizvodi somatske simptome u svojega djeteta, ona dobiva dijagnozu MSP-a, a zapravo je riječ o zlostavljanju djeteta, pa stoga problemu treba pristupiti slično kao u zlostavljanoga djeteta.
- ✓ Najvažnija metoda liječenja artifičijalnog poremećaja, kao i Münchhausenova sindroma preko posrednika jest psihoterapija.
- ✓ Artifičijelni poremećaji i Münchhausenov sindrom preko posrednika razlikuju se od svjesne simulacije, odnosno svjesnog laganja.
- ✓ Kod artifičijalnog poremećaja treba izbjegavati izravne konfrontacije. Tijekom daljnjega psihoterapijskog postupka dolazi se postupno do uvida u ponašanje.
- ✓ Slično kao kod artifičijalnog poremećaja, kod Münchhausenova sindroma preko zamjenske osobe treba izbjegavati brze konfrontacije s činjenicama.
- ✓ Kod Münchhausenova sindroma preko posrednika treba primarno zastupati interes djeteta ili druge djece u obitelji.

49.4. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Koje su najvažnije diferencijalne dijagnoze artifičijalnog poremećaja?

ODGOVOR: Središnje obilježje artifičijalnog poremećaja, uključujući i Münchhausenov sindrom, jest da se želi dobiti uloga bolesnika, dakle postoji abnormalni odnos prema svojem tijelu, kao i prema medicinskom osoblju. Artifičijelni se poremećaj razlikuje od simulacije, jer pri simulaciji postoji svjesna namjera produkcije simptoma radi dobivanja određene nagrade; nadalje, razlikuje se od somatoformnih i disocijativnih poremećaja jer kod ovih, potonjih zaista postoje tipični somatski simptomi, a koji su vođeni nesvjesnom potrebom (kompromisom). Pri psihosomatskim poremećajima postoji jasno definirana somatska bolest, a obično je riječ o pojedinim autoimunskim bolestima. Razlikuje se od disimulacije, kada postoji potreba prikriva-

nja pravih psihičkih simptoma (npr. paranoidnih sumanutosti). Kod sindroma samoozljeđivanja postoji jasna i otvorena namjera samoozljeđivanja. Pri postojećoj somatskoj bolesti riječ je radi o definiranoj bolesti npr. o šećernoj bolesti. Međutim, može biti riječ o dodatnom artifičijelnom poremećaju ako je posrijedi varljiva manipulacija inzulinom.

■ PITANJE: U čemu su sličnost i različitost artifičijalnog poremećaja s obzirom na samoozljeđivanje?

ODGOVOR: Postoje sličnosti zato što postoji nanošenje ozljeda samomu sebi, odnosno svojem tijelu i katkada granice nisu sasvim jasne. Kod artifičijalnog poremećaja poremećaj, u pravilu, imitira neki somatski poremećaj (npr. kožne promjene, temperatura), međutim, pri samoozljeđivanju nalazi se, u pravilu, potreba za samoozljeđivanjem i najčešće je to zarezivanjem na tijelu. Takva su samoozljeđivanja, u pravilu, otvorena, ali također mogu biti skrivena npr. od roditelja. Međutim kod artifičijelnih poremećaja postoji veća potreba da se ima neki odnos prema liječniku ili medicinskom sustavu da bi se zadobila uloga bolesnika.

■ PITANJE: Zašto DSM-5 artifičijelne poremećaje ubraja u grupu poremećaja s tjelesnim (somatskim) simptomima (engl. *somatic symptoms and related disorders*)?

ODGOVOR: Zato što se prezentiraju primarno somatskim simptomima i zbog toga što se želi istaknuti diferencijalna dijagnoza u odnosu prema drugim poremećajima koji imaju somatske simptome (npr. disocijativni i somatoformni poremećaj, psihosomatski poremećaji, jasne somatske bolesti itd.). Ovo također ima važne implikacije za liječnike opće prakse te za liječnike drugih specijalnosti (pedijatri, neuropedijatri, dermatolozi itd.).

■ PITANJE: Je li uobičajeno da postoji komorbiditet artifičijalnog poremećaja s drugim poremećajima?

ODGOVOR: Da. Gotovo je pravilo da postoji komorbiditet, odnosno vrlo kompleksna klinička slika. Najčešće su dodatno prisutni poremećaji ličnosti: *borderline* poremećaj ličnosti, depresivne epizode, traumatski elementi te prolazne razvojne adolescentne krize. Princip liječenja u ovakvim kompliciranim slučajevima sličan je liječenju strukturnih poremećaja, odnosno poremećaja ličnosti uz modifikacije terapijskih postupaka. Liječenje je primarno dugotrajno psihoterapijsko uz druge metode liječenja.

■ **PITANJE:** Kako postupiti u slučaju kada adolescentica govori da je bila silovana, a poslije se utvrdi da je riječ o Münchhausenovu sindromu?

ODGOVOR: Dužnost je liječnika i psihijatra ovakav slučaj prijaviti policiji pa će ona odraditi svoj dio utvrđivanja je li ili nije bilo silovanja, odnosno seksualnog zlostavljanja. Primarno treba vjerovati pacijentu. Nakon što policija odradi svoj dio posla, adolescentica je i dalje u terapijskom praćenju kod terapeuta, po mogućnosti je bolje da ne bude terapeut koji je slučaj prijavio policiji. Ako se jasno potvrdi da nije bilo silovanja, treba procijeniti zašto je adolescentica proizvela ovakve podatke, odnosno treba i ovaj čin shvatiti kao apel za pomoć, da se skrene pažnja na nju. Treba, dalje, procijeniti strukturu ličnosti, je li riječ o narcističko-histeričnom polu ili o impulzivno-disocijativnom polu ličnosti. Postoje li drugi somatski simptomi? Je li bila riječ o jednostavnoj svjesnoj laži da bi se dobila neka posebna korist? Potrebno je i dalje psihoterapijski raditi s ovom pacijenticom, slijedeći smjernice liječenja Münchhausenova sindroma.

■ **PITANJE:** Kako postaviti sumnju na Münchhausenov sindrom preko posrednika?

ODGOVOR: Sumnju pobuđuju simbiotski odnos roditelja i djeteta, nepovoljna anamneza roditelja, djetetova anamneza, psihološki status, simptomi su u diskrepanciji s dobivenim nalazima, očituju se samo u majčinoj prisutnosti, loš je odgovor na propisanu terapiju, novi se simptomi stalno pojavljuju, biološki je nevjerojatna anamneza simptoma, unatoč donesenom mišljenju o djetetu, nastavlja se i dalje s medicinskim pretragama, dijete često izostaje iz škole, upotrebljava invalidska kolica kad to nije potrebno, postoji zabrinutost rođaka i drugih profesionalaca, dijete može imati istodobno neku tjelesnu ili psihičku bolest, postoje neobjašnjene smrti braće/sestara u obitelji.

■ **PITANJE:** Koji su principi liječenja Münchhausenova sindroma preko posrednika?

ODGOVOR: Primarno je potrebna zaštita djeteta jer može biti riječ o letalnim metodama s obzirom na to da je riječ o zlostavljanju djeteta. Djetetova terapija slijediti će principe liječenja zlostavljanoga djeteta. S majkom koja ima Münchhausenov sindrom preko posrednika treba dugotrajno psihoterapijski raditi zbog nje same, ali i zbog mogućnosti utjecaja na drugu djecu ili tek buduću djecu.

49.5. Pitanja

- 1 Koji su MKB-10 i DSM-5 kriteriji za artificijelne poremećaje?
- 2 Koja je najvažnija diferencijalna dijagnoza artificijelnih poremećaja?
- 3 Koji su najčešći somatski simptomi kod artificijelnih poremećaja?
- 4 Koja je psihodinamika kod artificijelnih poremećaja?
- 5 Koji su najčešću somatski simptomi kod Münchhausenova sindroma preko posrednika?
- 6 Koji podatci iz anamneze mogu upućivati na Münchhausenov sindrom preko posrednika?
- 7 Koja je terapija artificijelnih poremećaja?
- 8 Koje mjere i terapije primjenjujemo kod Münchhausenova sindroma preko posrednika?

49.6. LITERATURA

1. *Aduan RP, Fauci AS, Dale DC i sur.* Factitious fever and self-induced infection. *Ann Intern Med* 1979; 90:230-42.
2. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Asher R.* Münchhausen's syndrome. *Lancet* 1951;1: 339-41.
4. *Ashraf N, Thevasagayam MS.* Münchhausen syndrome by proxy presenting as hearing loss. *J Laryngol Otol* 2014; 128(6):540-2.
5. *Bass C, Glaser D.* Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet* 2014; 383(9926):1412-21.
6. *Bass C, Jones D.* Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: Case series. *Br J Psychiatry* 2011;199(2):113-8.
7. *Begić D.* Psihopatologija. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
8. *Betlheim S.* Neuroze. U: Lopašić R, Betlheim S, Dogan S, ur. Psihijatrija. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga; 1959, str. 105-38.
9. *Bock K, Overkamp F.* Vorgetaeuschte Krankheit. *Klin Wschr* 1986; 64:149-64.
10. *Boyd AS, Ritchie C, Likhari S.* Münchhausen syndrome and Münchhausen syndrome by proxy in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2014;71(2):376-81.
11. *Brunner R, Plener PL, Resch F.* Posttraumatische Belastungs- stoerung, Anpassungsstoerungen und Selbstbe-

- schaedigungs- erkrankungen. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. izd. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2012, str. 597-619.
12. *Eckhardt A*. Das Münchhausen-Syndrom- Formen der selbstmanipulierten Krankheit. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1989.
 13. *Eckhardt- Henn A*. Artificielle Störungen und Münchhausen- Syndrom. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999; 49:75-89.
 14. *Gieler U, Effendy I, Strangier U*. Kutane Artefakte- Behandlungsmöglichkeiten und Ihre Grenzen. *Z Hautkr* 1987; 62:882-90.
 15. *Klaić B*. Rječnik stranih riječi. Zagreb: Nakladni zavod MH; 1986.
 16. *Kucuker H, Demir T, Resmiye O*. Pediatric condition falsification (Münchhausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Münchhausen syndrome). *Pediatr Diabetes* 2010;11(8):572-8.
 17. *Lempp T*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
 18. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
 19. *Mayo JP, Haggerty JJ*. Long- term psychotherapy of Münchhausen Syndrome. *Am J Psychother* 1984; 4:571-9.
 20. *Meadow R*. Münchhausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2: 343-45.
 21. *Palmer AJ, Yoshimura J*. Münchhausen syndrome by proxy. *J Am Acad Child Psychiatr* 1984; 23:503-50.
 22. *Peebles R, Sabella C, Franco K i sur*. Factitious disorder and malingering in adolescent girls: Case series and literature review. *Clin Pediatr (Phila)* 2005;44(3):237-43.
 23. *Plassmann R*. Münchhausensyndrome und artifizielle Erkrankungen. U: Ahrens S, Schneider W. *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*. Drugo, aktualizirano i prošireno izdanje. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 315-329.
 24. *Remschmidt H*. Koerperliche Misshandlung und Vernachlaessigung. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 337-42.
 25. *Ring HC, Miller IM, Benfeldt E i sur*. Artefactual skin lesions in children and adolescents: Review of the literature and two cases of factitious purpura. *Int J Dermatol* 2015; 54(1):e27-32.
 26. *Samuels MP, Southall DP*. Münchhausen syndrome by proxy. *Br J Hosp Med* 1992;47:759-62.
 27. *Seikowski K*. Erkrankungen der Atemwege und Hautaffektionen. U: Hopf H, Windaus E. *Psychoanalytische und tiefen- psychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie*. 3. izd. München: CIP-Medien; 2009, str. 403-412.
 28. *Steinhausen HC*. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
 29. *Svjetska zdravstvena organizacija*. *MKB-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*. Deseta revizija (ur. Hrvatskog izdanja V. Folnegović-Šmalc). Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
 30. *Volkmar FR, Martin A*. *Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Uvodni psihološki aspekti kroničnih tjelesnih bolesti u djece

Ivan Begovac

SADRŽAJ

50.1. Uvod i razvojne posebnosti koncepta tijela i bolesti	669
50.2. Epidemiologija	670
50.3. Klinička slika, dijagnostika	670
50.4. Etiopatogeneza razvoja psihičkih smetnji	672
50.4.1. Uvodni aspekti, model psihosocijalne prilagodbe na tjelesnu bolest	672
50.4.2. Priroda bolesti	672
50.4.3. Razvojni čimbenici	672
50.4.4. Situacijski čimbenici	672
50.4.5. Individualni i interpersonalni čimbenici	672
50.4.6. Roditelji i obitelj	672
50.4.7. Socijalni čimbenici	673
50.4.8. Psihodinamski aspekti	673
50.4.9. Moderirajući i protektivni čimbenici	673
50.5. Psihosocijalne intervencije	674
50.6. Upute za roditelje/nastavnike	675
50.7. Često postavljena pitanja	675
50.8. Pitanja	677
50.9. Literatura	677

50.1. Uvod i razvojne posebnosti koncepta tijela i bolesti

Istraživanje poremećaja u djece i adolescenata nezaobilazno je vezano za rast i razvoj djeteta. Tako se npr. već kod predodžbe o vlastitu roditeljstvu i potencijalnom djetetu, koje nastaje prvo kao fantazirano, „kao dijete u glavi”, miješaju kulturni, povijesni, obiteljski i individualni (psihički i somatski) čimbenici (Begovac 2002; Bürgin 1993; Soule 1989).

Doživljajni aspekti djeteta i adolescenta s obzirom na kroničnu bolest jesu različiti. Osnovna reakcija na tjelesnu bolest jesu strahovi, koji su ovisni o razvoju ega (Beck Dvoržak 1984). Dakle, ovisi o tome u kojoj se razvojnoj fazi nalazi dijete. Tjelesna bolest dovodi do osjećaja vlastite bespomoćnosti i ovisnosti o drugima, kao i doživljaj da je pojedinac drukčiji od drugih. Dijete se mora prijevremeno suočavati s osnovnim fenomenima ljudske egzistencije, kao što su bolest, smrt, patnja (Bürgin 1993). Najčešće reakcije na strahove jesu regresija ili vraćanje u prijašnje stanje (Beck Dvoržak 1984) i zaokupljenost vlastitim tijelom (Vidović, 1999).

Djetetova razvojna konceptualizacija tijela reflektirana je u djetetovu ponašanju, verbalizacijama i crtežima (Lewis 1996). Dijete shvaća koncept bolesti slično kako nastaje koncept vlastita tijela i to je prikazano u [tablici 50.1.](#)

Kako je prikazano u tablici, **dojenče** shvaća tijelo i bolest kao vanjski objekt koji je ili gratificirajući ili frustrirajući, zbog svoje psihčke nediferenciranosti. Nadalje, ako se dogodi neka bolest u najranijoj dobi, ona će kompromitirati razvoj osnovnog povjerenja, koje označuje da se dijete osjeća sigurno u sebe i u okolni svijet. Drugi autori u tom smislu slično govore o djetetovim arhaičnim strahovima od dezintegracije (Judd 1995). **Dijete od druge polovice 1. godine do treće godine** vrlo je osjetljivo na odvajanja i tada se razvija objektne konstantnost, kao i privrženost (Beck Dvoržak 1984; Bowlby 1969/1984; Emde i Robinson 1979; Robertson 1958; Spitz 1945; Spitz 1954/1973). Posljedično tomu, ako se tjelesna bolest dogodi u spomenutom razdoblju, ona može kompromitirati razvoj objektne konstantnosti, i dovesti do poteškoća privrženosti, što uzrokuje različita mentalna stanja. **Dijete od 3. do 5. godine** vrlo je osjetljivo na svaki doživljaj koji ugrožava cjelovitost tijela (pojedini autori ovo u dječaka nazivaju kastracijskim kompleksom, dok u djevojčica također može biti izražen „strah od ozljede”).

Tablica 50.1.

Razvojni koncepti tijela i bolesti.

Modificirano prema Beck-Dvoržak 1984; Bowlby 1969/1984; Emde i Robertson 1979; Judd 1995; Lewis 1996; Robertson 1958; Rudan 1999; Spitz 1945; Spitz 1954/1973; Vidović 1999.

Dojenče	- tijelo (i bolest) kao vanjski objekt (gratificirajući/frustrirajući) - manjak osnovnog povjerenja - arhaičan strah od dezintegracije
Dijete od druge polovice 1. godine do 3. godine.	- razvoj objektne konstantnosti - osjetljivost na odvajanja, privrženost
Dijete od 3. do 5. godine	- osjetljivost na svaki doživljaj koji ugrožava cjelovitost tijela - magično mišljenje - konkretizam - razumiju tijelo kao vreću ispunjenu tekućinom, koja može iscuriti - „zarazna“ teorija – da bolest nastaje zbog „crvića“ - bolest kao kazna zbog vlastitih osjećaja krivnje
Školsko dijete (latencija) od 6. do 10. godine	- polako sabire znanja o bolesti; - važna uloga tijela - bolja procjena prošlosti, sadašnjosti i budućnosti - tzv. disciplinirani pacijenti
Adolescent	- usmjeren na promjene vlastita tijela (zadovoljstvo/nezadovoljstvo) - bolest kao narcistička povreda - intenzivan osjećaji nemoći (pasivnosti) vezano za bolest - biti različit – biti manje vrijedan - osjećaji srama i drugi osjećaji - reakcije: nepobjedivost, besmrtnost, bijes i agresija

Primjerice dijete je radoznalo o svojem tijelu, imenuje dijelove tijela i zabrinuto je za ožiljke i za ono što ga boli. Dijete je vrlo maštovito, a dominira magično mišljenje. Pod **magičnim mišljenjem** razumijevamo način primitivnog mišljenja u (religioznim) poveznicama koje uključuju rituale i određene (čarobne) riječi i djela. Magično je mišljenje suprotno od znanstvenologičkog mišljenja. Fantazija ovdje uvijek ima dominaciju prije nekog objektivnog eksperimentiranja. Dijete se pri magičnom mišljenju koristi jasno različitim ritualima da bi iskoristilo postojeće snage. Nadalje, dijete rabi konkretizam na način da razumije tijelo kao vreću ispunjenu tekućinom, koja može iscuriti ako se

ubode oštrim predmetom. U tom vremenu dominira također „zarazna“ teorija, zapravo da bolest nastaje zbog „crvića“, koji „luta“ tijelom. Nadalje, u tom se razdoblju bolest može shvatiti kao „zaslužena kazna“ zbog vlastitih osjećaja krivnje, koji mogu prevladavati u ovom periodu.

Školsko dijete ili dijete u latenciji u dobi od 6. do 10. godine, zbog progresije kognicije, polako sabire sve veća znanja o bolesti. U ovoj je fazi također važna uloga tijela, djeca su ponosna na svoja tjelesna postignuća, uživaju u motoričkim aktivnostima, npr. djevojčice vole prakticirati ritmiku, dječaci se počinju baviti nekim sportom, oba spola započinju npr. svirati na nekom instrumentu. Zbog intelektualnog napretka djeca u toj dobi bolje procjenjuju prošlost, sadašnjost i budućnost. Prema van ovakva djeca mogu biti „disciplinirani“ pacijenti, međutim, iznutra mogu biti različito emocionalno uključeni (Vidović 1999).

Adolescent je sve više usmjeren na promjene vlastita tijela na kontinuumu zadovoljstvo/ nezadovoljstvo (Rudan 1999). Adolescent može shvatiti bolest kao narcističku povredu, mogu prevladavati intenzivni osjećaji nemoći (pasivnosti) u vezi s bolešću. Biti različit za adolescenta može značiti biti manje vrijedan, a mogu dominirati i osjećaji srama i drugi osjećaji. Kao reakcije na prije opisane osjećaje mogu prevladavati osjećaji nepobjedivosti, besmrtnosti, bijesa i agresije. Kada dijete dosegne kognitivni stupanj formalnih operacija po Piagetu, nakon 12. godine, proporcije tijela mnogo su realističnije, a također se povećava znanje o zadaćama fizioloških funkcija, međutim iznenađujuće je da se čak i u adolescenata može dogoditi da potpuno ignoriraju određene dijelove tijela, odnosno funkcije (Piaget 1957). Putem regresije tijekom čitavoga razvojnog razdoblja mogu se reaktivirati raniji koncepti (De Leo 1977).

Anna Freud (1980), kao jedna od prvih dječjih psihoanalitičarki, postulirala je niz razvojnih linija u životu djeteta. Jedna od njih odnosila se na razvoj koncepta tijela. U početnim se razdobljima dijete nalazi u stanju neodgovornosti (prepuštenost majci) za tijelo, a s vremenom dolazi do vlastite odgovornosti za vlastito tijelo. Nadalje, slično ovome, postulirala je da dijete na početku fizički odvodi svoje napetosti (putem motorike), dok se s vremenom stječe sposobnost psihičkog odvoda napetosti. Ona naglašava važnost izražaja putem tijela, kao osnovni oblik oslobađanja napetosti.

50.2. Epidemiologija

Kronične bolesti nisu rijetke u djetinjstvu. Najčešće kronične bolesti u djetinjstvu jesu: bronhalna astma (do 4,9 %), atopični dermatitis (do 4,1 %), tjelesna oštećenja (do 3,2 %), gubitak sluha (do 0,9 %), epilepsije (do 0,9 %) te drugi poremećaji (Steinhausen 2010). U drugim su poglavljima opisane bronhalna astma, atopični dermatitis, kao i epilepsije, te će u ovom poglavlju biti riječi više o općenitim postavkama, kao i o ostalim i drugim kroničnim bolestima.

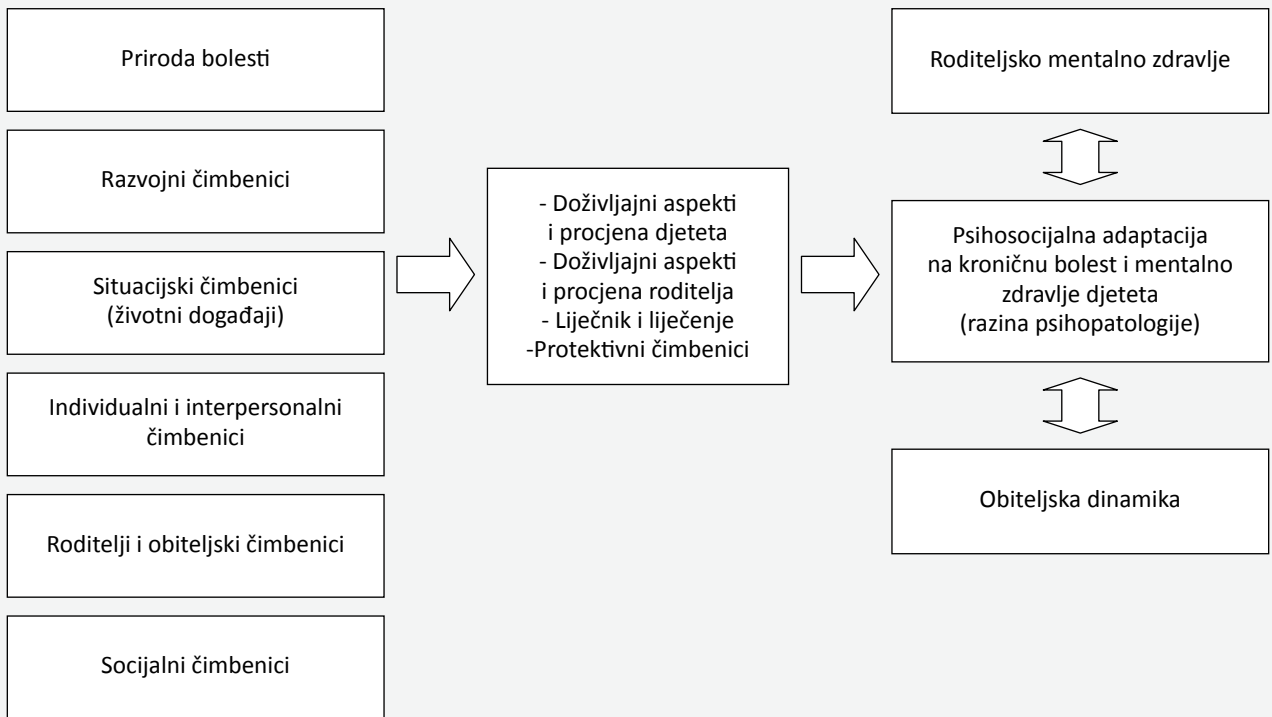
50.3. Klinička slika, dijagnostika

U poglavlju o pojedinim kroničnim tjelesnim bolestima opisana je detaljnije klinička slika uz pojedine poremećaje, dok će se ovdje navesti osnovni principi. Primjeri kroničnih bolesti u literaturi na različite su načine opisivani sa psihološke strane: dijete s ortopedskim problemima; cerebralna paraliza (Begovac 2002; Harbauer i Lempp 1994); *diabetes mellitus* (Beck Dvoržak 1984; Begovac 2002; Rudan 1999); cistična fibroza (Harbauer i Lempp 1994); bubrežne bolesti; srčane bolesti; hemofilija; djeca sa senzoričkim smetnjama; djeca s epilepsijom (Beck Dvoržak 1984); maligne bolesti (Harbauer & Lempp 1994). U pristupu kroničnim tjelesnim bolestima mogu nam pomoći saznanja iz opće psihosomatike, koja se definira kao medicina međusobnih veza u najširem smislu riječi i koja teži traženju značenja (Adler i sur. 1996; Begovac i Votava Raić 2004; Bürgin 1993; Bürgin i Rost 1996; Fava i Sonino 2010; Shaw i DeMaso 2010). Općenito se može reći da kronična bolest umanjuje samostalnost, čini dijete pretjerano ovisno o roditeljima, pojačava strah i nesigurnost te dovodi do većeg rizika od depresivnosti i apatije (Beck Dvoržak 1984). U literaturi je poznato da su psihičke smetnje kod kroničnih tjelesnih bolesti do četiri puta povećane (Steinhausen 2010). Još je veća frekvencija ako je riječ o kroničnim bolestima mozga. Dječji psihijatar kod utvrđenih bolesti mozga (npr. infekcija HIV-om), kao i kod općih medicinskih stanja (npr. genske/metaboličke bolesti) može povremeno očekivati akutnu kliničku sliku (delirij, katatonija, psihotični simptomi) (v. poglavlje 26 o hitnim stanjima, posebno [tablicu 26.4.](#)), te neurokognitivne poremećaje koji više prate kronična stanja (v. posebno poglavlje 53 o neurokognitivnim poremećajima – v. [tabl. 53.1.](#) i [sl. 53.1.](#)). Nadalje, psihičke smetnje mogu varirati od internalizirajućih do eksternalizirajućih. Pokatkad

Slika 50.1.

Model psihosocijalne adaptacije na tjelesnu bolest.

Modificirano prema Beck-Dvoržak 1984; Muscara i sur. 2015; Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011.



jedna tjelesna bolest može uzrokovati i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) zbog svojega traumatskog učinka u djeteta, ali i u roditelja (npr. bronhalna astma, preživjeli od tumora itd.).

Dijagnostika se orijentira na različita pitanja (Steinhausen 2010): 1. Kakva je dosadašnja iskustva s bolestima imalo dijete?; 2. Kakav je utjecaj bolesti i njihovih posljedica na djetetov subjektivni doživljaj, uobičajenu funkcionalnost i kvalitetu života?; 3. Je li tjelesno oštećenje vidljivo prema van te postoje li u vezi s tim reakcije okoline?; 4. Kako se dijete nosi s nemogućnošću kretanja i nemogućnošću aktivnosti?; 5. Ide li dijete u redovitu školu i jesu li socijalne interakcije s vršnjacima održane?; 6. Kako se dijete nosi s medicinskim mjerama, terapijama, hospitalizacijama, bolovima?; 7. Na koji način dijete shvaća značenje pojedinih aspekata bolesti?; 8. Je li riječ o tjelesnom poremećaju koji traje od rođenja ili je nastao poslije, te kako se to reflektira na dijete?; 9. Je li riječ o bolesti koja napreduje (progredijentna) ili je statična te kako se to odražava na dijete?; 10. Je li riječ o laganim, umjerenim ili teškim tjelesnim i psihičkim posljedicama tjelesne bolesti?; 11. Koje su primarne manifestacije bolesti npr. u

području komunikacije, a koje su sekundarne npr. zbog socijalne isključenosti?; 12. Koje su razvojne osobitosti i osobine ličnosti djeteta s obzirom na prilagodbu na bolest? Kakav je doživljaj bolesti i kakva je djetetova procjena bolesti?; 13. Postoje li neke situacijske okolnosti u djetetovu životu djeteta, npr. rođenje brata/ sestre itd.?; 14. Kakva je reakcija roditelja i cijele obitelji u procesu prilagodbe?; 15. Kakva je roditeljska i obiteljska dinamika? Imaju li roditelji psihičkih simptoma? U kojoj se fazi prilagodbe na bolest nalaze djetetovi roditelji? Kakav je njihov doživljaj bolesti te kakva je njihova procjena bolesti?; 16. Kako se trenutno prezentira klinička slika u djeteta (npr. poremećaj prilagodbe, neurokognitivni poremećaj)?; 17. Kakva je reakcija škole, šire socijalne zajednice? 18. Kakav je odnos između djeteta i liječnika? Kakav je odnos između liječnika i roditelja? Pridonose li ti odnosi prilagodbi ili se nalaze odstupanja? 19. Koji su od navedenih čimbenika protektivni i koji djeluju stabilizirajuće na dijete i obitelj?; 20. Kakav je psihosocijalni plan liječenja potrebno napraviti, od kojih će intervencija on biti sastavljen?

50.4. Etiopatogeneza razvoja psihičkih smetnji

50.4.1. Uvodni aspekti, model psihosocijalne prilagodbe na tjelesnu bolest

U etiopatogenezi razvoja psihičkih smetnji djeteta, odnosno **psihosocijalne prilagodbe djeteta na tjelesnu bolest**, mentalnog zdravlja roditelja i obiteljskog funkcioniranja kod kroničnih bolesti sudjeluju različiti čimbenici. Neki su od tih čimbenika prediktivni čimbenici, dok se za neke čimbenike može reći da su moderirajući (označeni srednjim kvadratićem) (v. [sl. 50.1.](#)).

50.4.2. Priroda bolesti

Važna su medicinska stanja za koja se smatra da imaju izravan učinak na funkcioniranje mozga i koji imaju tipičnu kliničku sliku (delirij, katatonija, psiho-tični poremećaji, neurokognitivni poremećaji). Važno nam je znati je li riječ o kroničnoj bolesti s obzirom na akutno stanje, koji je stupanj težine bolesti, je li posrijedi potencijalno smrtna bolest, je li bolest progresivna ili stacionarna, kakav je tijek bolesti, kolika je duljina hospitalizacije itd. (Muscara i sur. 2015). Kronične će bolesti svakako biti veći izazov u našem pristupu. Dijete odjednom dolazi u sasvim novu ulogu bolesnika, izloženo je ovisnosti o drugima, gubi na svojoj funkcionalnosti, može se osjećati ovisno, bespomoćno, uz osjećaje krivnje i srama (Wehmeier i Barth 2011). Dijete je pokatkad izloženo različitim agresivnim dijagnostičkim metodama i liječenju, a često su stanja praćena bolnim sindromima i gubitcima. Sama hospitalizacija za dijete može, osim prisutne somatske bolesti, biti dodatni stresni čimbenik. Dijete se separira iz njemu sigurne okoline, što može pojačavati njegove separacijske strahove. Učinak same separacije istraživali su različiti autori, koji su navodili katkad vrlo teške posljedice takve separacije u smislu djetetove apatije i socijalnog povlačenja (Spitz 1945). Glavna misao vodi-lja jest u ovim slučajevima da, ako je primarno i životno hitno somatsko ili kirurško liječenje, onda nema zapreka za ovakve intervencije. Međutim, u slučaju unaprijed određenih intervencija preporučuje se uvijek dijete na prikladan psihološki način pripremiti za predviđenu intervenciju ili zahvat (Vidović 1999). Višestruke hospitalizacije, nadalje, mogu obeshrabri-vati dijete u njegovoj borbi s tjelesnom bolesti podsje-ćajući ga na njegovu ovisnost i nepovoljan ishod. Stoga je važno osmišljavati različite aktivnosti tijekom djetet-ova boravka u bolnici, kao što je „škola u bolnici“ (v.

posebno poglavlje 72 o školi i dječjoj psihijatriji), kao i igra u bolnici, odnosno različite aktivnosti koje potiču djetetovu kreativnost. Važno je također je li riječ o bolesti koja je vidljiva izvana te na taj način može lakše dovesti do stigmatizacije.

50.4.3. Razvojni čimbenici

U uvodu su opisani razvojni čimbenici, pa se ovdje oni neće dodatno detaljnije elaborirati. Ovisi o tome nalazi li se tjelesna bolest u sasvim ranoj dobi npr. u dojenčeta, jer će tada biti veća šansa za razvojem poremećaja privrženosti ili „temeljnog nepovjerenja“ (Beck-Dvoržak 1984). U malog se djeteta bolest može doživjeti kao zaslužena kazna. U adolescenta su mogući narcistička osjetljivost i intenzivni osjećaji bespomoćnosti ili pak obratno, putem poricanja i preokreta u suprotno, osjećaji bijesa, osjećaji nepobjedivosti i neravnjivosti. Adolescenti su posebno osjetljivi na osjećaje ovisnosti o drugima jer imaju prirodnu potrebu za većom autonomijom, pa zbog tih razloga mogu odbi-jati liječenje i medicinske postupke, što ih može dovo-diti u rizična medicinska stanja (Rudan 1999). Ovi razvojni koncepti o bolesti mogu biti prisutni i cijeli život, jer je moguća regresija.

50.4.4. Situacijski čimbenici

Situacijski čimbenici, stresni događaji, kao i životni događaji mogu dodatno utjecati na sveukupno funkcioniranje djeteta s tjelesnom bolesti. Ovdje posebnu ulogu mogu imati gubitci roditelja te drugi čimbenici.

50.4.5. Individualni i interpersonalni čimbenici

Ti su čimbenici povezani s prije opisanim razvojnim čimbenicima. Ovdje se procjenjuje tip ličnosti djeteta i adolescenta, njegove snage i sposobnosti, snaga ega, *coping* vještine, mehanizme obrane kojima se koristi, njegov kapacitet za interpersonalne odnose i drugi čimbenici.

50.4.6. Roditelji i obitelj

Djetetova bolest djeteta može za roditelje značiti stresnu i traumatsku situaciju (Cousino i Hazen 2013). Poneki roditelji mogu razviti i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), a njegova je prevencija potrebna utjecanjem na različite čimbenike koji su navedeni u [slici 50.1.](#)

Početna reakcija roditelja može biti reakcija šoka i nevjerice (Steinhausen 2010) te se s vremenom proce-

sno razvija postupna prilagodba uz primjenu emocionalne i kognitivne prilagodbe, *coping* vještina, a uključeni su i mehanizmi obrane. Kod roditelja mogu prevladavati osjećaji bespomoćnosti, tjeskobe i žalosti. Značajni su i osjećaji roditeljske krivnje, kao i sram roditelja (Harbauer i Lempp 1994), jer mogu nesvjesno sebe smatrati odgovornima za djetetovu bolest. Kao reakcija na ovo roditelji se mogu različito odnositi prema djetetu, od pretjerano zaštitničkog stava pa sve do odbacivanja djeteta i do poricanja problema (Harbauer i Lempp 1994). Relacija djeteta – roditelj vrlo je važna kao moderirajući čimbenik kod prilagodbe na tjelesnu bolest (Di Gallo i Bürgin 2006). Anksioznost roditelja može pojačavati anksioznost djeteta i djelovati negativno na daljnje liječenje djece s tjelesnim smetnjama (Vidović 1999). U obitelji ne treba zanemariti ni reakcije braće i sestara bolesnog djeteta, koji se mogu osjećati zanemarenima. Konačno, može se reći da je važan obiteljski sustav u cjelini (Bürgin 1993).

50.4.7. Socijalni čimbenici

U široj socijalnoj sredini, kao što je i škola, potrebno je da dijete i obitelj bude što više integrirano. Primjerice, dobra je praksa da cijeli školski razred posjećuje svoje prijatelje u bolnici, da im donose teke i informiraju ih o školskim zadaćama da bi bili u tijeku programa koji se provodi itd. Međutim, nerijetko se događa da su zapravo ovi pojedinci ili cijele obitelji marginalizirane i socijalno otuđene. Nije zanemariv ni financijski čimbenik jer zbog skupe dijagnostike i liječenja cijele obitelji osiromašuju. Dobra je također praksa u posljednje vrijeme različitih pojedinaca, institucija i udruga da se popularizira veća humanizacija odnosa u bolnicama putem različitih akcija i kampanja (npr. boravak roditelja uz dijete u bolnicama) i drugo.

50.4.8. Psihodinamski aspekti

Dijete s tjelesnom bolesti doživljava se kao drukčije, preuzima ulogu posebnosti, prisiljeno je činiti poseban psihički rad, koji inače zdravo dijete ima tijekom čitavoga razvojnog razdoblja. Pod pritiskom bolesti ili oštećenja dijete se treba prijevremeno suočiti s osnovnim fenomenima ljudske egzistencije. Dijete kreira svjesne i nesvjesne fantazije o povezanostima između ograničenja i mogućim posljedicama. Bolest se često doživljava kao događaj koji dolazi izvana, kao određeni agresor. Inače čini se da pojedinac tek u adolescenciji između 14.

do 16 godine može imati predodžbu o tome „što je život“ ili smrt, predodžbu sličnu odraslima u svojoj sociokulturnoj sredini. Bolesno je dijete prisiljeno ovaj proces mnogo brže provesti (Bürgin i Rost, 1996).

Djeca mogu dulje vrijeme pokazivati osjećaje ovisnosti. Daljnja poteškoća može biti fluktuirajući tijek bolesti, koji stalno kompromitira osjećaj samopoštovanja. Na taj je način mnogo teže razviti unutarjni konzistentni doživljaj sebe. Kao svjedoci ovih poteškoća možemo često zapažati sljedeće obrambene mehanizme: poricanja, potiskivanje, agresivno ponašanje, regresiju, reaktivnu formaciju i prekomjerne kompenzacije. Oštećenja mogu biti izvor žestokih emocionalnih reakcija (npr. straha, bijesa, mržnje). Njima se ovakva afektivna stanja mogu činiti kao „nepravda sudbine“. Ovakvi se afekti mogu lako okrenuti prema sebi samome, u formi mržnje. Pomanjkanje povjerenja u sigurnost vlastita tijela otežava stvaranje pouzdanih self-reprezentacija. Lako mogu nastati dezorijentacije, konfuzije, rezignacija i depresija, ali i oporavak i nada. Ova promjena općega stanja utječe na to da razvoj bude podložniji većim varijacijama, odnosno razvoj se može shvatiti fleksibilnije i elastičnije. Posebno mogu biti otežavajući sami simptomi, postupci terapije, sekundarne manifestacije bolesti, koji pridonose nesigurnosti u ishodu. Ovakva djeca/adolescenti jednostavno ne mogu imati istu početnu poziciju s obzirom na skorbu budućnost. Navedene poteškoće ipak ne moraju značiti i hendikep, mogu dovesti i do koncentriranijeg i intenzivnijeg doživljavanja u usporedbi s pojedincima koji se nisu suočavali s ovim pitanjima (Bürgin i Rost 1996).

Sljedeći problemi mogu razviti dileme: kakva je mogućnost zapošljavanja; nalaženje partnera, generativnost, strah od progresije bolesti, osjećaj ovisnosti i smanjeno očekivanje od života. S obzirom na to da bolest nije potpuno izlječiva, dijete/adolescent mora se suočiti s pitanjima smisla svojeg života, mora se orijentirati na ono što je vrijedno, ono što omogućuje optimalnu kvalitetu života, ako tijelo daje samo ograničene mogućnosti za aktivnost, užitak i ugodu (Bürgin i Rost 1996).

50.4.9. Moderirajući i protektivni čimbenici

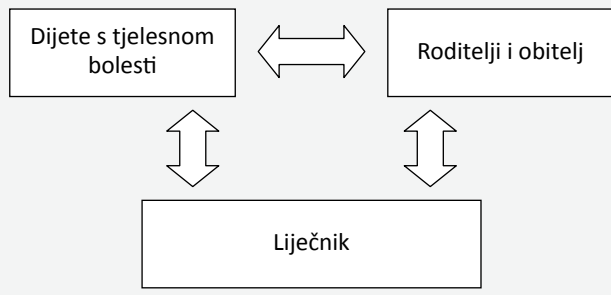
Na **sluci 50.2.** prikazani su odnosi s bolešću djeteta, roditelja i liječnika.

U moderirajuće čimbenike možemo ubrojiti doživljajne aspekte i neposrednu procjenu djeteta u odnosu prema pojedinoj tjelesnoj bolesti, kao i doživljajne

Slika 50.2.

Odnosi s bolešću djeteta, roditelja i liječnika.

Modificirano prema Beck-Dvoržak 1984.



aspekte i procjene roditelja, koji su već prije bili navedeni. Uloga liječnika i cijelog tima s obzirom na dijete jest odnos koji je ovisan o stajalištima koja roditelji imaju prema liječniku. Ako je taj odnos ispunjen povjerenjem, onda će vjerojatno i dijete imati veće povjerenje u liječnika koji se brine za njega. Naime, djeca često gledaju na liječnika kao osobu koja im treba biti pedagoški uzor, ali i osoba od koje trebaju dobiti razumijevanje za svoje probleme. Ponekim je liječnicima teško liječiti djecu, jer, liječeći djecu, sam liječnik dolazi u doticaj s „vlastitim djetetom u sebi“, što neki liječnici odbijaju. U tom su smislu važni ličnost liječnika, njegov kontinuiran rad na sebi i vlastita edukacija (Beck-Dvoržak 1984). U mnogome odnos između liječnika i bolesnog djeteta ima obilježja odnosa roditelj – dijete. Odnos liječnika i roditelja bolesnog djeteta također je izazov pri liječenju djece s tjelesnim bolestima. Ovaj odnos može biti dobar, međutim, može biti i na kušnji. Nisu nerijetke nestrpljivosti roditelja i liječnika. Povremeno roditelj može biti izložen osjećajima ljubomore i rivalstva, jer se pokatkad dijete i adolescent više povjerava liječniku nego njima. Svakako je važna empatija liječnika s roditeljem djeteta. Velika većina prije navedenih čimbenika mogu biti rizični, ali i protektivni čimbenici u psihosocijalnoj prilagodbi na tjelesnu bolest.

50.5. Psihosocijalne intervencije

Osim primarnih somatskih mjera liječenja, važne su i psihosocijalne metode praćenja i liječenja, kao i šire socijalne mjere (Beale 2006; Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011).

Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja primjenjivali bi intervencije s različitim naglascima. Psiho-edukacija je korisna jer daje osnovne informacije o tjelesnim bolestima. Nadalje, procjenjivala bi se potreba provedba plana liječenja koji bi uključivao i medicinski i

psihosocijalni dio, uključujući i suradljivost u liječenju. Podupirala bi se psihosocijalna prilagodba na medicinska stanja vlastitim preuzimanjem uloge u liječenju, uz prevenciju i (re)habilitaciju psihičkih poremećaja i socijalne izolacije. Tehnike smanjivanja tjeskobe mogu se primijeniti preko preventivnih objašnjavanja o potrebnim medicinskim zahvatima. Od psihoterapijskih metoda, prema indikaciji, dolaze u obzir različite metode: individualne psihoterapije (psihodinamske i kognitivno-bihevioralne); grupne terapije u adolescentima; partnerske terapije i obiteljske terapije (Beale 2006; Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011).

Intervencije usmjerene na roditelje i obitelj ciljale bi na prikladniji način pomaganja u stimulaciji, kao i u odgajanju djece, uz emocionalnu brigu, uz prikladnu distribuciju pažnje i kontrole (mogućnost distanciranja roditelja od svoje uloge neposrednog i stalnog skrbnika), pospješnje socijalne integracije obitelji, kao i podupiranje tjelesne pokretljivosti. Ovdje je poseban naglasak na neželjenoj mogućnosti da roditelj s djetetom uđe u simbiotsku ulogu socijalne izolacije. Opće pravilo za stručnjake glasi: „Ako se i ne može nešto akutno napraviti, dajte si vremena, budite strpljivi i slušajte roditelje, to pomaže!“ Korisne su intervencije usmjerene na grupe roditelja, a i šire socijalne mjere, npr. škola u bolnici radi školskog osposobljavanja djece, kao i socijalne mjere smanjenja stigmatizacije.

Navedeni ciljevi intervencija provode se multidisciplinarnom suradnjom različitih stručnjaka. Ovo po sebi uključuje potrebu da na zahtjevnijim somatskim odjelima profesionalno rade psiholozi ili drugi suradni stručnjaci iz psihosocijalnog područja (socijalni pedagozi, socijalni radnici, edukatori rehabilitatori i drugi), a to prema različitim organizacijskim mogućnostima mogu biti i dječji psihijatri (*liaison* psihijatrija).

Načelno, intervencije se mogu primijeniti preko metoda **konzilijarne djelatnosti** dječjeg psihijatra, putem **liaison psihijatrijske djelatnosti**, a mogu se u praksi vjerojatno primijeniti i kombinacije tih modela. U **tablici 50.2.** prikazane su različitosti obaju pristupa.

Odlike **konzilijarnog pregleda** kod dječjeg psihijatra u ovakvim je situacijama bi bile: „Razgovarajte s djecom i adolescentima!“ ili, drukčije formulirano: „Budite prisutni!“ **Liaison psihijatriju u dječjoj dobi** odlikovalo bi to da je dječji psihijatar ravnopravni član tima na pedijatrijskom odjelu. S obzirom na to da općenito postoji nedostatak suradnje različitih struka npr. pedijatrijske i dječje psihijatrijske, već bi bio napredak da dječji psihijatri barem sudjeluju u zajedničkim vizitama (konzultacijama) na pedijatrijskom odjelu te

Tablica 50.2.

Različitoost između konzultacije i liaison psihijatrije u dječjoj dobi

Konzultacije (konzilijarni pregled) s dječjim i adolescentnim psihijatrom	Liaison psihijatrija u dječjoj dobi
<ul style="list-style-type: none"> - Konzultacije na somatskom odjelu ili u ordinaciji dječjeg psihijatra - Potrebno je prije učiniti psihološko testiranje i procjenu psihologa - Obično akutna stanja (npr. pokušaji suicida, heteroagresija itd.) - Rad s pojedinim pacijentom i njegovom obitelji - Preporučuje se da svakako uz dijete bude i roditelj - Zajedničke konferencije dječjeg psihijatra, pedijatra i drugih stručnjaka o slučajevima - Eventualna indikacija za psihijatrijsko i psihoterapijsko liječenje 	<ul style="list-style-type: none"> - Dječji psihijatar je ravnopravni član tima na pedijatrijskom odjelu, zajedničke konferencije o slučajevima - Obično je riječ o kroničnim stanjima (uključuju se tjelesne kronične bolesti, kao i „psihosomatske bolesti u užemu smislu“) - Rad s osobljem i prorada različitih situacija kroz koje prolazi medicinski tim, rad na nepsihijatrijskom odjelu (uklj. Balintove grupe za osoblje)

da se onda, posljedično tomu, provodi psihosocijalno praćenje djece i roditelja (**kombinirani pristup**), a to se već ponegdje uspješno i provodi (npr. na hematološkim odjelima u pojedinim klinikama u Hrvatskoj). U svijetu postoje pozitivna iskustva s tim da su pojedini psihijatri nadležni za određene tjelesne bolesti npr. pojedini psihijatar za pitanja hematološke, drugi za pitanje dermatologije itd. Čini se u praksi da je najteže provesti rad s osobljem (nedostatak vremena, osoblje radi u različitim smjenama, nije lako doći do prikladnog termina itd.).

Prijenosni i protuprijenosni aspekti liječnika i profesionalaca u radu s djecom i obiteljima najčešće se očituju u obliku osjećaja bespomoćnosti, depresije, žalosti i drugih osjećaja i oni traže kontinuirani rad osoblja na sebi te kontinuiranu edukaciju (Beck-Dvoržak 1984; Begovac 2002; Bürgin 1993; Rudan 1999). Glavno obilježje rada osoblja treba biti otvoreni i empatijski pristup.

U posljednje vrijeme sve je veći izazov i transplantacijska medicina, koja bi također uključivala elemente psihosomatike i *liaison* psihijatrije (Gregurek 1999). Na primjer, postoji dobra dosadašnja praksa da djeca koja su predviđena za transplantaciju bubrega u dijagnostičkom protokolu, čekajući da dođu na listu za transplantaciju, moraju prije toga obaviti pregled kod dječjeg psihijatra i psihologa u smislu procjene mentalnog stanja te odnosa prema predstojećoj transplantaciji.

50.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Djeca s kroničnim tjelesnim bolestima mogu činiti skupinu koja češće treba dodatnu kon-

zultaciju sa psiholozima i psihijatrima, a nerijetko i psihoterapijsko liječenje.

- ✓ Koncept tijela i koncept bolesti u djece je razvojno vrlo različit, te treba poznavati ove razvojne posebnosti.
- ✓ Kod kroničnih tjelesnih bolesti neće nas zanimati samo tjelesni aspekti bolesti nego i njezina psihosocijalna obilježja.
- ✓ Djeca, kao i njihovi roditelji, mogu imati osjećaje krivnje i srama zbog bolesti. Potrebno je to prorađivati i umanjivati.
- ✓ Roditeljima treba pružati potporu u njihovu bavljenju djecom s tjelesnim smetnjama. Roditelji se mogu osjećati neshvaćeno, iscrpljeno, umorno, usamljeno i teško.
- ✓ Terapeuti trebaju strpljivo slušati djecu i njihove roditelje. Često nije potrebno nešto aktivno poduzeti, nego strpljivo saslušati djecu. Također treba roditelje slušati u njihovoj brizi, zabrinutostima, dilemama, administrativnim poteškoćama i drugim problemima.

50.7. Često postavljena pitanja

- PITANJE: Mogu li postojati regresije u konceptu tijela i bolesti?

ODGOVOR: Naravno da su koncepti iz ranoga djetinjstva o svojem tijelu i bolesti mogući i tijekom kasnijih faza razvoja, kao i u odrasloj dobi. Primjerice, premda je tipično otprilike za dijete u predškolskoj dobi da shvaća svoje tijelo kao vreću ispunjenu tekući-

nom, moguće je da se to događa i kasnije. Primjerice, jedan je adolescent opisivao kako ima doživljaj da mu, kada se ljuti, uvijek iz glave iziđe nekoliko čavlića. Naime, pretpostavljao je da je glava ispunjena mnogim malim čavličima kao sastavnicama glave. Bojao se konačno da će mu se, ako se bude više ljutio, na kraju svi čavlići rasuti te da će on zbog toga na kraju „poludjeti“. Također, kod adolescenata nisu također rijetke preokupacije tijelom, a one su karakteristične za ranije faze, npr. osjećaj straha od ozljede za svoje tijelo itd.

■ **PITANJE: Navedite mogućnost pojavljivanja različitih osjećaja kod neke tjelesne bolesti?**

ODGOVOR: Dijete razvojno u predškolskoj dobi može često smatrati da je nekim svojim postupcima dovelo do toga da ima tjelesnu bolest te zbog toga može imati intenzivne osjećaje krivnje. Slično se može događati i kod roditelja djece s tjelesnim bolestima. Dodatno mogu biti prisutni i osjećaji srama. Osjećaji srama kompleksni su osjećaji neprihvatanja i neugode povezane uz sebe kao cjeline, koje uključuje i svoje tijelo. Nadalje, mogu biti prisutni osjećaji ovisnosti, osjećaji bespomoćnosti, kao i drugi različiti osjećaji. Terapeut treba biti svjestan mogućnosti postojanja takvih osjećaja.

■ **PITANJE: Što razumijevamo pod magičnim mišljenjem s obzirom na tjelesnu bolest?**

ODGOVOR: Pod magičnim mišljenjem razumijevamo način primitivnog mišljenja u (religioznim) poveznicama koje uključuju rituale i određene (čarobne) riječi i djela. Magično je mišljenje je suprotno od znanstveno-logičkog mišljenja. Fantazija ovdje uvijek ima dominaciju prije nekog objektivnog eksperimenta. Dijete se pri magičnom mišljenju koristi jasno različitim ritualima da bi iskoristilo postojeće snage. Ono bolest može doživljavati kao neku nepoznatu silu, koja se npr. može dobiti ako se nije koristilo nekim riječima ili aktivnostima ili pak ako se ogriješilo o nešto.

■ **PITANJE: Kako se kao terapeut nositi s pokatkad bespomoćnim situacijama kada roditelj izvještava o tjelesnome stanju svojega djeteta?**

ODGOVOR: Terapeut se može osjećati također bespomoćno i iscrpljeno. S druge strane, pokatkad terapeut može osjećati potrebu za nekim aktivnostima, nekim dodatnim somatskim pretragama itd. Treba pokušati naći neku umjerenu mjeru u svojem pristupu. Često će biti dovoljno da se dijete i roditelji samo strpljivo poslušaju. Ovdje su empatija i otvore-

nost od presudne važnosti. Dijete će osjetiti da postoji osoba koja će ga otvoreno slušati. Roditelj će dobiti također osjećaj da ga netko može razumjeti i da netko želi dijeliti njegove brige i dileme.

■ **PITANJE: Kakva je relacija između djeteta s tjelesnom bolesti i njegovih roditelja?**

ODGOVOR: Za neke roditelje tjelesna bolest može značiti traumatsku situaciju, na koju oni mogu odgovarati pretjeranim zaštićivanjem ili pak, u ekstremnom slučaju, i odbacivanjem djeteta. Roditelji mogu osjećati krivnju, sebe kriviti za djetetovo stanje ili imati osjećaje srama. Što je bolja relacija između djeteta i roditelja, to će se i dijete lakše adaptirati na tjelesnu bolest i pokazati suradnju u liječenju. Također treba oslušivati i reakcije druge djece u obitelji jer se pokatkad ona mogu osjećati zanemareno. Važna je dinamika cijeloga obiteljskog sustava.

■ **PITANJE: Kakva je relacija između djeteta s tjelesnom bolesti i liječnika?**

ODGOVOR: Svakako je taj odnos ovisan i o stajalištima roditelja. Ako su roditelji pozitivno otvoreni prema liječnicima, velika je vjerojatnost da će i djetetovo stajalište prema liječnicima biti pozitivno. S druge strane, važna je i ličnost liječnika, koja mu omogućuje da se uživi u osjećaje djeteta (empatija), odnosno da je svjestan „djeteta u sebi“. Često relacija dijete – liječnik ima obilježja odnosa dijete – roditelj.

■ **PITANJE: Kakva je relacija između roditelja djeteta s tjelesnom bolesti i liječnika?**

ODGOVOR: Može postojati pozitivna relacija. Međutim, moguće su i nestrpljive reakcije s obiju strane. Nadalje mogu postojati i rivaliteti, zavisti i ljubomore npr. roditelj nema prijateljski odnos prema liječnicima, ne zna kako to da se dijete povjerava više liječniku nego njemu itd. Također, svakako je vrlo važna empatija liječnika s roditeljskom ulogom.

■ **PITANJE: Kakva je uloga šire socijalne sredine i djeteta s kroničnom bolesti?**

ODGOVOR: Također može biti riječ o važnoj relaciji. Na primjer, ohrabruje se praksa da djeca u bolnici pohađaju školu, da budu u kontaktu sa svojim razredom, da se umanju osjećaj izoliranosti itd. Također je važna povećana osjetljivost (senzibilizacija) cijeloga društva u pomaganju djeci s kroničnim tjelesnim bolestima, ohrabruju se nevladine grupe u tom smislu, umanjuju se separacije od roditelja tijekom hospitalizacije i jača svjesnost o tome u javnosti itd.

50.8. **Pitanja**

- 1 Navedi razvojne posebnosti koncepta tijela i bolesti tijekom djetinjstva i adolescencije.
- 2 Koji čimbenici mogu sudjelovati kod psihosocijalne adaptacije na tjelesnu bolest?
- 3 Koji su psihodinamski aspekti prilagodbe djeteta i adolescenta na tjelesnu kroničnu bolest?
- 4 Kakav je pristup psihološkoj i psihijatrijskoj dijagnostici djece s kroničnim bolestima?
- 5 Koji mogu biti psihosocijalni ciljevi liječenja u djece s tjelesnim bolestima?
- 6 Kakav je terapijski pristup djeci s kroničnim tjelesnim bolestima?
- 7 Kakav je pristup roditeljima djece s kroničnim tjelesnim bolestima?
- 8 Koja je razlika između *liaison* psihijatrije u dječjoj dobi i konzilijarnih psihijatrijskih pregleda?

50.9. **LITERATURA**

1. Adler RH, Herrmann JM, Koehle K. i sur., ur. Psychosomatische Medizin- Thure von Uexkuell. 5. izd. München: Urban & Schwarzenberg; 1996.
2. Beale IL. Scholarly literature review: Efficacy of psychological interventions for pediatric chronic illnesses. J Pediatr Psychol 2006; 31(5):437-51.
3. Beck- Dvoržak M. Bolesno dijete. U: Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck- Dvoržak M, ur. Medicinska psihologija. Zagreb: Jumena; 1984, str. 103-116.
4. Begovac I. Psihijatrijski aspekti djece s posebnim potrebama. U: Votava-Raić A, Malčić I, ur. Pedijatrija danas-Invalidnost u djece- Odabrana poglavlja- 14. posljediplomski tečaj obnove znanja. Zagreb: Klinika za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; 2002, str. 86-90.
5. Begovac I, Votava-Raić A. Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi. Liječ Vjesn 2004; 126: 32-8.
6. Bowlby J. Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. 1969. Frankfurt: Fischer; 1969/1984.
7. Bürgin D. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; 1993.
8. Bürgin D, Rost B. Krankheiten in Kindheit und Jugend. U: Adler RH, Herrmann JM, Koehle K, Schoenecke OW, Uexkuell Th von, Wesiack W, ur. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1996, str. 1131-60.
9. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. J Pediatr Psychol 2013; 38(8):809-28.
10. De Leo JH. Child development analysis. New York: Brunner Mazel; 1977, str. 5.
11. Di Gallo A, Bürgin D. Begleitung schwer kranker und sterbender Kinder. Empfehlungen für die Praxis. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2006; 49(11):1142-8.
12. Emde RN, Robinson J. The first two months. Recent research in developmental psychobiology and the changing view of the newborn. U: Basic handbook of child psychiatry. Vol 1. Noshpitz JD, ur. New York: Basic Books; 1979, str. 72-105.
13. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. Psychoth Psychosom 2000;69(4): 184-197.
14. Freud A. Entwicklungs-Psychopathologie aus psychoanalytischer Sicht. U: Freud A. Die Schriften der Anna Freud-Zehnbandige Ausgabe. München: Kindler Verlag GmbH; 1980.
15. Gregurek R. Suradna (Liaison) psihijatrija. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 371-403.
16. Harbauer H, Lempp R. Chronische Krankheiten und psychische Störungen. U: Eggers C, Lempp R, Nissen G i sur., ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 7. izd. Berlin: Spinger; 1994, str. 161-168.
17. Judd D. Give sorrow words. Working with a dying child. London: Whurr Publishers; 1995.
18. Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
19. Muscara F, Burke K, McCarthy MC i sur. Parent distress reactions following a serious illness or injury in their child: a protocol paper for the take a Breath Cohort Study. BMC Psychiatry 2015; 15:153.
20. Piaget J. Logic and Psychology. New York: Basic Books; 1957.
21. Robertson J. Young children in hospital. New York: Basic Books; 1958.
22. Rudan V. Adolescent bolesnik. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 309-317.
23. Shaw RJ, DeMaso DR, ur. Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2010.
24. Soule M. Das Kind im Kopf. U: Strork J, ur. Neue Wege im Verstaendnis der allerfruehesten Entwicklung des Kindes. Stuttgart: Fromann und Holzboog; 1989, str. 20-81.
25. Spitz RA. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanalytic Study of the Child 1945; 1: 53-74.
26. Spitz RA. Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres. Stuttgart: Klett; 1954/1973.
27. Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
28. Vidović V. Dijete bolesnik. U Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb; Golden marketing; 1999, str. 296-308.
29. Wehmeier PM, Barth N. Psychische Störungen bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen. U: Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 355-364.

Psihosocijalno značenje pojedinih tjelesnih bolesti

Ivan Begovac, Ernest Bilić

SADRŽAJ

51.1. Uvod	680
51.2. Kronično tjelesno (motoričko) oštećenje	680
51.2.1. Uvodni aspekti	680
51.2.2. Psihosocijalno značenje	680
51.2.3. Klinička vinjeta	682
51.2.4. Intervencije	682
51.3. Diabetes mellitus	683
51.3.1. Uvodni aspekti	683
51.3.2. Psihosocijalno značenje	683
51.3.3. Klinička vinjeta	684
51.3.4. Intervencije	684
51.4. Prirodene srčane greške	684
51.4.1. Uvodni aspekti	684
51.4.2. Psihosocijalno značenje	685
51.4.3. Intervencije	685
51.5. Cistična fibroza (CF)	685
51.5.1. Uvodni aspekti	685
51.5.2. Psihosocijalno značenje	686
51.5.3. Intervencije	686
51.6. Hemofilija	686
51.6.1. Uvodni aspekti	686
51.6.2. Psihosocijalno značenje	686
51.6.3. Intervencije	687

51.7. Kronično bubrežno zatajenje	687
51.7.1. Uvodni aspekti	687
51.7.2. Psihosocijalno značenje	687
51.7.3. Primjer	687
51.7.4. Intervencije	687
51.8. Leukemije, ostale maligne bolesti	687
51.8.1. Uvodni aspekti	687
51.8.2. Psihosocijalno značenje	688
51.8.3. Intervencije	688
51.9. Endokrini poremećaji.	689
51.9.1. Uvodni aspekti	689
51.9.2. Psihosocijalno značenje	689
51.9.3. Intervencije	690
51.10. Oštećenje vida	690
51.10.1. Uvodni aspekti	690
51.10.2. Psihosocijalno značenje	690
51.10.3. Intervencije	691
51.11. Oštećenje sluha	692
51.11.1. Uvodni aspekti	692
51.11.2. Psihosocijalno značenje	693
51.11.3. Intervencije	694
51.12. Upute za roditelje/nastavnike	694
51.13. Često postavljena pitanja	694
51.14. Pitanja	696
51.15. Literatura.	696

51.1. Uvod

Potrebno je prethodno pročitati poglavlje o općenitim aspektima kroničnih tjelesnih bolesti, a posebno **model psihosocijalne prilagodbe na tjelesnu bolest** (v. posebno poglavlje 50). Važno je reći da taj model, s jedne strane, može uključivati prirodu bolesti (npr. jasno medicinsko stanje koje ima izravan učinak na mozak; sistemska stanja koja utječu na funkcioniranje mozga; druga medicinska stanja koja se ne mogu povezati s utjecajem na mozak), a koja se onda mogu prezentirati različitim kliničkim slikama: akutna stanja (delirij, katatonija, psihotični simptomi) (v. poglavlje 26 o hitnim stanjima), te kronična stanja (neurokognitivni poremećaji) (v. poglavlje 53 o neurokognitivnim poremećajima). S druge strane, u spomenuti je model uključen niz drugih psihosocijalnih čimbenika (eventualno će nastati poremećaj prilagodbe), koji svi zajedno utječu na prezentaciju kliničke slike u djeteta.

Načelno se može reći da ne postoji tipična „psihološka i psihijatrijska konstelacija ili crte ličnosti“ za pojedinu somatsku bolest, pa tako ni za pojedine „psihosomatske bolesti u užem smislu“, međutim, u literaturi je uobičajeno da se ipak navedu određene psihosocijalne posebnosti pojedinih somatskih bolesti, pa će se tako i ovdje u tekstu učiniti. U [tablici 51.1.](#) prikazane su najčešće tjelesne bolesti koje imaju psihosocijalnu važnost.

U pojedinim stanjima katkada se može pojaviti čak i veća potreba za uvažavanjem pojedinih psihosocijalnih čimbenika ili medijatora, negoli čimbenik same izravne prirode bolesti (npr. važnost obiteljske dinamike i obiteljske prilagodbe nakon prometne nesreće i posljedičnog tjelesnog oštećenja u adolescenta, važnost problema obiteljske dinamike kod cijelih obitelji koje imaju hemofiliju itd.). S obzirom na to da općenito postoji nedostatak suradnje različitih struka, npr. pedijatrijske i dječje psihijatrijske, ovdje postoji mnogo zajedničkih pitanja koja se u skoroj budućnosti mogu poboljšati. U [tablici 51.2.](#) sažeto su prikazane osnove liječenja pojedinih tjelesnih bolesti i, kako se vidi iz tablice, ciljevi intervencija mogu biti različiti.

51.2. Kronično tjelesno (motoričko) oštećenje

51.2.1. Uvodni aspekti

Riječ je o skupini različitih poremećaja s obzirom na moguću stupanj izraženosti, kao i na komorbiditet

(Colver i sur. 2014). Postoji niz stanja koja uzrokuju kronično tjelesno oštećenje, od prirodnih sindroma (spastička paraliza; statička encefalopatija ili cerebralna paraliza), do traumatskih stanja (prometne nesreće), te može biti kombinirano s drugim oštećenjima (oštećenja komunikacije, senzorička oštećenja, epilepsija, intelektualne teškoće) (Colver i sur. 2014; Resch i sur. 2012). Složenost sindroma može biti također zbog mogućih raznih klasifikacija. Riječ je najčešće o cjeloživotnom poremećaju. Kompenzatorne su mogućnosti važne u promatranju tjelesnih oštećenja, a to se posebno odnosi na kvalitetu života i socijalnu uključenost (inkluziju) unatoč oštećenjima (Colver i sur. 2014). Važno je razlikovati jesu li tjelesna oštećenja uzrokovala dodatno funkcionalno ili strukturno oštećenje mozga (eventualni razvoj neurorazvojnih i neurokognitivnih poremećaja). Vrijedi kao opće pravilo da, što je veće dodatno oštećenje mozga, i psihijatrijski su simptomi veći (Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011).

51.2.2. Psihosocijalno značenje

Za dijete ograničenje kretanja znači veliko oštećenje jer dijete inače ima velike radosti u odnosu prema vlastitom tijelu i kretanju (Eggers 1994; Williams i sur. 1996). Posebno to može biti bolno u najranijoj dobi. Kod ograničene mogućnosti djetetova kretanja može, s jedne strane, postojati konflikt između zaštite i čuvanja, a, s druge, otvorenosti i preuzimanja rizika kod eksploracije okoliša. Dakle, može postojati problem iskustva o vlastitu tijelu, kao i odnosa prema vanjskom svijetu, odnosno uspostavljanje vlastitih granica i mogućnosti. Zbog primarne nemogućnosti kretanja može se razviti **temeljna (bazična) pasivnost** koju karakterizira sljedeće: anksiozna inhibiranost, osjećaji srama, manjak interakcije s okolinom, a iz toga manjak kognitivnog razvoja, roditeljska hiperprotektivnost, sporadično odlaganje u školu, umanjena i poremećena socijalna povratna sprega (*feedback*), socijalna povučenoš (Begovac 2002; Eggers 1994; Steinhausen 2010; Williams i sur. 1996; Wehmeier i Barth 2011). Iz ove pasivnosti može proizaći podcjenjivanje vlastitih sposobnosti, odnosno mogu se pojaviti različiti konflikti samopoštovanja, kao i seksualnosti (Wehmeier i Barth 2011).

Djetetovi strahovi i napetosti mogu uzrokovati ispad agresije i afektivne reakcije (Resch i sur. 2012). Uputno je zadovoljiti djetetove potrebe, kao i njegovih roditelja koliko je moguće, odnosno potvrđivati sposobnosti i uspjehe. Također treba uzeti u obzir njihove

Tablica 51.1.

Različite pojedine tjelesne bolesti

	Dominantnost kliničke slike	Tijek kliničke slike	Roditelji i obitelj	Terapija
Kronično tjelesno (motoričko) oštećenje	Ograničenje kretanja, vidljivo oštećenje, konflikti autonomije	Cjeloživotno stanje	Prorada srama, žalosti	Multidisciplinarno somatsko i psihosocijalno liječenje
Diabetes mellitus	Izmjena akutnih stanja i kroničnog uzimanja terapije; narcistička nesigurnost, burni osjećaji	Cjeloživotno stanje; stalno praćenje glikemije, akutni incidenti	Prekomjerna uključenost; „fasada supernormalnosti”	Multidisciplinarno somatsko i psihosocijalno liječenje; psihoeducacija; vlastita uloga u liječenju
Prirodne srčane greške (angiokardiopatije)	Rana dijagnoza; različiti simptomi, uključujući PTSP	Višestruke hospitalizacije, eventualna transplantacija srca	Prorada osjećaja krivnje; poremećaj privrženosti; različiti osjećaji kod roditelja	Multidisciplinarnan, različite psihosocijalne intervencije
Cistična fibroza	Osjećaji ovisnosti, suočavanje s dugotrajnim liječenjem, palijativna skrb; iščekivanje transplantacije	Kronično napredujuća (progredijentna) bolest	Depresija i tjeskoba kod roditelja; prorada osjećaja krivnje; pitanja daljnje prenatalne dijagnostike	Multidisciplinarna terapija; psihoeducacija; vlastita uloga u liječenju; suportivne psihoterapije
Hemofilija	Konflikt između inhibirane aktivnosti i potrebe za pokretima	Cjeloživotno stanje; bolnost; tjelesna motorička oštećenja	Osjećaji krivnje u majki; pretjerano zaštićivanje	Prenatalna dijagnostika; primarno somatsko liječenje, te prema indikaciji i psihosocijalno liječenje; rad s obiteljima
Kronično bubrežno zatajenje	Ograničenost kretanja i tjelesne aktivnosti; ovisnost o medicinskim postupcima	Ovisnost o dijalizi; iščekivanje transplantacije; nakon transplantacije „ponovno rođenje”	Sudjelovanje roditelja u procesima liječenja; dijalize; transplantacije	Primarno je somatsko liječenje; većinom je riječ o psihički zdravoj djeci; prema indikaciji se može primijeniti psihoterapija; timski pristup; usklađenost timova
Leukemije i tumori	Faza šoka, faza stabilizacije, strahovi od recidiva; simptomi PTSP-a; simptomi laganoga neurokognitivnog poremećaja; suočavanje sa smrću; palijativne mjere	U oko 75 % oboljelih postoji petogodišnje preživljavanje	Šok, nevjerica; anksioznost, depresija, PTSP	Somatsko liječenje, psihoeducacija, savjetovanje, suportivna psihoterapija, kao i grupe samopomoći kod roditelja ili braće/sestara
Endokrini poremećaji	Različiti endokrini sindromi; psihološka prilagodba na endokrini poremećaj i hormonalnu terapiju; inhibirano-povučeni i emocionalno-regresivni	Pojedini su ograničeni na pubertet, pojedini na cijeli život	Psihološka prorada dijagnoze i terapije	Somatsko praćenje; hormonalno liječenje; dodatno psihosocijalno liječenje

Tablica 51.2.**Terapijski principi liječenja pojedinih kroničnih bolesti**

Modificirano prema Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011

Somatsko i multidisciplinarno liječenje koje uključuje psihosocijalno liječenje
Savjetovanje (uz prenatalnu dijagnostiku npr. kod hemofilije), psioedukacija
Vlastita uloga u liječenju
Specifične terapije (npr. logopedске terapije pri oštećenju sluha; tjelesne aktivnosti kod bubrežne insuficijencije)
Supportivne psihoterapije
Prema indikaciji se može primijeniti psihodinamska ili kognitivno-bihevioralna psihoterapija
Supportivni rad s roditeljima
Grupe samopomoći kod roditelja ili braće/sestara
Obiteljske terapije
Intervencije u školama (poticanje socijalizacije)
Intervencije u zajednici (smanjenje diskriminacije)
Rad s timom, usklađenost timova (Balintove grupe za osoblje)

predodžbe i realne mogućnosti. Mnoga djeca koja su ograničena u kretanju pokazuju prekomjeren strah, manje od realnih objekata, više od iracionalnog. Čini se da su tjelesno oštećena djeca manje emocionalno stabilna, manje ekstrovertirana, a istodobno se čine osjećajna i nježnija, okupirana su dilemama, neodlučna i reflektirajuća. Također će moguće odbacivanje od vršnjaka pojačavati veću izolaciju. Kada se ovakva djeca/adolescenti vide „drukcijima”, mogu imati poremećaje u interpersonalnoj komunikaciji, očekivati neprijateljstva i odbacivanje od drugih, biti slabe tolerancije na frustraciju. Čini se da proces prilagodbe na tjelesno ograničenje može trajati vrlo dugo. U adolescenciji se emocionalni problemi čine većim u odnosu prema djetinjstvu. Primjerice, mogu biti poremećeni odnosi među vršnjacima, relacija s drugim spolom, težnja neovisnosti može biti umanjena multiplim oštećenjima (samo oko 10 % se oženi u odrasloj dobi) (Williams i sur. 1996).

Središnje značenje ima roditeljska prorada medicinske dijagnoze, kao i dostupnost obiteljskih snaga prema kompetenciji i *copingu*. S obzirom na etiologiju,

važnu ulogu mogu imati osjećaji krivnje i srama. Pri prirodnom tjelesnom oštećenju često je riječ o boljoj prilagodbi nego kod naglog gubitka prije stečenih sposobnosti. Ulogu imaju oštećenja osjetila ili motorike i pokretljivosti (motiliteta), doživljaj kako je „biti drukčiji“, ovisnost o njezi, kao i vidljivost oštećenja, u smislu socijalne isključenosti, te socijalna stigmatiziranost (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Prednosti posebnog školovanja mogu ići na štetu socijalne uključenosti djece. Za psihički razvoj rizični čimbenik može biti vidljivo tjelesno oštećenje ili oštećenje funkcije. Češći su sekundarni psihički problemi kao što su depresivni poremećaji, strahovi, negativna slika o sebi, kao i tjelesna slika o sebi povezana sa socijalnim povlačenjem. Tijekom razvitka otežan je razvoj autonomije s obzirom na cjeloživotnu ovisnost o drugim osobama.

51.2.3. Klinička vinjeta

Djevojka u adolescenciji s vrlo izraženom cerebralnom paralizom upućena je na brigu svojih roditelja, a posebno majke. Roditelji su brižni, zaštićujući. S vremenom sve više dolazi do djevojčine socijalne izolacije. Razlog psihoterapijske eksploracije i kratkotrajne individualne psihoterapije, uz primjenu drugih mjera, jesu izljevi bijesa te neprijateljsko ponašanje prema majci. S majkom se vodi dodatni individualni rad u ojačavanju njezine roditeljske uloge. Nakon kratkog vremena nastupa djelomična stabilizacija njezina psihičkog stanja. Posebno se ovdje čini problematičan prijelaz iz adolescentne dobi u mlađu odraslu dob, u pružanju strukturiranih edukativnih i psihosocijalnih mjera.

51.2.4. Intervencije

Procjena i terapija često su multidisciplinarnе – osim liječnika mogu biti uključeni fizioterapeuti, radni terapeuti, logopedi, kao i psiholozi, socijalni radnici i učitelji i druge srodne struke (Resch i sur. 2012). Osobama koje se susreću s tjelesno bolesnom djecom nedostaju saznanja o formama oštećenja. Vrlo je teško provesti prikladno psihološko testiranje ovakve djece, pokatkad je više riječ o govornom poremećaju artikulacije, odnosno o poremećaju verbalne ekspresije (Eggers 1994; Steinhausen 2010; Williams i sur. 1996). Potrebna je somatska terapija osnovne bolesti, kao i stimulirajuća terapija, koja uvažava psihosocijalne aspekte. Intervencije nisu samo usmjerene na pojedina (deficiti i snage) nego i na obiteljski sustav u cje-

lini. Pri teškim stanjima potrebne su palijativne mjere, uključujući suportivnu psihoterapiju i psihofarmakoterapiju.

51.3. Diabetes mellitus

51.3.1. Uvodni aspekti

Diabetes mellitus tipa 1 (juvenilni dijabetes) kronična je metabolička bolest, koja počinje u djetinjstvu. Etiopatogeneza je multifaktorijska i u njoj sudjeluju genetski i okolišni čimbenici (Resch i sur. 2012). Autoimunosni procesi uzrokuju propadanje gušteračnih beta-stanica te manjak inzulina, a posljedice su hiperglikemija te polidipsija, poliurija, glukozurija i ketonurija. Terapija se sastoji u cjeloživotnoj nadomjesnoj terapiji inzulinom radi regulacije metaboličkih procesa. To od djece iziskuje cjeloživotnu kontrolu glikemije, injekcije inzulina, dijetne mjere, kao i stalno reguliranje tjelesne aktivnosti. Loše reguliran dijabetes može dovesti do akutnih posljedica (hiperglikemija i hipoglikemija, ketoacidoza), kao i do kroničnih ireverzibilnih kasnih posljedica najčešće uzrokovanih oštećenjem malih krvnih žila, što se očituje kao retinopatija, nefropatija, neuropatije ili poremećaj cirkulacije većih krvnih žila. U posljednje se vrijeme sve više navode i neurorazvojne i neurokognitivne posljedice utjecaja dijabetesa (kognitivne funkcije mozga, reducirano procesiranje informacija, te opća vulnerabilnost unutar pristupa modela stres – dijateza) (Schwartz i sur. 2014). Incidencija dijabetesa tipa 1 jest oko 13 na 100 000 u jednoj godini (Eurodiab ace study group 2000). Povećanje broja pretilih djece s malo tjelesne aktivnosti uzrokuje povećanje broja oboljelih od dijabetesa tipa 2 u adolescentnoj dobi.

51.3.2. Psihosocijalno značenje

Dijagnoza dijabetesa često se pojavljuje kao „grom iz vedra neba“, s akutnim simptomima koji se u kratkom vremenu povlače. Slijedi faza kronične prilagodbe na tjelesnu bolest, koja se očituje ovisnošću o inzulinu. Primjena mjerenja šećera, kao i inzulina može, slično kao i u drugim tjelesnim bolestima, biti povezano s narcističkom nesigurnosti i pojavljuju se osjećaji krivnje, bijesa i burni osjećaji žalosti ili depresije, i u djeteta i u roditelja. Oboljela djeca odjednom mogu postati manifestacija manjka, gubitka, gube na kratko ili na dulje vrijeme kvalitete izvora radosti za svoje roditelje. Postoje sram i problemi samopoštovanja, uz poreme-

ćen doživljaj tjelesnog doživljaja sebe, osjećaj stigmatiziranosti, neprihvatanje ovisne uloge, jer je to suprotno adolescentovoj želji za autonomijom, kao i izbjegavajuće ponašanje, koje može voditi i do socijalnog povlačenja (Begovac 2002; Bürgin i Rost 1996; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Ako su djeca imala psihičkih simptoma koji su prethodili dijagnozi, mogu se doživljavati drukčijim i doživljavaju ograničenosti terapije u vođenju vlastita života, što se može odražavati u intenziviranju psihičkih simptoma (Bürgin i Rost 1996). Problemi hranjenja, dijetne mjere mogu postati kristalizacijske točke interpersonalnih (obiteljskih) unutarobiteljskih, oralnih konflikata kontrole. Dnevne injekcije inzulina ili učestale kontrole urina mogu imati kvalitetu nametnutih opsesija. Teške hipoglikemije, odnosno kome mogu imati značenje ekvivalenata smrti, što okolinu čini vrlo zaštićujućom. U adolescenciji mogu nastati problemi samopoštovanja kao i regulacije nagona (uzimanje hrane). Opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje može dovesti do nepridržavanja uzimanja obroka (Wehmeier i Barth 2011). Djetetu/adolescentu nije lako stvoriti prikladnu unutarnju sliku o bolesti. Stoga se razvijaju različiti fantazmi u pacijentu kao i kod roditelja. Pokatkad je vrlo nejasno što je od simptomatologije psihičko, a što somatsko. Uvijek postoji ovisnost o tijelu, koje je djetetu nametnuto kroz bolest. Kao i kod drugih pojedinih bolesti, ne postoji tipična struktura ličnosti, odnosno konfliktna konfiguracija. Dulje posljedice bolesti često se potiskuju zbog straha ili depresije (Bürgin i Rost 1996).

Dijabetes je prototip bolesti u kojem se miješaju aspekti kronične tjelesne bolesti, psihosocijalnog razvoja, kao i obiteljske dinamike, koja se može očitovati kroz fasadu „supernormalnosti“ (Seiffge-Krenke 1998). Djelomično kompenzirani obiteljski sustavi mogu se dekompenzirati kroz pojavu bolesti. Mogu postojati unutarobiteljski interpersonalni sukobi s burnim osjećajima ljubomore, protesta, manipulacija i kontrole (Bürgin i Rost 1996). Patogeni roditeljski stilovi mogu biti izraženi u ekstremima, od prekomjernog zaštićivanja i perfekcionističko-kontrolirajućeg, pa sve do indiferentno-odbijajućeg stila koje ometa djetetu autonomiju i brigu za vlastitu bolest (Steinhausen 2010). Od obiteljskih čimbenika posebno se za regulaciju glikemije čine nepovoljni lošiji socioekonomski status, adolescentna dob, samohrano roditeljstvo, disfunkcionalne interakcije u obitelji, autoritarni stil roditeljstva i obiteljski stres uzrokovan dijabetesom (Tsiouli i sur. 2013).

Loše regulirani dijabetes može upućivati na različite čimbenike: individualne (stav prema zdravlju, prihvaćanje bolesti, depresija, nošenje sa stresom, potpora okoline), obiteljske (zajednička briga u liječenju, obiteljski sukobi u smislu neprijateljstva, rigidnosti, perfekcionizma, kritičizma, okrivljivanja) i socijalne čimbenike (dostupnost službi), kao i nove tehnološke mogućnosti (lakše monitoriranje npr. preko mobitela i interneta) (Naranjo i sur. 2014; Steinhausen 2010). Uzimanje inzulina može biti povezano s „idealom mršavosti“ u djevojaka, izostanak uzimanja inzulina može biti povezano s gubitkom tjelesne mase, što može dovesti do maligne kombinacije dijabetesa i dodatnog poremećaja jedenja (anoreksije, bulimije, prekomjernog prejedanja), posebno u djevojaka (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Dodatni komorbiditetni poremećaji mogu biti neurokognitivni poremećaji, eksteralizirajući poremećaji, anksiozni poremećaji, kao i depresivni poremećaji.

51.3.3. Klinička vinjeta

Adolescent od 16 godina nije nikako mogao prihvatiti da ima diabetes. Kognitivno je bio urednog funkcioniranja, pohađao gimnaziju, socijalno je bio prihvaćen u svojoj okolini, međutim, prihvaćanje ograničenja, pasivnosti od drugih, kao i ovisnost o davanju inzulina značilo mu je veliki unutrašnji, emocionalni problem. Od svojih je vršnjaka skrivao svoju tjelesnu bolest, što ga je povremeno izlagalo velikim rizicima od neuzimanja inzulina. Tijekom duljega psihoterapijskog liječenja u dnevnoj bolnici polako sve više prihvaća svoju bolest i realističnije prihvaća svoja ograničenja. Usporedo se razgovara s majkom u smislu ojačavanja njezine uloge kao roditelja.

51.3.4. Intervencije

Od psiholoških metoda, kao prva mjera primjenjuju se psihoedukacijske mjere (ljetni kampovi djece s dijabetesom), u kojemu se na djetetu razumljiv način govori o aspektima bolesti, o zajedničkoj odgovornosti za liječenje, te se potiče vlastito preuzimanje odgovornosti za liječenje (*self-management*), kao i stvaranje pozitivne emocionalne klime (Naranjo i sur. 2014; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Repetitivno, pojedinačno ili u grupama, davanje informacija umanjuje broj hospitalizacija, poboljšava samopoštovanje kroz poticanje djetetove autonomije. Motivacijsko

intervjuiranje može se također primjenjivati u slične svrhe, slično kao i kod poremećaja hranjenja. Psihodinamski gledano, što više dijete uspije preuzeti vlastitu odgovornost i brigu o sebi u vezi s inzulinskom supstitucijom, dijetnim mjerama i tjelesnim aktivnostima, i koliko to također obitelj potiče, da dijete može živjeti s bolešću, to bolja je cjelokupna prognoza. Kako dijete odrasta, s njim treba raspraviti o načinima kako da se osjeća ugodno i da preuzme odgovornost za vlastito liječenje. Nikako ga ne treba okrivljavati za čimbenike na koje ono ne može djelovati (Graham i Turk 1996). Liječnikovo izbjegavanje teških tema u komunikaciji s djetetom, odnosno s obitelji, podržavaju svemoćne fantazije i liječnik pokušava izbjegavati jake protuprijetnosne osjećaje (Bürgin i Rost 1996). Bihevioralne su terapije usmjerene na prihvaćanje bolesti i preuzimanje vlastite uloge u liječenju (*self-management*) (Naranjo i sur., 2014). Obiteljske su intervencije usmjerene na obitelj kao cjelinu, u kojoj dolazi do važnosti postupanje tijekom hipoglikemijskih kriza (strah od hipoglikemije). Korisna je ambulantna terapija, kao i stacionarna psihijatrijska terapija u smjeru regulacije dijabetesa, uz poštovanje psiho-socijalnih čimbenika. U *liaison* konzilijarnoj službi potrebno je odvagati u pojedinom slučaju koliko su otežavajuće dodatne psihosocijalne okolnosti, ali i funkcioniranje cijeloga medicinskog tima (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). U slučaju razvojnih kašnjenja ili djece s dijabetesom i graničnom inteligencijom, kao i kod neurokognitivnih poremećaja, potrebnije su strukturirane terapije.

51.4. Prirodene srčane greške

51.4.1. Uvodni aspekti

Prirodene srčane greške (PSG) relativno se često pojavljuju, i to u oko 0,8 % novorođenčadi. U međunarodnoj literaturi obično se ovi poremećaji nazivaju angiokardiopatijama (Resch i sur. 2012). Većina PSG-a može se uspješno liječiti uz minimalne posljedice. Međutim, zamjetan broj djece sa složenim PSG-om ostaje nakon provedenog liječenja s brojnim postoperativnim ožiljcima po koži, deformacijama toraksa te nizom kroničnih posljedica, što može dovesti do smanjenog rasta, a može i utjecati na individualni razvoj (kognitivni i razvojni), kao i na obitelj u cjelini (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Uzroci su najčešće nepoznati, odnosno multifaktorijelni (genski čimbe-

nici, virusni uzroci, uporaba lijekova u trudnoći, alkoholna embriopatija). Mnogo (do 80 %) djece podvrgava se višestrukim operativnim zahvatima, dok je do 10 % djece inoperabilno. U pojedinim slučajevima jedinu mogućnost preživljenja daje transplantacija srca.

51.4.2. Psihosocijalno značenje

Dijagnoza se danas donosi vrlo rano, pokatkad već i u prenatalnoj fazi. Ovo je povezano s velikim stresovima u roditelja, kao i dilemama u vezi s odlukom o artificijelnom pobačaju. Faza dijagnoze uključuje mješavinu šoka, nevjerice, straha, bijesa, kao i žalosti (Resch i sur. 2012; Wehmeier i Barth 2011). Pitanje je koliko navedeni čimbenici djeluju na interakciju između majke i djeteta, odnosno na stil privrženosti (Jordan i sur. 2014). U oko četvrtine majki (oko 23 %) nalaze se poteškoće privrženosti, uzrokovane najvjerojatnije nalazom prenatalne dijagnostike kardijalne abnormalnosti, kao i majčinom depresijom (Jordan i sur. 2014).

Stresovi zbog operativnih zahvata važan su čimbenik jer moderna kirurgija zagovara što raniju korekciju. Faza kada dojenče ili malo dijete boravi na intenzivnoj njezi pobuđuje strahove kod roditelja, ali i utječe na rani razvoj djeteta, koji može rezultirati posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP). Ovaj poremećaj prolazi tijekom vremena, ali je moguće da ostanu određeni simptomi kao što su strahovi, fobije, noćne more, depresija ili pak nesigurna privrženost (Resch i sur. 2012). Zbog čestih boravaka u bolnici, kronične hipoksije, multiplih operacija, kao i smanjene sportske aktivnosti postoje oštećenja neurokognitivnih i školskih postignuća, te osjećaja „posebnosti“ koji se negativno očituje na sliku o sebi. Cijele obitelji zbog djetetove bolesti dolaze u krizu. Reakcije roditelja mogu se pojaviti zbog straha i osjećaja krivnje, te se mogu manifestirati u odbacivanju djeteta (Steinhausen 2010). Nisu zanemarivi ni financijski aspekti roditelja (npr. zbog posvećenosti djetetu roditelji ostaju bez posla), kao i sukobi između partnera, rastava i pojava psihosomatskih i depresivnih smetnji u pojedinog roditelja. Ako je riječ o srčanoj greški uzrokovanoj alkoholizmom majke, te zbog posljedice nemogućnosti da se brinu za djecu, pokatkad je korisno izdvojiti djecu od takvih roditelja. Potrebno je također obratiti pozornost i na braću/sestre u istoj obitelji, koji se mogu osjećati zanemareno ili pak pokazivati neke druge simptome.

51.4.3. Intervencije

Korisno je da odjeli pedijatrijske kardiologije kirurške klinike imaju stručnjake iz psihosocijalnog područja, koje se posvećuju cijelim obiteljima, odnosno da pristup bude multidisciplinarni (Hidayatallah i sur. 2014). Djetetu samom i cijeloj obitelji na razumljiv se način pokušava objasniti liječenje, ili operativni zahvat, npr. putem igre (Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011). Korisno je da tijekom dugotrajnijih hospitalizacija roditelji budu smješteni s djetetom (Steinhausen 2010). Jedno od pitanja jest i pitanje prenatalne dijagnostike srčanih grešaka, što dovodi do dilema roditelja u vezi s prekidom trudnoće. Praćenje djeteta sa srčanim greškama uključuje tijek razvoja, mogućnost kronične hipoksije, psihosocijalni i neurokognitivni razvoj, praćenje nužnih operativnih zahvata, kao i intenzivnu njegu. Ovamo se uključuju i mogućnosti srčane transplantacije, te čekanje na listi s velikom neizvjesnošću. Zapažene su nakon transplantacije srca u oko petine djece određeni psihički simptomi: anksioznosti, poremećaj raspoloženja ili poremećaj ponašanja (Steinhausen 2010). Kod intervencija usmjerenih na cijelu obitelj pažnja se poklanja svakom individualnom članu obitelji, ali i sistemu u cjelini u poticanju „otpornosti“ u smislu pozitivnih životnih stajališta i grupa podrške (grupe roditelja) (Hidayatallah i sur. 2014). Grupe roditelja mogu biti korisne u proradi tjeskobe te osjećaja krivnje zbog genskog prijenosa bolesti, bespomoćnosti, žalovanja, strahova od smrti ili vlastitog samopoštovanja (Steinhausen 2010). U djeteta se potiču sportske aktivnosti u umjerenom mjeri, a mogu se primijeniti i individualna i grupna psihoterapija, te uključivanje u školske aktivnosti tijekom boravka u školi. Ciljevi su terapije povećanje kvalitete života, poticanje psihomotornog i kognitivnog razvoja, psihoedukacija o bolesti, uvid u vlastite granice, prihvaćanje bolesti, redukcija ponašajnih i emocionalnih simptoma, te jačanje razvoja ličnosti (Resch i sur. 2012). Potrebno je podupirati i socijalna prava roditelja.

51.5. Cistična fibroza (CF)

51.5.1. Uvodni aspekti

Naziva se još i mukoviscidozom. CF je česta autosomno-recesivna bolest bijelaca, s incidencijom od 1 na 2500 novorođene djece. Etiopatogenetski je riječ o genskom enzimskom defektu, dakle radi se o vrlo

kompleksnoj i multisistemske bolesti (Resch i sur. 2012). Posljedica je da je sekret žlijezda žilav i ljepljiv, što uključuje mnogobrojne organe, kao npr. respiratorni, GI (gušterača) i urogenitalni sustav. Dijagnoza se donosi testiranjem znoja, ako postoje problemi npr. mekonijski ileus ili recidivirajući respiratorni problemi. U terapiji se primjenjuju multimodalne metode, npr. inhalacije, fizioterapije, liječenje antibioticima, antiopstruktivna terapija, visokokalorična prehrana, supstitucija pankreatičnim enzimima, supstitucija kisikom, umjetna ventilacija, kao i transplantacija pluća. Tijek je bolesti varijabilan, a najčešće se očituje respiratornim simptomima: bronhoopstrukcijom, infekcijom, kao i promjenama na plućima, smanjenim rastom, i malapsorpcijskim sindromom (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011).

Život s CF-om iziskuje cjeloživotno liječenje, progresija bolesti može se usporiti, a riječ je o kroničnoj progredijentnoj tjelesnoj bolesti. Svakodnevni stresovi i liječenje, kao i nesigurna prognoza imaju značajne psihosocijalne učinke i zahtijevaju visoku prilagodbu djeteta i obitelji (Resch i sur. 2012).

51.5.2. Psihosocijalno značenje

Razvojna je perspektiva važna u djece s cističnom fibrozom s obzirom na različite razvojne zadatke pojedinih faza (Ernst i sur. 2010). Nadalje, djeca su izložena ovisnosti o drugima, pokušavaju zadobiti kontrolu svoje bolesti, moraju se suočavati sa životnim ograničenjima i vlastitom nemoći, suočiti se s dugotrajnim liječenjem i dugotrajnim boravkom u bolnicama, suočavanje s vremenskim ograničenjima, pokazuju emocionalnu vulnerabilnost te neizvjesnost s obzirom na moguću transplantaciju (Jamieson i sur. 2014). Važno je u školskoj dobi poticati vršnjačke odnose zbog moguće socijalne izolacije uzrokovane bolešću (Ernst i sur. 2010; Jamieson i sur. 2014). Opisuju se u djece internalizirajući sindromi (anksioznosti, depresivnost), kao i poremećaj hranjenja, te odbijanje jedenja. Ipak, većina je djece psihički zdrava (Resch i sur. 2012; Wehmeier i Barth 2011). Roditelji mogu pokazivati depresiju i anksiozne poremećaje, bračne probleme, kao i osjećaje krivnje, jer je riječ o genskoj bolesti (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010).

51.5.3. Intervencije

Slično drugim tjelesnim bolestima liječenje je multidisciplinarno (McCullough i Price 2011). Od psiho-

loških terapija u prvom je planu psihoedukacija da bi se što prije ostvarila samostalna briga za bolest (engl. *self-management*), kao i druge mjere (Resch i sur. 2012). Mogu se poduzimati individualne i obiteljske intervencije, koje su obično suportivnog tipa. Tijekom palijativne faze bolesti ili moguće transplantacije dodatno su korisni psihoterapijski postupci. U roditelja se može provoditi prenatalna dijagnostika u slučaju daljnjih trudnoća, što iziskuje i psihološku pomoć.

51.6. Hemofilija

51.6.1. Uvodni aspekti

Hemofilija je X-vezana recesivna genska bolesti koju prenose žene, a oboljevaju dječaci. Posrijedi je prirodni nedostatak faktora VIII ili IX zgrušavanja krvi, zbog čega je oboljeli sklon krvarenju nakon minimalne ozljede. Oboljeli najčešće krvare u zglobove, što postupno dovodi do oštećenja zglobova, smanjene pokretljivosti i kroničnog bola. Većina oboljelih dječaka ima emocionalnih problema, a bolest utječe i na dinamiku cjelokupne obitelji i smanjenje kvalitete života (DeKoven i sur. 2014; Gringeri i sur. 2013; Lindvall i sur. 2014, Steinhausen 2010; Torres-Ortuno i sur. 2014).

51.6.2. Psihosocijalno značenje

Ako su roditelji poznati nositelji poremećaja, onda se može primjenjivati gensko testiranje, prenatalna dijagnostika, praćenje trudnoće i porođaja sa svim svojim psihosocijalnim posebnostima (Coppola i sur. 2011; Martensson i sur. 2014). Neposredno nakon otkrića bolesti u djeteta cijela se obitelj suočava s nizom problema: težina bolesti, reakcija tijekom djetetova krvarenja, emocionalna prilagodba roditelja, sveukupna prilagodba obitelji na bolest (Coppola i sur. 2011). Roditelji, a posebno majke, mogu imati osjećaje krivnje zbog genskog prijenosa bolesti te mogu razvijati anksiozno-depresivne sindrome, kao i odbijajuće ponašanje. Zbog prekomjernog zaštićivanja od roditelja djeca mogu biti kompromitirana u svojim autonomnim potrebama. Djeca se nalaze u konfliktu između inhibirane aktivnosti i potrebe za pokretima s obzirom na veliku opasnost od krvarenja (Beck-Dvoržak 1984; Steinhausen 2010). S većim krvarenjima prijeti veće tjelesno oštećenje s nemogućnosti kretanja, kao i pitanje školske orijentacije i budućega zvanja, što umanjuje šansu za kvalitetni socijalni život.

51.6.3. Intervencije

Intervencije su multidisciplinarne, primarne su somatske metode liječenja, međutim, mogu se primjenjivati i psihosocijalne intervencije, slično drugim tjelesnim bolestima. Psihološko se savjetovanje može primijeniti već u poznatih nositelja bolesti, odnosno budućih roditelja, kao i uz prenatalnu dijagnostiku. Dodatno je potrebno umanjivati osjećaje krivnje u majki. Poseban fokus intervencija može biti usmjeren prema roditeljima u smislu prihvaćanja bolesti neposredno nakon saznanja o bolesti, kao i u kasnijem tijeku, kada dolazi do suočavanja s težinom bolesti, te na posljedična pitanja: kvaliteta života, briga za braću/sestre u obiteljima, mogućnost obolijevanja drugih članova u obitelji, odnosno uključenje u socijalni život šire zajednice cijelih obitelji (Cassis i sur. 2014).

51.7. Kronično bubrežno zatajenje

51.7.1. Uvodni aspekti

Kronično bubrežno zatajenje nastaje zbog različitih somatskih razloga. Danas imamo na raspolaganju hemodijalizu i transplantaciju bubrega, koji su promijenili pristup renalnoj insuficijenciji.

51.7.2. Psihosocijalno značenje

Biti na dijalizi za dijete znači svojevrsnu ovisnost o medicinskom uređaju, kao i dugotrajno podvrgavanje intervencijama i ponavljanim hospitalizacijama (Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011). Djeca su ograničena u svojim tjelesnim aktivnostima zbog insuficijencije bubrega (Teixeira i sur. 2014). Česte su emocionalne smetnje sa socijalnom izolacijom, egzistencijalni strahovi, depresivne reakcije, regresivno ponašanje, problemi u školi (Kogon i sur. 2014; Lopes i sur. 2014; Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011). Djeca mogu imati znatne adaptacijske poteškoće, a medicinske metode mogu doživljavati kao kaznu (Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011). Tijekom vremena djeca mogu biti smanjenog rasta i pretila, mogu imati dermatološke simptome zbog uporabe kortikosteroida, što uzrokuje smanjeno samopoštovanje i poremećaj identiteta. Čekanje na listi čekanja za transplantaciju također donosi sa sobom neizvjesnosti i strahove. Uspješna transplantacija nosi sa sobom novu dimenziju života, readaptaciju da dijete više nije ovisno o dijalizi, ali i strahove od mogućeg odbacivanja organa. Davatelj bubrega unutar obitelji dosta je emo-

cionalno investiran, a povremeno je to povezano s ambivalentnim osjećajima. Djeca se mogu pitati: Od koga dolazi bubreg? Tko je davatelj organa?; Na koji je način davatelj organa umro? (Wehmeier i Barth 2011). Imunosupresivna terapija nakon transplantacije nosi sa sobom određenu novu ovisnost o medicinskom liječenju. U slučaju odbacivanja presađenog bubrega, postoji rizik od razvoja depresije, kao i suicidalnosti. Roditelji i cijele obitelji suočeni su s različitim izazovima u liječenju, kada su kooperacija i prihvaćanje bolesti vrlo važni, a posebno se to odnosi na dijalizu i transplantaciju bubrega (Carolan i sur. 2014; Lopes i sur. 2014).

51.7.3. Primjer

Na psihijatrijski pregled dolazi djevojka od 15 godina u sklopu obrade za transplantaciju bubrega. U anamnezi i statusu ne zapaža se psihopatologija. Urednog je razvoja, ima izvannastavne aktivnosti. Zbog ograničenosti kretanja preorijentirala se na sviranje jednog instrumenta, ima bend s kojima održava zajedničke probe, odnosno ima dobre socijalne odnose s vršnjacima. Roditeljska je situacija uredna, a roditelji pokazuju prihvaćanje djevojičine bolesti.

51.7.4. Intervencije

Dobra je praksa da djeca u koje treba biti provedena transplantacija moraju, da bi došli na listu za transplantaciju, među ostalim pretragama, obaviti i pregled kod dječjeg psihijatra. Praksa je pokazala da je ovdje riječ obično o djeci bez ikakvih psihičkih poteškoća. U slučaju perzistiranja psihičkih tegoba pokatkad je dovoljno kraće psihološko/psihoterapijsko/psihijatrijsko praćenje. U umjerenim i težim slučajevima indicirano je psihoterapijsko liječenje, koje može varirati od suportivnih do psihodinamskih tehnika, kao i kognitivno-bihevioralnih tehnika (Wehmeier i Barth 2011). Rad s roditeljima također može biti važan (Carolan i sur. 2014). Pri radu s roditeljima također mora postojati usklađenost multidisciplinarnog tima, u smislu uvažavanja rada roditelja s djecom kada su ona kod kuće (Swallow i sur. 2014).

51.8. Leukemije, ostale maligne bolesti

51.8.1. Uvodni aspekti

Maligne se bolesti rijetko pojavljuju u djece, na 100 000 djece njih 14 godišnje oboli od nekih zloćud-

nih bolesti. Zahvaljujući napretku u liječenju oko 75 % oboljele djece preživljava. Dijagnoza tumora u djeteta i u cijeloj obitelji iziskuje vrlo veliku sposobnost prilagodbe (Resch i sur. 2012). Nuspojave liječenja tumora nose sa sobom niz dodatnih komplikacija. Kasne su posljedice povezane s nizom simptoma, tako da se danas tumori često ubrajaju u kronične bolesti. Posebno može biti prisutna i nesuradljivost u dječjoj/adolescentnoj dobi, što može otežavati liječenje (Kondryn i sur. 2011). Etiopatogeneza tumora je multifaktorijska i većinom nepoznata. U dječjoj su dobi najčešće maligne bolesti leukemije (33 %), tumori mozga (21 %) i limfomi (15 %). Tumori kostiju i maligni limfomi karakteristični su tumori u adolescenata. U terapiji se primjenjuju kemoterapija, kirurške operacije, zračenja, transplantacija koštane srži, a terapijski postupci traju i godinama. Razlikujemo akutnu fazu, od faze održavanja i fazu naknadnoga praćenja. Nuspojave često uključuju ispadanje kose, oštećenja sluznica, sklonost krvarenju, gubitak apetita i povraćanja. Nakon operacije solidnih tumora, npr. tumora kostiju nogu, zaostaje defekt noge, koji se mora nadomjestiti protezom, preživjeli od tumora mozga imaju različite neurološke i neurokognitivne posljedice (npr. neurokognitivni poremećaji), preživjeli od leukemija imaju zbog intratekalne uporabe kemoterapije česte poteškoće koncentracije ili poremećaje pažnje (Resch i sur. 2012; Temming i Jenney 2015). U oko 20 do 25 % slučajeva djeca umiru od tumora, većinom nakon duljeg liječenja. Važne su palijativne mjere i praćenje umirućih u ovakvim slučajevima, kao i psihosocijalno praćenje roditelja i braće/sestara (Resch i sur. 2012; Morgan 2009).

51.8.2. Psihosocijalno značenje

Dijagnoza obično najčešće znači najveći stres i nosi sa sobom egzistencijalne strahove, strahove od mutilacije, i pobuđuje strahove od separacije, doživljava se kao šok, poricanje, žalost, bijes ili depresija (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Dijagnoza ispunjava kriterij za akutnu stresnu reakciju ili PTSP. Nakon početka liječenja nastupa relativno olakšanje u djeteta ili roditelja. U fazi remisije uvijek postoji latentni strah od recidiva. Određen broj pacijenata i godinama nakon liječenja imaju zapravo simptome PTSP-a ili anksiozne i depresivne simptome. U slučaju recidiva opet dolazi do emocionalne krize slične kao kod prve dijagnostike bolesti, te je tada opasnost nesuradnje u daljnjem liječenju (Steinhausen 2010). Liječenje se provodi na

pedijatrijskim odjelima, uz dodatnu psioedukaciju, psihosocijalno savjetovanje, suportivnu psihoterapiju, kao i grupe samopomoći kod roditelja ili braće/sestara. Djeca često imaju manje prijatelja zbog dugotrajnijih boravaka u bolnici. Nakon akutnog liječenja slijedi faza (re)habilitacije, odnosno normaliziranja individualnog i obiteljskog razvoja, koje cilja na prorađu kasnih posljedica bolesti. Istraživanja su pokazala da odrasle osobe, koje su preživjele tumore u dječjoj dobi, imaju manje vlastite djece, ali ne samo zbog moguće infertiliteta nego i zbog **Damoklova sindroma**, tumora koji latentno prijete njima i njihovoj budućoj djeci (Resch i sur. 2012).

Posebno izazovno i zahtjevno pitanje može biti praćenje umiruće djece (palijativna skrb). Umirućoj je djeci svakako potrebna prisutnost bliskih osoba, podrška bliskih osoba, uključivanje braće i sestara i šire rodbine, iskreno i prikladno davanje informacija o bolesti od roditelja djetetu, međutim, uz veliki takt i vremensku usklađenost. Treba također respektirati prirodene adaptabilne procese pri pokušaju preživljavanja, kao što su negacija stanja u djeteta. Može li sa samim djetetom/adolescentom roditelj razgovarati o temi smrti? Dakle, u razgovoru s djetetom o strahovima od smrti općenito su važne otvorenost i iskrenost, ali i velika emocionalna osjetljivost (senzibilnost), poznavanje djetetova dotadašnjeg razvoja, djetetovo poimanje smrti, odnos prema smrti u obitelji, religijska pripadnost, iskustva dotadašnjih smrti u obitelji, dotadašnja prilagodba obitelji prema bolesti, kao i važnost načina da se nešto priopći, a ne samo sadržaj (v. posebno poglavlje 12 o žalovanju i o konceptu smrti u djece). Ovdje treba postupiti vrlo individualno. Za roditelje i liječnike terminalna faza može biti vrlo iscrpljujuća (depresija, PTSP roditelja i osoblja), zahtijeva određeni balans između empatije vs. distanciranosti u ovoj situaciji (hodanje na rubu vulkana – ako se previše približi prema unutra, dolazi do pregrijavanja i izgaranja, ako se dođe previše daleko od ruba vulkana – nastupa hladnoća). Nakon djetetove smrti korisno je da terapeuti razgovaraju s roditeljima, koji su u žalovanju. Takovi se razgovori mogu protezati u nekoliko termina i mogu pomoći roditeljima u prorađi djetetove smrti (Di Gallo i Bürgin 2006).

51.8.3. Intervencije

Psihosocijalne intervencije usmjerene su na prorađu bolesti, aktiviranje čimbenika otpornosti, primjenjuju se razvojno orijentirani postupci, a često je inter-

vencija orijentirana prema cijelim obiteljima. Na pedijatrijskim je odjelima uobičajeno da rade psiholozi, edukatori rehabilitatori i/ili socijalni radnici. Nakon dijagnoze tumora potrebno je djetetu na njemu prikladan način objasniti njegovo stanje. U posljednje se vrijeme izbjegava skrivanje podataka o bolesti djetetu, preferira se otvorenija komunikacija o bolesti (Resch i sur. 2012), međutim, to treba biti učinjeno s velikom osjetljivošću i obzirno. U akutnim se fazama teži stabilizaciji, poticanju motivacije za liječenje, poticanje suradljivosti u liječenju, umanjeње disfunkcionalnih misli i atribucija, te davanje prostora za verbaliziranje egzistencijalnih strahova, te općenito stimuliranje aktivnog i borbenog stava u svojem liječenju (Kondryn i sur. 2011; Resch i sur. 2012). Ne postoji jednostavan recept za praćenje osoba s tumorima, već je potrebna prilagodba individualnih i obiteljskih procesa. Potrebna je psihološka prilagodba na različite invazivne zahvate, a mogu se primjenjivati relaksirajući postupci, kao i suportivno psihoterapijsko liječenje (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Bilježi se i korisnost grupa samopomoći. Povremena je izolacija danas manji problem zbog prisutnih modernih elektroničkih pomagala (laptopi, „pametni“ mobiteli), koji omogućuju djetetu veći kontakt s drugima, uključujući i vršnjake. Podupire se i školovanje u bolnici, tako da djeca ne ostanu zaključana za svoja kognitivna postignuća. Psihoonkološko liječenje nikako ne treba izbjegavati temu smrti i umiranja, jer ionako djeca saznaju od drugih o smrti svojih vršnjaka. Manja djeca smrt doživljavaju kao separaciju, dok se koncept ireverzibilnosti smrti pojavljuje tek tijekom osnovne škole. Važno je praćenje djece tijekom umiranja, kao i njihovih obitelji. Treba oprezno s djetetom razgovarati o temi smrti, o tome treba pričati i s roditeljima da bi se postigao zajednički dogovor kada i s kim će dijete razgovarati o tome (Steinhausen 2010). Ako se odluči da dijete umre kod kuće, potrebna je dodatna prorada svih okolnosti. Važno je naknadno praćenje roditelja, braće/sestara djece koja su preminula, u smislu procesa žalovanja, a važno je ojačavati i druge socijalne čimbenike, npr. vršnjake, školu, učitelje. Osoblje na onkološkom odjelu potrebno je prikladnim mjerama ojačavati razgovorima (npr. Balintove grupe). Tijek je pokazao da većina preživjele djece od tumora pokazuju psihičku normalnost i dobru adaptaciju (Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010; Wehmeier i Barth 2011). Poneka preživjela djeca poslije pokazuju povećanu općenitu vrijednost prema životu, u smislu **pozitivnog posttraumatskog razvoja** (Resch i sur. 2012).

51.9. Endokrini poremećaji

51.9.1. Uvodni aspekti

Kod endokrinih poremećaja uobičajeno razlikujemo različite entitete, ali ovdje će neki od njih biti prikazani: smanjen rast, hipotireoza, hipertireoza, Cushingov sindrom, adrenogenitalni sindrom i poremećaji razvoja puberteta.

51.9.2. Psihosocijalno značenje

Kod hipofiznog smanjenog rasta pojavljuju se diskretni simptomi „endokrinog neurokognitivnog poremećaja“ s reduciranim apetitom, problemima sa žedanjem, manjkom aktivnosti i nagona, preosjetljivosti, poremećajem seksualnosti te neurokognitivnim smetnjama (Steinhausen 2010). Kad je riječ o osobama sa **smanjenim rastom**, postoji tendencija infantiliziranja takvih osoba, jer se prosuđuje prema vanjskom izgledu, odnosno inhibiraju se njihov razvoj i autonomija. Obično su prisutne inhibirano-povučene i emocionalno-regresivne crte uz probleme samopoštovanja i manjka socijalne interakcije s drugima. Rjeđi je slučaj preuzimanje uloge maskote ili klauna, što se može objasniti kao mehanizam obrane u odnosu prema vlastitom omalovažavanju. Najrjeđi je slučaj agresivno-negativistički stav prema drugima.

Hipotireoza je u današnje vrijeme rijetka zbog provedenog probira. Ona može uzrokovati intelektualne teškoće, među kojima dominiraju manjak nagonске aktivnosti i poremećaji jezika, uz usporenje metabolizma. Postoje također diskretna oštećenja motoričkog i kognitivnog razvoja (neurokognitivni poremećaji), kao i socijalne interakcije s drugima (Steinhausen 2010). Kod **hipertireoze** mogu se pojaviti simptomi motoričkog nemira, manjka koncentracije, prekomjerne nervoze, povećanje aktivnosti, uz povremenu protruziju očiju (Steinhausen 2010). **Adrenogenitalni sindrom** genski je poremećaj pri kojemu prenatalni utjecaj androgena u djevojčica uzrokuje virilizaciju, što posljedično dovodi do hipertrofije klitoris, a u dječaka do povećanja penisa i rano nastale stidne dlakavosti. Na početku se pojavljuje ubrzan rast, tako da može doći do precjenjivanja njihove ličnosti. Ishod preranog utjecaja androgena može poslije uzrokovati smanjen rast te može postojati slična problematika kao i kod drugih endokrinih poremećaja. Mogu biti prisutne specifične razvojne smetnje školskih vještina te neurokognitivni poremećaji (Steinhausen 2010).

Kod **Cushingova sindroma** simptomatologija nije specifična (Steinhausen 2010), premda mogu biti prisutni različiti simptomi. **Poremećaj razvoja spolnih hormona** (interseks stanja) dovode do različitih sindroma: rezistencije na androgene (testikularna feminizacija); ovotestikularnog poremećaja razvoja spola (hermafroditizam) te hipogenitalizma. Kod tih sindroma dolaze do izražaja simptomi koji imaju više veze s preuzimanjem rodni uloga, i odgojnih postupaka, nego što imaju veze s „endokrinim neurokognitivnim poremećajima“ (v. posebno poglavlje 8 o rodnom identitetu) (Steinhausen 2010). Kod **poremećaja razvoja puberteta** razlikujemo prerani, odgođeni i odsutnost puberteta. **Prerani pubertet** (pubertas precox) može biti sekundarna posljedica poremećaja mozga ili endokrinih žlijezda, međutim, u pravilu je idiopatski. Djevojčice imaju dvostruko višu učestalost nego dječaci. Djeca se čine odraslija, prerano se razvijaju sekundarne spolne osobine, kao što su npr. grudi u djevojčica, u dječaka se bilježi rast penisa i stidna dlakavost. Nerazmjer između tjelesnog i psihičkog razvoja može uzrokovati psihički poremećaj, npr. emocionalni poremećaj u smislu neprihvatanja vlastita tijela, socijalno povlačenje od vršnjaka, kao i poremećaj raspoloženja. Farmakološka terapija u domeni je endokrinologa. Kod **odgođenog puberteta** (pubertas tarda) riječ je kada se pubertet odgađa dvije ili tri godine u odnosu prema normi. Dječaci su više pogođeni nego djevojčice i psihički problemi su slični opisanima kod smanjenog rasta. Endokrinolozi mogu odlučiti hoće li od 15. godine početi davanje terapije androgenima u dječaka. Pri **odsutnosti puberteta** može se raditi o genskim sindromima povezanim sa spolnim hormonima kao npr. kod Turnerova sindroma ili kod androgene neosjetljivosti (testikularna feminizacija), koja se detektira tek u pubertetu. U dječaka se može raditi o nedostajućim ili o manjim testisima, i u pravilu se dodatno primjenjuje supstitucijska terapija ordinirana od endokrinologa. Korisno je dodatno psihološko praćenje. Psihički simptomi mogu varirati, učestaliji su diskretniji deficiti vizualno-prostornih sposobnosti (neurokognitivni poremećaji). Osobe s **Turnerovim sindromom** zahtijevaju supstitucijsku terapiju s hormonima, međutim, psihosocijalno praćenje može također biti važno. Pojedini autori preporučuju da se osobe s Turnerovim sindromom trebaju u dobi od 10 do 12 godina biti informirane o svojoj bolesti, tako da bi se potaknuli heteroseksualni kontakti u adolescenciji. Posebno pitanje jest neplodnost, kao i uzimanje kasnijih alternativnih rješenja, poput kasnije adopcije djece.

51.9.3. Intervencije

Primarnu terapiju provodi endokrinolog. U osoba sa smanjenim rastom primjenjuju se različite psihosocijalne terapije koje uključuju i psihološka savjetovanja i terapije, socijalni treninzi itd. (Steinhausen 2010). Kod hipotireoze principi pristupa i liječenja slični su dominantnoj kliničkoj slici. Terapijski principi kod adrenogenitalnog sindroma slični su drugim terapijama endokrinih poremećaja. Kod poremećaja razvoja puberteta korisno je psihosocijalno praćenje (Steinhausen 2010).

51.10. Oštećenje vida

51.10.1. Uvodni aspekti

U **tablici 51.3.** sažeto i pobliže prikazane su kliničke karakteristike djece s oštećenjem vida i sluha.

Dva glavna tipa oštećenja vida u djece jesu periferni (okularni) i cerebralni, iako je moguć i mješoviti tip. Približna incidencija oštećenja vida u djece je 4/10 000 u prvoj godini života, što raste na 5/10 000 u dobi od 16 godina npr. u Velikoj Britaniji (Rahi i Cable 2003). Od jedne do dvije trećine djece s oštećenim vidom imaju dodatne, neoftalmološke poremećaje, uključujući intelektualne teškoće, motoričke poremećaje, oštećenja sluha, neurorazvojne i neurokognitivne smetnje, epilepsiju, autizam, hiperkinetski sindrom i druge zdravstvene poteškoće (Dale i Edwards 2015; Dale i Sonksen 2002; Steinhausen 2010). Osim očitih defekata oka pri rođenju, roditelji često prvo primijete da ih dijete ne gleda ili ne prati njihove kretnje. Brza dijagnoza i liječenje od velike su važnosti jer dojenče ima potencijal za razvijanje vidnih kapaciteta ako se intervencija učini u prvoj godini života (Keil i sur. 2016). Postoji vrlo malo standardiziranih testova inteligencije ili neuropsiholoških testova koji su prilagođeni za upotrebu u djece s oštećenjima vida (ili sluha); zbog toga se rezultati testova trebaju pažljivo interpretirati (Dale i Edwards 2015).

51.10.2. Psihosocijalno značenje

U prvim danima nakon postavljanja dijagnoze roditelji se često osjećaju izolirano, zbunjeni su i uznemireni (Dale i Edwards 2015). Potrebni su im potpora, informacije i vodstvo u postizanju djetetova maksimalnog razvoja vida. Dojenčad oklijeva u istraživanju svoje neposredne fizičke okoline, a prikupljanje infor-

Tablica 51.3.***Tjelesne i psihosocijalne posebnosti specifičnih senzoričkih oštećenja.***

Modificirano prema Dale i Edwards 2015; Fellingner i sur. 2012; Steinhausen 2010.

	Oštećenje vida	Oštećenje sluha
Dominantnost kliničke slike	<ul style="list-style-type: none"> - rana dijagnostika poremećaja - zakašnjeni razvoj senzomotoričkih i kognitivnih funkcija - stereotipije - reciprocitet interakcije dijete – majka - poremećaj privrženosti - usporeno se razvija prepoznavanja emocija - socijalna interakcija 	<ul style="list-style-type: none"> - rana dijagnostika poremećaja - kašnjenje u razvoju receptivnih (razumijevanje) i ekspresivnih vještina jezika - poremećaj privrženosti - emocionalne poteškoće
Tijek kliničke slike	- 50 do 70 % oboljelih ima dodatne psihičke probleme	- u 40 % djece s oštećenjem sluha postoje dodatni poremećaji
Roditelji i obitelj	<ul style="list-style-type: none"> - osjećaji krivnje - izolirano, zbunjeni su i uznemireni 	<ul style="list-style-type: none"> - osjećaji krivnje - ključna je aktivna uloga roditelja kako bi se maksimalno povećale mogućnosti učenja tijekom svakodnevne interakcije
Terapija	<p>Multidisciplinarno liječenje; specifično podupiranje normalnog razvoja</p> <ul style="list-style-type: none"> - po potrebi psihosocijalne terapije - suport roditeljima - intervencije u zajednici (smanjenje diskriminacije) 	<p>Multidisciplinarno liječenje; po potrebi psihosocijalne terapije;</p> <ul style="list-style-type: none"> - specifične terapije: od potpuno vizualnih do potpuno slušno-govornih, s različitim kombinacijama znakova i govora - suport roditeljima i obitelji; - intervencije u školi i zajednici (smanjenje diskriminacije)

macija sluhom pojavljuje se kasnije od vizualnog. Uobičajen je zakašnjeni razvoj senzomotoričkih i kognitivnih funkcija, što je najizraženije u djece koja su slijepa (Dale i Sonksen 2002), a moguća je i prisutnost stereotipnih pokreta (Dale i Edwards 2015; Steinhausen 2010). Učestala su kašnjenja u razvoju govora u ovakve djece (Tadić i sur. 2010). Kvaliteta majčine brige, kontrole i postavljanja ciljeva koreliraju pozitivno s razvojem djetetovih govornih vještina, istraživanjem okoline i senzomotoričkim razvojem (Hughes i sur. 1999). Povećanjem vokabulara sintaksa i gramatika počinju se normalizirati. Približno tri četvrtine djece s oštećenjem vida školuju se prema redovitom školskom programu. Selma Fraiberg (1977) u svojim je prvobitnim radovima izrazila zabrinutost oko pasivnosti novorođenčeta s potpunim nedostatkom vida. Međutim, neki su drugi radovi upozorili na to da je moguć reciprocitet između roditelja i djeteta. Djeca mogu razviti sigurnu privrženost (*attachment*), koja pokatkad može biti odgođena. Nakon novorođenačke dobi usporeno se razvija sposobnost prepoznavanja

emocija. Jedan od većih izazova za djecu s oštećenjem vida jest socijalna integracija (Dale i Edwards 2015; Steinhausen 2010). Veliki klinički izazov jest postavljanje dijagnoze autističnoga spektra poremećaja u djece s oštećenjem vida jer u ranoj dobi mnoga djeca s oštećenjem vida imaju poteškoće koje nalikuju na autistični spektar.

51.10.3. Intervencije

Zlatni standard u pristupu djeci s oštećenjem vida, sluha, ili kod oba oštećenja, jest multidisciplinarni pristup, koji uključuje različite stručnjake iz područja medicine, edukacije i socijalne službe (Dale i Edwards 2015). U ranom djetinjstvu djeci je potreban pristup visoko specijaliziranim multidisciplinarnim pedijatrijskim timovima s iskustvom u radu s oštećenjima vida i sluha, uključujući pedijatre, oftalmologe, psihologe, logopede, okupacijske terapeute i druge kliničare. Zbog izrazite vulnerabilnosti u toj dobi, intervencija treba biti usmjerena promicanju općenitog razvoja i

posljedično se napredak treba pažljivo pratiti i evaluirati. Podrška roditeljima i njihovo mentalno zdravlje važan su čimbenik u njihovoj sposobnosti da budu podrška svojoj djeci; dok su roditeljski stres i depresija, kao i njihov utjecaj na međusobnu interakciju, visoki čimbenici rizika. Intervencije mogu biti usmjerene na psihoedukaciju, reorganizaciju okoline, umanjivanje stereotipija, poticanje veće socijalne integracije, planiranje ciljeva i modifikaciju ponašanja s roditeljima i edukatorima, te također i na terapijske pristupe, uključujući različite psihoterapije: kognitivno-bihevioralnu terapiju, psihodinamsku terapiju, a po potrebi se može primijeniti i psihofarmakološka terapija (Dale i Edwards 2015; Pinquart i Pfeiffer 2013; Steinhausen 2010).

U cijeloj zajednici i specijaliziranim službama holistički pozitivni psihološki pristupi fokusirani na normalizaciju, kvalitetu života, samoodređenje, efektivno rješavanje problema i sposobnosti nošenja s poteškoćama mogu biti od velike pomoći mladim ljudima i njihovim obiteljima. Ovi protektivni čimbenici mogu povećati otpornost, samopouzdanje i pomoći u nadižanju negativne slike o sebi, stigme i diskriminacije povezane s oštećenjima (Wehmeier i Barth 2011). Potrebno je u socijalnom okruženju u potpunosti prepoznati bogatstvo i različitost u kulturi slijepih i gluhih osoba i njihovim zajednicama.

51.11. Oštećenje sluha

51.11.1. Uvodni aspekti

U **tablici 51.3.** sažeto i pobliže prikazane su kliničke karakteristike djece s oštećenjem vida i sluha (Dale i Edwards 2015; Fellingner i sur. 2012; Steinhausen 2010). Postoje dva glavna tipa oštećenja sluha u dječjoj dobi: provodni (konduktivni) i senzorno-neuralni, a moguće je i „mješoviti“ gubitak sluha, koji obično nastaje kao posljedica upale srednjeg uha i može biti prolazan. Svi tipovi gubitka sluha mogu negativno utjecati na razvoj komunikacije i jezika (Kral i O'Donoghue 2010), premda je taj utjecaj manji u usporedbi s onom gluhom djecom koja imaju gluhe roditelje i koja su odrasla koristeći se znakovnim jezikom kao glavnim sredstvom komunikacije. Posebno kompleksno oštećenje može biti oštećenje sluha zajedno s oštećenjem vida, koje je ipak rijetko (oko 4 % osoba s oštećenjem sluha ima i oštećenje vida), ali koje zahtijeva posebnu pozornost s obzirom na komunikacijske vještine (Ask Larsen i Dammen 2014; Fellingner i sur. 2012). Slušni je podra-

žaj nužan za normalni razvoj govorne percepcije i jezika tijekom „osjetljivog razdoblja“, visoke neuroplastičnosti sve do dobi od otprilike 3 i pol godine. Nakon 7. godine života ireverzibilne promjene u kortikalnoj reorganizaciji sprječavaju prikladno procesiranje zvučnih signala pa se zato i zagovaraju rana detekcija i rana intervencija unutar prve ili dvije godine (Pimperton i Kennedy, 2012). Glavni uzrok trajnog gubitka sluha u dječjoj dobi jesu genske anomalije, koje se pojavljuju u otprilike 60 % slučajeva, a u ostalim slučajevima dominiraju infekcije i drugi čimbenici. Mogu biti prisutni i drugi pridruženi psihički poremećaji, slično kao i pri oštećenju vida, dvaput su psihički problemi češći nego u djece koja normalno čuju (Fellinger i sur. 2012; Steinhausen 2010). Za postavljanje **dijagnoze** oštećenja sluha primjenjuju se različiti testovi neposredno nakon rođenja (probir novorođenčadi) i tijekom ranoga djetinjstva. Jednom kada je postavljena dijagnoza trajnog gubitka sluha, od koristi mogu biti umjetne pužnice i druga slušna pomagala, sa svrhom optimiranja pristupa govornom signalu i njegovoj boljoj razlučivosti. Umjetna pužnica ugrađuje se u slučaju teškog i potpunog gubitka sluha, te kod progresivnog ili stečenog gubitka sluha nakon što je jezik razvijen.

Umjetna pužnica ima pozitivne učinke na percepciju govora, na produkciju, jezik i sposobnost čitanja, ali i na razvoj mozga i kognitivni razvoj (Kral i O'Donoghue 2010). Općenito, roditelji opisuju pozitivne psihosocijalne ishode mjerene kvalitetom života u djece nakon implantacije (Kumar i sur., 2015). Bolji su ishodi postignuti kod vrlo rane implantacije, posebno unutar prve dvije godine života (Forli i sur. 2011). Pokatkad je teško predvidjeti ishode zbog nemogućnosti detektiranja razvojnih odstupanja u prvoj godini života (predjezični gubitak sluha), a nepovoljan ili nepromijenjen ishod može biti i zbog prisutnih razvojnih odstupanja i prije implantacije (Eze i sur. 2013). Bolji su ishodi implantata zabilježeni pri stečenim stanjima nakon razvijenog jezika i govora (Fellinger i sur. 2012). Najvažniji učinak na razvojni učinak za djecu s oštećenim sluhom najvjerojatnije ima probir novorođenčadi, odnosno dijagnostika do drugog mjeseca života. Slično kao što je i prije rečeno pri oštećenju vida, uporabu različitih psiholoških testova (testovi kognitivnih postignuća, specifičnih razvojnih testova itd.) u ovakve djece treba uzeti s oprezom.

Osobe s oštećenjem sluha pokazuju strah, nepovjerenje i frustraciju dolaskom k liječniku ili drugim stručnim osobama (Fellinger i sur. 2012). U pristupu

osobama s oštećenjima sluha treba biti strpljiv, pitati na koji način osoba želi komunicirati, a, ako je to znakovni jezik, onda treba pribaviti prevoditelja. Važan je kontakt oči u oči, te se treba koristiti jasnim, jednostavnim i kraćim rečenicama, intervju može dulje trajati nego u osoba koja imaju uredan sluh, te, konačno, treba sažeti kako bi se vidjelo je li osoba oštećena sluha razumjela ono što je bila tema intervjuja.

Dijagnostika uporabe govora, jezika, komunikacije i kognitivnih postignuća ključna je da bi se izbjegla pogrešna dijagnoza. U vanjskom izgledu osobe zbog uporabe znakovnog jezika mogu pogrešno izgledati agitirane ili pak previše povučene radi nemogućnosti komuniciranja. Procjena afekta može biti otežana jer facijalna ekspresija ima kod znakovnog jezika i specifičnu jezičnu poruku. Poremećaj ekspresivnog govora može pogrešno upućivati na poremećaj mišljenja (psihotični poremećaj). Bizarnost, kao i upućivanje na sebe, ipak mogu biti znak razvoja psihotičnog poremećaja. Kognitivna se postignuća mogu pogrešno interpretirati jer osobe s oštećenjem sluha imaju manji pristup informacijama. Zajednica gluhih osoba i osoba koja imaju teška oštećenja sluha koriste se znakovnim jezikom i kulturološki posjeduju svoje specifičnosti (Fellinger i sur. 2012).

51.11.2. Psihosocijalno značenje

Oštećenje sluha povezano je s heterogenim emocionalnim, kognitivnim i socijalnim razvojem, koji, međutim, zahtijevaju individualizirani pristup (Fellinger i sur. 2012). Oštećenje sluha u velikoj je mjeri povezano s kašnjenjem u razvoju receptivnih (razumijevanje) i ekspresivnih vještina jezika (Kral i O'Donoghue 2010; Stevenson i sur. 2010). Većina ovakve djece ima manji vokabular i slabiju gramatiku od njihovih zdravih vršnjaka, pogotovo u mlađoj dobi. Razina razvoja govora (verbalizirani jezik) nije čvrsto ovisna samo o stupnju redukcije sluha, nego i zbog drugih čimbenika kao što su dob u kojoj je postavljen slušni uređaj, edukacija, ostale sposobnosti i obiteljska potpora, koji imaju važan utjecaj. Djeca predškolske dobi koja imaju oštećeni sluh često pokazuju visoke razine frustracije i izljeve bijesa. Neka mala djeca s oštećenjem sluha doimaju se iznimno sramežljiva i izbjegavaju interakciju s ljudima izvan užega obiteljskog kruga. Zabilježena je veća incidencija izbjegavajuće i opiruće privrženosti u dijadama gluho dijete – majka koja čuje u uspoređi sa zdravim parovima (Dale i Edwards 2015). Djeca s ošte-

ćenjem sluha pokatkad su odbačena od vršnjaka i žrtve su vršnjačkog ili seksualnog nasilja, što vodi nižem samopoštovanju, problemima u ponašanju i emocionalnim poteškoćama (Fellinger i sur. 2012; Kouwenberg i sur. 2012; Steinhausen 2010; van Gent i sur. 2011). Razvoj vještina mentalizacije u djece s oštećenim sluhom znatno je usporen, kao i u djece s oštećenjem vida. Roditelje je često potrebno od najranijih dana podučavati kompenzatornim strategijama, kao što su uspostavljanje kontakta očima prije početka pričanja, pomaganje djetetu u pokušajima izgovaranja riječi ili fraza uz uporabu znakovnog jezika (kombinacija govora i znakovnog jezika), onda kada je to potrebno.

U oko 40 % djece s oštećenjem sluha postoje dodatni poremećaji koji proizlaze iz osnovne etiologije sindroma uključujući intelektualne teškoće, oštećenja vida, autizam, hiperkinetski sindrom, neurokognitivni poremećaji, motorička i druga oštećenja (Dale i Edwards 2015; Fellinger i sur. 2012; Landsberger i sur. 2014). U male djece s oštećenim sluhom posebna se pažnja mora posvetiti razlikovanju spektra autističnih poremećaja i ostalih poteškoća u socijalnoj komunikaciji. Multidisciplinarni tim s iskustvom najpouzdaniji je za postavljanje odgovarajuće dijagnoze. U djece s oštećenjem osjeta, cerebralnom paralizom, ili drugim neurorazvojnim poteškoćama procjena je velik izazov.

Obiteljska dinamika i komunikacija presudne su u moderiranju socioemocionalnog razvoja djece s oštećenjem sluha. U slučaju pozitivne obiteljske atmosfere umanjuju se socijalno-emocionalni problemi (Fellinger i sur. 2012). Stajališta roditelja prema odgoju djece, nesposobnostima i vlastitim osjećajima krivnje ili gubitka mogu pridonijeti njihovim očekivanjima o prikladnom ponašanju djece i primjeni disciplinskih metoda. Visoki stupnjevi anksioznosti mogu se povezati s problemima u razvoju identiteta i percepcije sebe kao gluhe, i uključenost u „kulturu nagluhih i gluhih osoba“. U pojedinim je istraživanjima nađena veća prevalencija samohranog roditeljstva, kao i lošije socioekonomske situacije u obiteljima (van Gent i sur. 2012).

Škola je važno okruženje djece s oštećenjem sluha i takvo pozitivno okruženje, kao i bolje samopoštovanje moderiraju njihovu bolju socijalizaciju s vršnjacima (Fellinger i sur. 2012; van Gent i sur. 2011). Depresivni poremećaj češće se pojavljuje u adolescenata i mora se razmatrati u kontekstu individualnoga školskog okruženja. U adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi i dalje je važna socijalizacija, odnosno sve više važnosti dobiva

uključenost u zajednicu gluhih osoba (Fellinger i sur. 2012). Stajališta društva i šire socijalne zajednice također mogu biti važna u manifestaciji psihopatologije, kao i u terapijskim pristupima (van Gent i sur. 2012).

51.11.3. Intervencije

Slično prije rečenome pri oštećenju vida, zlatni standard su mutidisciplinarni pristup i praćenje u različitim razdobljima. Nakon postavljanja dijagnoze trajnog gubitka sluha, za postizanje optimalnog razvoja jezika i govora ključna je aktivna uloga roditelja kako bi se maksimalno povećale mogućnosti učenja tijekom svakodnevnih interakcije. Moguće intervencije za razvoj jezika imaju raspon od potpuno vizualnih do potpuno slušno-govornih, s različitim kombinacijama znakova i govora (Moeller i sur. 2013). Učinkovita komunikacija u ranome djetinjstvu vjerojatno ima protektivne učinke za budući nastanak emocionalnih problema i poteškoća u ponašanju. Psihoedukacija i intervencije prilagođene djetetovim sposobnostima komunikacije i jezika učinkoviti su ako su implementirani kao spona za potporu i poboljšanje komunikacije roditelj – dijete. Procjena i intervencije moraju uzeti u obzir djetetova i obiteljska stajališta u vezi s komunikacijom i terapijama kao što su kognitivno-bihevioralna, psihodinamska, obiteljska, koje moraju biti dodatno prilagođene (Dale i Edwards 2015; Fellinger i sur. 2012). Pokazale su se učinkovitima različite službe mentalnog zdravlja s modificiranim i specijaliziranim pristupom, jer osobe s oštećenjem sluha imaju velikih intrapsihičkih, interpersonalnih i socijalnih poteškoća, ali i male mogućnosti pristupa stručnim službama (Fellinger i sur. 2012).

51.12. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Djeca s kroničnim tjelesnim motoričkim oštećenjima mogu imati različite osjećaje: osjećaje krivnje, osjećaje srama, osjećaje pasivnosti, konflikte autonomije te druge probleme. Roditelji takve djece također mogu imati različite prije navedene osjećaje. Središnje značenje imaju roditeljska prorada dijagnoze, kao i dostupnost obiteljskih resursa prema kompenzaciji i *coping* vještinama.
- ✓ Djeca s diabetesom mellitusom nerijetko su u žarištu različitih psihosocijalnih intervencija.

Vrlo je važno da se dijete i roditelji prilagode na svoju bolest, uz preuzimanje vlastite uloge u liječenju.

- ✓ Prirodene srčane greške u djece postavljaju pred roditelje niz praktičnih pitanja u vezi s višestrukim hospitalizacijama i korektivnim operativnim zahvatima, eventualnom transplantacijom srca, pitanja prenatalne dijagnostike, ali i različita psihosocijalna pitanja i dileme. Roditeljska prorada ovih stanja vrlo je važna.
- ✓ Cistična je fibroza kronično progredijentna sistemska bolest koja je očituje različitim simptomima, a dominiraju respiratorne smetnje. Tijek je obilježen neizvjesnošću i palijativnim mjerama. Roditelji mogu imati osjećaje krivnje i depresiju zbog genskog uzroka poremećaja.
- ✓ Kod hemofilije posebno se pitanje može odnositi na rješavanje konflikta djeteta s obzirom na njegovu potrebu za kretanjem. Dodatno je potrebno umanjivati osjećaje krivnje u majki jer se radi o genskom poremećaju.
- ✓ Kod leukemija i tumora pri dijagnozi nastaju velik šok, nevjerica, poricanja, osjećaji bespomoćnosti, i u djeteta i u roditelja. Postupno nastupa prilagodba djeteta i cijelih obitelji na bolest i proces liječenja.
- ✓ Kod endokrinih poremećaja razlikujemo različite entitete, koji su izazov u psihološkom pristupu. Mogući su različiti psihološki problemi i poremećaji kod endokrinih poremećaja. Psihosocijalno liječenje može biti korisno pri ovakvih stanjima.
- ✓ Pri oštećenju vida i sluha važna je rana dijagnostika poremećaja, a tipični su zakašnjeni razvoj specifičnih razvojnih vještina (govora, jezika, komunikacije), učestalo se nalazi poremećaj privrženosti, a nalazimo i poteškoće u socijalnoj interakciji i emocionalne poteškoće.

51.13. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Trebaju li djeca s kroničnim tjelesnim (motoričkim) oštećenjima primarno somatsko liječenje, a nikako psihoterapijsko liječenje?

ODGOVOR: Ovo nije nikako točno. Kao i sva druga djeca s tjelesnim smetnjama takva djeca mogu imati

velikih problema u prilagodbi na vlastitu tjelesnu bolest, a mogu imati i sekundarne psihičke posljedice vlastite tjelesne bolesti. Indikacije za psihoterapiju jesu svakako veća funkcionalna oštećenost zbog različitih psihičkih simptoma: depresivni simptomi, osjećaji tjeskobe, izoliranosti, lošije samopoštovanje itd. Pokatkad će biti potreban i dodatni rad s roditeljima ili obiteljska psihoterapija u slučaju obiteljske disfunkcije. Naravno, u praksi postoje mnogi slučajevi kada djeca imaju pojedinu somatsku bolest, ali nemaju dodatnih psihičkih poteškoća i razvijaju se kao psihički zdrave ličnosti.

■ **PITANJE: Koji mogu biti teški oblici diabetesa mellitusa u praksi?**

ODGOVOR: Teški i neregulirani oblici diabetesa nisu nerijetki u praksi. Pokatkad je riječ o vrlo izraženoj nedostatnoj prilagodbi na tjelesnu bolest, neprihvatanje bolesti od djeteta i adolescenta jer ne mogu prihvatiti vlastitu ovisnost o lijekovima i medicinskom osoblju. Dodatno mogu psihičke smetnje otežavati dijabetes, kao što je poremećaj jedenja, gdje je riječ o vrlo malignoj kombinaciji diabetesa i poremećaja jedenja. Adolescenti s manjim uvidom u bolest, kao i adolescenti s intelektualnim teškoćama također mogu imati teže kliničke slike, kada je potrebija strukturirana terapija. U slučaju izrazite obiteljske disfunkcije također se mogu pojaviti dramatične kliničke slike, koje graniče sa suicidalnim ponašanjem. U ovakvim slučajevima mogu biti različite psihosocijalne terapije od iznimnog značenja. Nije rijedak u praksi nepovoljni tijek diabetesa.

■ **PITANJE: Kako pokušati djetetu objasniti planirani operativni kirurški zahvat npr. kod prirođenih srčanih grešaka?**

ODGOVOR: Podrazumijeva se da je u hitnim stajanjima prioritetno somatsko kirurško liječenje. U tom slučaju, naknadno će se razgovorom s djetetom objasniti učinjeni operativni zahvat. Kod planiranih zahvata, preporuka je da se dijete, ako je to moguće, kao i kod drugih kirurških zahvata psihološki pripremi na operaciju. Djetetu će se dati informacije o operaciji, na njemu prikladan način, putem crteža, ili s pomoću anatomskih lutaka igrom. Važna je ova informacija o operaciji jer se pokatkad umanjuje fantazijska aktivnost o katastrofičnosti. Razvojno gledano, djeca često imaju vlastite osjećaje ranjivosti, a posebno to ima veze s relacijama s njihovim roditeljima (edipska povezanost), te pokatkad operaciju mogu shvatiti kao kaznu

za svoje razvojne fantazije. Sličan princip pristupa treba biti i s roditeljima.

■ **PITANJE: Kakav je pristup pri liječenju cistične fibroze?**

ODGOVOR: Pristup liječenja jest u podržavanju somatskog liječenja, uz najčešće suportivnu psihoterapiju. Također treba raditi s roditeljima, u umanjivanju njihovih osjećaja krivnje, jer je ovdje riječ o genskoj bolesti. U kasnijim fazama bolesti potrebne su palijativne mjere i može se primijeniti i psihijatrijsko i psihoterapijsko praćenje.

■ **PITANJE: Kako bi izgledala priprema djeteta na transplantaciju npr. bubrega?**

ODGOVOR: Dijete treba pripremiti i psihološki na transplantaciju jer je riječ o unaprijed dogovorenom zahvatu. Uz ostale postupke (npr. saniranje karijesa) i dijagnostičke pretrage, dobra je praksa da svako dijete treba obaviti i pregled kod dječjeg psihijatra. Obično se u ovakve djece ne nalazi nikakvih psiholoških odstupanja. S djetetom se treba raspraviti o kakvoj je operaciji riječ, te mu to na prikladan način treba objasniti. Nakon transplantacije osobe se opet mogu osjećati kao „ponovno rođene“, jer nema više ovisnosti o dijalizi.

■ **PITANJE: Kakvo je djetetovo stajalište prema svojoj bolesti (potencijalno smrtnoj), prema dobivanju informacija o bolesti, kao i o temi smrti?**

ODGOVOR: U posljednje se vrijeme izbjegava skrivanje podataka o bolesti djetetu, preferira se otvorenija komunikacija o bolesti, međutim, to treba biti učinjeno s velikom osjetljivošću i obzirno. Psihoonkološko liječenje nikako ne treba izbjegavati temu smrti i umiranja jer ionako djeca saznaju od drugih o smrti svojih vršnjaka. Manja djeca smrt doživljavaju kao separaciju, dok se koncept ireverzibilnosti smrti pojavljuje tek tijekom osnovne škole. Važno je praćenje djece tijekom umiranja, kao i njihovih obitelji. U razgovoru s djetetom o strahovima od smrti općenito su važne otvorenost i iskrenost, ali i velika emocionalna osjetljivost, poznavanje djetetova dotadašnjeg razvoja, djetetovo poimanje smrti, odnos prema smrti u obitelji, religijska pripadnost, iskustva dotadašnjih smrti u obitelji, dotadašnja prilagodba obitelji prema bolesti, kao i važnost načina da se nešto priopći, a ne samo sadržaj.

■ **PITANJE: Jesu li djeca svjesna svoje situacije u trenutku umiranja i kako im se može pomoći?**

ODGOVOR: Danas se smatra da su djeca svjesna vlastita umiranja; naime, percepcija djeteta koja je

emocionalno vođena istinitija je nego roditeljsko poricanje koje je tada neučinkovito. Djeca u fazi umiranja često imaju osjećaje straha, usamljenosti i tjeskobe. Umiruća se djeca mogu bojati da nisu nešto dovršila, mogu željeti zaštititi svoje roditelje od boli i imati strahove da će biti zaboravljena. Umiruća djeca traže iskrene odgovore i neposrednu ljubav i podršku.

■ **PITANJE: Koji je zlatni terapijski standard u pristupu djeci s oštećenjem vida i sluha?**

ODGOVOR: Zlatni terapijski standard u pristupu djeci s oštećenjem vida, sluha, ili kada postoje oba oštećenja, jest multidisciplinarni pristup, koji uključuje različite stručnjake iz medicine, edukacije i socijalne službe. U ranom djetinjstvu, djeci je potreban pristup visoko specijaliziranim multidisciplinarnim pedijatrijskim i drugim timovima s iskustvom u radu s oštećenjima vida i sluha, uključujući pedijatre, oftalmologe, ORL specijaliste, psihologe, logopede, okupacijske terapeute i druge kliničare. Zbog izrazite vulnerabilnosti u toj dobi, intervencija kod oštećenog vida treba biti usmjerena promicanju općenitog razvoja i posljedično se napredak treba pažljivo pratiti i evaluirati. Pri oštećenju sluha koristimo se i dodatnim specifičnim terapijama: od potpuno vizualnih do potpuno slušnogovornih, s različitim kombinacijama znakova i govora.

■ **PITANJE: Kako pristupiti djeci s oštećenjem sluha?**

ODGOVOR: Osobe s oštećenjem sluha pokazuju strah, nepovjerenje i frustraciju dolaskom k liječniku ili drugim stručnim osobama. U pristupu osobama s oštećenjem sluha treba biti strpljiv, pitati na koji način osoba želi komunicirati, a, ako je to znakovni jezik, onda treba pribaviti prevoditelja. Važan je kontakt oči u oči, treba rabiti jasne, jednostavne i kraće rečenice, intervju može dulje trajati nego kod osoba koja imaju uredan sluh, i konačno, treba ustanoviti je li osoba oštećena sluha razumjela ono što je bila tema intervjuja. Dijagnostika uporabe govora, komunikacije i kognitivnih postignuća ključna je da bi se izbjegla pogrešna dijagnoza.

51.14. **Pitanja**

- 1 Navedite psihosocijalna obilježja kroničnoga tjelesnog motoričkog oštećenja.
- 2 Navedite psihosocijalna obilježja diabetesa mellitusa.

- 3 Koji su ciljevi psihosocijalnih terapija u djece s prirođenim srčanim greškama?
- 4 Navedite psihosocijalna obilježja cistične fibroze.
- 5 Navedite psihosocijalna obilježja hemofilije.
- 6 Navedite psihosocijalna obilježja bubrežne insuficijencije te proces dijalize i transplantacije.
- 7 Navedite psihosocijalna obilježja i terapijske principe u djece s tumorima i leukemijom?
- 8 Navedite psihosocijalna obilježja i terapijske principe u djece s endokrinim poremećajima?
- 9 Navedite psihosocijalna obilježja i terapijske principe u djece oštećena vida?
- 10 Navedite psihosocijalna obilježja i terapijske principe u djece oštećena sluha?
- 11 Koji su terapijski principi pri liječenju kroničnih tjelesnih bolesti?

51.15. **LITERATURA**

1. Ask Larsen F, Damen S. Definitions of deafblindness and congenital deafblindness. *Res Dev Disabil* 2014;35(10): 2568-76.
2. Beck- Dvoržak M. Bolesno dijete. U: Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck- Dvoržak M, ur. Medicinska psihologija. Zagreb: Jumenja; 1984, str. 103-116.
3. Begovac I. Psihijatrijski aspekti djece s posebnim potrebama. U: Votava-Raić A, Malčić I, ur. Pedijatrija danas-Invalidnost u djece- Odabrana poglavlja- 14. posljediplomski tečaj obnove znanja. Zagreb: Klinika za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; 2002, str. 86-90.
4. Bürgin D, Rost B. Krankheiten in Kindheit und Jugend. U: Adler RH, Herrmann JM, Koehle K, Schoenecke OW, Uexkuell Th von, Wesiack W, ur. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 1996, str. 1131-60.
5. Carolan I, Smith T, Hall A i sur. Emerging communities of child-healthcare practice in the management of long-term conditions such as chronic kidney disease: qualitative study of parents' accounts. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:292.
6. Cassis FR, Buzzi A, Forsyth A. Haemophilia Experiences, Results and Opportunities (HERO) Study: influence of haemophilia on interpersonal relationships as reported by adults with haemophilia and parents of children with haemophilia. *Haemophilia* 2014; 20(4):e287-95.
7. Colver A, Fairhurst C, Pharoah PO. Cerebral palsy. *Lancet* 2014 ;383(9924):1240-9.

8. Coppola A, Cerbone AM, Mancuso G i sur. Confronting the psychological burden of haemophilia. *Haemophilia* 2011; 17(1):21-7.
9. Dale N, Edwards L. Children with specific sensory impairments. U: Thapar A, Pine DS, Leckman JF i sur., ur. Rutter's child and adolescent psychiatry. Sixt edition. Wiley & Sons; the Atrium; 2015, str. 612-622.
10. Dale N, Sonksen P. Developmental outcome, including setback, in young children with severe visual impairment. *Dev Med Child Neurol* 2002; 44(9):613-22.
11. DeKoven M, Karkare S, Kelley LA i sur. Understanding the experience of caring for children with haemophilia: cross-sectional study of caregivers in the United States. *Haemophilia* 2014; 20(4):541-9.
12. Di Gallo A, Bürgin D. [Supporting severely ill and dying children. Suggestions for practical interventions. Article in German] *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2006;49(11):1142-8.
13. Eggers C. Störungen der Motorik. U: Eggers C, Lempp R, Nissen G i sur., ur. Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: Springer Verlag; 1994, str. 487-91.
14. Ernst MM, Johnson MC, Stark LJ. Developmental and psychosocial issues in cystic fibrosis. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010; 19(2):263-83.
15. EURODIAB ACE Study Group. Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. *Lancet* 2000; 355(9207):873-6.
16. Eze N, Ofo E, Jiang D i sur. Systematic review of cochlear implantation in children with developmental disability. *Otol Neurotol* 2013;34(8):1385-93.
17. Fellingner J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet* 2012; 379(9820):1037-44.
18. Forli F, Arslan E, Bellelli S i sur. Systematic review of the literature on the clinical effectiveness of the cochlear implant procedure in paediatric patients. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2011; 31(5):281-98.
19. Fraiberg S. Insights from the blind. New York, USA: Basic Books; 1977.
20. Graham PJ, Turk J. Psychiatric Aspects of Pediatric Disorders. U: Lewis M, ur. Child and adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 989-1006.
21. Gringeri A, Leissingner C, Cortesi PA i sur. Health-related quality of life in patients with haemophilia and inhibitors on prophylaxis with anti-inhibitor complex concentrate: results from the Pro-FEIBA study. *Haemophilia* 2013; 19(5):736-43.
22. Hidayatallah N, Silverstein LB, Stolerman M i sur. Psychological stress associated with cardiogenetic conditions. *Per Med* 2014; 11(7):631-640.
23. Hughes M, Dote-Kwan J, Dolendo J. Characteristics of maternal directiveness and responsiveness with young children with visual impairments. *Child: Care, Health and Development* 1999;25(4):285-298.
24. Jamieson N, Fitzgerald D, Singh-Grewal D i sur. Children's experiences of cystic fibrosis: a systematic review of qualitative studies. *Pediatrics* 2014; 133(6):e1683-97.
25. Jordan B, Franich-Ray C, Albert N i sur. Early mother-infant relationships after cardiac surgery in infancy. *Archives of Disease in Childhood* 2014; 99(7): 641 - 645.
26. Keil S, Fielder A, Sargent J. Management of children and young people with vision impairment: diagnosis, developmental challenges and outcomes. *Arch Dis Child* 2017; 102(6):566-571.
27. Kogon AJ, Vander Stoep A, Weiss NS i sur. Depression and its associated factors in pediatric chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 2013; 28(9):1855-61.
28. Kondryn HJ, Edmondson CL, Hill J i sur. Treatment non-adherence in teenage and young adult patients with cancer. *Lancet Oncol* 2011;12(1):100-8.
29. Kouwenberg M, Rieffe C, Theunissen SC, de Rooij M. Peer victimization experienced by children and adolescents who are deaf or hard of hearing. *PLoS One* 2012;7(12): e52174.
30. Kral A, O'Donoghue GM. Profound deafness in childhood. *N Engl J Med* 2010; 363(15):1438-50.
31. Kumar R, Warner-Czyz A, Silver CH i sur. American parent perspectives on quality of life in pediatric cochlear recipients. *Ear Hear* 2015 ;36(2):269-78.
32. Landsberger SA, Diaz DR, Spring NZ i sur. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2014;45(1): 42-51.
33. Lindvall K, von Mackensen S, Elmståhl S i sur. Increased burden on caregivers of having a child with haemophilia complicated by inhibitors. *Pediatr Blood Cancer* 2014; 61(4):706-11.
34. Lopes M, Ferraro A, Koch VH. Health-related quality of life of children and adolescents with CKD stages 4-5 and their caregivers. *Pediatr Nephrol* 2014; 29(7):1239-47.
35. Mårtensson A, Tedgård U, Ljung R. Prenatal diagnosis of haemophilia in Sweden now more commonly used for psychological preparation than termination of pregnancy. *Haemophilia* 2014; 20(6):854-8.
36. McCullough C, Price J. Caring for a child with cystic fibrosis: the children's nurse's role. *Br J Nurs* 2011;20(3):164-7.
37. Moeller MP, Carr G, Seaver L i sur. Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: an international consensus statement. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2013;18(4):429-45.
38. Morgan D. Caring for dying children: assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatr Nurs* 2009; 35(2):86-90.
39. Naranjo D, Mulvaney S, McGrath M i sur. Predictors of self-management in pediatric type 1 diabetes: individual, family, systemic, and technologic influences. *Curr Diab Rep* 2014;14(11):544.
40. Pimperton H, Kennedy CR. The impact of early identification of permanent childhood hearing impairment on speech and language outcomes. *Arch Dis Child* 2012; 97(7):648-53.
41. Pinquart M, Pfeiffer JP. Perceived social support in adolescents with and without visual impairment. *Res Dev Disabil* 2013; 34(11):4125-33.
42. Rahi JS, Cable N; British Childhood Visual Impairment Study Group. Severe visual impairment and blindness in children in the UK. *Lancet* 2003; 362(9393):1359-65.
43. Resch F, Meyenberg K, Goldbeck L. Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik sowie chronische soma-

- tische Erkrankungen mit psychischer Beteiligung. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. auflage. Springer; 2012, str.679- 715.
44. *Seiffge-Krenke I*. The highly structured climate in families of adolescents with diabetes: functional or dysfunctional for metabolic control? *J Pediatr Psychol* 1998;23(5): 313-22.
 45. *Schwartz DD, Wasserman R, Powell PW i sur*. Neurocognitive outcomes in pediatric diabetes: a developmental perspective. *Curr Diab Rep* 2014; 14(10):533.
 46. *Steinhausen HC*. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
 47. *Stevenson J, McCann D, Watkin P i sur*. Hearing Outcomes Study Team. The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51(1):77-83.
 48. *Stevenson J, Kreppner J, Pimperton H i sur*. Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(5):477-96.
 49. *Swallow VM, Hall AG, Carolan I i sur*. Designing a web-application to support home-based care of childhood CKD stages 3-5: qualitative study of family and professional preferences. *BMC Nephrol* 2014;15:34.
 50. *Tadić V, Pring L, Dale N*. Are language and social communication intact in children with congenital visual impairment at school age? *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51(6):696-705.
 51. *Teixeira CG, Duarte Mdo C, Prado CM i sur*. Impact of chronic kidney disease on quality of life, lung function, and functional capacity. *J Pediatr (Rio J)* 2014;90(6):580-6.
 52. *Temming P, Jenney ME*. The neurodevelopmental sequelae of childhood leukaemia and its treatment. *Arch Dis Child* 2010;95(11):936-40.
 53. *Torres-Ortuño A, Cuesta-Barriuso R, Nieto-Munuera J*. Parents of children with haemophilia at an early age: assessment of perceived stress and family functioning. *Haemophilia* 2014; 20(6):756-62.
 54. *Tsiouli E, Alexopoulos EC, Stefanaki C i sur*. Effects of diabetes-related family stress on glycemic control in young patients with type 1 diabetes: Systematic review. *Can Fam Physician* 2013;59(2):143-9.
 55. *van Gent T, Goedhart AW, Treffers PD*. Characteristics of children and adolescents in the Dutch national in- and out-patient mental health service for deaf and hard of hearing youth over a period of 15 years. *Res Dev Disabil* 2012; 33(5):1333-42.
 56. *van Gent T, Goedhart AW, Treffers PD*. Self-concept and psychopathology in deaf adolescents: preliminary support for moderating effects of deafness-related characteristics and peer problems. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52 (6):720-8.
 57. *Wehmeier PM, Barth N*. *Psychische Störungen bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen*. U: Remschmidt H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einführung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 355-364.
 58. *Williams DT, Pleak RR, Hanesian H*. *Neurological disorders*. U: Lewis M, ur. *Child and adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 636-50.

Epilepsije u djece i adolescenata

Ivan Begovac, Ivana Jedvaj Šumski

SADRŽAJ

52.1. Uvod, definicije, klasifikacije	700
52.2. Klinička slika, psihički komorbiditeti, posljedice	701
52.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	703
52.4. Etiopatogeneza, klinička vinjeta	703
52.5. Terapija, tijek	703
52.6. Terapija epilepsije	704
52.6. Upute za roditelje/nastavnike	705
52.7. Često postavljena pitanja	705
52.8. Pitanja	706
52.9. Literatura	706

52.1. Uvod, definicije, klasifikacije

Potrebno je razlikovanje termina **epileptičkih napadaja od epilepsije ili epileptičkih sindroma**. **Epileptični napadaj** prolazna je pojava znakova i/ili simptoma koji nastaju zbog abnormalnog, prekomjernog sinkronog neuronalnog izbijanja (Fisher i sur. 2017). Uzroci epileptičnih napadaja mogu biti primarni (posljedica izravnog oštećenja /nokse/ mozga) i sekundarni (posljedica poremećaja općega stanja organizma kao npr. opće infekcije). Epileptički napadaj nastaje zbog elektrofiziološkog pražnjenja skupine neuronskih krugova, što je uzrokovano biokemijskim promjenama elektrolita koje dovode do depolarizacije potencijala membrana. U literaturi postoji definicija **epilepsije** koja se karakterizira kao poremećaj mozga uz stalnu predispoziciju za stvaranje epileptičkih napadaja. Općeniti kriteriji za postavljanje dijagnoze epilepsije jesu: 1. dva epileptička napadaja koja su neprovocirana (ili refleksna) s razmakom od najmanje 24 sata, 2. jedan neprovocirani (ili refleksni) napadaj s vjerojatnošću daljnjih napadaja sličnog općem riziku za povratom (više od 60 %) nakon dvaju neprovociranih napadaja, a koji se pojavljuju sljedećih deset godina; 3. dijagnoza elektrokliničkog sindroma koja je dobno ovisna (Fisher i sur. 2014). Kod epileptičkih napadaja važno je nekoliko pitanja. Prvo: Kakav je nastup i početak napadaja? Važno je gdje u mozgu počinje napadaj. Drugo: Je li svijest očuvana ili nije? Treće pitanje: Postoje li motorni ili nemotorni napadaji?, te četvrto: Je li riječ o provociranim ili neprovociranim epileptičkim napadajima?

U **tablici 52.1.** prikazane su osnovne podjele epileptičkih napadaja, koje će biti objašnjene u tekstu.

Kako je prikazano u tablici, međunarodna liga za epilepsiju (ILAE 2018) dijeli **epileptičke napadaje**, prema početku, na **generalizirane, žarišne i nepoznata početka** (npr. nedostaje dovoljno informacija, napadaj se dogodi u snu, osoba živi sama itd.) (Fisher i sur. 2017; Scheffer i sur. 2017). Načelno, **svjesnost** je oštećena kod generaliziranog početka, dok kod žarišnih može biti očuvana svjesnost, ili pak može biti i prisutno oštećenje svjesnosti. **Žarišni** nastup (prije su se nazivali **parcijalnim napadajima**): nastaju u jednoj strani mozga, odnosno u jednoj grupi moždanih stanica (nastaju obično zbog strukturnih oštećenja). Žarišni napadaji mogu biti uz očuvanu svjesnost (tzv. jednostavni parcijalni napadaj), kao i uz poremećaj svijesti (tzv. kompleksni parcijalni napadaj). S obzirom

na **motorne pokrete**, kod **žarišnog nastupa motorni znakovi** mogu biti kontinuirane ritmične kretnje (klonički napadaji), mišići postaju slabi ili opušteni (atonija); mišići postaju napeti ili rigidni (tonički napadaji), kratko motoričko trzanje (mioklonus) ili epileptički spazam (tijelo se stalno savija ili rasteže). Mogu biti prisutni i automatizmi ili repetitivni automatski pokreti, kao što je pljeskanje ili brisanje rukama, pokreti usnicama i žvakanje ili trčanje.

Nemotorni simptomi kod žarišnog nastupa mogu uključivati promjene osjeta (senzibiliteta), osjećaja, mišljenja ili kognicije, autonomnih funkcija (npr. GI senzacije, valovi vrućine ili hladnoće, lupanje srca itd.) ili manjak pokreta (tzv. bihevioralni arest ili ponašajni zastoj). Pri ovom, zadnjem obliku osoba samo zuri u nešto i ne radi nikakve pokrete. Žarišni se napadaji mogu proširiti, zahvatiti korteks obje hemisfere, što se zatim očituje kao **generalizirani napadaj** u kojemu je svijest poremećena (Fisher i sur. 2017; Scheffer i sur. 2017). **Generalizirani** nastup označuje da su ishodište obje hemisfere ili grupe stanica u objema moždanim hemisferama. Ovamo ubrajamo, prema vrstama napadaja, npr. toničko-kloničke, apsans te atonične oblike i oni najčešće nastaju zbog metaboličkih ili zbog genskih poremećaja. Kod generaliziranog nastupa svijest je, u pravilu, oštećena. U odnosu prema **motornim pokretima** kod **generaliziranog nastupa** motorni simptomi mogu biti kontinuirane ritmične kretnje (klonični napadaji), mišići postaju slabi ili opušteni (atonija); mišići postaju napeti ili rigidni (tonički napadaji), kratko motoričko trzanje (mioklonus) ili epileptički spazam (tijelo se stalno savija ili rasteže). **Nemotorni simptomi** kod generaliziranog nastupa nazivaju se napadajima **apsansa**. Mogu biti tipični ili atipični (zagledavanje). Apsans napadaji mogu uključivati dodatna kratka motorička trzanja (mioklonus) koja mogu zahvatiti dio tijela ili npr. samo vjeđu oka. Kod **epileptičkih napadaja nepoznatog početka** motorički su pokreti opisani ili kao toničko-klonički ili epileptički spazmi. Nemotorni napadaji uključuju bihevioralni zastoj ili apsans.

Nakon što se odredi **tip epileptičkog napadaja** (prethodno opisano) procjenjuje se **tip epilepsije** koji može biti **žarišni, generaliziran, mješoviti (žarišni i generalizirani) i nepoznati** (Scheffer i sur. 2017). Nakon procjene tipa epilepsije dolazi se do pojedinih **epileptičkih sindroma** (Scheffer i sur. 2017). **Epileptički sindromi** definiraju se prema skupinama (klasterima) simptoma s obzirom na različita obilježja: prema

Tablica 52.1.

Podjela tipova epileptičkih napadaja

Modificirano prema Fisher i sur. 2017; Scheffer i sur. 2017

Prema nastanku ili seizure types	Prema očuvanoj svijesti	Prema motoričkim pokretima	Posebna napomena
žarišni (parcijalni)	- nema oštećene svijesti: jednostavni parcijalni napadaji - može biti djelomično oštećena svijest: kompleksni parcijalni napadaj	- motorički pokreti: klonički, atonija; tonički, mioklonus, epileptički spazam, automatizmi ili repetitivni automatski pokreti - nemotorički pokreti: promjene osjeta (senzibiliteta), osjećaja, mišljenja, kognicije, autonomnih funkcija (npr. GI senzacije, valovi vrućine ili hladnoće, lupanje srca itd.) ili manjak pokreta (tzv. bihevioralni arest ili ponašajni zastoj)	- mješoviti žarišni i bilateralno toničko-klonički
generalizirani	oštećena svijest	- motorički pokreti: klonički, atonija, tonički, mioklonus ili epileptički spazam - nemotorički pokreti: apsans (tipični i atipični)	/
nepoznato	/	Motorički: slično kao gore, uključujući toničko-klonički; Nemotorički: slično kao gore, uključujući apsans	neklasificirani

tipu ili tipovima napadaja, dobi u kojoj počinju napadaji, prema uzrocima napadaja, jesu li napadaji nasljedni, koji je dio mozga zahvaćen, prema čimbenicima koji provociraju napadaje i koliko su česti napadaji, prema obliku napadaja tijekom dana, obliku EEG-a tijekom napadaja i između napadaja, prema nalazima slikovnih prikaza, npr. MR mozga, informacijama o genskim pretragama, prema tome postoje li drugi poremećaji, osim napadaja, te kolika je predikcija pogoršanja ili poboljšanja.

Sadašnja etiološka podjela epilepsija uključuje sljedeće kategorije: **genske** (nastaju kao posljedica defekta gena na kromosomskoj ili na genskoj razini, ne nužno nasljedna, nerijetko posljedica *de novo* mutacija), **strukturne** (posljedica strukturne abnormalnosti mozga koje mogu biti stečene npr. inzult, trauma, infekcija ili genski uzrokovane), **metaboličke** (određena metabolička abnormalnost povezana je s mnogo većim rizikom za razvoj epilepsije), **imunodne** (uzrokovane imunodivulzivnim odgovorom na upalu u središnjem živčanom sustavu), **infektivne** (uzrokovane infekcijom središnjega živčanog sustava npr. tuberkuloza, HIV, malarija, toksoplazmoza) i **nepoznatog uzroka** (dosad razvijenim metodama nije moguće odrediti uzrok) (Scheffer i sur. 2017). Trećinu epilepsija ne možemo svrstati ni u jednu od navedenih kategorija te one ulaze u skupinu **neklasificiranih epilepsija** (Scheffer i sur. 2017).

Prevalencija epilepsija je od 0,5 do 1 % u populaciji. Četvrtina ih započinje prije 20. godine života (Steinhausen 2010). Epilepsija je najčešća kronična neurološka bolest pedijatrijske dobi i povećava rizik od pojave psihopatologije u toj populaciji (Otero 2009; Plioplys i sur. 2007). Epilepsije su u MKB-10 obuhvaćene kategorijama od G40 – 41, odnosno, prema DSM-5 klasifikaciji, mogu se očitovati nizom psihijatrijskih dijagnoza (npr. delirij, katatonija, psihotični poremećaj uzrokovan zbog medicinskih razloga, neurokognitivni poremećaj povezan s medicinskim stanjima, depresija, anksiozni poremećaji, poremećaji prilagodbe itd.).

52.2. Klinička slika, psihički komorbiditeti, posljedice

U uvodu je ukratko opisana neurološka klinička slika, dok će se ovdje pažnja posvetiti psihičkim simptomima i sindromima, odnosno psihičkim komorbiditetima ili psihičkim posljedicama. Načelno se mogu razlikovati epizodični i trajni psihički poremećaji vezani za epilepsiju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011 (a)). Općenito se može reći da je povećan rizik od razvoja psihičkih poteškoća kod epilepsije (do trećina osoba s epilepsijom). Oduvijek je u literaturi bilo pokušaja da se odredi specifičnost psiho-

loške kliničke slike poremećaja kod pojedinih oblika epilepsija, ali danas se smatra da te specifičnosti nema (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Na opću kliničku sliku utječe više čimbenika: 1. čimbenici povezani s organskim uzrocima: peri-iktalna stanja (prodromi, aura, automatizmi, strahovi), postiktalna stanja (konfuzija, umor, razdražljivost, paranoidna stanja); interiktalna stanja (poremećaji ponašanja); 2. važan je početak bolesti, kao i kroničnost poremećaja, dodatne intelektualne teškoće, tip napadaja i forme epilepsije; 3. dodatni poremećaji funkcije mozga (poremećaji govora i jezika); 4. psihosocijalni čimbenici; 5. utjecaj antiepileptičke terapije, npr. djeca su osjetljivija na nuspojave pa tako npr. fenobarbiton i benzodiazepini mogu uzrokovati sedaciju, razdražljivost, nemirno ponašanje; gabapentin može pojačati hiperaktivnost i poteškoće učenja, topiramidat može uzrokovati usporenje kognitivnih sposobnosti; 6. te socijalni i psihodinamski čimbenici (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011 (a)).

U otprilike trećine oboljelih od epilepsije (prema 6,6 % u općoj populaciji te 11,6 % u populaciji djece s drugim kroničnim bolestima) prisutni su psihički poremećaji, i to uglavnom depresivni i anksiozni poremećaji (Otero 2009). Iako su simptomi depresivnog poremećaja česti u djece i adolescenata s epilepsijom, često ostanu neprepoznati (Reilly i sur. 2011). Anksioznost i anksiozni poremećaj mogu biti jednako učestali i onesposobljujući, no oni su manje proučavani, a može ih biti i teže prepoznati u djece. Sami napadaji mogu otežati identifikaciju simptoma anksioznosti, strah od napadaja ili ozljeda mogu dovesti do simptoma sličnih agorafobiji, a mogu razviti i separacijsku anksioznost. Pokatkad je teško razlikovati napadaje i panične atake koje mogu izgledati kao kompleksni parcijalni napadaj. Strah od napadaja u javnosti može uzrokovati simptome slične socijalnoj fobiji i rezultirati povlačenjem djeteta iz društva i normalnih aktivnosti. Treba uzeti u obzir i moguće nuspojave anti-epileptika (Reilly i sur. 2011). Kanner opisuje bidirekcionalan odnos epilepsije i psihijatrijskih poremećaja: oboljeli od epilepsije imaju veći rizik od razvoja psihijatrijskih poremećaja, ali isto tako pacijenti s primarno psihijatrijskim poremećajem imaju veći rizik od razvoja epilepsije (Kanner 2013).

Postoji značajna povezanost između epilepsije i drugih psihičkih simptoma ili poremećaja: IT i specifični neurorazvojni poremećaji; neurokognitivni poremećaji (akutne slike delirija; kronične kliničke slike

neurokognitivnih poremećaja); katatonija, psihosocijalni problemi (socijalna integracija; planiranje zanimanja i rehabilitacija) (Steinhausen 2010). Vidjeti moguću diferencijalnu dijagnozu i kliničku sliku u poglavlju o hitnim stanjima (vidi posebno poglavlje 26 i tabl. 26.4.), kao i poglavlje 53 o neurokognitivnim poremećajima. Oko 25 % djece s epilepsijom ima intelektualne teškoće (IQ < 70), u njih ima više druge, dodatne psihopatologije, ali se psihički poremećaji u takve djece malokad prepoznaju i rijetko liječe. Ima teškoća i u postavljanju dijagnoze jer se ne mogu primijeniti neki dijagnostički kriteriji kao za djecu bez IT-a (Reilly i sur. 2011).

Danas više nije prihvatljivo govoriti o poremećaju ličnosti povezanom s epilepsijom. Drugi reaktivni simptomi koji mogu biti prisutni jesu npr. strahovi, izbjegavajuće ponašanje zbog straha od smrti, konverzivni simptomi (bolovi u trbuhu, glavobolje), opsesije. Moguća je kombinacija epilepsije i konverzivnih napadaja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Histerični napadaji mogu preuzeti funkciju gubitka prihvaćanja i pažnje, kada se provede uspješna antiepileptička terapija (Steinhausen 2010). Dodatno mogu biti prisutni prekomjerno zaštićujući i anksiozni roditelji, kao i stigmatizirajući učinci okoline i socijalna izolacija. Mogu biti izraženi i patološka ovisnost o jednoj osobi, suicidalnost (oprez pri uporabi fenobarbitona), manjak unutarnjih kontrolnih granica, kao i negativno samopoštovanje. Komplicirajući učinak mogu imati neurološke nuspojave (nistagmus, ataksija, somnolencija) i psihičke nuspojave antiepileptika (poremećaja pažnje i učenja te iritabilnost) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U samo oko 1 % osoba s epilepsijom, pri tome u djece rjeđe nego u odraslih osoba, razvija se psihotični poremećaj, paranoidno halucinatornog tipa (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011 /a/; Steinhausen 2010). U ovom slučaju potrebno je uz uporabu antipsihotika (oni sami obično nisu dovoljni) smanjiti dozu antiepileptika, računajući na moguću pojavu epileptičkih napadaja, te se, u pravilu, psihotični simptomi povlače.

U oko 5 % pacijenata nalaze se epizodični psihički poremećaji, kao što je delirij. Apsansi mogu biti povezani s motoričko mioklonim napadajima. Ovi, zadnji mogu biti povezani s epizodičnim poremećajima raspoloženja u obliku disfornično-depresivnog, a rjeđe u obliku agresivnih stanja. Rizik od razvoja psihičkih smetnji nose i obiteljski čimbenici, kao i dodatni psihosocijalni problemi uz eventualno oštećenje socijalne

integracije. Kod laika postoji prekomjerna procjena hitnih mjera, kao i praznovjerja o tome da prisustvovanje jednom napadaju može psihički oštetiti drugu djecu. Pri planiranju zanimanja može postojati ipak širi spektar zanimanja nego što se to u prvi mah čini. Isključena su zanimanja koja uključuju radove na visini. Jedan od čimbenika biranja zanimanja može ovisiti i o tipu epilepsije.

Posebno pitanje mogu biti „okidači“ (komplicirajući čimbenici) epileptičkog napadaja; oni mogu biti različiti u svakog pojedinca. To mogu biti uporaba alkohola, vježbanje, zaslepljujuća svjetla, opća bolest, hiperventilacija, smanjenje doze antiepileptika, uzimanje drugih lijekova, menstrualni ciklus, propuštena doza lijeka, nedostatak sna, uzimanje droga ili stimulirajućih napitaka, kao i stres i druge osobine ličnosti.

52.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Dijagnostički se provode detaljna anamneza s kliničkom eksploracijom, neurološki pregled, laboratorijski nalazi, EEG i slikovni prikazi mozga. Primjenjuju se i standardizirane skale za ispitivanje ponašanja, kao i neuropsihološki testovi za procjenu kognitivnih sposobnosti i specifičnih deficita.

Diferencijalnodijagnostički, treba razlikovati sinkope, prolazne (tranzijentne) ishemijske atake, hipoglikemije, migrene s konfuzijom, poremećaje spavanja, uključujući narkolepsiju i druge sindrome, poremećaj motoričkih pokreta (tikovi, distonije, tremori) te metaboličke poremećaje. Od psihičkih poremećaja u obzir treba uzeti panične atake, neepileptičke (psihogene) napadaje, psihogene sinkope, a dolazi u obzir i artifičijalni poremećaj, Münchhausenov sindrom preko posrednika i zlostavljanje (ILAE 2018). Često može doći do zamjene sinkope i epileptičkih napadaja, a ova stanja mogu biti i u komorbiditetu, što dodatno komplicira kliničku sliku. Migrena može biti povezana s vrtoglavicom, vizualnim halucinacijama, aurom, promijenjenom svijesti i globalnom amnezijom te se pokatkad teško može razlikovati od epilepsije.

Poseban je izazov razlikovanje pseudoepileptičkih napadaja, pseudosinkope, od „pravih epileptičkih“ napadaja. U [tablici 45.5.](#) (v. posebno poglavlje 45 o disocijativnim poremećajima motorike) prikazana je diferencijalna dijagnoza pseudoepileptičkog napadaja u odnosu prema epileptičkom napadaju (Krasnik i Grant 2012; Morgan i Buchhalter 2015; Remschmidt

2011 (b); Wichaidit i sur. 2015). Svi prije navedeni poremećaji, neurološki, a posebno psihijatrijski, mogu biti u različitom **komorbiditetu**, što dodatno komplicira kliničku sliku (već su prije opisani u tekstu, u uvodu). Kako je prije bilo rečeno, posebno je zanimljiv komorbiditet epilepsije i pseudoepileptičkih napadaja (konverzivnog poremećaja).

52.4. Etiopatogeneza, klinička vinjeta

U uvodu je navedena etiopatogeneza i prema njoj određena klasifikacija epilepsija. Klinička vinjeta: Djevojčici od 13 godina neuropedijatar je dijagnosticirao epilepsiju parijeto-okcipitalnog tipa – senzorni s vizualnom simptomatologijom i autonomnom simptomatologijom, s pripadajućim EEG promjenama. Klinički se to pokazuje najviše trncima u tijelu, te ispadima vidnog polja. Troši uredno propisane antiepileptike. Međutim, u kliničkoj slici dodatno postoje psihički komorbiditeti. Komorbiditeti su relativno nespecifični u simptomatologiji. Često oscilira u raspoloženju, uz izljeve bijesa, a povremeno se dobiva dojam i o koegzistenciji epileptičkih zbivanja i disocijativnog poremećaja (pojava psihogenih sinkopa). Izrazito je usmjerena na vlastito tijelo, npr. na procese opstipacije, mokrenja, te druge somatske funkcije. Slijedi dulje razdoblje dječjega psihijatrijskog liječenja.

52.5. Terapija, tijek

U [tablici 52.2.](#) sažeto su prikazane osnove terapije.

Tablica 52.2.

Osnove terapije epilepsije

Primarno neurološko liječenje (npr. liječenje antiepilepticima i drugim metodama)

Multidisciplinarno liječenje (npr. liječenje komorbiditeta, fizikalna terapija, kirurško liječenje; psihofarmakoterapija itd.)

Psihosocijalne terapije (npr. psioedukacija, psihoterapija /suportivna, kognitivno-bihevioralna; psihodinamska;/ savjetovanje

Liječenje komorbiditetnih poremećaja (npr. autizam, OKP, hiperkinetski sindrom, agresivnost, depresija, panični poremećaj, psihotični poremećaji, neurokognitivni poremećaji);

Rad s roditeljima i obiteljske terapije

52.6. Terapija epilepsije

Liječenje je epilepsije složeno te zahtijeva suradnju neuropedijatara, dječjih i adolescentnih psihijatara, psihologa, neuropsihologa, eventualno neurokirurga. Dodatno mogu biti uključeni fizioterapeuti, logopedi, radni terapeuti i specijalni pedagozi, koji zajedno čine multidisciplinarni tim. Važno je liječenje antiepilepticima i psihosocijalnim mjerama. Posebnosti antiepileptičkog liječenja potrebno je pogledati u neuropedijatrijskim poglavljima ili udžbenicima (Barišić 2016). Izbjegava se, koliko je moguće, politerapija. Važni su stalna kontrola djelovanja i nuspojava lijekova, titracija lijekova te redovite laboratorijske kontrole. Psihološko praćenje može se provoditi kroz psihoedukaciju, psihoterapiju (suportivnu psihoterapiju, kognitivno-bihevioralnu psihoterapiju; psihodinamsku psihoterapiju); savjetovanje roditelja, bračnu i obiteljsku terapiju.

Potrebno je učinkovito liječenje psihijatrijskih komorbiditeta čim se otkriju jer utječu na loše podnošenje antiepileptika, smanjenu kvalitetu života, povećano ekonomsko opterećenje pacijenta i njegove obitelji te zdravstvenog sustava i društva u cjelini (Kanner 2013). Terapija komorbiditeta posebno je izazovna u praksi, a uključuje sljedeće: 1. kod autističnog spektra poremećaja i težih razvojnih poremećaja primjenjuju se bihevioralne intervencije, mogu se pokušati davati selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) kod težih opsesivno-kompulzivnih slika; 2. kod hiperkinetskog poremećaja mogu se davati psihostimulancije, ali s određenim oprezom. 3. pri izljevima bijesa i agresivnim stanjima mogu se davati antipsihotici, npr. risperidon, olanzapin ili kvetiapin. Pri depresivnim stanjima, osim psihosocijalnih intervencija, mogu se davati SIPPS. Panične atake mogu se liječiti privremeno benzodiazepinima, dok ne počnu djelovati SIPPS. Postoji mogućnost eventualne bihevioralne otkočenosti pri davanju benzodiazepina u djece s moždanim (organskim) smetnjama. Kod bipolarnog afektivnog poremećaja, kao i težega hiperkinetskog sindroma mogu se davati karbamazepin, valproat ili noviji antiepileptici. Litij može pojačavati napadaje. Psihotični simptomi u djece češći su nego što se prije mislilo, a antipsihotici kao risperidon, olanzapin i kvetiapin prvi su izbor. Klopazapin treba izbjegavati zbog njegova prokonvulzivnog učinka. Psihofarmakoterapijom se liječe komorbiditetna stanja. Potreban je oprez zbog mogućih međusobnih interakcija antiepileptika i psihofarmaka, npr. sedacija. Preporučuje se nisko davanje doza psihofarmaka, polagana titracija, uz kon-

trolu koncentracije lijekova u krvi. Vidjeti druge posebnosti psihofarmakološkog liječenja u posebnim poglavljima, kao što je *off-label* primjena itd.

Većina djece dobro reagira na terapiju antiepilepticima i nema napadaja tijekom prvih nekoliko godina bolesti. Dugoročno oko 70 % odraslih koji su imali epilepsiju u djetinjstvu postignu stabilnu remisiju s antiepilepticima ili bez njih (Plioplys 2007). Godišnje u oko 10 do 20 % novootkrivenih pacijenata postoji rezistencija u liječenju te su oni eventualni kandidati za kirurško liječenje (Kanner 2013).

Posebno treba istaknuti rad s roditeljima (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U [tablici 52.3.](#) opisane su neke moguće reakcije roditelja i cijele obitelji u odnosu prema djetetu koje ima epilepsiju.

Tablica 52.3.

Moguće karakteristike roditelja i cijele obitelji kod epilepsije u djece.

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Otero 2009; Rodenburg i sur. 2011.

- šok i nevjerica zbog dijagnoze, a posebno zbog nepredvidivosti, opasnosti od ozljeda i komorbiditeta
- faza šoka, nevjerice, bijesa, projekcije bijesa na druge (liječnike), faza razrješavanja i prorade, te konačno faza prihvaćanja bolesti
- previše zaštićujući roditelji, anksioznost roditelja, ovisnost o roditeljima
- odnos prema mogućim operacijama, cijepljenju, mogućnosti putovanja, vožnji automobila, izboru zanimanja
- omjer kontrole napadaja / profil nuspojava
- eventualna socijalna izolacija djeteta

Različite su reakcije roditelja na dijagnozu epilepsije u djeteta koju doživljavaju posebno teškom zbog nepredvidivosti, opasnosti od ozljeda i komorbiditeta (Rodenburg i sur. 2011). Roditelji mogu prolaziti kroz fazu šoka, nevjerice, bijesa, projekcije bijesa na druge (liječnike), fazu razrješavanja i prorade, te konačno kroz fazu prihvaćanja bolesti, slično kao kod drugih somatskih bolesti ili žalovanja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Također je, potrebno poznavati i nesvjesne mehanizme obrane kod roditelja s obzirom na suočavanje s dijagnozom epilepsije, kao što su potiskivanje, projekcija, intelektualiziranje i sublimacija (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Roditelji bi trebali moći usvojiti provođenje terapije epilepsije, olakšati djetetu postizanje razvojnih ciljeva i pomoći mu da se uspješno nosi s bolesti, a za to i sami trebaju proći

zdrav proces prilagodbe, u čemu im mogu pomoći intervencije stručnih službi (Rodenburg i sur. 2011). Liječnik treba pokazati empatiju, podršku, ali i određenu distanciranost. Trebalo bi izbjegavati nerealno davanje pozitivnih nada, kao i drastičnih negativnih prognoza. U psihološkom savjetovanju važna su pitanja npr. kojim se sportom dijete može baviti, koja su dopuštena cjepiva u djece s epilepsijom, kakve su mogućnosti pri putovanjima npr. zrakoplovom, zatim dobivanja vozačke dozvole, vojne službe te izbora zanimanja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Za roditelje djece s epilepsijom najvažniji ishod liječenja jest dobra kontrola napadaja zbog mogućega trajnog štetnog učinka napadaja na razvoj djeteta, zbog remećenja života djeteta i obitelji (zbog samih napadaja i postiktalne smetenosti, potrebne hospitalizacije i liječenja) te zbog mogućih komplikacija (ozljede). Usto im je važno i da lijekovi imaju što manje nuspojava (Berg i Baca 2013). Djeca sa slabijom kontrolom napadaja sklonija su socijalnoj izolaciji i imaju više somatskih smetnji (Otero 2009).

Adolescenti s epilepsijom također su skupina pacijenata koja zaslužuje dodatnu pažnju jer bolest nameće dodatne granice s obzirom na način života i samostalnost u životnom razdoblju kad je posebno važno postizanje neovisnosti, individualnosti i slobode te preuzimanje odgovornosti za vlastito zdravlje i zanimanje. Dijagnoza epilepsije u adolescenciji utječe na obrazovanje, zapošljavanje, društveni život, sigurnost i način života. Često se i u njih nakon postavljanja dijagnoze pojavljuju ljutnja, strah, poricanje i depresija. Uz uobičajene probleme koje donose nepredvidljivi napadaji mogu se pojaviti i psihosocijalni problemi kao npr. socijalna izolacija, smanjeno samopouzdanje, nedostatak samostalnosti, osjećaj da su drukčiji od drugih. Sklonost pobuni i otpor roditeljskom autoritetu, pogotovo prezaštićujućim roditeljima, mogu također pokazivati neuzimanjem lijekova, eksperimentiranjem s alkoholom i drogama, što svakako utječe na kontrolu bolesti. Veoma je važno pacijente i njihove obitelji educirati o njihovoj bolesti. Adolescenti su posebno osjetljiviji na nuspojave lijekova koje utječu na izgled (npr. povećanje tjelesne mase ili akne) (Collins 2011).

Tijek bolesti ovisi o tipu epilepsije, kao i o drugim čimbenicima. Apsansi i temporalne epilepsije imaju dobru prognozu. Nepovoljni prediktori prognoze jesu niži IQ, raniji početak epilepsije, veća frekvencija napadaja, lijevostrani EEG fokus, hiperkinetski poremećaj, dodatni neurokognitivni poremećaj, izljevi bijesa, kao

i pohađanje posebne (specijalne) škole (Steinhausen 2010).

52.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Potrebno je znati osnove o epilepsiji, o različitim tipovima, kliničkoj slici i znanstvenim činjenicama. Treba izbjegavati praznovjerja o epilepsiji, kao što je npr. da se opservacijom epileptičkog napadaja može također dobiti epileptički napadaj.
- ✓ Dijete treba pohvaljivati za pozitivno, treba ga nagraditi za malene uspjehe. Treba ga poticati u aktivnostima koje ono voli, npr. neki hobiji. Djeca se trebaju poticati da imaju što više aktivnosti kao i što više socijalnih kontakata s vršnjacima.
- ✓ S djetetom treba jasno i otvoreno razgovarati o aspektima bolesti.
- ✓ Roditeljima se ne savjetuje pred djetetom opisivati sam epileptički napadaj.
- ✓ Važno je uspostaviti dobru kontrolu epilepsije terapijom, a metode liječenja danas su različite.
- ✓ Treba biti spreman na eventualna hitna stanja kod epilepsije, odnosno na epileptički status, kao i na delirantna stanja.
- ✓ Djeca s različitim tipovima epilepsije mogu imati različite dodatne psihičke probleme koje treba uzeti u obzir.
- ✓ Život obitelji trebao bi biti što je moguće bliži uobičajenom obiteljskom životu. Povremeno treba davati djeci granice i strukturu kao i inače drugoj djeci. Sami se roditelji trebaju povremeno posvetiti sebi, svojim slobodnim aktivnostima, odnosno raditi na sebi i svojim osjećajima.
- ✓ Potrebna je dobra suradnja različitih stručnjaka kod djece koja imaju epilepsiju, a pogotovo stručnjaka iz škole.

52.7. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Koji su mogući psihički komorbiditeti s epilepsijom?

ODGovor: Kao i inače u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, i ovdje su mogući različiti komorbiditeti,

odnosno posljedice. Česti su različiti poremećaji. Mogu biti prisutni akutne kliničke slike (delirij, katatonija, psihotični poremećaji), eksternalizirajući poremećaji (agresija, izljevi bijesa), internalizirajući problemi (depresija, anksioznost) i neurorazvojne smetnje (hiperkinetski sindrom, intelektualne teškoće, autistični spektar poremećaja, specifične razvojne smetnje), kao i neurokognitivni poremećaji (veliki i lagani neurokognitivni poremećaj). Posebno je zanimljiv komorbiditet epilepsije i konverzivnog poremećaja.

■ **PITANJE:** Koja je diferencijalna dijagnoza između epileptičkog napadaja i konverzivnog poremećaja (pseudoepileptičkog)?

ODGOVOR: To je opisano u poglavlju o disocijativnim poremećaju s tjelesnim simptomima.

■ **PITANJE:** Koje su sve mogućnosti liječenja epilepsije?

ODGOVOR: Važno je primarno neurološko liječenje antiepilepticima, kao i drugim neurološkim metodama. Osim ovoga, koristan je i multidisciplinarni pristup, kao i psihosocijalne terapije. Multidisciplinarno liječenje sastoji se od fizikalne terapije, eventualnog kirurškog liječenja, dodatne psihofarmakoterapije itd. Psihosocijalne terapije mogu uključivati savjetovanje, psihoedukaciju, psihoterapiju (suportivna, kognitivno-bihevioralna; psihodinamska). Posebno je važno liječenje komorbiditetnih poremećaja, npr. autizam, OKP, hiperkinetski sindrom, agresivnost, depresiju, panični poremećaj, psihotični poremećaji, neurokognitivni poremećaji. Također su važni rad s roditeljima i eventualne obiteljske terapije. Naglasak psihosocijalnih terapija jest u poticanju razvoja, radu s roditeljima, radu na prihvaćanju poremećaja i ograničenja, te radu na izbjegavanju moguće socijalne izolacije. Psihosocijalne terapije kod epilepsije slične su psihosocijalnim terapijama drugih kroničnih bolesti, uz uvažavanje specifičnosti epilepsije.

■ **PITANJE:** Kakav je stav u kombiniranju antiepileptika i psihofarmaka npr. antipsihotika?

ODGOVOR: Načelno, u dječjoj se psihijatriji preferira davanje jednog lijeka, međutim, postoje i moguće iznimke. Dijete koje ima epilepsiju obično će imati antiepileptičku terapiju koju mu je propisao neuropedijatar. Sukladno kliničkoj slici, ako dijete dodatno ima komorbiditetno i psihički poremećaj, taj, dodatni psihički poremećaj uobičajeno će se liječiti primarno psihosocijalnim metodama. U slučaju perzistiranja psi-

hičkog poremećaja ili težih simptoma dodatno se može primjenjivati i psihofarmakoterapija. Psihofarmakoterapija će uzeti u obzir međusobne interakcije lijekova, a bit će potrebno i redovitije praćenje pacijenta.

52.8. Pitanja

- 1 Navedite osnovne podjele epileptičkih napadaja.
- 2 Navedite dijagnostiku i diferencijalnu dijagnozu epilepsije.
- 3 Navedite psihičke komorbiditete/posljedice epilepsije.
- 4 Navedite moguće psihičke reakcije roditelja/obitelji u djece s epilepsijom.
- 5 Navedite principe multidisciplinarnu i psihosocijalne terapije pri epilepsiji.

52.9. LITERATURA

1. *Barišić N.* Bolesti živčanog sustava i mišića. U: Mardešić D i sur. Pedijatrija. Osmo, prerađeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 2016, str. 951-1038.
2. *Berg AT, Baca CB.* Priorities in pediatric epilepsy research. Improving children's futures today. 2013;1-10.
3. *Collins S.* The psychosocial effect of epilepsy on adolescents and young adults. Nurs Stand 2011;25(43):48-58.
4. *Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A i sur.* ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia 2014 ;55(4):475-82.
5. *Fisher RS, Cross JH, French JA i sur.* Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position paper of the ILAE Commission for classification and terminology. Epilepsia 2017;58(4):522-530.
6. *International League Against Epilepsy (ILAE).* Dostupno na: www.ilae.org. Pristupljeno 1. 5. 2018.
7. *Kanner AM.* Do psychiatric comorbidities have a negative impact on the course and treatment of seizure disorders? Curr Opin Neurol 2013;26(2):208-13.
8. *Krasnik C, Grant C.* Conversion disorder: Not a malingering matter. Paediatr Child Heal 2012;17(5):246.
9. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
10. *Morgan LA, Buchhalter J.* Psychogenic Paroxysmal Non-epileptic Events in Children: A Review. Pediatr Neurol 2015;53(1):13-22.
11. *Otero S.* Psychopathology and psychological adjustment in children and adolescents with epilepsy. World J Pediatr 2009;5(1):12-17.

12. *Plioplys S, Dunn DW, Caplan R.* 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1389–1402.
13. *Reilly C, Agnew R, Neville BGR.* Depression and anxiety in childhood epilepsy: A review. *Seizure* 2011;20(8):589–97.
14. *Remschmidt H.* Psychische Störungen bei zerebralen Anfallsleiden. U: *Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 130-134. (a)
15. *Remschmidt H.* Konversionsstörungen und dissoziative Störungen. U: *Remschmidt H.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einführung.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 257-264. (b)
16. *Rodenburg R, Wagner JL, Austin JK i sur.* Psychosocial issues for children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2011; 22(1):47–54.
17. *Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G i sur.* ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for classification and terminology. *Epilepsia* 2017;58(4): 512-521.
18. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
19. *Wichaidit BT, Østergaard JR, Rask CU.* Diagnostic practice of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) in the pediatric setting. *Epilepsia* 2015;56(1):58–65.

Neurokognitivni poremećaji

Ivan Begovac

SADRŽAJ

53.1. Uvodni aspekti, klasifikacija, etiopatogeneza	709
53.2. Klinička slika	710
53.2.1. Uvodni aspekti.	710
53.2.2. Neurokognitivni poremećaj zbog traumatske ozljede mozga	711
53.2.3. Neurokognitivni poremećaj zbog tumora mozga u djece	712
53.2.3.1. Uvodni aspekti	712
53.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	713
53.4. Terapija, prevencija	714
53.5. Upute za roditelje/nastavnike	716
53.6. Često postavljena pitanja	716
53.7. Pitanja	717
53.8. Literatura	717

53.1. Uvodni aspekti, klasifikacija, etiopatogeneza

Pojedine klasifikacije različito operacionalizirano klasificiraju poremećaje u psihijatriji. Kategorija MKB-10 koja se odnosi na tjelesne (organske, medicinske) poremećaje posebno izdvaja kategoriju F0 – F09 – organski, uključujući simptomatski, mentalni poremećaj, što može imati svoje prednosti (WHO 1993). Ovdje se navode npr. dijagnoze: F05.8 – drugi delirij koji uključuje subakutno konfuzno stanje ili delirij; F06.2 - Organski sumanutni (shizofreniji sličan) poremećaj, koji uključuje paranoidna i paranoidno-halucinatorna organska stanja ili shizofreniji sličnu psihozu u epilepsiji; F06.4 organski anksiozni poremećaj; F07.1 Postencefalitički sindrom; F07.2 Postkomocijski sindrom itd. Oslanjajući se na MKB-10, u različitim udžbenicima dječje psihijatrije ti su poremećaji nazivani na različite načine: Organski psihosindromi (Lempp 2014), poremećaji mozga, uključujući organske psihoze, psihički poremećaji kod kroničnih tjelesnih bolesti i oštećenja (Steinhausen 2010); intelektualne teškoće i stanja demencije, psihički poremećaji s povezanosti s oštećenjem mozga, psihički poremećaji kod epilepsija, psihički poremećaji kod kroničnih bolesti i oštećenja (Remschmidt 2011), što upućuje na vrlo različitu koncepciju ovih „organskih i medicinskih stanja“. Ovo bi se poglavlje stoga moglo nazvati i poremećajima funkcioniranja mozga jer je riječ o heterogenoj skupini poremećaja.

DSM-5 klasifikacija pri svakome pojedinom psihičkom poremećaju navodi mogućnost uzroka kao rezultata izravnog učinka poznate tjelesne bolesti ili utjecaja pojedinih supstancija, npr. psihotični poremećaj zbog drugih medicinskih stanja, a ubraja ga se u skupinu shizofrenog spektra poremećaja (APA 2013). Međutim, DSM-5 navodi posebnu kategoriju **neurokognitivnih poremećaja**, a među njih ubraja **delirij te veliki i lagani neurokognitivni poremećaj**. U ovom se poglavlju neće mnogo govoriti o **deliriju** (opisan u posebnom poglavlju 26 o hitnim stanjima), već će se govoriti o velikom i laganom neurokognitivnom poremećaju. Zbog tog razloga, kao i drugdje u knjizi, kada se bude govorilo o **neurokognitivnim poremećajima**, zapravo će se misliti na na ova dva entiteta (lagani i veliki), a oni se odnose na jasno definirane bolesti koje zahvaćaju SŽS.

Veliki i lagani neurokognitivni poremećaj (engl. *major and mild neurocognitive disorders*) imaju

posebno mjesto u klasifikaciji. DSM-5 klasifikacija razlikuje načelno neurorazvojne poremećaje (koji su više tipični za dječju dob) od neurokognitivnih poremećaja (koji su više tipični za odraslu dob). Međutim, neurokognitivni poremećaji mogu nastati i u dječjoj dobi, tako da zaslužuju našu pažnju. Kategorija neurokognitivnih poremećaja čini heterogenu grupu poremećaja u kojima je primaran klinički deficit u kognitivnom funkcioniranju, koji je više stečen, dakle kada postoje gubitak i smanjenje kognitivnih funkcija, u odnosu prema razvojnim poremećajima koji se nalaze u razvojnoj dobi. S druge strane, mogu biti prisutni i poremećaji koji također imaju kognitivni deficit (npr. shizofrenija, bipolarni afektivni poremećaj), međutim, oni se neće klasificirati kao neurokognitivni. Dakle, neurokognitivni su poremećaji jedinstveni u klasifikaciji jer upućuju na **jasnu medicinsku bolest koje zahvaća mozak**, odnosno može se reći da je riječ o kompromisu i konsenzusu različitih stručnjaka. DSM-5 klasifikacija razlikuje veliki neurokognitivni poremećaj (nekada se to zvalo demencija), a novo je uvedena kategorija laganog neurokognitivnog poremećaja. Ovdje ćemo se u tekstu prikloniti klasifikaciji DSM-5 i ukratko će se opisati poremećaji koji mogu biti vrlo intrigantni za dječje psihijatre, odnosno mogu biti vrlo korisni u razumijevanju djece s nekim medicinskim stanjima koja zahvaćaju izravno funkcioniranje mozga.

U **tablici 53.1.** prikazani su kriteriji za veliki i lagani neurokognitivni poremećaj, a vežu se za **pojedine specifične dijagnoze**. **Specifične dijagnoze** navedene su u tablici, npr. infekcija HIV-om.

Klinička slika ovisi o pojedinim specifičnim bolestima koje zahvaćaju mozak. Kako se vidi iz tablice, mogu, ali ne moraju, biti prisutne druge bihevioralne manifestacije: psihotični simptomi, poremećaj raspoloženja, anksioznost, poremećaji spavanja, dezinhibicije, agitacija, apatija i drugi. Razlika između velikog i laganog neurokognitivnog poremećaja više je dimenzionalna, a u tablici su kriteriji za lagani poremećaja navođeni u zagrada kod općih kriterija. Neurokognitivni poremećaji prema definiciji isključuju delirij (daje se prioritet dijagnozi delirija), međutim, delirij se može pojavljivati u djece s neurokognitivnim poremećajima, dapače, ti neurokognitivni poremećaji predisponirajući su čimbenici za razvoj delirija. Također se daje prioritet davanju dijagnoze poznatih psihičkih bolesti, npr. psihotičnih poremećaja, ili poremećaja raspoloženja, ako ono dominira kliničkom slikom, s

Tablica 53.1.

Kriteriji velikog i laganog neurokognitivnog poremećaja

Modificirano prema DSM-5 (APA 2013).

	Veliki ili lagani neurokognitivni poremećaj
Opći kriteriji	<p>A. Znatno (ili umjereno) kognitivno smanjenje od prethodnog učinka, koje zahvaća jednu ili više kognitivnih domena (kompleksna pažnja, egzekutivne funkcije, učenje, memorija, jezik, perceptivno-motorne sposobnosti ili socijalna kognicija):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. shvaćanje osobe, drugih osoba ili kliničara da postoji znatno (ili lagano) kognitivno smanjenje; 2. znatno (ili umjereno) oštećenje, koje se može utvrditi standardiziranim testovima ili drugim kvantificiranim procjenama. <p>B. Utječe na samostalnost osobe (ili je samostalnost očuvana, ali je otežana).</p> <p>C. Isključuje se delirij.</p> <p>D. Isključuju se poznati drugi psihički poremećaji (npr. depresija, shizofrenija)</p>
Dodatni specifični kriteriji za pojedine bolesti mozga	<p>- Moraju biti ispunjeni opći kriteriji (kriterij A)</p> <p>- Dodatno moraju biti ispunjeni kriteriji za pojedine bolesti mozga (njih ukupno 10): Alzheimerova bolest, fronto-lobarna degeneracija; <i>Lewy body</i> bolest (bolest Lewijevih tjelešaca); vaskularni poremećaj; traumatska ozljeda mozga; uporaba supstancija/lijekova; infekcija HIV-om; prionska bolest; Parkinsonova bolest; Huntingtonova bolest</p>
Druga medicinska stanja koja se odnose na izravno funkcioniranje mozga	<p>A. Moraju biti ispunjeni opći kriteriji.</p> <p>B. Medicinska bolest izravno patofiziološki utječe na neurokognitivni poremećaj.</p> <p>C. Kognitivni deficit isključuje druge specifične neurokognitivne poremećaje npr. infekciju HIV-om.</p> <p>- Ovamo se mogu ubrojiti: primarni i sekundarni tumori mozga, subduralni hematoma, hidrocefalus, hipoksija, endokrine bolesti, nutritivna stanja (deficijencija tiamina ili niacina); infektivne bolesti (posebno meningitisi, encefalitisi); imunosne bolesti; hepatična ili bubrežna insuficijencija, otrovanja; metabolička stanja (npr. metaboličke bolesti); neurološka stanja (epilepsija, multipla skleroza).</p>
Napomena	<p>- Ne moraju, ali mogu biti prisutne bihevioralne manifestacije: psihotični simptomi, poremećaj raspoloženja, agitacija, apatija i drugi. Razlika između velikog i laganog neurokognitivnog poremećaja više je dimenzionalna, u tablici su kriteriji za lagani poremećaj navođeni u zagradama kod općih kriterija.</p>

obzirom na neurokognitivni poremećaj ako nema poznatog medicinskog stanja. Neurokognitivni poremećaji koji počinju u dječjoj dobi i adolescenciji mogu imati veliki utjecaj na posljedični socijalno-emocionalni i intelektualni razvoj i u tom slučaju može se dati **komorbiditetna dijagnoza** pojedinoga neurorazvojnog poremećaja ili intelektualnih teškoća (IT) uz **neurokognitivni poremećaj** da bi se osigurala dostatna širina različitih (re)habilitacijskih mjera. Naime, posebno izazovna može biti diferencijalna dijagnoza kada u postnatalnom razdoblju dijete npr. oboli od meningitisa ili encefalitisa ili ima traumu glave tijekom razvojnog razdoblja i tada je, u pravilu, riječ samo o IT- ako se zadovoljavaju kriteriji za poremećaj. Međutim, s druge strane, dijete može imati IT kao neurorazvojni poremećaj, međutim, zbog nekog razloga, npr.

traumatske ozljede glave ili, nastupa Alzheimerova poremećaja, dolazi do gubitka stečenih već prije dosegnutih kognitivnih sposobnosti. U tom slučaju istodobno se postavlja dijagnoza i **IT-a i neurokognitivnog poremećaja**.

Etiologija po definiciji uključuje različita medicinska stanja koja utječu na funkcioniranje mozga. Međutim, kod patogeneze je riječ o suptilnoj međuigril različitih čimbenika (Gerring i Wade 2012).

53.2. Klinička slika

53.2.1. Uvodni aspekti

Klinička slika tipično ima neuropedijatrijske simptome koji obilježavaju jedno medicinsko stanje npr.

visoka temperatura, meningitički znakovi kod meningizma, uz eventualne psihičke simptome, te je potrebna pedijatrijska dijagnostika. Međutim, katkada je moguće da u početku prevladavaju psihički simptomi, pa je potrebno iskustvo dječjeg psihijatra u dijagnostici mogućih medicinskih stanja, odnosno važan je dodatni pregled kod pedijatra. Kadšto je u praksi potrebno razlučiti je li riječ o psihičkom poremećaju koji ima povezanosti s medicinskim stanjem, ili se radi o psihičkim mehanizmima i psihičkom poremećaju koji je isključivo psihijatrijski, a povremeno će u praksi biti i preklapanja.

Na slici 53.1. prikazani su proces prilagodbe i moguća klinička slika pojedinih poremećaja koja će ovisiti ne samo o primarnom oštećenju mozga nego i o nizu drugih različitih čimbenika.

Važno je promatrati klinički tijek te utvrditi je li riječ o akutnom ili kroničnom stanju. Primjerice, katkada će klinička slika (i posljedična psihijatrijska dijagnoza) i oporavak nakon traumatske ozljede mozga više ovisiti o podršci roditelja i obiteljskog okruženja negoli isključivo o razini oštećenosti mozga (v. poslije u tekstu). Što se tiče terminologije, ovdje se može komplicirati situacija u dijagnostici jer se isto medicinsko stanje može manifestirati različitim psihijatrijskim sindromima. U tablici 26.4 (v. poglavlje 26 o hitnim stanjima) prikazane su ove mogućnosti, kao i različite diferencijalne dijagnoze, npr. trauma mozga može imati dodatnu dijagnozu poremećaja prilagodbe (ili eventualni PTSP), ali i druge dijagnoze: delirij, katatonija zbog medicinskog stanja, psihotični poremećaj povezan s medicinskim stanjem, te neurokognitivni poremećaj s biheavioralnim manifestacijama. U praksi posebno izazovno može biti pitanje o odnosu psihotičnih simptoma i povezanosti s nekim medicinskim stanjem. Naime, korisno je pri svakoj prvoj psihozi pomisliti na mogućnost medicinskog stanja (Lempp 2014). Najvažnija je diferencijalna dijagnoza prema shizofrenim psihozama, što je katkada teško ili gotovo nemoguće razjasniti samo s obzirom na kliničku sliku. Psihoze kod medicinskih stanja, u pravilu, uključuju poremećaje percepcije (halucinacije, iluzije), koje su „više označene bojama“, više se vežu uz realnost, a manje su bizarne i strane halucinacije, uz konkretnije i banalnije sumanutosti, simptomi sumanutosti još nisu „zreli“. Ako uz halucinacije i sumanutosti postoji i poremećaj svijesti, onda to više upućuje na mogućnost medicinskog stanja. Nadalje, svaka psihoza prije 12. godine života vjerojatnije je medicinsko stanje nego

shizofrena psihoza (Lempp 2014). U tablici 53.2. prikazana su neka medicinska stanja koja mogu imati različite mogućnosti psihijatrijskih sindroma (dijagnoza), a s obzirom na mogućnost ishoda akutnih i kroničnih simptoma.

Klinička slika tipičnoga neurokognitivnog poremećaja prikazana je u uvodu ovog poglavlja (v. tabl. 53.1.). Pojedina medicinska stanja i njihove psihosocijalne posebnosti prikazani su drugdje u knjizi (v. poglavlja 50 i 51 o općim aspektima kroničnih bolesti i poglavlje o pojedinim tjelesnim bolestima; također i poglavlje 52 o epilepsiji u djece).

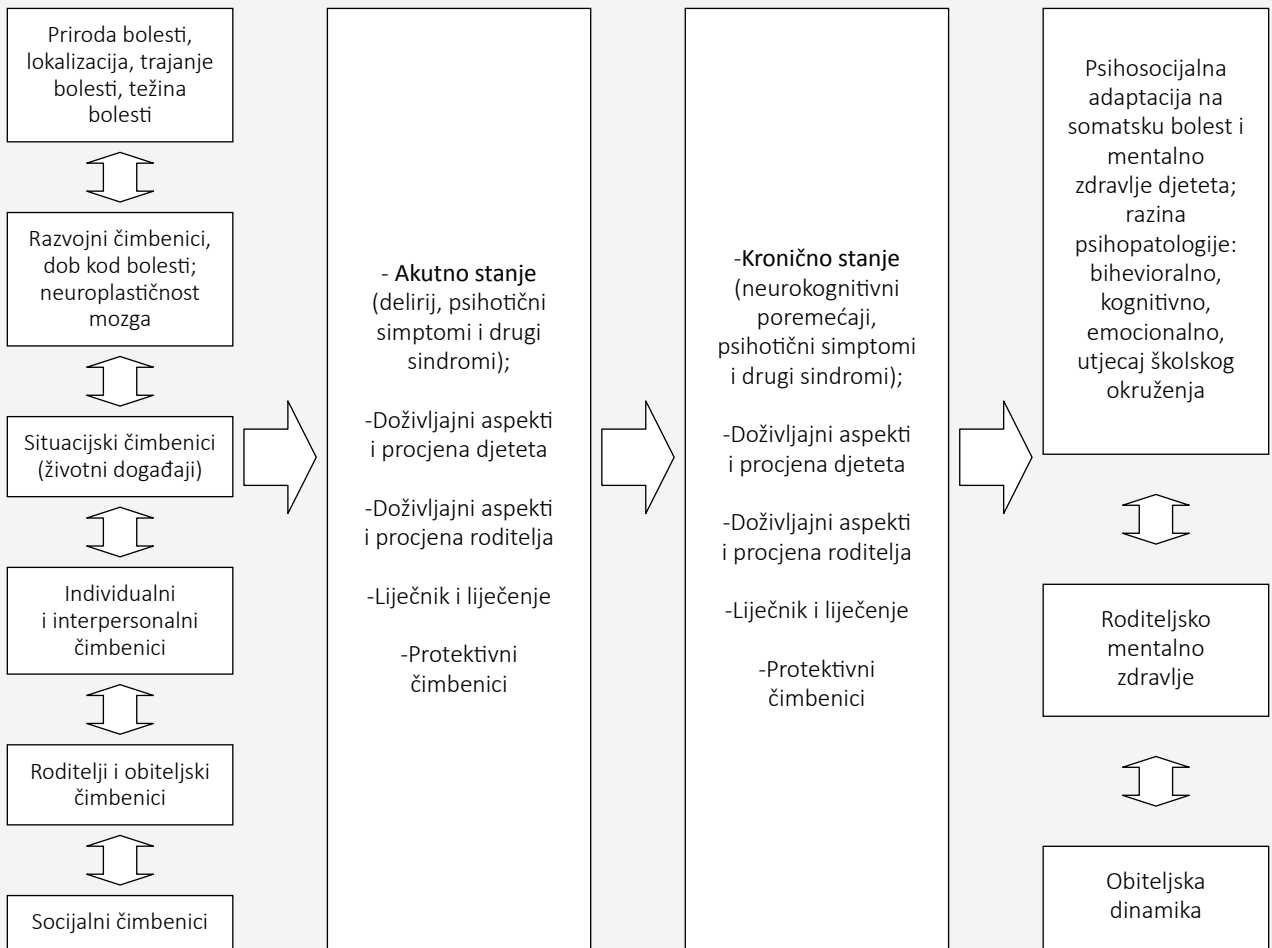
53.2.2. Neurokognitivni poremećaj zbog traumatske ozljede mozga

Ovdje će se kratko opisati neurokognitivni poremećaj zbog traumatske ozljede mozga, koji nije rijedak u dječjoj dobi. Prema DSM-5, postoje opći kriteriji za veliki ili lagani neurokognitivni poremećaj (kriterij A). Kriterij B odnosi se na elemente povezane s traumom mozga (gubitak svijesti; posttraumatska amnezija, dezorijentacija i konfuzija, te drugi neurološki znakovi); kriterij C odnosi se na pojavu i vremensko trajanje neurokognitivnog poremećaja s obzirom na traumu. Dodatno mogu biti prisutni simptomi kašnjenja u razvojnim zadaćama u predškolskog djeteta, iritabilnost, gubitak emocionalne kontrole, agresivnost, hipersenzitivnost na svjetlo i zvukove, povećani umor, promjene raspoloženja, depresija, tjeskoba, neprijateljstvo ili apatija. PTSP može biti diferencijalnodijagnostički izazov, ali može biti i u komorbiditetu.

Terapija akutne kliničke slike (može postojati delirij) orijentira se na eventualne potrebne neurokirurške postupke, kao i umanjivanje moždanog edema, uz pospješivanje moždane cirkulacije i metabolizma mozga. Dodatno se može primijeniti psihofarmakoterapija, u skladu s općim pedijatrijskim principima. Terapija dugotrajnijih stanja iziskuje dobru multidisciplinarnu suradnju, uzimanje u obzir različitih čimbenika, prilagodbu na oštećenja, sudjelovanje u terapijama, psihosocijalne intervencije, primjenu multimodalne terapije, kao i uključenje roditelja i obitelji u strukturirane programe s obzirom na važnost obiteljskog sustava u cjelini (Byard i sur. 2011; Cole i sur. 2009; Li i Liu. 2013; Lax Pericall i Taylor 2014; Ross i sur. 2011). Kognitivne i druge posljedice ovise o djetetovoj dobi, težini traume, kao i o drugim čimbenicima (Garcia i sur. 2015; Li i Liu 2013).

Slika 53.1.

Proces prilagodbe, klinička slika, liječenje i ishodi u djece s medicinskim stanjima koja zahvaćaju SŽS



53.2.3. Neurokognitivni poremećaj zbog tumora mozga u djece

53.2.3.1. Uvodni aspekti

U tekstu koji slijedi navest će se različiti simptomi koji su mogući u dječjoj dobi, a ne samo neurokognitivni simptomi. U usporedbi s tumorima u odrasloj dobi, u djece tumori pokazuju brži rast, češći su u zadnjoj moždanoj jami i učestalije se manifestiraju kao tumori velikog mozga. Jedni su od najčešćih od svih solidnih tumora u dječjoj dobi (Ellenberg i sur. 2009). Manje od 45 % tumora u dječjoj dobi je zloćudno.

U kliničkoj slici psihički simptomi također mogu biti brojni i mogu prethoditi neurološkim. Mogu postojati nespecifični simptomi, kao što su preosjetljivost, afektivna labilnost, manjak školskog uspjeha (Lempp 2014; Steinhausen 2010). S obzirom na neuro-

anatomsku lokaciju, kod tumora postoje mnogi neurološki simptomi i poremećaji npr. hidrocefalus, hemipareza, povraćanja, glavobolje, ataksije i diplopije (dvoslike). Sama lokalizacija tumora, intrakranijalni tlak, ali i liječenje zračenjem ili medikamentima, psihosocijalna situacija, te individualni i obiteljski čimbenici mogu dovesti do različitih psihičkih i neurokognitivnih deficita u području pažnje, sjećanja, jezika i učenja. Također je važna i psihosocijalna adaptacija da ne bi došlo do socijalne izolacije.

Kod određenih tumora lokalizacija može imati specifične simptome. Primjerice, kod tumora malog mozga mogu biti prisutni poremećaji svijesti, delirij, apatija, iritabilnost, regresivno ponašanje, oscilacije raspoloženja. Pri tumorima hipotalamusa mogu biti prisutni poremećaji rasta, poremećaji jedenja i apetita, labilnost afekta, poremećaj ritma spavanje – budnost,

Tablica 53.2.**Prikaz najčešćih medicinskih stanja koja zahvaćaju SŽS s obzirom na mogućnost različite kliničke slike.**

Modificirano prema Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

	Upalne bolesti SŽS-a	Trauma glave i mozga	Otrovanja	Tumori mozga
Nastup simptoma	često akutni	često akutni	često akutni	umjereno
Opći somatski simptomi	vrlo vjerojatno	vrlo vjerojatno	vrlo vjerojatno	umjereno
Neurološki simptomi akutni	vrlo vjerojatno	vrlo vjerojatno	umjereno	vrlo vjerojatno
Neurološki simptomi – kronični	umjereno	umjereno	umjereno	umjereno
Delirij	vrlo vjerojatno	vrlo vjerojatno	umjereno	umjereno
Veliki neurokognitivni poremećaj	manje vjerojatno	manje vjerojatno	manje vjerojatno	manje vjerojatno
Lagani neurokognitivni poremećaj	vrlo vjerojatno	vrlo vjerojatno	vrlo vjerojatno	vrlo vjerojatno
Psihotični simptomi u akutnim fazama	vrlo vjerojatno	umjereno	umjereno	umjereno
Psihotični simptomi u kroničnim stanjima	manje vjerojatno	manje vjerojatno	umjereno	umjereno
Drugi psihički sindromi – akutna i kronična stanja	umjereno	umjereno	umjereno	umjereno

kao i poremećaji nagona. Kod hipofiznih tumora mogu biti prisutni endokrini poremećaji u smislu anoreksije i poremećaji rasta (Lempp 2014). Tumori velikih moždanih hemisfera mogu zbog intrakranijalnog pritiska biti povezani s poremećajem svijesti ili s fokalnim tipovima epilepsija. Tumori u okcipitalnom režnju povezani su s vizualnim halucinacijama, dok su tumori parijetalnog i temporalnog režnja povezani s poremećajima, kao što su agnozije, afazije, te euforično raspoloženje kod tumora frontalnog režnja. Nakon određene terapije mogu perzistirati različiti neurokognitivni simptomi. U literaturi se nalazi PTSP u preživjelih, kao i njihovih roditelja (Bruce i sur. 2011). Dijagnostika i diferencijalna dijagnoza slične su drugim medicinskim poremećajima. Potrebno je razmotriti je li više riječ o akutnim simptomima (neurološki simptomi, delirij, psihotični simptomi) ili o kroničnim kliničkim slikama (veliki i lagani neurokognitivni deficiti; psihotični simptomi).

Primarna terapija jest neurokirurška, radiološka i neuropedijatrijsko-onkološka. Osim ovih mjera potrebno je uzeti u obzir i djetetovu psihosocijalnu situaciju. Multidimenzionalni plan liječenja može uključivati različite vrste terapija (specijalna edukacija, psihoterapija, bihevioralna terapija, savjetovanje roditelja,

fizikalna terapija, medikamentna terapija, usmjerenost prema većoj socijalizaciji i druge vrste terapija) (Schulte i Barrera 2010). Tijek bolesti uvelike ovisi o vrsti tumora. Spororastući, oštro ograničeni npr. astrocitomi imaju bolju prognozu od brzorastućih i infiltrirajućih tumora kao npr. meduloblastomi. Na tijek utječu različiti čimbenici, a jedan je od njih i učinak zračenja. Otprilike oko 50 % djece ima poremećaje ponašanja kao kasne posljedice tumora mozga ili druge neurokognitivne smetnje (Ellenberg i sur. 2009). I nakon uspješnog liječenja mogući su rezidualni funkcionalni simptomi, međutim, s obzirom na plasticitet mozga nije moguće dati jasne zaključke, što nam daje određeni optimizam. Nakon završetka liječenja može zaostajati strah od recidiva, tzv. Damoklov sindrom (v. poglavlje 51 o pojedinim tjelesnim bolestima i tumorima u dječjoj dobi) (Lempp 2014).

53.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Već su u prethodnom tekstu navedeni elementi dijagnostike i diferencijalne dijagnoze. Zapravo svi psihički poremećaji u dječjoj dobi mogu imati u pozadini povezanost s medicinskim stanjima, te ih je potrebno dife-

rencijalnodijagnostički razmotriti (Lempp 2014), odnosno može se reći da klinička slika i nije toliko specifična za pojedine uzročno medicinske čimbenike.

Neurokognitivni poremećaji jasno upućuju na izravan patofiziološki utjecaj neke moždane bolesti (npr. traumatska ozljeda mozga), odnosno za neko opće stanje također se smatra da ima izravan utjecaj na funkcioniranje mozga (npr. epilepsija), tako da je potrebno dijagnostički prvo provesti detaljan pedijatrijski pregled, uz dodatnu laboratorijsku i drugu dijagnostiku. Nakon takve dijagnostike može se dodatno učiniti dijagnostika koja je uobičajena u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji.

U praksi češće može postojati i obratna situacija, da se, naime, djeca prezentiraju dječjem psihijatru s različitim heterogenim psihičkim simptomima, a zapravo pedijatar nije prethodno proveo dijagnostiku. Stoga uvijek dječji psihijatar mora imati na umu tjelesne bolesti koje su izravno povezane s oštećenjem ili funkcioniranjem mozga, odnosno na kognitivno funkcioniranje. U dijagnostici dječjeg psihijatra posebno je važna detaljna anamneza, a posebno se to odnosi na ozljede mozga, mogućnost infektivnih bolesti u djeteta (npr. meningitis), nutritivnu deficijenciju (npr. manjak tiamina, i niacina), kao i na mogućnost tumora mozga ili drugih medicinskih stanja, a koji imaju **vremensku povezanost** s kliničkom slikom (Lempp 2014).

U tom smislu mogu biti važna anamnestička pitanja o tijeku prethodnih hospitalizacija ili operacija, ozljedama mozga i kralježnične moždine, o tome je li dijete bilo u inozemstvu (izloženost nekom infektu), ima li dijete zaostajanje u nekim razvojnim zadaćama koje je već usvojilo, je li dijete u posljednje vrijeme bilo izloženo nekoj infektivnoj bolesti, boluje li dijete od neke poznate neurološke ili somatske bolesti, je li se dijete koristilo nekim drogama/lijekovima, ima li naznaku nutritivnog manjka (npr. manjak tiamina /vitamina B1/; niacina /vitamina B3/; kobalamina /vitamina B12/); itd. (Lempp 2014).

Nadalje, važno je uzeti u obzir premorbidni razvoj, ličnost; odnos nokse (način, težina) i bolesti i promjene ličnosti, ponašanja i funkcija; utjecaj na razvoj djeteta te način suočavanja djeteta i obitelji. Usto, anamnestička se pitanja mogu fokusirati na pitanja je li riječ o akutnoj ili kroničnoj simptomatologiji.

U psihičkom je statusu važno prepoznati je li su katkada postojali simptomi delirija (smetnje pažnje i svijesti, uz druge simptome) ili postoje li sada simptomi deficita kognicije. Važna je laboratorijska dija-

gnostika (krvne pretrage, biokemijske pretrage, hormoni štitnjače, elektroliti, određivanje niacina, tiamina, kobalamina, EKG, EEG, probir na metaboličke bolesti, pretrage na droge, alkohol i druga otrovanja, pretraga likvora, evocirani potencijali, CT i MR mozga, PET skan) (Steinhausen 2010). Obvezan je dodatni pregled kod pedijatra, ali i drugih specijalista. Korisni su psihološka procjena i testiranje koje se koristi mjerenjem sposobnosti i ličnosti, projektivni testovi te neuropsihološki testovi (inteligencija, brzina prorada informacija; jezik i komunikacija; učenje i sjećanje; pažnja; vizualna percepcija; školski uspjeh), te neurološka dijagnostika (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Posebno je važno neuropsihološko testiranje, za koje je poželjno da bude longitudinalno (u više vremenskih točaka) da bi se ispravno moglo kvantitativno utvrditi smanjenost kognitivnih funkcija.

Kod psihoze nejasne geneze ili pri prvom izbijanju jednog psihotičnog poremećaja, a napose u djece mlađe od 12 godina, posebno je posebno učiniti prije navedene pretrage, kao i upućivanje pedijatru, sa sumnjom na „organsku psihozu“, odnosno, prema DSM-5, dali bi prioritet davanju dijagnoze psihotičnog poremećaja ili poremećaja raspoloženja, a ne neurokognitivnog poremećaja.

Posebno može biti izazovna **diferencijalna dijagnoza** neurokognitivnih poremećaja u djece, s obzirom na specifične poremećaje školskih vještina, ili u odnosu prema drugim neurorazvojnim poremećajima. U ovom je slučaju potrebna pažljiva procjena temeljnog statusa kognitivnih funkcija (ako je moguće uopće doći do ovih podataka). **Komorbiditetno** je moguće zajedničko postojanje pojedinih neurokognitivnih poremećaja uz neke druge neurorazvojne poremećaje. Primjerice, trauma mozga u predškolskoga djeteta može komorbiditetno biti povezana sa specifičnim poremećajem školskih vještina.

53.4. Terapija, prevencija

Terapija je vrlo individualizirana s obzirom na etiološki čimbenik i zahtijeva interdisciplinarno liječenje (Lempp 2014). U [tablici 53.3.](#) sumarno su prikazane terapijske mjere.

Kao što se vidi iz tablice, kao akutnu terapiju (kod delirija, katatonije, psihotičnih simptoma) potrebno je primarno liječiti osnovnu bolest, provoditi suportivne mjere (npr. nadoknada tekućine), eventualno dodatno psihofarmakološko liječenje i, u pravilu, poduzeti

intenzivno medicinsko liječenje, koje se provodi na pedijatrijskim odjelima (Lempp 2014). Kod akutnih stanja (delirantnih stanja) najčešće se daje dodatno haloperidol ili risperidon, eventualno i drugi antipsihotici (kvetiapin, olanzapin) (Hatherill i Flisher 2010; Smith i sur. 2009; Turkel i sur. 2012). Treba biti oprezan s upotrebom anksiolitika, npr. benzodiazepina, jer mogu imati paradoksalni efekt dezinhibicije, te se stoga preporučuje da se daju samo u slučaju apstencijskog sindroma od benzodiazepina, ili da se daju uz neki antipsihotik kao dodatak (Hatherill i Flisher 2010). Ako postoje dodatni simptomi katatonije, prioritet je u davanju benzodiazepina, a ne tipičnih antipsihotika (haloperidola), već se mogu davati antipsihotici druge generacije, koje treba primjenjivati s velikim oprezom. Svakako je potrebno praćenje kliničke slike nakon davanja medikamentne terapije. Uz farmakološko liječenje, treba pokušati primijeniti i psihosocijalno liječenje koje, osim djeteta, uključuje i roditelje, npr. prisutnost roditelja, umirujuće mjere, boravak u svijetloj prostoriji, donošenje omiljenih igračkaka djetetu, uz dijete stavljanje omiljene fotografije, umirujuća glazba itd. (Hatherill i Flisher 2010).

Pri dugotrajnijem liječenju spomenutih poremećaja provodi se multidisciplinarna (re)habilitacija u kojoj sudjeluju neuropedijatri, neurokirurzi, neuroradiolozi, neuro-onkolozi, endokrinolozi, dječji psihijatri, dječji psiholozi, fizioterapeuti (motorička terapija), radni terapeuti i edukatori rehabilitatori (vježbe učenja, perceptivni trening, senzorička integracija), koji tijesno surađuju s roditeljima (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Dječji se psihijatri posebno fokusiraju na *liaison* službu, psioedukaciju, psihoterapije, savjetovanje obitelji, obiteljske terapije te na eventualnu psihofarmakoterapiju.

S obzirom na to da je često riječ o kroničnim stanjima, potrebne su dugotrajna terapija i (re)habilitacija (Remschmidt 2011), koje će ovisiti o djetetovu razvojnem stupnju, težini poremećaja, o tome je li riječ akutnim ili kroničnim stanjima, dodatnim komplikacijama, kao i o obiteljskim i psihosocijalnim okolnostima. Svrha terapije nije samo povratak prethodnog načina funkcioniranja ili prethodnog stanja, već je cilj zahtjevniji u smislu poticanja novih vještina tijekom odrastanja (Lempp 2014).

Specifični ciljevi terapije mogu biti usmjereni na kognitivno područje (npr. vježbe pažnje), emocionalno područje (psihoterapija i/ili medikamentno liječenje); socijalno ponašanje (programi treninga, kao i

Tablica 53.3.**Terapija psihičkih poremećaja povezanih s poremećajem mozga****Akutna stanja (delirij, katatonija, psihotični simptomi)**

- Primarno liječenje somatskog stanja (somatsko, neurološko, intenzivno)
- Psihofarmakološko liječenje: primarno haloperidol, risperidon; ili drugi atipični antipsihotici (neuroleptici): kvetiapin, olanzapin. Haloperidol izbjegavati kod katatonih stanja! Mogu se primijeniti i benzodiazepini, ali kao dodatak atipičnim antipsihoticima; benzodiazepini kod katatonih stanja; drugi lijekovi.
- Psihosocijalne mjere: prisutnost roditelja, umirujuće mjere, boravak u svijetloj prostoriji, donošenje omiljenih igračkaka djetetu, umirujuća glazba, prisutnost omiljene fotografije

Kronična stanja (veliki ili lagani neurokognitivni poremećaj)

- Primarno liječenje somatskog stanja (somatsko, neurološko)
- multidisciplinarna rehabilitacija u kojoj sudjeluju neuropedijatri, neurokirurzi, neuroradiolozi, neuroonkolozi, endokrinolozi, dječji psihijatri, dječji psiholozi, fizioterapeuti (motorička terapija), radni terapeuti i edukatori rehabilitatori (vježbe učenja, perceptivni trening, senzorička integracija), koji tijesno surađuju s roditeljima
- Rad s roditeljima
- Obiteljska terapija

eventualna medikamentna terapija); kontrolu impulsa (bihevioralna terapija, eventualno medikamentna terapija); vegetativne simptome (poremećaj jedenja, spavanja); neurološke deficite i sindrome (fizikalna terapija, antiepileptička terapija, vježbe); psihoterapiju (suporativna, kognitivno-bihevioralna, psihodinamska); medikamentno liječenje (ovdje je potreban oprez zbog smanjenja epileptogenog praga, paradoksnog djelovanja lijekova, pogoršanja kognitivnih deficita) (Remschmidt 2011). Kod medikamentne terapije potrebno je zbog osnovne bolesti paziti na moguće interakcije lijekova (Lempp 2014). Osim općih načela terapije, pojedini navedeni entiteti mogu imati svoje terapijske specifičnosti (Remschmidt 2011).

Indikacije za stacionarno dječje psihijatrijsko liječenje mogu biti: 1. dijagnostička procjena i procjena terapijskih mjera; 2. krizne intervencije kod akutnih ugroza sebe ili drugih; 3. intenzivno ciljano liječenje definiranih područja simptomatologije (Steinhausen 2010).

Preventivne mjere mogu biti u nošenju kaciga pri vožnji bicikla i motora, redovito cijepljenje, probir novo-

rođenčadi na metaboličke bolesti, kao i prikladno liječenje antibioticima i antiviralno liječenje kod infektivnih bolesti, što je više u domeni primarnih pedijatar. Prognoza ovisi o pojedinom etiopatogenetskom čimbeniku, a zbog plasticiteta mozga moguće su reparacije. Ako se primarno zbrine osnovna bolest, povoljnija je prognoza različitih psihičkih smetnji (Lempp 2014).

53.5. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ U pristupu psihičkim poremećajima, koji imaju medicinsku osnovu, osim medicinskih razloga, čine se vrlo važni i drugi čimbenici, razvojni čimbenici, cijeli pristup liječenju, a u svemu tome roditelji i obitelj u cjelini imaju svoje istaknuto mjesto.
- ✓ Treba u pojedinom slučaju dobro objektivno utvrditi postojanje medicinskog poremećaja.
- ✓ Osim medikamentnog načina liječenja, vrlo su važne i psihosocijalne intervencije, a posebno prorada određenih kroničnih stanja od cijele obitelji.
- ✓ U kroničnim je stanjima vrlo važan multidisciplinarni pristup.
- ✓ Kod pojedinih entiteta moguć je posttraumatski stresni poremećaj u preživjelog pacijenta ili roditelja, a posebno se to može odnositi na tumore glave i mozga, kao i na traumatsku ozljedu glave i mozga, te to još više iziskuje cjeloviti pristup liječenju.
- ✓ Djeca, kao i njihovi roditelji mogu imati osjećaje krivnje i srama zbog bolesti. Potrebno je to proradivati i umanjivati.
- ✓ Djeca s laganim neurokognitivnim smetnjama mogu se pretjerano opteretiti načinima pristupa ili u školskom okruženju.

53.6. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Kakva je prije bila konceptualizacija specifičnih poremećaja razvoja (komunikacije, jezika, govora) i školskih vještina (disleksija, disgrafija, disklakulija) i specifičnih poremećaj motoričkih vještina i hiperkinetskog sindroma?

ODGOVOR: Prije su pojedini autori ove poremećaje ubrajali u skupinu rano nastalih funkcionalnih poremećaja mozga, koji su izravno povezani s funkcijama

mozga i koji su se nazivali raznim imenima, a danas ih više ne bi trebalo upotrebljavati u smislu sljedećih termina: „lagana rana oštećenja mozga“, „rano nastali egzogeni psihosindrom“, „psihoorganski sindrom“, „minimalno oštećenje mozga“ ili „minimalna cerebralna disfunkcija“, ili pak za oboljele naziv djeca „organski oštećena“.

■ **PITANJE:** Zašto DSM- 5 razlikuje neurorazvojne poremećaje od neurokognitivnih poremećaja?

ODGOVOR: Neurorazvojni poremećaji, prema DSM-5, nastaju u djetinjstvu i u kliničkoj slici imaju hipotetski poremećaj kognicije kao temeljni, dok je tijekom obilježen laganom progresijom. Za razliku od toga, kod neurokognitivnih smetnji riječ je o gubitku već stečenih kognitivnih sposobnosti. Kontroverzna je povezanost neurorazvojni i neurokognitivni poremećaja. Na primjer, moguće je da jedno dijete ima neki neurorazvojni poremećaj (npr. poremećaj jezika), međutim, da s vremenom dođe do pojave sve većeg neurokognitivnog oštećenja (veliki neurokognitivni poremećaj). Ovakva su stanja vrlo rijetka, ali su moguća u praksi. Sljedeća mogućnost jest da jedno dijete koje ima pojedini neurorazvojni poremećaj (npr. intelektualne teškoće), da nakon traume mozga ima sve više smanjena kognitivna postignuća (neurokognitivni poremećaj). U takvom će se slučaju dati obje dijagnoze, respektirajući opće pravilo da ne bude više od tri komorbiditetne dijagnoze.

■ **PITANJE:** Opišite diferencijalnu dijagnozu delirija u odnosu prema psihotičnim simptomima.

ODGOVOR: Načelno, kod delirija je, prema definiciji, u podlozi riječ o somatskome stanju (tijekom upale mozga, trauma, tumora, otrovanja i drugih sistemskih stanja), koje je dokazano i koji se primarno liječi na pedijatrijskim ili neurološkim odjelima. Kod delirija postoji tipična klinička slika i uvijek se daje prioritet toj dijagnozi negoli psihotičnim simptomima. Kod tipične kliničke slike psihoze (unutar shizofrenije ili poremećaja raspoloženja), nema dokazane tjelesne bolesti, u kliničkoj slici dominiraju halucinacije i sumanutosti, ne mora nužno postojati poremećaj pažnje i svjesnosti, ali i može; može nastati također naglo; tipične su bizarne shizofrene sumanutosti i halucinacije. Kod psihotičnih poremećaja koji imaju medicinsku osnovu, npr. kod tumora mozga, mora postojati povezanost s medicinskim stanjem, prisutne su halucinacije, u manjoj mjeri mogu biti prisutne sumanutosti, mogu biti prisutni i poremećaj pažnje i svjesnosti te fluktuira-

jući tijek. Specifičnosti tih poremećaja jesu atipičnost kliničke slike, rana dob te olfaktorne ili vizualne halucinacije.

■ **PITANJE: Kakva je uloga obitelji u pristupu psihičkim poremećajima koji su povezani s medicinskim (organskim) stanjima?**

ODGOVOR: Roditelji su suradnici u liječenju. Osim drugih važnih čimbenika, važan je obiteljski sustav u cjelini prije nastupa poremećaja, kao i tijekom trajanja liječenja, a on posljedično utječe na ishode. Obiteljska prorada poremećaja također se čini od iznimne važnosti, a tako pokazuje i niz istraživanja na ovu temu.

53.7. Pitanja

- 1 Koja je temeljna razlika između neurorazvojnih i neurokognitivnih poremećaja u DSM-5?
- 2 Koji su najčešći etiopatogenetski razlozi psihičkih poremećaja koji su medicinski uzrokovani?
- 3 Koji sve simptomi i sindromi mogu biti prisutni kod psihičkih poremećaja koji su medicinski uzrokovani?
- 4 Navedite kriterije za veliki i lagani neurokognitivni poremećaj, a povezani su s nekim medicinskim stanjem.
- 5 Opišite kliničku sliku delirija te diferencijalnu dijagnozu u odnosu prema psihotičnim simptomima.
- 6 Opišite proces prilagodbe i liječenja u djece sa psihičkim poremećajima povezanim s medicinskim smetnjama.
- 7 Kakva je uloga obitelji u prilagodbi kod psihičkih poremećaja povezanih s medicinskim smetnjama?
- 8 Kakve su mogućnosti liječenja psihičkih poremećaja povezanih s medicinskim stanjima (pri akutnim i kroničnim stanjima)?

53.8. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
2. *Bruce M, Gumley D, Isham L i sur.* Post-traumatic stress symptoms in childhood brain tumour survivors and their parents. *Child Care Health Dev* 2011;37(2):244-51.
3. *Byard K, Fine H, Reed J.* Taking a developmental and systemic perspective on neuropsychological rehabilitation with children with brain injury and their families. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011;16(2):165-84.
4. *Cole WR, Paulos SK, Cole CA i sur.* A review of family intervention guidelines for pediatric acquired brain injuries. *Dev Disabil Res Rev* 2009;15(2):159-66.
5. *Ellenberg L, Liu Q, Gioia G i sur.* Neurocognitive status in long-term survivors of childhood CNS malignancies: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Neuropsychology* 2009; 23(6):705-17.
6. *Garcia D, Hungerford GM, Bagner DM.* Topical review: negative behavioral and cognitive outcomes following traumatic brain injury in early childhood. *J Pediatr Psychol* 2015;40(4):391-7.
7. *Gerring JP, Wade S.* The essential role of psychosocial risk and protective factors in pediatric traumatic brain injury research. *J Neurotrauma* 2012; 29(4):621-8.
8. *Hatherill S, Flisher AJ.* Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. *J Psychosom Res* 2010; 68(4):337-44.
9. *Lax Pericall MT, Taylor E.* Family function and its relationship to injury severity and psychiatric outcome in children with acquired brain injury: a systematized review. *Dev Med Child Neurol* 2014;56(1):19-30.
10. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
11. *Li L, Liu J.* The effect of pediatric traumatic brain injury on behavioral outcomes: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2013; 55(1):37-45.
12. *Remschmidt H.* Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011.
13. *Ross KA, Dorris L, McMillan T.* A systematic review of psychological interventions to alleviate cognitive and psychosocial problems in children with acquired brain injury. *Dev Med Child Neurol* 2011;53(8):692-701.
14. *Schulte F, Barrera M.* Social competence in childhood brain tumor survivors: a comprehensive review. *Support Care Cancer* 2010; 18(12):1499-513.
15. *Smith HA, Fuchs DC, Pandharipande PP i sur.* Delirium: an emerging frontier in the management of critically ill children. *Crit Care Clin* 2009; 25(3):593-614.
16. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
17. *Turkel SB, Jacobson J, Munzig E i sur.* Atypical antipsychotic medications to control symptoms of delirium in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2012; 22(2):126-30.
18. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Shizofreni spektar poremećaja u djece i adolescenata

Ivan Begovac

SADRŽAJ

54.1. Uvod, definicije	719
54.2. Simptomi, klinička slika	719
54.2.1. Pozitivni simptomi	719
54.2.1.1. Sumanutosti, poremećaji ega	719
54.2.1.2. Formalni poremećaji mišljenja	719
54.2.1.3. Halucinacije	719
54.2.1.4. Katatoni (motorni) simptomi	719
54.2.2. Negativni simptomi	720
54.2.3. Kognitivni poremećaji	721
54.2.4. Suicidalnost	721
54.2.5. Mnogobrojnost simptoma	721
54.3. Klasifikacija shizofrenog spektra poremećaja, epidemiologija	721
54.4. Razvoj shizofrene psihoze	723
54.4.1. Uvodni aspekti	723
54.4.2. Premorbidni razvoj	723
54.4.3. Prodromalni simptomi	723
54.4.4. Početak psihotične faze	724
54.5. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	724
54.6. Etiopatogeneza	725
54.6.2. Uvodni aspekti	725
54.6.3. Psihodinamika psihotičnih poremećaja	727
54.7. Kliničke vinjete	727
54.7.1. Vinjeta 1.	727
54.7.2. Vinjeta 2.	728
54.8. Liječenje, prevencija	728
54.9. Tijek, ishodi, prognoza	731
54.10. Upute za roditelje/nastavnike	731
54.11. Često postavljena pitanja	731
54.12. Pitanja	733
54.13. Literatura	733

54.1. Uvod, definicije

Psihozu definiramo kao kompleksni poremećaj odnosa prema sebi i svijetu, odnosno poremećaj odnosa prema stvarnosti (realitetu). Realitet definiramo kao postojanje različitih intersubjektivnih životnih svjetova, pri čemu pojedinac daje značenje ovom realitetu koji se može podijeliti s drugima. Napredovanjem poremećaja, komunikacija s drugima se prekida i individua ulazi u svoj privatni svijet. Sumanutost dolazi na mjesto stvarnosti koja se dijelila s drugima. Vidjeti definicije termina sumanutosti, ego poremećaja, halucinacija, poremećaja mišljenja (v. u posebnom poglavlju 15 o psihopatološkim terminima). Tipični su simptomi sumanutosti i halucinacije, kao i deficiti u području percepcije, shvaćanja, davanja značenja, sjećanja i mišljenja, te gubitak u sposobnosti afektivnog izražavanja (Resch 2003). Za razliku od organskih (medicinskih) psihotičnih poremećaja, koji, u pravilu, imaju dezorijentaciju, delirantno stanje i konfuziju, kod shizofrenije je svjesnost uredna. Međutim, napredovanjem poremećaja mogu dolaziti sve više u prvi plan kognitivni poremećaji.

Shizofrene psihoze u dječjoj i adolescentnoj dobi mogu se definirati prema **istim kriterijima** kao u odraslih (Asarnow 1994; McClellan i Stock 2013; Werry i sur. 1991). Prema dobi razlikujemo: vrlo rano započete psihoze (very early onset) prije 13. godine života; rano započete psihoze (early onset) prije 18. godine života. Psihoze započete prije 21. godine života nazivamo adolescentnim psihozama. Specifičnost shizofrenije dječje i adolescentne dobi jesu sljedeće: nalazimo povećanu frekvenciju šuljajućeg (polaganog) početka, učestaliji razvojno neurološki deficiti, lošija premorbidna adaptacija (oko 50 % premorbidno imaju različita odstupanja), manje izdiferencirana simptomatologija, povećana rezistencija prema liječenju antipsihoticima, kao i lošija prognoza (Eggers i Roepcke 2012; Resch 1992).

54.2. Simptomi, klinička slika

54.2.1. Pozitivni simptomi

54.2.1.1. Sumanutosti, poremećaji ega

O sumanutosti možemo govoriti tek kad se nakon četvrte života stvori socijalna perspektiva drugih, odnosno teorija uma. U predškolsko vrijeme nije jasna granica fantazije i stvarnosti, pa je teže odrediti sumanutosti. U školsko je vrijeme moguće razlikovati soci-

jalnu perspektivu i tada je sumanutost lakše prepoznati. U adolescentnoj su dobi sumanutosti slične odraslima; ali manje su sistematizirane; većinom su prognoštvene (oko 58 do 80 %), ideje odnosa, hipohondrijske ideje (39 %), utjecaja, oštećenja; mistično-religiozne ideje postoje u 11 % adolescenata. Sumanutosti u djetinjstvu manje su sistematizirane, a, ako postoje sumanute ideje, one su prolazne i odnose se na vlastito tijelo (Eggers i Roepcke 2012).

Poremećaji ega jesu poremećaji koji se odnose na cjelovitost i integritet ja-osjećaja. Mogu se pojaviti osjećaji depersonalizacije i derealizacije, ali to nije tipično za shizofreniju, jer može biti i u anksioznim poremećajima. Ego-osjećaj može biti poremećen ili rascijepljen, ego-granica prema van može biti propusna. Tako pacijenti mogu doživljavati da se njihove misli proširuju na druge (emitiranje ili širenje misli); da drugi oduzimaju njihove misli (oduzimanje misli) ili da im se nameću misli drugih. Ego- poremećaji koje navodi Kurt Schneider (1976) imaju visoku shizofrenu specifičnost, odnosno oni su simptomi prvog reda.

54.2.1.2. Formalni poremećaji mišljenja

Formalni poremećaji mogu se dijagnosticirati tek od početka osnovne škole, kada se očituju kao nepovezanost asocijacija, inkoherencija/disocijacija mišljenja, nelogični zaključci. Inkoherencija/disocijacija može se manifestirati u zastojima, bijegom misli, blokadama misli, nepovezanošću tijeka misli i bujicom misli. U težim slučajevima može nastupiti raspad mišljenja. U adolescenciji može dominirati konkretnizam, što je poremećaj apstraktnog mišljenja.

54.2.1.3. Halucinacije

Tek s 3 – 4 godine možemo govoriti o pojedinim halucinacijama u djece (važnost simbolizacije, svijesti o sebi i autobiografsko sjećanje). U školskoj su dobi halucinacije stalnije i prognostički mogu biti benigne (Volkmar 1996). Kod dječje i adolescentne shizofrenije u 80 % slučajeva prisutne su halucinacije. U adolescenciji u prvi plan dolaze auditivne halucinacije (72 %) (imperativne ili dijaloški glasovi), optičke (44 %), cenestetske (30 %) itd. (Resch 1992).

54.2.1.4. Katatoni (motorni) simptomi

U **tablici 26.5.** (v. posebno poglavlje 26 o hitnim stanjima) opisano je, prema DSM-5, ukupno 12 simptoma

Tablica 54.1.**Negativni simptomi kod shizofrenije.**

Modificirano prema APA 2013; Barch i sur. 2017; Strauss i Cohen, 2017.

Motivacijski/volicionalni simptomi	- anhedonija (zahvaćen sistem ugone) - nedostatak voljne spontanosti (engl. <i>avolition</i>) (zahvaćen sistem energije i inicijative, bliže nagonskom) - asocijalnost
Ekspresivne dimenzije	- siromaštvo/zaravnjenost afekta (engl. <i>blunted affect</i>) - alogija

Napomena: termin apatija kod pojedinih autora odgovara zajedničkim terminima avolicije i asocijalnosti pri shizofreniji. Prema psihijatrima, apatija je konstrukt koji se odnosi na psihičke sadržaje (bliže osjećajnom), a ne na tjelesne simptome. Termin avolicije sličan je terminu abulije.

katatonije, a minimalno trebaju biti prisutna tri. U DSM-5 klasifikaciji (APA 2013) katatonija se ubraja kao dodatna odrednica (engl. *specifier*), odnosno može se dodatno odrediti u odnosu prema mnogim somatskim (katatonija povezana s medicinskim stanjima) i psihičkim stanjima (katatonija povezana sa psihičkim poremećajima). Katatonija zauzima specijalno mjesto u DSM-5 klasifikaciji (APA 2013) jer se ne povezuje samo sa shizofrenijom (Dhossche i sur. 2012), odnosno danas se shvaća da je u djece povezana s nizom psihijatrijskih i somatskih stanja (Hauptman i Benjamin 2016).

Najčešće katatoni simptomi mogu biti prisutni ili u izvanrednoj psihomotornoj uzbuđenosti ili povezani s kataleptičkim fenomenima i stereotipijama. S ovim je obično povezan i povećani tonus, koji se naziva voštana savitljivost (*flexibilitas cerea*). Razlikujemo aktivni negativizam, npr. mutističnog pacijenta (kada se pacijent vraća u prvotno stanje nakon što smo ga pokušali pomaknuti), od pasivnog negativizma, kada npr. zamolimo pacijenta da ispruži ruku, međutim, on to ne učini. Stupor označuje budno stanje uz nesposobnost reakcije zbog unutarpsiholoških razloga. Pacijent za vrijeme stupora nije amnestičan, pa će se moći sjećati što je bilo govoreno o njemu dok je bio u stuporoznom stanju.

54.2.2. Negativni simptomi

U tablici 54.1. prikazana je podjela negativnih simptoma kod shizofrenije.

Kako se vidi u tablici, pojedini autori dijele negativne simptome na **motivacijske/volicionalne (anhedonija)** – redukcija intenziteta pozitivnih osjećaja koju navodi pacijent, kao i redukcija sposobnosti iskustva ugone npr. hrana, novac; **nedostatak voljne spontano-**

sti (engl. *avolition*) – redukcija započinjana i stalnosti u aktivnostima koji su orijentirani prema cilju ili, na drugi način rečeno, manjak u motivirajućim samoiniciranim svrhovitim aktivnostima, odnosno anticipacija ishoda koji mogu biti u budućnosti negativni ili pozitivni, odnosno kako osobe mijenjaju svoje ponašanje koje je temeljeno na iskustvo ishoda; **asocijalnost** – redukcija u želji i frekvenciji socijalne interakcije) i **ekspresivne dimenzije (siromaštvo/zaravnjenost afekta /engl. *blunted affect*** – redukcija ekspresivnosti facijalne mimike, s manjkom kontakta oči u oči, vokalnih ili tjelesnih pokreta; kao i **alogija** – redukcija u količini govora) (Barch i sur. 2017; Strauss i Cohen. 2017), uz važan dodatak da, prema nekim autorima, **apatija** u neuroloških bolesnika zapravo odgovara zajedničkim terminima avolicije i asocijalnosti kod shizofrenije. **Apatija** je konstrukt koji se odnosi na psihičke sadržaje, a ne na tjelesne (v. posebno poglavlje 15 o psihopatološkim terminima). Teško je usporediti termin apatije u odnosu prema drugim terminima, ali apatija je termin koji je, prema nekim autorima, bliži osjećajnom. Engleski termin **avolicije** sličan je terminu **abulije** (v. poglavlje 15 o psihopatološkim terminima). Negativne simptome slično klasificira i DSM-5 (APA 2013). Razlika između anhedonije i avolicije jest u tome da se prva više odnosi na hedonistički sistem ugone (bliže je osjećajima i raspoloženju), dok se avolicija više odnosi na manjak energije i inicijative (bliže je nagonskome). Sličnosti između anhedonije i avolicije mogu biti u mogućoj kombinaciji simptoma kada se kombiniraju redukcija osjećaja ugone i interesa (Strauss i Cohen 2017). Negativni simptomi u djece mogu se očitovati kao gubitak školskog uspjeha i socijalno povlačenje. Negativne simptome možemo naći kod

prodromalne faze ili pak kao reziduu pri kliničkom poboljšanju floridne psihoze.

54.2.3. Kognitivni poremećaji

Kognitivnim poremećajima povijesno nije davana važnost, međutim, u posljednje se vrijeme nalaze poremećaji egzekutivnih funkcija pažnje i sjećanja kao važni znakovi rano započete shizofrenije (Brickman i sur. 2004). U adolescenata kognitivni simptomi mogu biti znak rano započete shizofrenije (Guenter 2009), odnosno nalazi se njihova važnost kao jednog od temeljnih uzroka shizofrenog poremećaja koji upućuju na vulnerabilnost (Nuechterlein i sur. 2012).

54.2.4. Sucidalnost

Oko 7 – 15 % shizofrenih osoba umire zbog izvršenog suicida, a otprilike polovica oboljelih od shizofrenije bar jednom pokuša suicid. Pojavljuju se unutar prve dvije godine od prve manifestacije bolesti. Suicidi u akutnoj fazi mogu biti prisutni zbog imperativnih glasova, sumanutog očaja, depresivnosti i agitiranosti. Kod njih nema u pravilu presucidalnog sindroma (Ringel 1969) i suicidi mogu biti bizarni. Najveći se broj suicida pojavljuje ipak nakon akutne faze, kada pacijenti postaju svjesniji svoje bolesti. Zato terapija treba biti šire postavljena, ne samo da cilja na simptome već i na prorađivanje bolesti.

54.2.5. Mnogobrojnost simptoma

Mnogobrojnost simptoma može se grupirati na više načina, različito kod pojedinih autora. E. Bleuler (1911) grupirao ih je na osnovne simptome: poremećaj afekta, gubitak asocijacija, ambivalencija i autizam (takozvani 4A), dok su akcesorni simptomi sumanutosti, halucinacije i katatoni simptomi. K. Schneider (1976) grupira ih na simptome prvog i drugog reda. Većinom su simptomi koje su opisali Bleuler i Schneider danas prihvaćeni u MKB-10 klasifikaciji (WHO 1993). Crow (1985) je shizofreniju podijelio na tip 1. (produktivni simptomi) i tip 2. (negativni simptomi).

54.3. Klasifikacija shizofrenog spektra poremećaja, epidemiologija

Klasifikacija MKB-10 shizofrene poremećaje klasificira na opće simptome potrebne za klasificiranje te na dodatne za pojedine tipove shizofrenije (paranoidna,

Tablica 54.2.

Opći kriteriji za shizofreniju prema MKB-10

Tijekom razdoblja od mjesec dana ili više:

Najmanje jedan od simptoma:

1. pacijent čuje vlastite misli, nametanje ili oduzimanje misli i emitiranje misli;
2. sumanutosti kontrole, utjecaja, sumanuta opažanja, osjećaji pasivnosti;
3. komentirajući ili dijaloški glasovi;
4. bizarne sumanutosti;

ili najmanje dva simptoma:

5. ustrajne halucinacije različita modaliteta;
6. neologizmi, inkoherentno mišljenje;
7. katatoni simptomi;
8. negativni simptomi: apatija, siromaštvo govora, afektivna zaravnjenost

hebefrena, katatona, nediferencirana, postshizofrena depresija, rezidualna, simpleks forma), a vremenski se uzima vrijeme od mjesec dana (WHO 1993). Naime, u [tablici 54.2.](#) prikazani su opći simptomi koji su zajednički za mnoge tipove shizofrenije.

Tablica je ovdje navedena zbog važnosti i specifičnosti pojedinih simptoma. DSM-5 (2013) klasifikacija ovu grupu poremećaja naziva **shizofrenim spektrom poremećaja (SSP)** i drugi psihotični poremećaji, a dokida pojedine podtipove. U SSP ubrajamo shizotipni poremećaj, sumanuti poremećaj, kratki psihotični poremećaj, shizofreniformni poremećaj, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj (bipolarni tip, depresivni tip); psihotični poremećaj radi uzimanja droga/lijevakova; psihotični poremećaj zbog drugih medicinskih stanja; katatonija povezana s drugim psihičkim poremećajima; katatonija zbog drugih medicinskih stanja; nespecificirana katatonija; drugi specifični poremećaji (npr. inducirana psihoza), te neodređeni poremećaji.

U [tablici 54.3.](#) prikazane su diferencijalnodijagnostičke razlike između kratkoga psihotičnog poremećaja, shizofreniformnog poremećaja i shizofrenije, dijagnoza koja su nam najvažniji u praksi za razlikovanje, prema DSM-5 (APA 2013).

Shizotipni poremećaj: označuje poremećaj s ekscentričnim ponašanjem i anomalijama mišljenja i raspoloženja, koji nalikuju na shizofreniju, ali nema jasnih i karakterističnih shizofrenih simptoma. Ubraja se u poremećaje ličnosti, simptomi se pokazuju kao kronični, s različitim intenzitetom. **Perzistentni sumanuti poremećaj:** riječ je o poremećajima koji imaju jednu

Tablica 54.3.**Razlike između kratkoga psihotičnog poremećaja, shizofreniformnog poremećaja i shizofrenije.**

Modificirano prema DSM-5.

Kratki psihotični poremećaj:**A. Jedan ili više simptoma.** Barem jedan simptom mora biti 1. 2. ili 3.

1. Sumanutosti;
2. Halucinacije.
3. Dezorganizirani govor
4. Značajno dezorganizirano ili katatono ponašanje.

B. Barem jedan dan, ali manje od jednog mjeseca

C. Isključni su kriteriji veliki depresivni poremećaj ili bipolarni afektivni poremećaj sa psihotičnom slikom ili drugi psihotični poremećaj kao što je shizofrenija ili katatonija, i ne odnosi se na fiziološki učinak različitih supstancija ili drugoga medicinskog stanja;

Shizofreniformni poremećaj:**A. Dva ili više simptoma** tijekom jednog mjeseca: Barem jedan simptom mora biti 1. 2. ili 3.

1. Sumanutosti;
2. Halucinacije.
3. Dezorganizirani govor
4. Značajno dezorganizirano ili katatono ponašanje,
5. Negativni simptomi

B. Barem jedan mjesec, ali manje od šest mjeseci

C. Isključni kriteriji: shizoafektivni poremećaj, depresivni ili bipolarni afektivni poremećaj sa psihotičnim simptomima;
D. Ne odnosi se na fiziološki učinak različitih supstancija ili drugoga medicinskog stanja;

Shizofrenija:**A. Dva ili više simptoma** tijekom jednog mjeseca: Barem jedan simptom mora biti 1. 2. ili 3.

1. Sumanutosti;
2. Halucinacije.
3. Dezorganizirani govor
4. Značajno dezorganizirano ili katatono ponašanje,
5. Negativni simptomi

B. Razina funkcioniranja pada, ili u djece ili adolescenata nedostatak postizanja interpersonalnih odnosa, školskih postignuća ili radnog funkcioniranja;

C. Simptomi traju ukupno barem šest mjeseci (može se ubrojiti prodromalna faza, kao i rezidualna faza)

D. Isključni kriteriji: Shizoafektivni poremećaj, depresivni ili bipolarni afektivni poremećaj sa psihotičnim simptomima;

E. Ne odnosi se na fiziološki učinak različitih supstancija ili drugoga medicinskog stanja;

F. Ako postoji povijest autističnoga spektra poremećaja ili poremećaja komunikacije koje počinje u djetinjstvu, dodatna dijagnoza shizofrenije može se dati samo ako su dominantne sumanutosti ili halucinacije, uz druge simptome shizofrenije, koji su prisutni najmanje jedan mjesec;

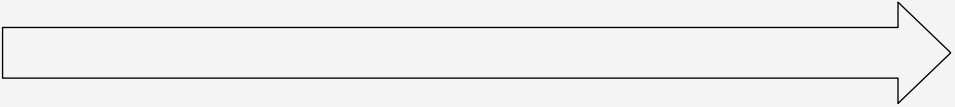
stalnu sumanutost, barem jedan mjesec, te koji se ne mogu okarakterizirati kao organski, shizofreni ili kao afektivni. **Inducirani sumanutosti poremećaj** rijetki su sumanutosti poremećaj gdje dvije ili više osoba koje su vrlo emocionalno povezane dijele istu sumanutost. Jedna od tih osoba ima jasni psihotični poremećaj, obično shizofreniju (dominirajuća osoba), a druga osoba gubi suma-

nutost (pasivna osoba) ako se odvoji od ove prve. U pravilu je kroničan i radi se o sumanutosti proganjanja ili veličine. Sinonimi su *folie a deux*, inducirani paranoidni poremećaj i simbiotska psihoza. **Shizoafektivni poremećaj:** riječ se o epizodičnim poremećajima u kojima istodobno nastupaju afektivni i shizofreni simptomi ili su nekoliko dana međusobno odvojeni.

Tablica 54.4.

Vremenski slijed faza razvoja psihoze

Modificirano prema Freudenreich i sur. 2019; Mcglashan i Woods 2019; Power i sur. 2007.

Faze razvoja psihoze	Premorbidno funkcioniranje	Prodromalni stadij (početak /nespecifičnih/ prodromalnih simptoma, opadanje funkcionalnosti; atenuirani psihotični simptomi; kratki ograničeni intermitentni /koji se javljaju na mahove/ psihotični simptomi)	Početak psihotične faze – trajanje neliječene psihoze	Početak liječenja i daljnji tijek (u epizodama i/ili kontinuirano)
Okvirno vremensko trajanje	oko 15 godina	između 2 i 4 godine	oko jednu godinu	jedna godina i više; ovisi o kliničkoj slici
Vremenski slijed				

DSM-5 posebno navodi katatoniju (APA 2013): katatonija povezana s drugim psihičkim poremećajima; katatonija zbog drugih medicinskih stanja; nespecificirana katatonija. U klasifikaciji nalazimo minimalno tri od ukupno 12 simptoma potrebnih za dijagnosticiranje (vidi o katatoniji u 26 poglavlju o hitnim stanjima).

Životna prevalencija za shizofreniju je oko 1 % (McClellan i Stock 2013). Godišnja je incidencija 2 oboljela na 10 000. Vrh je učestalosti u muškaraca 24 godine, u ženskih osoba 27 godina (Clark i Lewis 1998). U 10 do 39 % pacijenata simptomatologija počinje prije 20. godine života. U dječjoj dobi više oboljevaju dječaci: 2 – 2,5 prema 1; oni imaju i lošiju premorbidnu adaptaciju te više kroničan tijek.

54.4. Razvoj shizofrene psihoze

54.4.1. Uvodni aspekti

Kod tijeka bolesti razlikujemo premorbidni razvoj, prodromalni stadij, početak psihotične faze te različit tijek i prognozu (Resch 2003). Različiti tijek i prognoza opisat će se na kraju ovog poglavlja. Drugi autori, slično prije rečenomu, razlikuju sljedeće faze: prodromalni stadij, stadij akutne psihoze, stanje remisije, te rezidualni stadij (McClellan i Stock 2013). U [tablici 54.4.](#) prikazane su te faze.

54.4.2. Premorbidni razvoj

Premorbidni razvoj upućuje na određenu vulnerabilnost. Osobe se pokazuju kao pasivne, submisivne,

djeca su bez koncentracije, osamljena, sama se igraju, uz nedovoljnu socijalnu integraciju. Meehl (1989) navodi pokratu **SHAITU** (engl. *submissive, hypohedonic, anxious, introverted, traumatized and unlucky*) koja opisuje ovakvu djecu. Hrvatski bi se ova pokrata prevela kao podložan, uz manjak ugodnih aktivnosti (hipohedoničan), tjeskoban, introvertiran, traumatiziran i nesretan. Također se mogu naći zastoji u razvoju govora, poteškoće motorne koordinacije i percepcije, pažnje i koncentracije, dnevna sanjarenja, hiperaktivno, impulzivno ponašanje; oscilacije raspoloženja; ljepljivost; nerazjašnjeni izljevi bijesa te generalno umanjena kognitivna postignuća. Ove premorbidne crte se tek naknadno dobiju uzimanjem anamneze.

54.4.3. Prodromalni simptomi

Prodromalni simptomi nisu shizofreni ni za psihozu specifični, ne može se sa sigurnošću reći da će se razviti poremećaj, te je općenito prihvaćeno da stoga u ovoj fazi nije opravdano primijeniti psihofarmakološko liječenje (Resch 2003). Mogući prodromalni simptomi prije prve psihotične manifestacije, poredani prema čestoti jesu (Yung i McGorry, 1996): poremećaj koncentracije i pažnje; poremećaj nagona i motivacije; poremećaj spavanja; strah; socijalno povlačenje; nepovjerenje; neuspjeh u školi/na poslu; iritabilnost.

Pri razvoju psihotičnog poremećaja općenito nastaju prvo negativni simptomi, a poslije im se pridružuju pozitivni simptomi. Katkada je teško jasno odrediti granicu kada zapravo počinje psihotična faza

koja se može dijagnosticirati postojećim kriterijima. Različiti autori stoga na različite načine objašnjavaju kako dolazi do razvoja psihotičnog poremećaja. Ako se u prodromalnoj fazi pojave pojedini produktivni simptomi, pa onda brzo nestanu, takve simptome nazivamo „*Vorpostensymptomen*“. Prodromalni simptomi negativno utječu na socijalni razvoj adolescenta te time dugoročno pogoršavaju prognozu poremećaja (Haefner 2001). Pojedini autori govore o skupini simptoma koji su „**visoki rizik za razvoj psihoze**“ (engl. *ultra high risk for psychosis*) (Yung i McGorry 1996), „**rizično psihičko stanje**“ (engl. *at risk mental state*) (Schimmelmann i sur. 2013; Tiffin i Welsch 2013), „**atenuirani psihotični simptomi**“, međutim, to otvara mnoga pitanja u vezi s pristupom i mogućim liječenjem ovakvih stanja (psihosocijalno i farmakološko liječenje), koje treba biti stupnjevito (Goulding i sur. 2013; Schimmelmann i sur. 2013; Tiffin i Welsch 2013).

54.4.4. Početak psihotične faze

Početak psihotične faze označuje trenutak kada možemo postojećim klasifikacijama dijagnosticirati psihotični poremećaj. Trenutak od početka psihotične faze, pa sve do trenutka početka liječenja označujemo kao trajanje neliječene psihoze (DUP – *duration of untreated psychosis*), tada je opravdana uporaba antipsihotika i, što dulje ono traje, prognoza se pogoršava (Marshall i sur. 2005). „**Okidači**“ za nastanak psihotične epizode mogu biti uzimanje psihoaktivnih supstancija, infektivne bolesti, prekid romantične veze, kao i nepovoljni komunikacijski i ekspresivni emocionalni stil u obitelji, npr. povišenost ekspresije različitih osjećaja u komunikaciji (engl. *high-expressed emotion*) (Lempp 2014).

54.5. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Potrebno je u dijagnostici koristiti se istim dijagnostičkim kriterijima kao i u odraslih osoba (McClellan i Stock 2013; Pagsberg 2013). Djeca i adolescenti sa sumnjom na psihotični poremećaj zahtijevaju detaljnu psihijatrijsku i medicinsku procjenu (psihijatrijski intervju, opservacija), koje uključuju i komorbiditetna stanja (npr. suicidalnost, zloraba droga) (McClellan i Stock 2013). Pokazuje se važnost rane dijagnostike te što ranije primjene terapije. Tijek koji je sporo šuljaćući, s pretežno negativnom simptomatologijom, bizar-

nim ponašanjem i nejasnim halucinatornim fenomenima, kasnije će se prepoznati. Eventualni pojedini „razvojni slom“ pokazat će o čemu je riječ. Osobito je stoga važno da budu uključeni nositelji primarnog medicinskog ili psihosocijalnog kontakta: liječnici opće medicine, pedijatri, liječnici školske medicine, školski psiholozi. Potrebno je, osim kategorijalnog pristupa (odnosi se npr. na pojedinu kategoriju psihotičnih poremećaja npr. paranoidna shizofrenija), primijeniti i dimenzionalni pristup poremećaju, što se odnosi na potrebu kvantitativnog određivanja koliko je određeni poremećaj izražen (ovdje nam mogu pomoći različite psihološke skale koje mogu odrediti minimalno, umjereni ili jako izraženi poremećaj). Pri inicijalnom pregledu važno je omogućiti sigurnost bolesnika (procjena mogućeg nasilnog ili opasnog ponašanja, kao i rizik od suicida) (Begovac i sur. 2009). Elementi dijagnostike su navedeni u [tablici 54.5](#).

Tablica 54.5.

Elementi dijagnosticiranja psihotičnih poremećaja

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Resch 2003; Volkmar i Martin 2011.

- Dijagnoza se temelji na osnovi psihopatološke simptomatologije (intervju, eksploracija, promatranje ponašanja, intervju s obitelji).
- Važni su i postupci mjerenja simptomatologije (Positive and Negative Symptoms Scale- PANSS, Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS, The Scale for the Assessment of Negative Symptoms- SANS).
- Koristimo se uobičajenim somatskim i neurološkim pregledom.
- Laboratorijski testovi (KKS, K, Na, ureja, kreatinin, GUK, jetrene probe, hormoni štitnjače, urin), EKG, EEG.
- Preporučuje se CT ili MR mozga
- Prema potrebi, dolaze u obzir i strukturirani intervjui: *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I); *The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS);
- Prema potrebi, valja provesti detaljniju internističko-pedijatrijsku obradu, odnosno neurološku obradu
- Prema potrebi, može se napraviti druga dijagnostička obrada: imunološka i infektološka obrada, toksikološke pretrage, pretraga likvora itd.

Često je pri izbivanju prve epizode potreban stacionarni boravak. U **diferencijalnoj dijagnozi** tek promatranjem tjeka dolazimo do jasnijih zaključaka. Potrebno je dijagnostički isključiti pojedine entitete iz skupine shizofrenoga spektra, maničnu epizodu, bipo-

larni afektivni poremećaj, depresivni poremećaj, shizoafektivni poremećaj; autistični spektar poremećaja i druge poremećaje u djetinjstvu (emocionalni poremećaji; hiperkinetski poremećaj); poremećaje ličnosti, druge poremećaje, poremećaje inducirane drogom; druge somatske bolesti: epilepsije itd. Halucinacije mogu biti prisutne kao izolirani fenomeni i ne moraju upućivati na psihotični poremećaj. Nadalje, halucinacije su relativno česte kod bipolarnog afektivnog poremećaja, no one su sukladne raspoloženju, a mogu biti prisutne i kod poremećaja ponašanja (Ordóñez i Gogtay 2018). Kod shizofrenije tipično nalazimo prognozne sumanutosti i sumanutosti trovanja, dok kod depresije dominiraju sumanutosti krivnje, sumanutosti osiromašjenja ili hipohondrijske sumanutosti. **Atipična psihoza** posebno je izazovna za diferencijalnu dijagnozu (v. poslije kod često postavljenih pitanja). Simptomi OKP-a također mogu biti slični psihotičnim simptomima (Volkmar i Martin 2011). **Imaginarni prijatelji** mogu se pojaviti u djece do 10 godina i treba ih razlikovati od psihotičnih poremećaja (Bander 2011; Lempp 2014). U **tablici 26.4** (v. posebno poglavlje 26 o hitnim stanjima) prikazana je diferencijalna dijagnoza **delirija, katatonije i drugih srodnih stanja (psihotični poremećaji)**. U praksi posebno izazovno može biti pitanje o odnosu psihotičnih simptoma i povezanosti s nekim medicinskim stanjem. Naime, korisno je pri svakoj prvoj psihozi pomisliti na mogućnost medicinskog stanja (Lempp 2014). Detaljnije je o ovoj problematici pisano u odjeljku 53.2.1. (poglavlje o neurokognitivnim poremećajima). Nadalje, svaka psihoza prije 12. godine života vjerojatnije je medicinsko stanje nego shizofrena psihoza (Lempp 2014). U **tablici 26.7**. (v. posebno poglavlje 26) prikazana je pak diferencijalna dijagnoza **neuroleptičkog malignog sindroma i katatonije povezane sa psihičkim poremećajima** (v. posebno poglavlje 26 o hitnim stanjima).

Komorbiditeti su također mogući, a najčešće se navode ovisnosti, poremećaji raspoloženja (posebno depresivni poremećaj), anksiozni poremećaji, OKP poremećaj, kao i debljina, kardiovaskularne bolesti, uporaba nikotina itd. (APA 2013; Ordóñez i Gogtay 2018).

54.6. Etiopatogeneza

54.6.2. Uvodni aspekti

Za sada etiopatogeneza nije poznata. Vjerojatno je riječ o multifaktorijelnoj genezi. Niz teorija koje će se navesti u tekstu pokušat će dati odgovor na moguću

etiopatogenezu. Na **slici 54.1.** prikazan je integrativni prikaz moguće etiopatogeneze

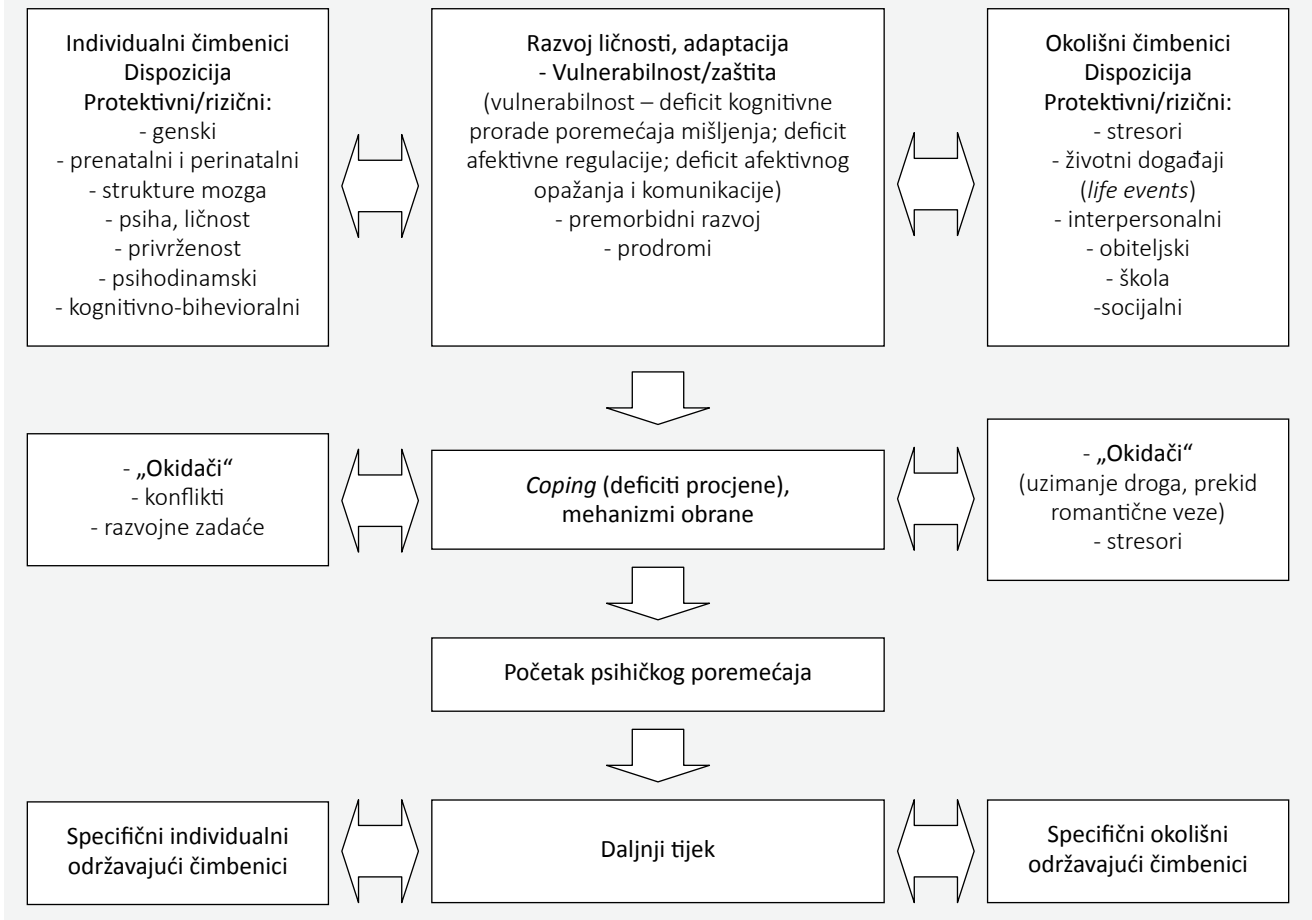
Model vulnerabilnost/stres danas je model za objašnjenje etiopatogeneze shizofrenije, a on u obzir uzima različite nalaze. Taj model govori da postoji jedna prethodna spremnost ili osjetljivost za poboljšavanje u odnosu na shizofrene poremećaje (vulnerabilnost) uz dodatne različite okolišne čimbenike (stresore). Vulnerabilnost se modificira kroz međugrugijskih čimbenika, prenatalnih i perinatalnih događaja, pubertet, kroz tjelesne i psihosocijalne razvojne poteškoće ili razvojne stimulacije te komunikativne poteškoće. Ovo se sve očituje neuroanatomskim, neurokemijskim, diskretnim neurološkim poremećajem i kognitivnim oštećenjima. Stresori mogu biti otežavajuće životne okolnosti, tjelesne bolesti, kao i uzimanje psihoaktivnih supstancija. Dakle, shizofreni se poremećaj može promatrati kao kompleksna međugrugijskog osnovnog poremećaja, psihosocijalnog razvoja i situacijskih čimbenika. Keshavan (1999) se naslanja na model vulnerabilnost/stres model i razlikuje tri fazno specifična modela. On pretpostavlja tri „kritična prozora“: 1. Od drugog trimestra trudnoće do rođenja – prenatalna oštećenja u smislu poremećaja migracije neuronalnih čimbenika, što vodi do oštećene arhitekture. Povećava se apoptoza i/ili proliferacija u drugim područjima – sve ovo izgleda kao neurokognitivni deficit; 2. U adolescenciji dolazi do povećanog abnormalnog odumiranja neurona (*engl. pruning*) – uzrokuje disbalans dopaminergičkog sustava – očituje se klinički kao kognitivno i psihosocijalno oštećenje razvojnih zadaća; 3. Faza prodroma i vrijeme neliječene psihoze – u tom razdoblju nastaju neuroarhitektonska oštećenja, što se klinički očituje oštećenjem kognitivnih postignuća i dovodi do deficitarnog sindroma. S vremenom dolazi do stvaranja začaranog kruga, bez obzira na primarni deficit, bilo on kognitivni, afektivni ili komunikativni; uz usporedni pritisak normalnih razvojnih zadaća dolazi do pogrešnih interpretacija odnosa pojedinca prema njegovoj okolini. Ovo se pojačava sve većom iritacijom, što konačno rezultira psihotičnom dekompenzacijom.

Pojedinačne studije govore o pojedinim čimbenicima. Obiteljske studije, studije blizanaca, kao i molekularnogenetička istraživanja upućuju na značajnu **gensku** komponentu. Ako su oba roditelja shizofrena, 50 %-tni je rizik od razvoja shizofrenije. Genska istraživanja također jasno govore o negenetskim načinima razvoja shizofrenije, jer nije 100 % utvrđena konkur-

Slika 54.1.

Integrativni etiopatogenetski model shizofrenije.

Modificirano prema Cornblatt i sur. 1999; Resch 2003.



dantnost. **Infektivna teorija** oslanja se na saznanja o rađanju u kasnim zimskim mjesecima, kao i u rano proljeće, što bi upućivalo na moguće infekcije tijekom kritičnoga drugog trimestra trudnoće. U pubertetu nastaju **neurostrukturalne promjene**, pa može doći do povećanog odumiranja neurona. Sve traume u tom razdoblju mogu dovesti do povećanja rizika. Prisutni su diskretni „soft signs“, odnosno **diskretni motorički i neurološki poremećaji**, što pojedini autori povezuju s promjenom lateralizacije u shizofrenih osoba. **Neuroanatomski nalazi** govore o redukciji volumena cerebralnog korteksa u temporalnom, frontalnom i parijetalnom korteksu, hipokampusu, djelomično u bazalnim ganglijama, talamusu i cerebelumu (Mehler i Warnke 2002). Analogno ovom proširuje se likvorski prostor. Kod funkcionalnih slikovnih prikaza mogu se zapaziti oštećenja frontalnog metabolizma i frontalnog prokrvljenja. **Neurokemijski** nalazi također su bitni.

Dopaminska hipoteza o shizofreniji govori da dopaminski receptori u mezolimbickim regijama (supkortikalna regija) pokazuju preosjetljivost (povećana stresenzitivna aktivnost) (ovo je odgovorno za pozitivne simptome) (klasična dopaminska hipoteza!), a istodobno se nalazi reducirana dopaminska aktivnost u prefrontalnim regijama (ovo je odgovorno za negativne simptome). Glutamat se čini kao važan neurotransmiter koji posreduje u SŽS-u, djeluje na N-metil-D-aspartat (NMDA) receptore. Preko tih se receptora djeluje na radnu memoriju, učenje, kao i na neuronalnu plastičnost. Kod izrazitog „pruninga“ dolazi do redukcije glutamat receptora. Agonisti serotoninergičkih (5-HT₂-) receptora (npr. LSD droga) djeluju na pojavu psihotičnih simptoma, odnosno antagonisti serotoninergičkih (5-HT₂-) receptora djeluju na umanjenje psihotičnih simptoma (noviji antipsihotici). Kako je prije bilo rečeno nalazi se važnost **kognitivnih**

oštećenja kao jedan od osnovnih uzroka shizofrenog poremećaja koji upućuju na vulnerabilnost (Nuechterlein i sur. 2012). Nadalje, kognitivni simptomi snažno utječu na tijek i prognozu shizofrenije (Green 1996). Kognitivni simptomi u određenoj su mjeri povezani s negativnim simptomima i ne povezuju se s pozitivnim simptomima. Pacijenti imaju poteškoće, zadržati pažnju, učiti novi materijal, rješavati probleme, mijenjati svoje ponašanje. Imaju dulju latenciju za odgovore, bore se sa vlastitom radnom memorijom, imaju poteškoće kompleksne povezanosti razumijevanja i planiranja, a prepoznavanje emocija također je oštećeno (Bediou i sur. 2007). U 50-im godinama prošlog stoljeća u sklopu obiteljsko orijentiranih i interpersonalnih modela govorilo se o **disfunkcionalnim komunikativnim procesima**, kao npr. **teorija dvostruke veze** (engl. *double-bind*) prema Batesonu (1996), (v. posebno poglavlje 24 o dijagnostici obitelji). Danas smatramo da je poremećaj komunikacije povezan s emocionalnom dinamikom obitelji, gdje vladaju dvojbe, nejasnoće i kontradiktornosti. Posebno patogene mogu biti emocionalne angažiranosti koje su povezane s kritičkim i neprijateljskim komunikativnim stilom ili emocionalna hiperstimulacija, prekomjerno zaštićujući i intruzivni emocionalni stav (povećana ekspresija osjećaja- engl. *high expressed emotion*), koje ima povezanost s povećanim recidivima. Danas se **psihosocijalni čimbenici** smatraju i kao kauzalni, ali i kao „okidači“. **Drift-hipoteza (Haefner 2001)** govori o tome da shizofrene osobe s vremenom gube svoj socijalni status (postaju siromašniji). Određeni **životni događaji (dnevne mikrotraume)**, odnosno razvojne zadaće mogu biti „okidači“ izbijanja psihoze. **Uzimanje psihoaktivnih tvari** (kao vrsta samomedikacije) može pojačati prodromalne simptome. Oko 50 % adolescentnih psihoza povezano je s uzimanjem psihoaktivnih tvari. Daljnjim uzimanjem psihoaktivnih tvari pogoršava se tijek poremećaja.

54.6.3. Psihodinamika psihotičnih poremećaja

U povijesti je u psihoanalizi naglasak stavljan na rane fiksacije u prve dvije godine života (Guenter 2009). Međutim, ne treba rane normalne faze dojenčeta potpuno poistovjetiti s mehanizmima u psihozi. Tijek psihotičnog procesa sastavljen je od dekonstrukcije ego-strukture, kao i pokušaja rekonstrukcije u obliku produktivnih simptoma kroz regresiju na arhajske strukture i način funkcioniranja, tako da je katkada teško razlučiti što je primarna fiksacija, a što je psiho-

tična obrana. U premorbidnoj se ličnosti u literaturi navodi dominacija shizo-paranoidne pozicije s fantazijama o oralno- sadističkim napadajima na majčinu dojku, lažni self, kao i nedostatna objektna konstantnost. Ovo, zadnje, tumači se tako da se dijete drži prijanjuće uz objekt, uz strah od njegova gubitka, a, s druge strane, postoji određena intrapsihička distanca zbog straha od gušenja. U literaturi se također navode povišena agresivnost u obliku destruktivne zavisti (Klein 1957), slabost ego-funkcija (Federn 1956/1998), vanjske traume kroz nestabilnost ranog odnosa majka – dijete, manjak majčina „usklađivanja“, kao i nasilna traumatizacija. Klasično se navodi gubitak realiteta i povratak libida na ego (autizam), dok se dodatno nalaze sekundarne psihotične obrane u obliku produktivne simptomatologije. Bion (1967) vidi važnim u terapiji psihotičnih poremećaja blokiranje i raspad alfa-funkcije, napad na povezivanje između objekata, na mišljenje i na funkciju sadržavanja (*containment*).

54.7. Kliničke vinjete

54.7.1. Vinjeta 1.

Primjer 17-godišnjaka sa **shizofreniformnim poremećajem uz katatoniju**.

Prvi su simptomi počeli bolovima u trbuhu, kao i bolovima u testisima, koji su povremeno bili stalni, a povremeno su nestajali, i ukupno su trajali oko dva tjedna (naknadno se ove somatizacije shvaćaju kao prodromalni simptomi psihotičnog poremećaja). Pregledao ga je kirurg te je premješten na odjel pedijatrije. Proveden je detaljan tjelesni pregled kod kirurga i pedijatra, uz detaljnu laboratorijsku obradu. Ukupno je pedijatrijska hospitalizacija trajala oko četiri dana. Nakon pedijatrijske hospitalizacije prolazi još oko mjesec i pol dana, kada se prvi put obraća dječjem psihijatru i ubrzo se organizira i stacionarno psihijatrijsko liječenje. Anamnestički se saznaje da je premorbidno oduvijek bio oprezniji, „za sebe kaže da više promatra ljude, nego da se s njima druži“, manje je socijaliziran s vršnjacima. Neposredan razlog dolaska dječjem psihijatru jesu napadaji anksioznosti unatrag oko tjedan, uz izljeve plača, trešnju nogama, te manjak koncentracije. Saznaje se da već unatrag mjesec dana ima nesаницe, ima strah od nepoznatih ljudi, kao i strah za ukućane, uz izrazito smanjen apetit, nezainteresiranost za okolinu, ne zna objasniti zašto ima suicidalne misli. Majka navodi da kod sina postoje košmar i dezorganiziranost.

U psihičkim statusu dominira konfuzno stanje (dezorganiziranost misli), strahovi koji dosežu sumanutu kvalitetu, nema naznaka halucinatornih proživljavanja, postoji misaoni tijek s latencijom do alogije i mutizma, katatoni negativizam, psihomotorna usporenost (bradikinezija) do stupora, izbjegava kontakt očima, uz osiromašeni afekt. Utvrđuje se radna dijagnoza shizofreniformnog poremećaja s katatonim simptomima, jer simptomi traju dulje od mjesec dana. Provodi se dodatna dijagnostika koja uključuje pregled kod neuropedijatra, uz detaljne laboratorijske pretrage, uključujući MR mozga. Uvode se benzodiazepini i antipsihotik risperidon, uz početnu rehidraciju infuzijama fiziološke otopine (u početku je bio oralno smanjen unos tekućine radi motoričke bradikinezije), uz druge psihosocijalne metode liječenja (suportivna psihoterapija i druge aktivnosti). Psihijatrijska hospitalizacija trajala je mjesec dana. S vremenom nastupa stabilizacija psihičkoga stanja, blijede simptomi sumanutosti, dezorganiziranosti misli, blijede također simptomi usporene katatonije, a pacijent postaje verbalno pričljiviji i s vremenom više komunicira s okolinom. U naknadnoj psihijatrijskoj ambulantly kontroliranoj kontroli prati se dulje od tri godine i cijelo je vrijeme odlične funkcionalnosti, u stabilnoj remisiji. Upisuje željeni fakultet, koji uredno pohađa.

54.7.2. Vinjeta 2.

Primjer 17-godišnje djevojke sa shizofrenijom.

Na psihijatrijsku hospitalizaciju dolazi 17-godišnja djevojka s jasnim simptomima shizofrenije. U psihičkome statusu prevladavaju strahovi i sumanutosti (bizarnost zaokupljenosti slikama mrtvih i unakaženih tijela), halucinacije (komentirajuće i dijaloške slušne halucinacije, povremene imperativne halucinacije da sebe ubije, vidne halucinacije, taktilne halucinacije silovanja), izbjegava kontakt očima s ispitivačem, osiromašenog afekta, pokazuje značajno dezorganizirano ponašanje, uz izraziti pad funkcionalnosti, smetnje apetita, umor, smanjenost energije, postoje povremeni katatoni simptomi stupora i katatone agitacije, samoozljeđivanje u anamnezi, nemogućnost pohađanja škole, nemogućnost uspostavljanja relacija s vršnjacima, uz trajanje simptoma dulje od šest mjeseci. U obitelji postoji pozitivan psihijatrijski hereditet na shizofreniju. Već od vrtičke i školske dobi otežano se adaptira na vršnjake (premorbidno funkcioniranje). Prodromalni simptomi u smislu anksioznosti i somatizacija traju već unatrag

nekoliko godina. Liječena kod različitih terapeuta u školskoj dobi. Prva je psihijatrijska hospitalizacija bila zbog psihotičnih simptoma u dobi od 16 godina, kada je primijenjena antipsihotična terapija. U prethodnom je vremenu provedena i detaljna neuropedijatrijska obrada, uključujući i MR mozga. Sadašnja hospitalizacija traje oko mjesec dana, te se provodi detaljna dijagnostika koja uključuje laboratorijske nalaze i psihološko testiranje koje bilježi psihotično funkcioniranje, uz visoku depresivnost. Primjenjuje se promjena antipsihotične medikacije uz benzodiazepine. Na odjelu regresivnog ponašanja, ne sudjeluje u odjelnim socioterapijskim aktivnostima, a većinu vremena provodi u krevetu. Dolazi do regresije produktivnih simptoma, međutim, zaostaju regresivnost, anhedonija i smanjenost funkcionalnosti. Nema podataka o daljnjem tijeku bolesti zbog roditeljskog odbijanja da je prati psihijatar kod kojega je bila stacionarno liječena.

54.8. Liječenje, prevencija

Svaki psihijatrijski pregled djece i adolescenata trebao bi uključivati sumnju na psihotične poremećaje sukladno djetetovu razvoju (McClellan i Stock 2013). Preventivne i terapijske aktivnosti trebale bi već obuhvatiti djecu i adolescente s prodromalnim simptomima, kada će dominantno biti primijenjena psihoterapija pacijenta i njegove obitelji. Druga važna točka trebala bi biti pravodobno prepoznavanje pojave psihotične epizode, a vrijeme do dolaska stručnjaku trebalo bi biti što je moguće više skraćeno. Trebalo bi dakle primijeniti što ranije liječenje, a u ovoj fazi terapije dominantna bi bila psihofarmakološka terapija, a nakon toga primjena drugih modaliteta terapija (McClellan i Stock 2013; Resch, 2003). U mnogim su zemljama formirane službe za liječenje „prve psihotične epizode“, uključujući i Hrvatsku (Restek-Petrović i sur. 2012; Tiffin i Welsch 2013).

Moramo imati sveobuhvatni plan liječenja. Nikako nije prihvatljivo samo liječenje psihofarmakoterapijom. Cilj liječenja nije usmjeren samo na simptome nego i na podupiranje razvojnih zadataka, odnosno funkcionalnosti djeteta i adolescenta. Multimodalni plan liječenja temelji se na farmakoterapiji, psihoterapiji pacijenta i njegove obitelji, kao i na socioterapiji (McClellan i Stock 2013; Resch 2003). U literaturi postoji konsenzus da su psihosocijalne metode nužne u liječenju, međutim, njihovo provođenje nije uvijek dosljedno (Guenter, 2009).

Resch (2003) navodi sljedeće faze liječenja s obzirom na tri modaliteta: 1. faza – u prvom je planu simptomatska terapija (strah, osjećaji katastrofe), stvaranje tolerantnog miljea; 2. faza – naglasak je na stvaranju odnosa; 3. faza – poticanje razvojnih zadaća npr. konstitucija slike o sebi; 4. faza – praćenje i profilaksa recidiva.

Farmakoterapija posebno djeluje na pozitivne simptome, najčešće se daju tzv. antipsihotici. Profil nuspojava obično više djeluje na izbor lijekova nego njihova učinkovitost. Drugi kriteriji za primjenu antipsihotika jesu farmakokinetika, farmakodinamika, prikladan način primjene, kao i moguće interakcije s drugim lijekovima. U [tablici 26.1.](#) navedeni su najčešće primijenjeni lijekovi kod hitnih psihijatrijskih stanja s dozama, uključujući i antipsihotike (v. posebno poglavlje 26 o hitnim stanjima). Nadalje, treba posebno pogledati poglavlje o psihofarmakoterapiji (poglavlja 73 i 74), prvi i drugi dio, a posebno [tablice 73.2.](#); [73.3.](#); [73.4.](#); [73.5.](#); a za doze posebno [tablicu 26.1.](#) (v. posebno poglavlje 26) te [74.3.](#) (v. posebno poglavlje 74). „Tipični antipsihotici“ antagonisti su D2-receptora (npr. haloperidol) i kod njih su osobito izražene ekstrapiramidne nuspojave, rane diskinezije, kao i akatizija (biti u pokretu, nemogućnost sjedenja). Rane diskinezije i ekstrapiramidne nuspojave mogu se liječiti antikolinergicima (npr. biperiden). Akatizija se tretira promjenom antipsihotika. Kasne diskinezije označuju nevoljne kretnje, koje mogu perzistirati i nakon dokidanja uporabe antipsihotika. „Atipični antipsihotici“ tzv. noviji antipsihotici, nemaju toliko ekstrapiramidnih nuspojava, međutim, treba paziti na kardiovaskularne, endokrine i druge nuspojave. Općenito se pri uvođenju lijeka može reći da se primjenjuje polovica donjeg raspona dnevne doze (Lehman i sur. 2004). Nema sumnje u djelotvornost u akutnoj fazi, a, usto, antipsihotična terapija smanjuje rizik od recidiva u prvim dvjema godinama. Općenito je pravilo da se nakon akutne psihoze terapija daje dvije godine, a kod više faza barem pet godina (Kissling i Pitschel-Walz 2003). Kod komplikacija kao što su autoagresija ili heteroagresija terapija se daje doživotno. Daje se načelno prednost kontinuiranoj profilaksi recidiva (McClellan i Stock 2013; Resch 2003), nego intermitentnom (povremenom, na mahove) davanju antipsihotika (Gaebel 1994). Prvi lijek izbora većinom su novi ili atipični antipsihotici, npr. risperidon, kvetiapin. Iskustvo je pokazalo da se manjim dozama aripiprazola mogu umanjiti učinci akatizije. U rezistentnim

slučajevima opravdano je davanje klopazina, uz obvezni laboratorijski monitoring (opasnost od kardioloških nuspojava i agranulocitoze), tako da se trebaju redovito kontrolirati EKG i krvna slika (krvna slika jednom tjedno prvih šest mjeseci) (McClellan i Stock 2013). S obzirom na prethodno navedene 4 faze liječenja, četiri faze farmakoterapije bi bile sljedeće: 1. analiza djelovanja/nuspojava; 2. razjašnjavanje; informacije; 3. vlastita odgovornost, suradljivost (*compliance*); 4. terapija održavanja (koja uključuje niže doziranje i uskrata davanja lijekova tijekom vikenda; *engl. low dose; drug holidays*). Smatra se da uzimanje lijekova u oko 90 % bolesnika prevenira daljnje recidive (Guenter 2009). Lijekovi koji se primjenjuju prezentirani su u posebnim poglavljima 73 i 74. U pojedinim su adolescenta korisni i lijekovi iz drugih skupina, osim antipsihotika, ako mogu djelovati na druge dodatne simptome npr. ekstrapiramidne nuspojave, depresiju, izljeve bijesa, agitaciju. Tijekom liječenja antipsihoticima potrebno je sustavno medicinsko praćenje prije primjene lijekova (psihijatrijsko, medicinsko, laboratorijsko, praćenje nuspojava), kao i tijekom davanja antipsihotika. U iznimnim i vrlo teškim oblicima shizofrenije može se primijeniti elektrostimulativna terapija (McClellan i Stock 2013).

Psihoterapijske suportivne mjere, bihevioralna terapija, služe ne samo redukciji simptoma nego i poboljšanju socijalnih vještina, suočavanju sa svakodnevnicom, poboljšanju samoregulacijskih mehanizama. Postoji niz individualnih i grupnih načina psihoterapijskog liječenja. Važni su principi pojačanje integrativnih snaga svijesti o sebi, mogućnost obrane od specifičnih ili nespecifičnih emocionalnih ili kognitivnih stresora, koji djeluju dezintegrativno na svijest o sebi i socijalno ponašanje, kao i stjecanje kognitivnih, emocionalnih i socijalnih kompetencija. Pacijenti sa shizofrenijom često su nepovjerljivi i ispunjeni strahom. Terapeuti moraju ova stanja pokušati tolerirati. Terapija počinje izgradnjom temeljnog povjerenja. Treba izbjegavati postupke koji provociraju intenzivne osjećaje, odnosno treba kontrolirati razinu podražljivosti. S obzirom na četiri faze liječenja, kod psihoterapije možemo razlikovati sljedeće faze: 1. kontakt, stvaranje odnosa, kontrola simptoma; 2. kontrola realiteta, self-kontrola; pozitivna emocionalna iskustva; 3. samoaktualiziranje; samoregulacija; pripadanje; 4. suočavanje sa stresom; životni stil.

U prvoj fazi liječenja kod **psihooanalitički orijentiranih psihoterapija** podupire se „*holding*“ (podržava-

vanje) (Guenter 2009). Nakon početne stabilizacije u pacijenata često dolazi do poricanja vlastite bolesti, što također treba respektirati. Sam pacijent može psihotični slom doživjeti kao određenu traumu i ožiljak u psihičkoj organizaciji, pa je potrebna njegova prorada. Psihoanalitičko-psihoterapijski rad fokusira se na procese poricanja, obrambene paranoidne i projektivne procese, kao i na nestabilne patološke strukture (narcistička vulnerabilnost), kao na i dodatnu neurotsku organizaciju. Pojedini autori ne prave razliku između psihoanalitičkih suportivnih i psihoanalitičkih metoda u pristupu psihotičnim adolescentima, naime, te metode više smatraju u smislu kontinuuma.

Pri psihoanalitičkom liječenju mogu nastati različiti problemi (Guenter 2009). Jedan od tih problema jest konflikt između blizine i autonomije. Ova se problematika obično reaktivira pri vanjskim i unutarnjim doživljajima separacije. Osjećaji simbioze mogu se protuprijenosno doživjeti u osjećajima tjelesnih senzacija, stanja nesigurne granice ili kao sado mazohistički napadaji. Kada se pacijent povuče u svoj sumanuto fantazmatski svijet, terapeut se može osjećati paralizirano, isključeno i beznadno. Drugi bi problem mogle biti pacijentove duboke regresije, koje iziskuju *holding* (podržavanje) i osjećaj sigurnosti. Treći bi problem mogao biti naglo mijenjajuća ego-stanja i afektivne oscilacije (što je posljedica konflikta blizina *vs.* distanca, ali to se može odnositi i na interpersonalni aspekt). Četvrti bi problem mogao biti sumanutosti i zatvorenost u vlastitome privatnom svijetu. Psihotični adolescenti često dulje taje svoje sumanute doživljaje. Sumanutosti i halucinacije klasični su pokušaji eksternalizacije i kontrola nepodnošljivih unutarnjih doživljavanja. Od terapeuta se dakle očekuje da sumanutosti i halucinacije shvati ozbiljno na način da je riječ o rascijepljenim i projiciranim dijelovima adolescenta. S jedne strane, postoji dakle potreba da su ovi doživljaji rascijepljeni, a, s druge, potrebno je pokušati s reintegracijom ovih dijelova ličnosti. Ovdje je opet potrebna „umjereni mjeri“, bez ekstremnih neprihvatanja ovakvih produktivnih simptoma, kao i bez ekstremnih mjera forsirane integracije. Od terapeuta se očekuje reflektirajući i razumijevajući stav o smislenim dijelovima strahova i sumanutosti (uključujući i paranoidne sumanutosti). Peti bi problem moglo biti usporavanje psihoseksualnog razvoja adolescenta, npr. manjak socijalizacije adolescenata, međutim, i ovdje treba imati mjeru da se ne bi odviše forsirala socijalizacija. Šesti bi problem mogao biti kako prići negativnim

simptomima. U središtu prorade ovdje bi bio rad na tendencijama poricanja pacijenata, kao i prorada depresivnih afekata, koje bi mogle dovesti i do suicidalnosti. Sedmi problem mogla bi biti paralelna uporaba droga i prisutni antisocijalni elementi. Naime, poznato je da je kod adolescentnih psihoza česta zloraba droga, što dalje komplicira i otežava tijek. Osmi bi problem mogao biti „suradljivost“ u uzimanju lijekova, koju treba poticati. Načelno, postoji mogućnost da je istom pacijentu jedan stručnjak psihoterapeut, a drugi mu daje lijekove, kao i mogućnost da je isti liječnik onaj koji daje lijekove i da je on psihoterapeut. I jedan i drugi pristup mogu imati svoje prednosti. U obama je slučajevima važno da se radi na umanjenju otpora prema uzimanju lijekova, jer se lijekovi poistovjećuju s bolesti. Deveti problem moglo bi biti postupanje u stanjima krize, psihotične dekompenzacije i suicidalnosti. Potrebno je prepoznati „okidače“ takvih stanja, npr. završetak srednje škole (konflikt separacije), ljubavni osjećaji i drugo.

Psihoanalitički gledano, **obitelji** su na mnogostruk način uključene (Guenter 2009). Roditelji mogu imati osjećaje krivnje, osjećati se bespomoćno, povremeno mogu i roditelji imati vlastite psihičke probleme. Roditelji također mogu poticati nesvjesne strahove, biti psihotički nestabilni, imati visoku izraženost emocionalnosti (*engl. high expressed emotion*) i dvostruku vezu u komunikaciji (*engl. double bind communication*), te utjecati na disfunkcionalne odnose u obitelji, npr. u smislu nedozvoljavanja adolescentove autonomije (simbiotske tendencije). Psihoterapijske intervencije usmjerene na obitelj pokazale su učinkovitost u smanjenju recidiva. Primjenjuje se raspon mjera, od psychoedukacijskih aktivnosti s roditeljima, prateći rad s roditeljima do više psihoterapijskog rada s roditeljima. Svaka bi psihoterapijska aktivnost trebala biti povezana sa socioterapijskim mjerama. S obzirom na četiri faze terapije, faze u radu s obitelji bile bi: 1. razjašnjavanje, naglašavanje, vođenje; 2. strategije rješavanja konflikta; komunikacijski trening; 3. ponašanje blizina – udaljenost; podupiranje; prihvaćanje; 4. suočavanje sa svakidašnjicom (Resch 2003).

Cilj socioterapije i/ili terapijskog miljea jest ponovno preuzimanje vlastite odgovornosti i samostalno vođenje života. U akutnoj fazi treba ponuditi tolerantni milje, odnosno mogućnost sigurne obrane od prekomjerne emocionalne stimulacije. Poslije se postupno dolazi do brige o sebi i do veće aktivacije i strukturiranja svakodnevice. Primjenjuju se različiti

modaliteti socioterapije: radna terapija, kognitivni trening, relaksacijske tehnike, savjetovanje o prehrani, neverbalne terapije (art i muzikoterapija), zajedničko planiranje aktivnosti, izbjegavanje daljnjeg uzimanja droga. S obzirom na četiri faze terapije, faze u socioterapijskom radu bile bi sljedeće: 1. protektivni milje; blizina – udaljenost; kontakt; sudjelovanje; potpora; 2. komunikacija; pozitivna interakcija, vezivanja; neverbalne terapije; 3. socijalno učenje; trening sposobnosti; radna terapija; stručna izobrazba; škola; 4. socijalna služba, socijalne veze. U novije se vrijeme pokazuju učinkoviti mobilni timovi socijalne skrbi (Resch 2003).

54.9. Tijek, ishodi, prognoza

Tijek ovisi o različitim čimbenicima, kako pokazuju različite studije (Volkmar and Martin 2011). Naime, početak bolesti može biti akutan (od 19 do 55 %) ili „sporošuljajući“ (kroničan početak) (od 45 do 81 %). Tip tijeka može biti epizodičan (u mahovima) (od 40 do 76 %) ili jednostavan (kontinuiran) (od 24 do 60 %). Ishod može voditi do „izlječenja“ ili laganih simptoma (od 50,4 do 60 %) i do umjereno teško izražene simptomatologije (od 38 do 49,6 %). Kada shizofrenija nepovoljno napreduje nakon akutnih faza, to nazivamo shizofrenim reziduumom (v. prije). Danas se općenito smatra da oko dvije trećine oboljelih ima dobar ishod u smislu izlječenja ili laganih simptoma. Zaključno, tijek je vrlo heterogen. Najčešći je tijek kronično recidivirajući. Općenito shizofreni poremećaji u ranijoj dobi u odnosu prema kasnijem početku pokazuju nepovoljan tijek. Između 20 i 28 % bolesnika ima dobru prognozu ili potpunu remisiju, između 20 i 30 % pokazuje mala oštećenja, dok se oko polovice razvija kronična shizofrenija (trajanje dulje od dvije godine).

Prediktori tijeka shizofrenih psihoza su različiti (Resch 2003; Volkmar and Martin 2011). Povoljni prediktori jesu: viša dob pri prvoj epizodi; ženski spol; oženjen/stabilna veza; premorbidno društven; dobra premorbidna prilagodba; psihoreaktivni „okidač“; akutni početak; afektivni simptomi pri početku; niska ekspresija emocija (low expressed emotion) status kod rođaka; život u zemljama u razvoju. Nepovoljni prediktori jesu: raniji početak poremećaja; muški spol; neoženjen/bez stabilne veze; premorbidno shizoidan; loša premorbidna socijalna adaptacija; genski rizik; šuljajući početak; negativni simptomi na početku; visoka ekspresija emocija (high expressed emotion) indeks kod rođaka; život u industrijskim zemljama.

54.10. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Psihoteične poremećaje tipično označuju pozitivni simptomi (sumanutosti, halucinacije, katatoni ili motorni simptomi, dezorganizirano ponašanje i dezorganizirani tok misli), kao i negativni simptomi (apatija, siromaštvo govora, afektivna zaravnjenost).
- ✓ Važno je prepoznati već u adolescenciji pozitivne i negativne simptome psihoteičnih poremećaja te ih odmah prikladno liječiti. Treba izbjegavati period neliječenja psihoteičnih simptoma.
- ✓ Katkada je teško jasno odrediti granicu kada zapravo počinje psihoteična faza koja se može dijagnosticirati postojećim kriterijima.
- ✓ Liječenje psihoteičnih poremećaja treba imati sveobuhvatni plan, koji uključuje farmakoterapiju, psihoterapiju te socioterapiju.
- ✓ Roditelje treba ojačavati u njihovoj roditeljskoj ulozi.
- ✓ Treba u obiteljskom okruženju imati jednu „srednju“ ili umjerenu mjeru u emocionalnoj komunikaciji, niti odviše hipostimulirajuću ni odveć hiperstimulirajuću.

54.11. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Koja su obilježja atipične psihoze u djece i adolescenata?

ODGOVOR: Obično se dijagnosticiraju pod kodom kao psihoza ne pobliže određena ili poremećaj raspoloženja ne pobliže određen. Ona uključuje kratke (tranzijentne) epizode psihoze i perceptivnih problema izazvane različitim stresom; dnevni periodi emocionalne labilnosti; oštećenost interpersonalnih vještina unatoč želji za kontaktom s vršnjacima; različiti kognitivni deficiti koji se manifestiraju deficitom u procesiranju informacija; nema jasnog poremećaja mišljenja; komorbiditetni hiperkinetski poremećaj (ADHD). Ovakva djeca sličie *borderline* poremećaju u djece ili multiplom kompleksnom razvojnom poremećaju. Autori naglašavaju da takva stanja ne moraju prijeći u shizofreniju, međutim, mogući su i ovakvi ishodi.

■ PITANJE: Koja je diferencijalna dijagnostička razlika između shizofrenije, uključujući i negativne

simptome i velike depresivne epizode prema DSM-5?

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje, međutim, u praksi je potrebno razlikovati ova stanja. Što se tiče DSM-5 klasifikacije, ne bi smjelo biti problema u razlikovanju shizofrenije (čak i kad su prisutni negativni simptomi) od velikoga depresivnog poremećaja. Naime, kod shizofrenije moraju, prema DSM-5, biti prisutni zajedno i pozitivni i negativni simptomi jer je nemoguće shizofreniju definirati samo prisutnošću negativnih simptoma. S druge strane, kod velike depresivne epizode postoji niz kriterija koji se više odnose na poremećaj raspoloženja (mora biti više od pet simptoma, a od toga barem jedan mora biti ili depresivno raspoloženje /disforija u djece/ ili gubitak zanimanja ili uživanja). Kod shizofrenije su tipične sumanutosti proganjanja, trovanja, dok su kod depresivne epizode češće sumanutosti osiromašenja, krivnje, i hipohondrijske teme (sumanutosti sukladne raspoloženju).

■ PITANJE: Koje su moguće diferencijalne dijagnoze i komorbiditeti shizofrenije i velikoga depresivnog poremećaja?

ODGOVOR: Prvo, potrebno je diferencijalnodijagnostički razdvojiti shizofreniju od velikoga depresivnog poremećaja, bipolarnog afektivnog poremećaja, kao i od shizoafektivnog poremećaja. Ovdje se načelno uzimaju u obzir težina simptoma (npr. poremećaja raspoloženja), kao i vremensko poklapanje shizofrene epizode i drugih poremećaja. Primjerice, ako na vrhuncu depresivne epizode postoje dodatno halucinacije i sumanutosti depresivnog karaktera, onda je riječ o depresivnoj epizodi sa psihotičnim simptomima. Poremećaj je shizoafektivni kada istodobno postoji psihotična epizoda, zajedno s poremećajem raspoloženja (depresivni i manični simptomi prisutni su tijekom cijele epizode psihotičnosti). S druge strane, moguć je komorbiditet između shizofrenije i depresivne epizode. Na primjer, aktualni MKB-10 ostavlja više prostora za ovu mogućnost. Naime, postshizofrena depresija, prema MKB-10 (MKB-10 poznaje ovu dijagnostičku kategoriju, ali je DSM-5 ne poznaje), odnosi se na slučajeve kada je pacijent unutar mjesec dana imao dijagnozu shizofrenije, s općim simptomima za dijagnosticiranje (F20). Pojavljuje se nakon psihotične epizode, shizofreni simptomi više ne dominiraju, ali postoje. Moraju biti izraženi simptomi jedne depresije (F32) unatrag barem dva tjedna. Pokatkad je

teško razlučiti radi li se o depresivnim simptomima, negativnim simptomima (gubitak nagona, osiromašenje afekta), o shizodepresivnom poremećaju ili o utjecaju psihofarmakoterapije. U ovoj je fazi visok suicidalni rizik. Postshizofrena depresija pojavljuje se kada pacijent postaje svjesniji svoje bolesti i njezinih ograničenja. U toj je fazi je potrebna suportivna psihoterapija, uz daljnju medikamentnu terapiju. Dakle, depresivni simptomi tipično se pojavljuju ili prije početka floridne psihotične simptomatologije ili pak nakon završetka akutne psihoze u smislu jedne postpsihotične depresije. U takvom slučaju treba se smanjiti doza ili primijeniti drugi antipsihotik, međutim, nikako ne treba odustati od antipsihotičnog liječenja. S obzirom na postpsihotičnu depresiju, u fazi remisije može se pogrešno depresija proglasiti negativnim (rezidualnim) simptomom te pacijent može ostati uskraćen za antidepresivno liječenje.

■ PITANJE: Koja je diferencijalna dijagnostička razlika između negativnih simptoma kod shizofrenije i negativnih simptoma kod velikoga depresivnog poremećaja?

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje. Dodatno se komplicira situacija jer su negativni simptomi mogući i kod drugih psihičkih poremećaja, a posebno je to moguće kod depresije. Međutim, u tim rijetkim slučajevima negativni su simptomi teži i stabilniji, poput crta ličnosti (*trait-like*) kod shizofrenije nego kod drugih psihičkih poremećaja. Hipotetski se negativni simptomi mogu razumjeti da idu preko dva načina ili puta: 1. hedonističkog; i 2. kognitivnog. Kod hedonističkog puta dominira manjak inicijalnog odgovora na nagradu, dok kod kognitivnog puta dominira deficit više rangirane kognitivne kontrole. I jedan i drugi put, preko mehanizma ekvifinalnosti, završavaju negativnim simptomima, međutim, hedonistički bi put bio više prisutan kod depresije, dok bi kognitivni put bio više prisutan kod kronične shizofrenije.

■ PITANJE: Koja je razlika između shizofrenog reziduuma i shizofrenije simpleks, prema MKB-10, i kako je to koncipirano prema DSM-5?

ODGOVOR: Prema MKB-10, postoji razlika između ovih stanja. DSM-5 posebno ne navodi dijagnozu shizofrenog reziduuma, nego samo termin progresivne deterioracije pri praćenju tijeka. Također DSM-5 ne poznaje dijagnoze shizofrenije simpleks (kao kod MKB-10), s pretežnim negativnim simptomima (bez pozitivnih simptoma). Naime, u DSM-5 klasifikaciji

kod shizofrenije uvijek je potrebna kombinacija i pozitivnih i negativnih simptoma. Dakle, DSM-5 pojednostavnjuje podjelu shizofrenog spektra i čini dijagnostiku jasnijom.

54.12. Pitanja

- 1 Navedite definicije psihoze, sumanutosti i halucinacija.
- 2 Navedite koji su to pozitivni simptomi kod psihotičnih poremećaja.
- 3 Navedite koji su to negativni simptomi kod psihotičnih poremećaja.
- 4 Navedite razlike između kratkoga psihotičnog poremećaja, shizofreniformnog poremećaja i shizofrenije prema DSM-5.
- 5 Navedite vremenski slijed faza razvoja psihoze.
- 6 Navedite elemente dijagnosticiranja psihotičnih poremećaja.
- 7 Navedite sažetu etiopatogenezu psihotičnih poremećaja.
- 8 Navedite sveobuhvatni plan liječenja psihotičnih poremećaja.

54.13. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
2. *Asarnow JR*. Annotation: childhood-onset Schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1345-71.
3. *Bander I*. Imaginary friends in children, Diplomski rad, Zagreb: Medicinski fakultet, Mentor: Ivan Begovac; 2011.
4. *Barch DM, Gold JM, Kring AM*. Paradigms for Assessing Hedonic Processing and Motivation in Humans: Relevance to Understanding Negative Symptoms in Psychopathology. *Schizophr Bull* 2017; 43(4):701-705.
5. *Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J*. Auf dem Weg zu einer Schizophrenie - Theorie. U: *Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH, Wynne LC* (Hrsg). *Schizophrenie und Familie*. 5. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp; 1996, str.11-42.
6. *Bediou B, Asir F, Brunelin J, Krolak-Salmon P, D'Amato T, Saoud M, Tazi I*. Emotion recognition and genetic vulnerability to schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 126-30.
7. *Begovac I, Majić G, Vidović V*. Psihoze u adolescenciji. U: *Barišić N*, ur. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 747-750.
8. *Bion WR*. *Second thoughts*. London: Heinemann; 1967.
9. *Bleuler E*. *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke; 1911.
10. *Brickman AM, Buchsbaum MS, Bloom R* i sur. Neuropsychological functioning in first-break, never-medicated adolescents with psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2004;192: 615-22.
11. *Clark AF, Lewis SW*. Treatment of schizophrenia in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 1071-81.
12. *Cornblatt B, Obuchowski M, Roberts S* i sur. Cognitive and behavioral precursors of schizophrenia. *Dev Psychopathol* 1999;11(3):487-508.
13. *Crow TJ*. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 1985;11(3):471-86.
14. *Dhossche DM, Ross CA, Stoppelbein L*. The role of deprivation, abuse, and trauma in pediatric catatonia without a clear medical cause. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(1): 25-32.
15. *Eggers C, Roepcke B*. Schizophrenie. U: *Fegert JM, Eggers C, Resch F*, ur. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2. Auflage, Berlin: Springer; 2012, str. 437-496.
16. *Federn P*. *Ich-Psychologie und die Psychosen*. Frankfurt: Suhrkamp; 1956/1998.
17. *Freudenreich O, Weiss AP, Goff GC*. Psychosis and schizophrenia. 2019. Dostupno na: <https://neupsykey.com/28-psychosis-and-schizophrenia/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
18. *Gaebel W*. Intermittent medication – an alternative? *Acta psychiatr Scand* 1994; 382: 33-8.
19. *Goulding SM, Holtzman CW, Trotman HD* i sur. The prodrome and clinical risk for psychotic disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2013; 22(4):557-67.
20. *Green MF*. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996; 153: 321-30.
21. *Guenter M*. Psychotische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. U: *Hopf H, Windaus E*, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie*, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. München: CIP Medien; 2009, str. 505-516.
22. *Häfner H*. *Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Beck; 2001.
23. *Hauptman AJ, Benjamin S*. The Differential Diagnosis and Treatment of Catatonia in Children and Adolescents. *Harv Rev Psychiatry* 2016; 24(6):379-395.
24. *Keshavan MS*. Development, disease and degeneration in schizophrenia: a unitary pathopsychological model. *J Psychiatr Res* 1999; 33: 513-21.
25. *Kissling W, Pitschel –Walz G* (Hrsg). *Mit Schizophrenie leben*. Informationen für Patienten und Angehörige. Stuttgart: Schattauer; 2003.
26. *Klein M*. Neid und Dankbarkeit. Eine Untersuchung unbewusster Quellen. U: *Klein M*, ur. *Gesammelte Schriften*. Bd. 3. Stuttgart: Frommann- Holzboog; 1957, str. 279-367.
27. *Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW* i sur. The schizophrenia patient outcome research team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004; 30:193-217.

28. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
29. *Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A i sur.* Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:975–983.
30. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
31. *McClellan J, Stock S; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI).* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52(9):976-90.
32. *Mcglashan TH, Scott Woods S, Early Antecedents and Detection of Schizophrenia.* Dostupno na: <https://www.psychiatrytimes.com/schizophrenia/early-antecedents-and-detection-schizophrenia>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
33. *Meehl PE.* Schizotaxia revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:935-44.
34. *Mehler C, Warnke A.* Structural brain abnormalities specific to childhood-onset schizophrenia identified by neuroimaging techniques. *J Neural Transm* 2002; 109:219-34.
35. *Nuechterlein KH, Subotnik KL, Ventura J i sur.* The puzzle of schizophrenia: tracking the core role of cognitive deficits. *Dev Psychopathol* 2012;24(2):529-36.
36. *Ordonez AE, Gogtay N.* Childhood-onset schizophrenia and other early-onset psychotic disorders. U: Martin A, Volkmar FR i Bloch MH. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th ed. Wolters Kluwer; 2018, str. 461-472.
37. *Pagsberg AK.* Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22 Suppl 1:S3-9.
38. *Power P, Iacononi E, Reynolds N i sur.* The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2007;51:s133-9.
39. *Resch F.* Schizophrenie. U: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg). *Entwicklungspsychiatrie - Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer; 2003, str. 637-67.
40. *Resch F.* Therapie der Adoleszentenpsychosen: psychopathologische, psychobiologische und entwicklungspsychologische Aspekte aus therapeutischer Sicht. Stuttgart: Thieme; 1992.
41. *Restek-Petrović B, Mihanović M, Grah M i sur.* Early intervention program for psychotic disorders at the psychiatric hospital "Sveti Ivan". *Psychiatr Danub* 2012; 24(3):323-32.
42. *Ringel E.* Selbstmordverhütung. Bern:Huber;1969.
43. *Schimmelmann BG, Walger P, Schultze-Lutter F.* The significance of at-risk symptoms for psychosis in children and adolescents. *Can J Psychiatry* 2013; 58(1):32-40.
44. *Schneider K.* Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1976.
45. *Strauss GP, Cohen AS.* A Transdiagnostic Review of Negative Symptom Phenomenology and Etiology. *Schizophr Bull* 2017;43(4):712-719.
46. *Tiffin PA, Welsh P.* Practitioner review: schizophrenia spectrum disorders and the at-risk mental state for psychosis in children and adolescents-evidence-based management approaches. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(11): 1155-75.
47. *Volkmar FR.* Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:843-51.
48. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
49. *Werry JS, McClellan JM, Chard L.* Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30:457-65.
50. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
51. *Yung AR, McGorry PD.* The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996; 22:353-70.

Afektivni poremećaji

Ivan Begovac, Gordan Majić

SADRŽAJ

55.1. Uvod	737
55.2. Afektivni poremećaji – entiteti	737
55.2.1. Klasifikacije, podjele	737
55.2.1.1. Klasifikacije	737
55.2.1.2. Podjele	740
55.2.2. Epidemiologija, prevalencija	740
55.2.3. Specifičnosti kliničke slike u djece i adolescenata	740
55.2.3.1. Depresivni poremećaji (depresivna epizoda i povratni depresivni poremećaj)	740
55.2.3.1.1. Osnovni i dodatni simptomi	740
55.2.3.1.2. Različitost s obzirom na razvoj i dob	740
55.2.3.1.3. Klinička slika s obzirom na različita područja	742
55.2.3.1.4. Posebnosti depresije u djece i adolescenata	743
55.2.3.2. Manija i bipolarni afektivni poremećaj	743
55.2.3.2.1. Manija	743
55.2.3.2.2. Bipolarni afektivni poremećaj	743
55.2.3.3. Perzistirajući poremećaji raspoloženja	743
55.2.3.3.1. Ciklotimija F34.0	744
55.2.3.3.2. Distimija F34.1	744
55.2.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	744
55.2.5. Komorbiditet	745
55.2.6. Etiopatogeneza	745
55.2.6.2. Psihodinamski aspekti i interpersonalna teorija afektivnih poremećaja	747
55.2.6. Klinička vinjeta	748

55.2.7. Terapija	748
55.2.7.1. Multimodalno liječenje	748
55.2.7.2. Psihoterapija depresije	749
55.2.7.3. Psihoterapija kod bipolarnog afektivnog poremećaja i manije	749
55.2.7.4. Farmakoterapija depresije	749
55.2.7.5. Farmakoterapija bipolarnog afektivnog poremećaja i manije	750
55.2.6. Ishodi	750
55.3. Ometajući (disruptivni) poremećaj disregulacije raspoloženja	750
55.4. Upute za roditelje/nastavnike	751
55.5. Često postavljena pitanja	752
55.6. Pitanja	753
55.7. Literatura	753

55.1. Uvod

Povijesno gledano, postojao je mit da djeca ne mogu imati depresiju (afektivne poremećaje ili, može se reći, poremećaje raspoloženja), odnosno da nema tipičnog sindroma u dječjoj dobi (Majić i sur. 2009; Steinhausen 2010). Važni su autori u povijesti opisivali depresivna stanja u male djece. Bowlby (1958) je opisivao različite faze nakon traumatske separacije (protest, depresija i odbacivanje). Pod depresijom se razumijevalo pasivno ponašanje u male djece te odbijanje novih socijalnih odnosa. Spitz i Wolf (1946) opisivali su pojam „anaktičke“ (prijanjajuće) depresije koja se pojavljuje u djece u drugoj godini života nakon separacije od njima važnih osoba. Djeca su opisivana kao pasivna, nezainteresirana, s povremenim napadajima plakanja, poremećajima ritma budnost – spavanje, poremećajima jedenja te sklonosti infekcijama (Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003).

Afektivni su poremećaji, poslije anksioznih, najčešći poremećaji u dječjoj dobi, imaju tendenciju kronificiranja u odraslu dob te stoga zavrjeđuju veliku pozornost. Smatra se da se depresivni poremećaji premalo dijagnosticiraju i premalo liječe (Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003). Za pacijenta znače veliku patnju, a imaju i negativan utjecaj na razvojne zadatke (Kölch i sur. 2009).

Pod afektivnim poremećajima razlikujemo heterogenu skupinu poremećaja. Zajedničko im je obilježje poremećaj raspoloženja i nagonske aktivnosti, s dodatnim anksioznostima ili bez njih. Nadalje, pokazuju se simptomi u kognitivnom i somatskom (vegetativnom) području i, konačno, imaju tendenciju kronificiranja s recidivirajućim tijekom (Lempp 2014; Remschmidt 2011).

U DSM-5 opisan je također ometajući (disruptivni) poremećaj disregulacije raspoloženja, dijagnostičke kategorije koje nema u MKB-10, pa će se također opisati ovdje na kraju poglavlja. Zanimljivost ove, nove dijagnoze jest da se može postaviti u djece, ali ne i u odraslih.

55.2. Afektivni poremećaji – entiteti

55.2.1. Klasifikacije, podjele

55.2.1.1. Klasifikacije

U djece i adolescenata u klasifikacijama ne postoje razlike s obzirom na odrasle, što se čini kao nedostatak, međutim, može postojati vrlo različita simptomato-

logija, ovisno o dobi i o tome će se govoriti poslije. U [tablici 55.1.](#) prikazane su dijagnostičke kategorije afektivnih poremećaja u dječjoj dobi, uspoređujući MKB-10 i DSM-5 (APA 2013; WHO 1993).

Promatrajući kliničke entitete u MKB-10 unutar poglavlja afektivnih poremećaja, možemo naći sljedeće oblike poremećaja, a usporedivo je s DSM-5 klasifikacijom.

- **Depresivna epizoda (F32):** riječ je o jednoj depresivnoj epizodi, odgovara konceptu velikog depresivnog poremećaja u DSM-5; za dijagnozu depresivne epizode potrebno je trajanje simptoma minimalno dva tjedna.
- **Povratni depresivni poremećaj (F33):** riječ je o recidivirajućim depresivnim epizodama. Početak je nešto kasniji od bipolarnoga afektivnog poremećaja.
- **Perzistirajući poremećaji raspoloženja (F34):** nisu jako izraženi simptomi poremećaja kao kod epizode (uključujući i blagu), traju dulje od šest mjeseci, nemaju epizodičan tijek, a ovamo ubrajamo ciklotimiju i distimiju.
- **Ciklotimija F34.0:** ubraja se u perzistentni poremećaj raspoloženja karakteriziran nestabilnošću raspoloženja između blage depresije i blago povišenog raspoloženja.
- **Distimija F34.1:** ubraja se u perzistentni poremećaj raspoloženja, karakteriziran stalnom blagom depresivnošću. Povezuje se s konceptom nekada zvane depresivne neuroze.
- **Manična epizoda F30:** riječ je o jednoj maničnoj epizodi.
- **Hipomanija F30.0:** riječ je o blažem obliku manije.
- **Manija bez psihotičnih simptoma F30.1:** simptomi obične manične epizode uže definirani.
- **Manija sa psihotičnim simptomima F30.2:** osim već opisanih simptoma manije, postoje i psihotični simptomi sa sumanutima idejama veličine, religioznim idejama, slušnim halucinacijama, a bijeg ideja može biti toliko izražen da pacijent postaje nerazumljiv.
- **Bipolarni afektivni poremećaj F31 (prije se nazivao manično-depresivnom psihozom):** dolazi do izmjene manije i depresije (minimalno dvije epizode). Karakteristično je poboljšanje između faza. Pacijenti s dvjema i više maničnih epizoda (bez depresivne epizode) svejedno se

Tablica 55.1.**Dijagnostičke kategorije afektivnih poremećaja u dječjoj dobi.**

Modificirano prema APA 2013; WHO 1993.

MKB-10 klasifikacija	Komentari, poveznica s DSM-5
Depresivna epizoda (F32)	Odgovara konceptu velike depresije (engl. <i>major depression</i>);
Ponavljajući depresivni poremećaj (F33)	Odgovara konceptu velike depresije (engl. <i>major depression</i>);
Ciklotimija F34.0	Perzistirajući poremećaj
Distimija F34.1	Perzistirajući poremećaj
Manična epizoda F30	
Hipomanija F30.0	
Manija bez psihotičnih simptoma F30.1	
Manija sa psihotičnim simptomima F30.2	
Bipolarni afektivni poremećaj F31 (prije se nazivao manično-depresivnom psihozom)	DSM-5 razlikuje bipolarni poremećaj 1 i bipolarni poremećaj 2
Drugi i neodređeni poremećaji raspoloženja (F38 i F39)	
Spektar težine simptoma definiran je kroz kriterije (lagani, umjeren, težak, hipomanija, manija), kao i kroz komplicirajuća obilježja (npr. somatski sindrom /ili vitalni sindrom; melankolični; biološki; endogenomorfni/; sa psihotičnim simptomima ili bez njih)	DSM-5 sadrži još i dodatne odrednice
Anksiozno-depresivni sindrom (F41.2) (Mješovita klinička slika lagane depresije i GAP-a)	Opisano je kod anksioznih poremećaja
Poremećaji prilagodbe (kratka depresivna reakcija F43.20, dulja depresivna reakcija F43.21; mješovita reakcija anksioznosti i depresije F43.22)	Važno je razlikovati od kategorija F32 i F33, opisano u posebnom poglavlju 67
Poremećaj ponašanja uz depresiju F92.0	Posebna dijagnostička kategorija, opisano u posebnom poglavlju 64
/	Ometajući (disruptivni) poremećaj disregulacije raspoloženja (postoji u DSM-5; nema ga u MKB-10)

klasificiraju kao bipolarni afektivni poremećaj (F31.8) jer su vrlo slični pacijentima s bipolarnim poremećajem. Karakteristično je da manične epizode traju kraće (oko 4 mjeseca) od depresivnih epizoda (oko 6 mjeseci).

– **Drugi i neodređeni poremećaji raspoloženja (F38 i F39)**

Spektar težine simptoma definiran je kroz kriterije (blaga, srednje teška, teška, hipomanija, manija), kao i kroz komplicirajuća obilježja (npr. **somatski sindrom /ili vitalni sindrom; melankolični; biološki; endoge-**

nomorfni/; sa psihotičnim simptomima ili bez njih) (WHO 1993). **Somatski sindrom** označujemo kada dominiraju gubitak interesa ili gubitak radosti, nemogućnost emocionalne reakcije na okolinu, rana jutarnja buđenja, lošije osjećanje ujutro, psihomotorna retardacija ili agitacija, znatan gubitak apetita, gubitak težine, znatan gubitak libida.

DSM-5 u svojoj klasifikaciji odvaja bipolarne od depresivnih poremećaja (APA 2013). Nadalje, razlikuje bipolarni poremećaj 1, koji je klasični bipolarni poremećaj, i bipolarni poremećaj 2, koji je obilježen poja-

vom jedne (ili više) depresivne epizode i najmanje jedne hipomanične epizode (APA 2013). DSM-5 uvodi dva posebna kriterija za depresiju u dječjoj dobi. Kao prvi kriterij, osim depresivnog raspoloženja, može biti prisutno razdražljivo raspoloženje, a kao drugi kriterij gubitak tjelesne mase bez dijete, odnosno nemogućnost dostizanja očekivane tjelesne mase.

DSM-5 nabraja dodatne posebne odrednice kod depresivnih poremećaja. To su, uz težinu kliničke slike (blaga, umjerena, teška), **somatski/melankolički sindrom**, prisutnost/nepresutnost psihotičnih obilježja, sumanutosti sukladne raspoloženju / sumanutosti nesukladne raspoloženju, depresivni poremećaj s potpunom remisijom između epizoda ili bez nje; s anksioznim distresom; s mješovitim oblikom (mješovita depresija i pojedini manični i hipomanični simptomi); s atipičnim oblikom; s katatonijom; s peripartalnim početkom i sa sezonskim oblikom. **Atipičan oblik** danas se manje rabi kao odrednica, a obično uključuje reaktivnost (podražljivost) raspoloženja na vanjske podražaje, te „atipične” simptome kao su porast tjelesne težine, hipersomnija itd. **Sezonski oblik** odnosi se na specifičnost pojavljivanja u određeno doba godine (npr. jesen ili zimu). Slično prije spomenutom, DSM-5 navodi dodatne posebne odrednice kod bipolarnih poremećaja, a posebno se dodaje i brzo izmjenjujući (**rapid cycling**) pri kojoj se pojavljuju minimalno četiri epizode u posljednjih 12 mjeseci (APA 2013).

Dodatno se ovamo mogu ubrajati poremećaji prilagodbe (kratka depresivna reakcija F43.20, dulja depresivna reakcija F43.21; mješovita reakcija anksioznosti i depresije F43.22), međutim, opisani su u drugom poglavlju (v. posebno poglavlje 67 o poremećajima povezanih sa stresom). Danas takve poremećaje prilagodbe s depresijom treba razlikovati od depresivne epizode, odnosno povratnoga depresivnog poremećaja, odnosno velike depresije (*engl. major depression*) u američkoj klasifikaciji (Schulte-Markwort 2009). Posebno je interesantna klinička slika poremećaja ponašanja uz depresiju F92.0 (v. posebno poglavlje 64 o poremećajima ponašanja).

Pojedini autori klinički razlikuju agitiranu, zakućenu, larviranu (maskiranu), somatiziranu i psihotičnu depresiju (Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003). U praksi je larvirana (maskirana i/ili atipična) depresija nedovoljno precizna, pa ovaj termin treba izbjegavati, međutim, drugi prije navedeni termini mogu biti klinički korisni. Termine „reaktivna

depresija” i „psihogena depresija” također treba izbjegavati jer su danas nedovoljno određeni.

Kriteriji **velikoga depresivnog poremećaja, prema DSM-5**, jesu sljedeći (APA 2013): A. Pet (ili više) simptoma, prisutno 2 tjedna, promjena s obzirom na prijašnje funkcioniranje; barem jedan od simptoma jest ili depresivno raspoloženje ili gubitak zanimanja ili uživanja: 1. Depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan, kao subjektivna pritužba ili da ga vide drugi (u djece i adolescenata može biti prisutno razdražljivo raspoloženje); 2. Značajno smanjeno zanimanje ili uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima veći dio dana, gotovo svaki dan; 3. Značajan gubitak tjelesne mase bez dijete ili dobivanje na masi ili pak smanjenje ili povećanje apetita, gotovo svakodnevno (u djece nemogućnost dostizanja očekivane tjelesne mase); 4. Nesanica ili pretjerano spavanje; 5. Psihomotorni nemir ili usporenost; 6. Umor ili gubitak energije; 7. Osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane ili neodgovarajuće krivnje (može biti sumanuta); 8. Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentriranja, ili neodlučnost; 9. Ponavljajuća razmišljanja o smrti, ponavljajuća suicidalna razmišljanja bez specifičnog plana ili pokušaj suicida ili specifični plan za suicide; B. Simptomi uzrokuju značajnu kliničku patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugom području funkcioniranja; C. Epizoda se ne može pripisati učincima psihoaktivne tvari ili drugoga zdravstvenog stanja; D. Ne može se bolje objasniti shizoafektivnim poremećajem, shizofrenijom, shizofreniformnim i sumanutim poremećajem ili drugim; E. Nikad nije zabilježena manična ili hipomanična epizoda.

Kriteriji **manične epizode, prema DSM-5**, jesu sljedeći (APA 2013): A. Određeno razdoblje nenormalnog i trajno povišenog, ekspanzivnog ili razdražljivog raspoloženja i nenormalno i trajno povećanje aktivnosti ili energije, koje traje najmanje tjedan dana, veći dio dana, gotovo svaki dan; B. Tri simptoma, ili četiri ako je raspoloženje samo razdražljivo: 1. nupuhano samopoštovanje ili grandioznost; 2. smanjena potreba za spavanjem; 3. razgovorljivost veća nego obično ili potreba da se stalno govori; 4. bijeg ideja ili subjektivno iskustvo da misli brzaju; 5. rastresenost pažnje; 6. intenziviranje aktivnosti usmjerenih prema cilju ili psihomotorna agitacija; 7. pretjerano uključivanje u ugodne aktivnosti koje imaju veliku mogućnost bolnih posljedica; C. Znatno oštećenje u socijalnom i radnom funkcioniranju ili potreba za hospitalizacijom zbog autodestrukcije/heterodestrukcije ili prisutna

psihotična obilježja; D. Simptomi nisu posljedica učinka neke psihoaktivne tvari ili drugoga zdravstvenog stanja. U DSM-5 postoje također kriteriji za hipomanu epizodu.

Kao kritiku navedenih klasifikacija možemo naglasiti da nisu uzele toliko u obzir razvojne čimbenike kao ni čimbenike konteksta (Volkmar i Martin 2011).

55.2.1.2. *Podjele*

Pojedini autori afektivne poremećaje dijele na primarne afektivne poremećaje, tj. afektivne poremećaje kao samostalnu bolest i na sekundarne afektivne poremećaje ako se pojavljuju unutar drugih poremećaja koji im i prethode, kao što su shizofrenija, anoreksija nervoza, različiti poremećaji ličnosti, OKP, pojedini anksiozni poremećaji (panični poremećaj, agorafobija), te oštećenja koja zahvaćaju mozak i različite tjelesne bolesti (Remschmidt 2011; Steinhausen 2010).

55.2.2. *Epidemiologija, prevalencija*

2.2.1. Depresivni poremećaji. Afektivni su poremećaji, nakon anksioznih, najčešći psihički poremećaji. Prevalencija depresivnog poremećaja iznosi oko 2 % u djece, oko 1 % u predškolske djece i 4 – 8 % u adolescentnoj dobi (Kölch i sur. 2009; Lempp 2014; Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher, 2003). Tijekom adolescencije češći su u djevojaka. Rizik od pojave depresije nakon puberteta povećava se 2 – 4 puta, posebno za ženski spol, i ima lošiju prognozu. Prevalencija distimije nešto je manja u usporedbi s velikim depresivnim poremećajem, manje se dijagnosticira i češće kronificira. Općenito se depresivni poremećaji manje dijagnosticiraju negoli emocionalni poremećaj u djetinjstvu. Emocionalni poremećaji sličie više normativnim strahovima tipičnima za dob, koji su prisutni u većoj mjeri (Kölch i sur 2009). Zanimljiv je podatak da u neuropedijatrijskih pacijenata s glavoboljama u 40 % slučajeva postoji i depresija. Primjerice, u ambulantnom i stacionarnom okviru odjela dječje psihijatrije prevalencija je oko 30 % (Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003).

2.2.2. Bipolarni afektivni poremećaj i manična epizoda. Prije desete godine života bipolarni su poremećaji vrlo rijetki (oko 0,3 – 0,5 %), dok je u adolescenciji prevalencija oko 1 % (Kölch i sur. 2009). Općenito se bipolarni afektivni poremećaj u Europi manje

dijagnosticira nego poremećaji ponašanja ili hiperkinetski sindrom.

55.2.3. *Specifičnosti kliničke slike u djece i adolescenata*

55.2.3.1. *Depresivni poremećaji (depresivna epizoda i povratni depresivni poremećaj)*

55.2.3.1.1. *Osnovni i dodatni simptomi*

Depresija je vrlo uobičajena u svakodnevnom životu, međutim, da bi se označila kao psihijatrijski poremećaj, mora imati kompleks različitih simptoma, utjecati na svakodnevno funkcioniranje ili razvojne zadatke, i mora postojati njegova perzistencija (Remschmidt 2011).

Klasičan trijas osnovnih kliničkih simptoma depresije uključuje (Kölch i sur. 2009; Remschmidt 2011): 1. depresivno raspoloženje (npr. potišteno i tužno raspoloženje, plačljivost, razdražljivost, gubitak radosti) ili iritabilnost u djece (prema američkoj klasifikaciji); 2. promjene na razini aktivnosti (anhedonija, smanjen interes ili zadovoljstvo u uobičajenim aktivnostima koje su prije bile, smanjeni „nagoni“, tj. smanjena životna energija u obliku umora i reducirane energije) te 3. poremećaje mišljenja, npr. u obliku „samookrivljanja“, ideje gubitka vrijednosti, ideje besmisla, ideje krivnje, ideje bespomoćnosti, kognitivna iskrivljanja, kao i ruminacije misli.

Osim tih, osnovnih simptoma, postoje i **drugi dodatni (asocirani) simptomi**: smanjeno samopoštovanje, misli o smrti, poremećaji koncentracije, poremećaji spavanja (npr. hypersomnija u adolescenata), gubitak apetita, pritužbe na tjelesne tegobe kao što su glavobolja i bolovi u trbuhu, izostanak menstruacije u djevojaka, osjećaj smetnji gutanja (globus); česta izostajanja iz škole ili školski neuspjeh, trajna dosada i drugi simptomi (Kölch i sur. 2009; Remschmidt 2011). Kod tzv. **agitirane depresije** nalazimo nemir i psihomotornu napetost, dok kod **zakočene** depresije nalazimo psihomotornu usporenost.

55.2.3.1.2. *Različitost s obzirom na razvoj i dob*

U **tablici 55.2.** navedeni su simptomi depresije ovisno o dobi, kao i u odnosu prema osnovnim i dodatnim simptomima.

Kao što se vidi iz tablice, važno je uočiti da i predškolska djeca mogu imati simptome depresije. Različi-

Tablica 55.2.

Simptomi depresije ovisni od dobi

Modificirano Köhler i sur. 2009; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; NICE 2005; Steinhausen 2010.

	Dob „trčkarala” i predškolska djeca	Školska djeca	Adolescenti
Temeljni simptomi			
Raspoloženje i afekt, vanjski izgled	lako se iritira, labilnog raspoloženja; napadaji plača, ne može se veseliti, tužan izraz lica	stiješnjeno; depresivno; tužno; plačljivo, disforično; iritabilno; dosada; apatija; bez radosti i interesa, često tužan izgled	
Aktivnost, psihomotorika, nagoni i navike	smanjena mimika i geste, inhibicija u igri, manjak interesa za aktivnosti	slabije izraženi manjak energije, usporeni pokreti, manje spontane motorike	vrlo izražen manjak energije, anhedonija, usporeni pokreti, manje spontane motorike
Forma i sadržaj mišljenja	usporeno mišljenje; manjak verbalizacije, manjak fantazije, reduciranost kreativnosti	usporeno mišljenje; verbaliziraju tužno raspoloženje; loše samopoštovanje, osjećaji krivnje	usporeno mišljenje; depresivne sumanutosti krivnje, osiromašenja; osjećaji beznađa
		opsjednutost smrću i suicidom	
Asocirani simptomi			
Pažnja	manjak koncentracije		
Strahovi i opsesije	nesigurnost, difuzni strahovi, napetost, izljevi emocija		fobije, hipohondrijski strahovi
Kognitivne funkcije i percepcija	usporeni kognitivni razvoj	halucinacije	manje prisutne halucinacije; školski neuspjeh
Socijalna interakcija i agresivno ponašanje	introvertirano ponašanje, traženje kontakata ili pak agresivno ponašanje		socijalno povlačenje, antisocijalno ponašanje; rizično ponašanje; uporaba alkohola i droga
Poremećaj spavanja	poremećaji spavanja, noćne more	insomnija, hipersomnija	
Poremećaj jedenja	gubitak apetita, gubitak na tjelesnoj masi ili dobivanje na masi; ili ostajanje na istoj masi		
Somatske smetnje i bolovi	smanjenje rasta	češće (kronična bol u trbuhu ili glavobolja)	rjeđe
Samoozljeđivanje	vrlo rijetko	rjeđe	češće
Samostimulirajuće ponašanje	vrtnje glavom, pretjerano sisanje prstiju, genitalne manipulacije	rjeđe	rijetko
Drugi simptomi	enureza, enkopreza	rijetko	rijetko

tost pojavnih oblika depresivnih reakcija u djece i mladih vezana je uz osobitosti pojedinih razvojnih faza koje se razlikuju od simptoma u odraslih (Ercegović 2004; Spitz i Wolf 1946). Naime, danas smatramo da

pojedine emocije postoje od gotovo prvog dana života (v. poglavlja 4 i 5 o razvoju i emocijama). Senzorička prekognitivna forma afekta postoji u prvoj godini života, dok poslije, posebno nakon 18. mjeseca, postoji

sve veća emocionalna širina u fantaziji, kao i veće simboličko reprezentiranje osjećaja (Dornes 1993). Minimalna dob za postavljanje dijagnoze depresije u djece jest od dvije do tri godine.

U **dobi „trčkarala” i predškolske djece** temeljni su simptomi laka razdražljivost djeteta, labilno raspoloženje; napadaji plača, nemogućnost veselja, smanjenje mimike i geste, inhibicija u igri, manjak interesa za aktivnosti, manjak verbalizacije, manjak fantazije, reduciranost kreativnosti i tužan izraz lica. Drugi asocirani simptomi jesu nesigurnost, difuzni strahovi, napetost, izljevi bijesa, introvertirano ponašanje, traženje kontakata ili pak agresivno ponašanje, a mogu postojati poremećaji spavanja, noćne more, gubitak apetita, gubitak ili dobivanje na tjelesnoj masi ili ostanje na istoj masi. Postoje autostimulirajuće ponašanje, kao i enureza, enkopreza (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Sažeto se može reći da je u toj dobi ekspresija depresije više mimikom ili u igri, uz somatske i vegetativne simptome. Reakcije žalosti nakon gubitaka manje su izražene i može se reći da kraće traju te da je brža izmjena faza (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011).

U **školskoj dobi** polako nastupaju razvojne promjene u emocionalnim, kognitivnim i socijalnim sposobnostima, premda i dalje mogu dominirati somatski i vegetativni simptomi. U ovoj dobi može se kao temeljni simptom pojaviti depresivno raspoloženje. Dijete može biti tužno, plačljivo, disfornično, a može biti prisutna i dosada. Djeca su bez radosti i interesa, uz povećanu iritabilnost; postoji često tužan izgled, slabije je izražen manjak energije. Može postojati usporenost pokreta, manje je spontane motorike, djeca verbaliziraju tužno raspoloženje; postoji umor uz tugu kao reakcija na frustraciju ili gubitak, opsjednutost smrću i suicidom te loše samopoštovanje uz druge dodatne simptome kao što su socijalna izolacija, tjelesni bolovi, izljevi emocija (Kölch i sur. 2009; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Tako djeca koja su mnogo vremena provodila s prijateljima mogu izgubiti interes za to i druge aktivnosti, provodeći većinu vremena sama. Stvari koje su dijete prije veselile, više ga ne vesele toliko. Djeca koja su depresivna mogu verbalno izražavati želju da ih više nema ili mogu govoriti o suicidu. Približavajući se adolescenciji, dijete više nije jednostavno nesretno ili tužno, već traži i uzrok tomu često okrivljujući sebe za nešto za što nije krivo (npr. osjećaj krivnje zbog razvoda roditelja). U toj se dobi pojavljuje osjećaj snižena samopoštovanja, djeca sve više nezado-

voljstvo doživljavaju u odnosu prema sebi, a sve manje u odnosu prema okolini.

U **adolescentnom razdoblju** očitovanje depresije sve je bliže onom u odrasloj dobi, no još uvijek se razlikuje. Temeljni su simptomi da je raspoloženje stiješnjeno, depresivno; tužno; plačljivo, disfornično; postoji dosada; adolescenti su bez radosti i interesa, postoji povećana iritabilnost; često tužan izgled, vrlo je izražen manjak energije, uz usporenost pokreta, postoji manje spontane motorike, anhedonija, opsjednutost smrću i suicidom, depresivne sumanutosti; osjećaj beznađa (Kölch i sur. 2009). Dodatno, mogu biti prisutni samoozljeđivanje, socijalno povlačenje, školski neuspjeh, poremećaj ciklusa dan-noć, uporaba alkohola i droga (Kölch i sur. 2009). Razne hipohondrijske smetnje, fobije, bijeg od kuće, antisocijalno ponašanje i delinkvencija također mogu biti izraz depresije u djece i mladih. Koncept vremena i odnos prema budućnosti imaju bitnu ulogu u adolescentnim razmišljanjima, u usporedbi s odraslom dobi, adolescent nema iskustvo da većina stvari, a tako i ono što donosi patnju i bol, tijekom vremena prolazi. Ovakav koncept vremena nosi sa sobom karakterističan doživljaj urgentnosti koji uz manjak umjerenosti, što je isto tako osobina adolescentne dobi, često vodi u rizične odluke i postupke. Adolescent se boji da ništa ne prolazi, da će bol i patnja koje osjeća biti vječne. Tako odbacivanje od vršnjaka može značiti trajnu isključenost iz društva, neuspjela veza znači osudu na doživotnu usamljenost, a loša ocjena potpun školski neuspjeh. Mnogi razvojni zadatci koje adolescencija stavlja pred mladog čovjeka mogu u slučaju neuspjeha u njihovu ostvarivanju potaknuti depresiju. Također mogu biti tipične misli o smrti u adolescenata. S obzirom na odrasle osobe, adolescenti imaju više eksternalizirajućih, odnosno manje vegetativnih smetnji, kao i manje psihotičnih smetnji (Steinhausen 2010).

55.2.3.1.3. **Klinička slika s obzirom na različita područja**

Pojedini autori koncipiraju depresivne simptome prema trima zahvaćenim područjima: 1. **emocionalni simptomi** (poremećaji raspoloženja, gubitak aktivnosti, gubitak interesa, iritabilnost/ strah, hipohondrijski strahovi /strahovi o tjelesnim funkcijama/, osjećaji krivnje, osjećaji isrpljenosti, osjećaji praznine, promjene raspoloženja tijekom dana, suicidalnost); 2. **kognitivni simptomi** (usporeno mišljenje; manjak verbalizacije, manjak fantazije, reduciranost kreativ-

nosti, smetnje koncentracije, ideje bespomoćnosti, ideje insuficijencije, nema očekivanja u budućnosti, misli o smrti, negativna stajališta prema sebi, ideje sagrješenja, orijentacija na neuspjeh) te 3. **tjelesni simptomi** (poremećaji spavanja, gubitak apetita, gubitak tjelesne mase, umor, vegetativne smetnje /glavobolje, bolovi u trbuhu, poremećaji probave/) (Lempp 2014; Remschmidt 2011).

55.2.3.1.4. Posebnosti depresije u djece i adolescenata

Depresivne su epizode u djece i adolescenata, u usporedbi s odraslom dobi, kraće i simptomi su manje izraženi (Lempp 2014), a također su i specifični, kao što je to već prije navedeno. Kratkoročno depresivna djeca i adolescenti pobuđuju kod okoline suosjećanje, međutim dugoročno ih okolina često doživljava kao otežavajuće, pa je stoga potrebna što ranija profesionalna pomoć (Lempp 2014).

55.2.3.2. Manija i bipolarni afektivni poremećaj

55.2.3.2.1. Manija

Kod **manije** (manične epizode) riječ je o drugom polu depresije čije je temeljno obilježje povišeno raspoloženje (euforija, osjećaji radosti), ali i razdražljivo raspoloženje i ubrzanost tjelesne i psihičke aktivnosti. Drugi važni simptomi jesu povišena razgovorljivost, ideje veličine, nerealistični planovi za budućnost, bijeg ideja, precijenjene ideje, gubitak prikladnoga socijalnog ponašanja, nedistanciranost, kao i manjak društveno uvjetovanih inhibicija koje mogu uključivati hiperseksualnost ili seksualno neuobičajeno ponašanje. Dodatni simptomi mogu biti manjak potrebe za spavanjem, poteškoće koncentracije, poremećaji percepcije (npr. uočavanje šarenila boja), subjektivno bolji sluh (hiperakuzis) itd. (Kölch i sur. 2009; Remschmidt 2011). Primjeri mogu biti osjećaji adolescenta kao da je na „vrhu svijeta“, da je „najbolji nogometaš“, milijunaš, princeza, vođa, poduzimaju rizične radnje itd. U **dječjoj dobi** simptomi manične epizode rijetko se dijagnosticiraju kao takvi, djeca obično dobivaju druge dijagnoze. Naime, mogu biti prisutni povećana iritabilnost, emocionalna labilnost, hiperaktivnost, kao i rizična ponašanja. Tijekom **adolescencije** u kliničkoj slici može biti više izražena eretičnost (psihomotorna uzbuđenost) nego euforija (Remschmidt 2011). Simptomi manije više fluktuiraju u adolescentnoj dobi

(Remschmidt 2011). U adolescenciji je klinička slika više nalik na onu u odrasloj nego u dječjoj dobi, češće su prisutni psihotični simptomi, pomiješani afektivni simptomi, kao i teži poremećaji ponašanja. Zbog toga je važno, diferencijalnodijagnostički, razlikovati je od shizofrenije ili shizoafektivne psihoze (Remschmidt 2011).

55.2.3.2.2. Bipolarni afektivni poremećaj

Kod **bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP)** riječ je o izmjenjivanju depresivnih i maničnih (ili hipomaničnih) epizoda. Tipično za dječju i adolescentnu dob jest da su kraće faze, kao i mogućnost da se unutar istoga dana brzo izmijene faze manije i depresije (Remschmidt 2011). Što je dijete mlađe, to se klinička slika više razlikuje od one u odrasloj dobi (Remschmidt 2011). Na BAP u djetinjstvu i adolescenciji upućivali bi (Remschmidt 2011): 1. klinička slika tipična za BAP; 2. jasno oboljenje drugih članova u obitelji; 3. rana tendencija manično-depresivnom reagiranju; 4. tijek koji je obilježen dvjema fazama (manična i depresivna); 5. manjak vanjskih stresora; 6. značajnost poremećaja koji se manifestira potrebom za liječenjem; 7. abnormalno ekstrovertirana ličnost; 8. isključenje organskog poremećaja ili shizofrenije; 9. sigurnost dijagnoze promatranjem tijeka.

Slično kao i kod maničnih epizoda u djetinjstvu, i BAP se rijetko dijagnosticira u djetinjstvu. BAP u djece i adolescenata u odnosu prema odraslim osobama se razlikuje u sljedećim čimbenicima (Remschmidt 2011): 1. faze su kraćeg trajanja, ne pokazuje se tako jasna izmjena faza; odnosno češće dolazi do brže izmjene faza 2. manifestiraju se u odnosu prema dobi (npr. više motoričkih simptoma i poremećaja mimike nego simptoma raspoloženja); 3. pokazuju više vegetativnih simptoma, nastupom puberteta više dolaze do izražaja poremećaji raspoloženja; 4. češće je riječ o mješovitim maničnim i depresivnim fazama; 5. simptomatologija je ovisna o interesima, konfliktima i nagonim ciljevima adolescencije (npr. osjećaji odbačenosti od vršnjaka itd.); češći su fobično-anankastički i hipohondrijski simptomi; 6. češće vode do shizofrenog razvoja.

55.2.3.3. Perzistirajući poremećaji raspoloženja

Obilježje takvog poremećaja jest u tom što simptomi nisu jako izraženi kao kod epizode, traju dulje od šest mjeseci i nemaju epizodičan tijek. Bolje ih je klasi-

ficirati ovamo nego među poremećaje ličnosti, jer su „bliži” afektivnim poremećajima i slično se liječe (Remschmidt 2011).

55.2.3.3.1. Ciklotimija F34.0

Ubraja se u perzistentni poremećaj raspoloženja, karakteriziran nestabilnošću raspoloženja između blage depresije i blago povišenog raspoloženja. U dječjoj i adolescentnoj dobi ova se dijagnoza vrlo rijetko postavlja (Remschmidt 2011).

55.2.3.3.2. Distimija F34.1

Ubraja se u perzistentni poremećaj raspoloženja, karakteriziran stalnom blagom depresivnošću, ali postoje i razdoblja dobrog raspoloženja. Povezuje se s konceptom nekada zvane depresivne neuroze. Obično je riječ o kroničnim stanjima, traju dulje od jedne godine, uz blažu simptomatologiju. Obično simptomi nastaju nakon nekih traumatskih događanja, simptomi su smanjene aktivnosti, depresivno raspoloženje, poremećaji spavanja, ne mogu izići nakraj sa svakodnevnim aktivnostima. Obično počinje potkraj adolescencije i produljuje se u odraslu dob (Remschmidt 2011).

55.2.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

Dijagnoza afektivnih poremećaja postavlja se kliničkim intervjuom na temelju anamneze, heteroanamneze i pregleda (opservacijom), pri čemu je od velike važnosti dobiti što više heteroanamnestičkih podataka o djetetu i njegovoj okolini. Potrebna je i dodatna procjena koju obavlja multidisciplinarni tim (psiholog, defektolog, socijalni radnik i dr.). Važno je detaljno uzeti podatke iz djetetove osobne anamneze. Posebno se može pitati o različitim stresnim i obiteljskim okolnostima. U manje je djece korisno više dijagnostičkih razgovora. Obzirno se mogu pitati roditelji je li netko u obitelji bolovao od depresije, ali tako da se o tome ne pita izravno, već npr.: „Je li tko u obitelji imao stiješnjeno ili pasivno raspoloženje?”. Katkada se tek promatranjem tijekom duljeg vremena dolazi do dijagnoze. Tipično za afektivni poremećaj jest ujutro lošije, a navečer bolje raspoloženje. Treba također uzeti u obzir postoji li brzo izmjenjivanje faza (engl. *rapid cycling*), kao i postoji li povezanost s godišnjim dobom, menstrualnim ciklusom ili uzimanjem droga. Pri pojavi depresije treba svejedno dobiti podatke o eventualnim maničnim ili hipomaničnim fazama (Volkmar

i Martin 2011). U dijagnostičkom je procesu važno procijeniti suicidalnost, kao i inače u uobičajenom radu (v. posebno poglavlje 28 o suicidalnosti).

Dodatno se mogu primjenjivati kliničke ljestvice npr. CDI – „Children’s Depression Inventory” (Kovacs 1992; Kovacs 2010) ili CDRS-R – children’s depression rating scale – revised (Poznanski i sur. 1985), testovi inteligencije, testovi za specifične razvojne poremećaje, projektivni testovi. Pri manji može se primijeniti polustrukturirani intervjui te kliničke ljestvice kao što su YMRS (Young mania rating scale) ili Child mania rating scale (Pavuluri i sur. 2006; Volkmar i Martin 2011; Young i sur. 1978; Young i sur. 2000). Potrebno je provesti dodatno i obradu somatskih nalaza (tjelesni pregled, laboratorijski testovi, hormoni štitnjače, probirni test za droge, EKG, EEG, CT, MR i dr.). Od navedenih pretraga izrazito je bitno naglasiti EKG i EEG zbog uvođenja eventualne psihofarmakoterapije. U dječjoj i adolescentnoj dobi ne rabi se toliko deksametazonski test (Steinhausen 2010).

Za depresiju u dobi od 7 do 11 godina ne preporučuje se primjena **probirnih (skrining)** testova. Za adolescente u dobi od 12 do 18 mogu se primijeniti probirni testovi ako je zdravstveni sustav u mogućnosti ponuditi daljnju dijagnostiku i terapiju. Za dijagnostiku u adolescentnoj dobi mogu se uporabljivati testovi „Patient health questionnaire for adolescents” (Johnson i sur. 2002) i „Beck depression inventory” (Beck i sur. 1996), verzije za primarnu praksu i adolescente. Rano otkrivanje i liječenje supkliničkih oblika depresije te edukacija o depresiji šire populacije neki su od oblika preventivnog djelovanja.

Diferencijalnodijagnostički, kod **depresije** je važna razlika između depresivnog i anksioznog (emocionalnog) poremećaja, jer se katkada djeca s depresijom dijagnosticiraju kao anksiozni poremećaj. Nadalje, treba razdvojiti organska stanja: epilepsiju, diabetes mellitus, hipotireozu, anemiju, eritematozni lupus, infekcijske bolesti te farmakološki uvjetovane depresije zbog uzimanja antiepileptika, stimulancija (npr. derivati amfetamina), antipsihotika, citostatika. Diferencijalnodijagnostički gledano, potrebno je razlikovati depresiju od zlorabe supstancija (kanabis), bipolarnog afektivnog poremećaja, shizoafektivnog poremećaja, poremećaja prilagodbe (Lempp 2014).

Maniju i bipolarni afektivni poremećaj važno je razlikovati od drugih afektivnih poremećaja, hiperkinetskog sindroma, anksioznih poremećaja, shizofrenije, organskih stanja (heredodegenerativnih bolesti,

tumora mozga, infekcija mozga, epilepsija, delirantnih stanja; sistemskih bolesti kao što su hipertireoza, uremije, Wilsonova bolest, porfirije itd.) (Remschmidt 2011). Bitna je i razlika od stanja uzrokovanih medikamentima (antidepresivi, stimulancije, steroidi) i psihoaktivnim supstancijama (amfetamin, kokain, pobuđujuće supstance) (Kölch i sur. 2009). Razlikovanje manije i bipolarnog afektivnog poremećaja od shizofrenije u vremenskom je slijedu psihotičnih simptoma. Naime, ako postoje primarno temeljni poremećaji raspoloženja, uz njihov veliki intenzitet, te ako se pojave dodatni psihotični simptomi, onda govorimo o bipolarnom afektivnom poremećaju sa psihotičnim simptomima, a ne o shizofreniji. Kod shizofrenije psihotični simptomi ne ovise o cikličnim epizodama poremećaja raspoloženja. Dakle, kod BAP-a načelno ima više cikličnosti. U odnosu prema hiperkinetskom sindromu, na maniju (bipolarni afektivni poremećaj) više upućuje nagli nastanak simptoma, tijekom obilježen promjenom raspoloženja i fluktuacijom, psihotičnim simptomima, anamnezom o BAP-u u obitelji (Volkmar i Martin 2011). Pokatkad se tek promatranjem tjeka dolazi do dijagnoze BAP-a, kada se pojave „klasični simptomi“ manije u smislu grandioznosti, manjka potrebe za spavanjem i hiperseksualnošću (Volkmar i Martin 2011).

55.2.5. Komorbiditet

Poremećaje raspoloženja u dječjoj i adolescentnoj dobi prati čest komorbiditet. Uz depresiju česti su anksiozni poremećaji, hiperkinetski sindrom, zloraba droga, poremećaj ponašanja (Volkmar i Martin 2011). Najopasnija komplikacija i komorbiditet može biti **suicidalnost** (v. posebno poglavlje 28 o suicidalnosti). Kod depresivnog je poremećaja 10 puta veća šansa za pojavu suicidalnosti nego u općoj populaciji. Posebno rizične osobe za počinjenje suicida jesu one u depresivnoj epizodi bipolarnog afektivnog poremećaja (šestina pacijenata izvrši suicid) (Lempp 2014). Depresivni simptomi mogu pratiti gotovo svaki drugi psihijatrijski poremećaj, a pogotovo shizofreniju (npr. postshizofrena depresija), poremećaje jedenja, opsesivno-kompulzivni poremećaj, kao i posttraumatski poremećaj. Psihodinamski je već dulje prisutan koncept da se iza poremećaja ponašanja ili hiperkinetskog poremećaja može kriti depresivni poremećaj (tzv. maskirana depresija). Kao „somatogenu depresiju“ označujemo depresivni poremećaj pri nekim drugim somatskim stanjima

kao što su organski poremećaji, teške infekcije, epilepsije, degenerativne bolesti i drugo.

Bipolarni afektivni poremećaj, slično depresiji, može biti u komorbiditetu s anksioznim poremećajima, hiperkinetskim sindromom, zlorabom droga te poremećajem ponašanja (Volkmar i Martin 2011).

55.2.6. Etiopatogeneza

2.6.1. Integrativni aspekti etiopatogeneze

Etiopatogeneza afektivnih poremećaja nije poznata i vjerojatno je mutlifaktorijelna. Sažeta etiopatogeneza prikazana je na [slici 55.1](#).

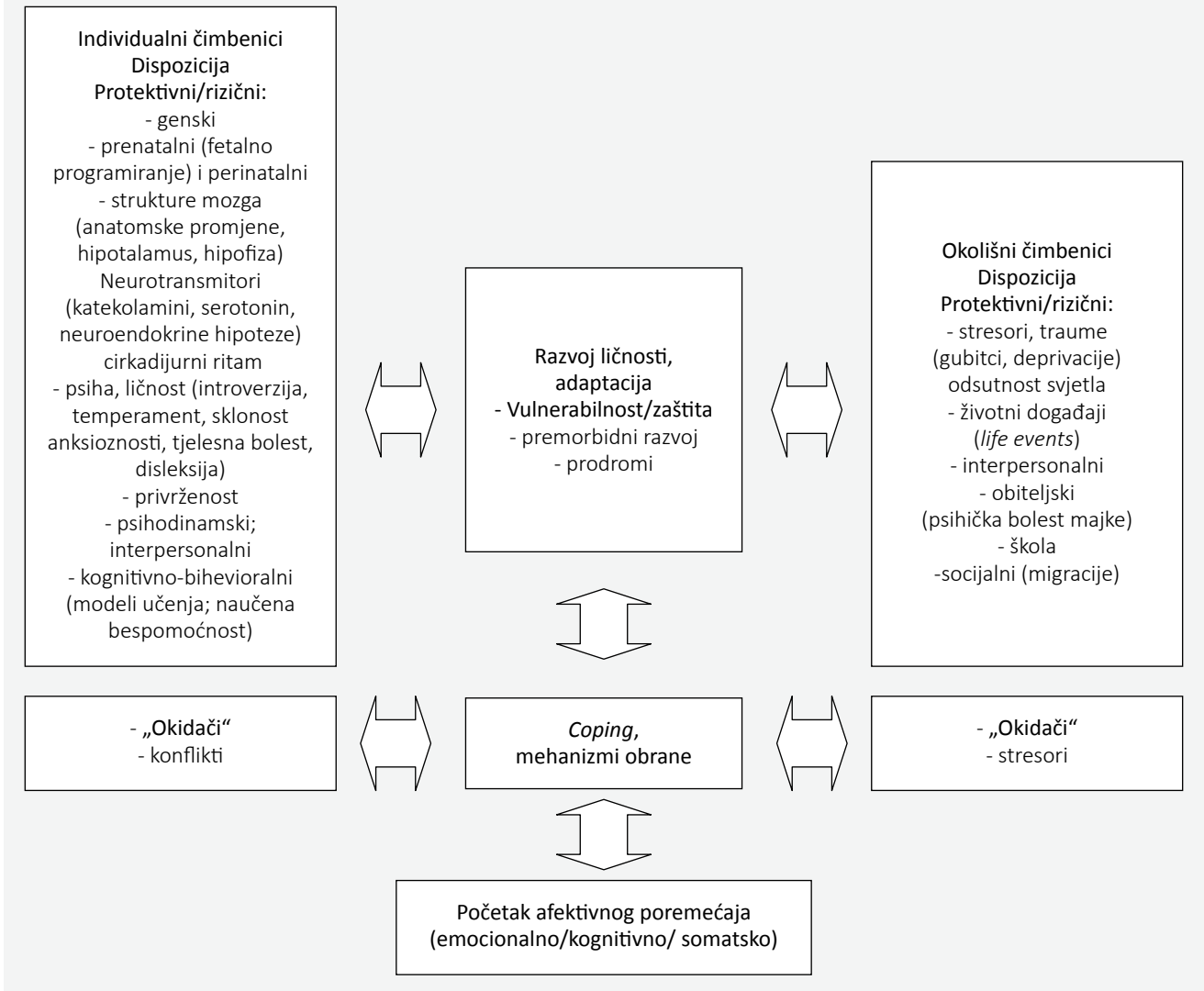
Kao što se vidi u slici, za depresivne se poremećaje pretpostavlja interakcija različitih biopsihosocijalnih čimbenika u kojima mogu dominirati tzv. endogeni čimbenici koji u podlozi mogu imati gensko nasljeđe, osobnost pojedinca ili pak razne stresne okolišne životne okolnosti koje prethode i obilježavaju život pojedinca. Pojedini autori navode da okolišni čimbenici djeluju više što je dijete mlađe, dok odrastanjem dolaze sve više u prvi plan genski čimbenici (Schulte-Markwort 2009). Intrapsihički i interpersonalni čimbenici čine zasebnu grupu etioloških čimbenika koji se najčešće navode kroz nekoliko teorijskih pristupa: psihodinamski/psihoanalitički, kognitivni i interpersonalni. Kod bipolarnog afektivnog poremećaja i manije smatra se da sudjeluju slični biopsihosocijalni čimbenici kao i kod depresivnog poremećaja, a čini se da su u većoj mjeri prisutni genski čimbenici, neurobiološki, neuroendokrini i stresni, a manje intrapsihički i interpersonalni čimbenici. Pojedini autori dijele različite čimbenike u uzročne, „okidače“, posredujuće i održavajuće, međutim, u praksi je to teško razdvojiti (Remschmidt 2011; Steinhausen 2010).

Genski, neurobiološki i neuroendokrinološki važni su etiopatogenetski čimbenici. Pri depresiji na genske čimbenike upućuju studije blizanaca. Serotoninski sustav uključen je u etiopatogenezu afektivnih poremećaja u smislu smanjenja razine serotonina u sinapsama. Nadalje, postoji disfunkcija noradrenergičkog sustava. Bilježi se također važnost BDNF-a čimbenika (brain derived neurotrophic factor) kod afektivnih poremećaja. Uloga je dopamina također važna kod patogeneze depresije. Neuroendokrinološki čimbenici kod depresije odnose se na disfunkciju osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda s povišenom sekrecijom kortizola, koja se davanjem deksametazona može samo djelomično suzbiti (deksametazonski test

Slika 55. 1.

Integrativni model etiopatogeneze afektivnih poremećaja.

Modificirano prema Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003; Steinhausen 2010.



kod depresije). Poremećaj rada štitnjače može korelirati s depresijom te treba isključiti njihovu disfunkciju. Hormon rasta u djece može biti povećan u krvi. Kod **bipolarnog afektivnog poremećaja** imaju također ulogu genski čimbenici, a važna je i uloga serotoninergičkog, dopaminskog sustava, GABA sustava i glutamata. Slikovni prikazi mozga kod afektivnih poremećaja upućuju na disfunkciju amigdala u smislu povećane aktivnosti. U nekim se istraživanjima u depresivne djece nalazi atrofija frontalnog korteksa. Nalazi se i hipometabolizam kod depresije u frontalnim i temporalnim regijama mozga. San je karakterizirani

skraćenim cirkadijurnim razdobljima, kao i skraćenom REM- latencijom (Kölch i sur. 2009).

Kako je prije bilo navedeno, **psihosocijalni rizični čimbenici** također su važni u etiopatogenezi. Najvažniji premorbidni rizični čimbenici jesu (Herpetz-Dahlmann i Remschmidt 2000; Mattejat i Schulte-Markwort 2013): gubitak jednog od roditelja, konfliktno roditeljstvo ili rastava, samohrano roditeljstvo, psihička ili somatska bolest jednog od roditelja; deprivacije, zanemarivanje, traumatska iskustva, separacije u prvoj godini života, neprikladno školovanje (prekomjerna očekivanja od djeteta), razvojne smetnje (npr. dislek-

sija); kronične i druge somatske bolesti (npr. diabetes mellitus, spastične hemiplegije itd.), niži socijalni status, nezaposlenost roditelja i migracije, gensko-konstytucionalni čimbenici. Posebno se čine patogenima kronični stresori. **Bihevioralni i kognitivni čimbenici** pokazali su se također važnima. **Kognitivna teorija depresije**, čiji je začetnik Aaron Beck (1979), počiva na zapažanju da depresivni pacijenti na negativan način promišljaju o sebi, svojoj okolini i budućnosti (kognitivna trijada), što prate i različite kognitivne distorzije. Seligman (1974) definira teoriju „naučene bespomoćnosti“, kada osobe tijekom negativnih iskustava doživljavaju svoju izloženost i nemogućnost utjecaja na događanja. Bihevioralno gledano, hipoteza o gubitku pozitivnih nagrada govori o manjku pozitivnih pojačivača. Disfunkcionalna interakcija između roditelja i djece također može utjecati na pojavu afektivnih poremećaja. Deficitarne vještine rješavanja problema (npr. agresivno-impulzivni stil u sklopu hiperkinetskog sindroma), kao i ovisničke karakterne crte pridonose razvoju depresije.

55.2.6.2. **Psihodinamski aspekti i interpersonalna teorija afektivnih poremećaja**

Psihodinamski se kod depresije tipično nalaze djelomično integrirana struktura ličnosti i umjerena neurotska razina, međutim, moguća je i niža neurotska razina (uz deficitarnu strukturu) kod tzv. psihotične depresije, kao i viša neurotska razina kod tzv. neurotske depresije ili distimije. Psihodinamski se može reći da kod depresije postoji klasični trijas: oralni deficit, konflikt ambivalencije i narcizam (Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003). Oralni deficit (fiksiranost) očituje se u razočaranju s obzirom na objekte, uz ambivalentne osjećaje i narcističku osjetljivost. Posebno valja spomenuti protuprijenosni osjećaj „ničega“ kod terapeuta, kada on ništa ne pita te ne postoji nikakva aktivnost. Opasnost je ovdje da se terapeut panično trudi ispuniti ovu „prazninu“ ili pak da se postupa obratno, da terapeut šuti. Dakle, potreban je jedan umjereni balans sudjelovanja ili nesudjelovanja (aktivnosti – pasivnosti). Dakle, osnovni je konflikt dominacija pregenitalnog načina objektivnih veza, na temelju objektivnih gubitaka i razočaranja (Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003).

Psihodinamski gledano, depresija je karakterizirana kroz tri *circulusa vitiosus*. Prvo, kronična, neproprađena tuga za izgubljenim realnim ili fantaziranim objektom

dovodi do ego-inhibicije, koje nadalje dovodi do manjka samopoštovanja. Drugo, agresija se ne okreće prema van, nego prema vlastitu doživljaju sebe u formi samoprijekora, samokritike, odbijanja hranjenja i suicidalnosti. Suicid je, u pravilu, bijeg iz jedne bezizlazne situacije ili odlazak u određeno fantazirano harmonično stanje. I konačno, kod depresije dolazi do introjkcije jednog ovako visokog ambivalentnog objekta, koji se doživljava kao izgubljen. U depresiji zbog oralne fiksacije dolazi do introjkcije tog objekta. Rigidni superego, kao i nedostižni ego-ideal ometaju jedan zdraviji narcističan razvoj. Na drukčiji način bi se moglo reći da depresiju možemo promatrati kao narcistički poremećaj. Konačno, stupanj ego-poremećaja odlučuje hoće li biti riječ o narcističkom poremećaju (umjerena neurotska razina) ili o psihotičnoj formi (niža neurotska razina) (Heinemann i Hopf 2008)

– Psihodinamski bi se moglo reći da postoje četiri forme depresije (Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003):

1. superego depresija (njem. *Schuld-Depression*), depresija s izrazitim osjećajima krivnje, uz samookrivljavanje ili sumnju da je nešto loše drugome učinjeno ili da je dijete „zločesto“. Kod takve forme depresije nastaje protuprijenosno kod terapeuta osjećaj između ljubavi i mržnje, na način da se u terapeuta stvara osjećaj krivnje da djetetu nije poklonio dovoljno pažnje.
2. oralno-ovisnička depresija, kada pacijent ima osjećaj prikraćenosti te se to ponavlja u tjeskobnoj čežnji i razočaranjima. Stvara se osjećaj o stalnoj čežnji za ljubavi i stalnoj potrebi za smirivanjem, odnosno stalnim osjećajem da to neće biti dovoljno. Ovdje se može psihodinamski naći sličnost s *borderline* poremećajima ličnosti koji počinju u adolescenciji.
3. ego-depresija, kao jednostavna depresija pri kojoj u pacijenta postoji osjećaj primarnog i dubokog osjećaja bespomoćnosti, nemoći i besmisla. Ovo je slično „anaklitičkoj depresiji“, koja je bila opisana prije u tekstu. Ovdje nema depresivnog konflikta, nego dominira defekt ega, odnosno dezintegrirana struktura ličnosti.
4. narcistička depresija – češća je u adolescenta nego u djece. Postoji preokupacija sramom, poniženjem, te samoobescenjivanjem.

Sa selfpsihološkoga gledišta, depresiju možemo definirati kao odgovor na gubitak značenja ili zadovoljstva koje utječe na optimalni doživljaj selfa (Bemporad 1988). S jedne strane, postoji vulnerabilnost prema frustracijama, razočaranjima i iskustvima gubitaka, a, s druge, ovisnost o stalnim podupirućim osobama iz okoline. **Interpersonalna teorija** depresije počiva na uvjerenju nekih psihijatara o važnosti utjecaja okolinskih i interpersonalnih čimbenika u kontekstu aktualnih životnih okolnosti (Sullivan 1955).

Psihodinamika manije i bipolarnog afektivnog poremećaja slična je psihodinamici depresije, u smislu da u pozadini postoji temeljni konflikt autonomije ili individuacije (depresivni konflikt), kako je već prije bilo opisano, dok je prezentacija prema van različita kod depresije i manije.

55.2.6. Klinička vinjeta

Na pregled dolazi djevojka od 16 godina. U kliničkoj slici prevladava klasičan trijas simptoma depresije: depresivno raspoloženje (potišteno raspoloženje, gubitak radosti); promjene na razini uobičajenih aktivnosti (anhedonija, umor, uz reduciranost energije), kao i poremećaji mišljenja (usporeno mišljenje, ideje gubitka vrijednosti, ideje besmisla). Osim tih, temeljnih simptoma, postojali su i drugi, dodatni simptomi: smanjeno samopoštovanje, poremećaji koncentracije, poremećaji spavanja (hipersomnija), česta izostajanja iz škole, uz socijalno povlačenje. U anamnezi se bilježi oduvijek narcistička vulnerabilnost, kao i osjećaj nerazumijevanja u obiteljskoj sredini. Majka je vrlo zabrinuta za stanje, dok je odsutan otac bio blijeda pojava. Psihodinamski se vrsta depresije okarakterizira kao ego-depresija, kao jednostavna depresija, gdje u pacijenta postoji osjećaj primarnog i dubokog osjećaja bespomoćnosti, nemoći i besmisla, odnosno dominira dezintegrirana struktura ličnosti. Primjenjuje se niz multimodalnih postupaka, uz stacionarno psihodinamsko psihoterapijsko liječenje, te ambulantno u nastavku, koje je trajalo nekoliko godina. S vremenom, dolazi do poboljšanja primarnih simptoma depresije, bilježi se ojačavanje ega uz uspostavljanje narcističke ravnoteže, što se bilježi i boljim interpersonalnim odnosima. Pacijentica uspijeva završiti srednju školu, uz veliki angažman ambulantnog liječenja. Poremećaj se nastavlja u odraslu dob, uz visoku narcističku ranjivost i mogućnost dubljih dekompenzacija.

55.2.7. Terapija

55.2.7.1. Multimodalno liječenje

Način liječenja ovisi o dobi djeteta u smislu da se svaka faza razvoja očituje u fazno specifičnim okolnostima koje zahtijevaju fazno specifičan pristup liječenju. Drugi važan čimbenik u izboru oblika liječenja jest procjena koji su čimbenici zaslužni za razvoj određenog oblika afektivnog poremećaja. Konačno, potrebna je procjena težine određene simptomatologije.

U terapiju **depresije**, ovisno o etiologiji, bit će uključena psihoterapija (djeteta i/ili roditelja), gdje se posebna pažnja daje dobrom terapijskom savezu, konzultaciji s roditeljima, psihoeducaciji o bolesti i načinima liječenja, farmakoterapiji, a u slučaju jasnoga sezonskog oblika može se primjenjivati terapija svjetlom itd. Danas se kao najdjelotvornije smatra multimodalno liječenje. Liječenje blagog ili umjerenog depresivnog poremećaja može započeti psihoeducacijom i psihoterapijom, dok za umjereni i teški oblik velikog depresivnog poremećaja uz psihoeducaciju i psihoterapiju, uvodimo dodatno psihofarmakološko liječenje.

Pri terapiji **manije i bipolarnog afektivnog poremećaja** rabe se farmakološka terapija, psihoterapija, psihoeducacija, socioterapijske mjere, kao i mjere terapijskog miljea. Načelno, farmakoterapija ima svoju veću ulogu nego kod depresivnog poremećaja jer može nedostajati uvid u vlastitu bolest. U liječenju akutnoga maničnog stanja odmah će se primijeniti farmakološka terapija. Povremeno se može primijeniti liječenje i protivno želji pacijenta ako postoji šteta za pacijenta samog (stvaranje dugova, neodlazak u školu, uporaba droga, mijenjanje seksualnih partnera).

U slučaju perzistiranja simptoma iz kruga afektivnih poremećaja, može biti indicirano stacionarno liječenje koje je najčešće multimodalno, a posebno se odnosi na eventualnu suicidalnost (Remschmidt 2011). Ovisno o suicidalnosti, govorimo o „zatvorenom“ ili „otvorenom i psihoterapijskom“ stacionarnom liječenju. U slučaju akutne suicidalnosti potrebno je zatvoreno stacionarno liječenje, a napose ako je riječ o visokom suicidalnom riziku (v. posebno poglavlje 28 o suicidalnosti), a na koje će se nastaviti daljnje otvoreno i psihoterapijsko stacionarno ili drugo liječenje. Indikacija za stacionarno liječenje može biti i umjereni i teški afektivni poremećaj radi dijagnostičke obrade i diferencijalne dijagnoze, titracije terapije, a posebno ako dodatno dominiraju socijalna povučenaost, konflikti s vršnjacima te obiteljska disfunkcija.

55.2.7.2. *Psihoterapija depresije*

Opći principi psihoterapijskog liječenja, bez obzira na različite škole, jesu: stvaranje klime povjerenja i razumijevanja i osjećaj prihvaćanja, umanjivanje stresnih okolnosti, kreiranje pozitivnih aktivnosti, strukturiranje svakodnevice, poticanje prisutnih resursa, trening socijalnih vještina, učenje strategija rješavanja problema, modifikacije negativnih oblika percepcije i interpretacija, podizanje vlastite sigurnosti i samopoštovanja. Roditelje treba ohrabrivati na veće razumijevanje i doživljaj prihvaćanja, te poticanje komunikacije s djecom, odnosno ojačavati njihovu roditeljsku ulogu. Psihoterapija u manje djece može biti terapija igrom, a u adolescenata više se primjenjuje govor kao medij.

Kognitivno-bihevioralne intervencije obuhvaćaju znanje o bolesti, strukturiranje svakodnevice, nadvladavanje neaktivnosti ili stresnih aktivnosti, poboljšanje socijalnog ponašanja, komunikacije i interakcije s drugima; prepoznavanje, provjera, i korekcija disfunkcionalnih kognitivnih stajališta (Hautzinger 2000; Remschmidt 2011). Ciljevi **psihodinamske terapije** jesu jačanje selfa ili stvaranje konstruktivnijeg selfa kroz terapijski savez (Birmaher i sur. 1998), okretanje agresije prema van bez osjećaja krivnje, kao i jačanje agresije u smislu pospješnja autonomije (Heinemann i Hopf 2008). U terapiji se primjenjuje više prihvaćanja, uz manje interpretacija, te povezivanje fantazija s akcijom i davanje značenja. Poseban fokus može biti na proradi konflikta samostalnosti (autonomije) s obzirom na potrebu za zaštitom (Kölch i sur. 2009). Psihodinamska psihoterapija nikako nije lak zadatak. Umjetnost liječenja djece i adolescenata u mješavini je, s jedne strane, aktiviteta i konfrontacije, a, s druge, podupiranja. Dakle, korak po korak pokušava se auto-agresivno ponašanje preokrenuti u primjereni oblik doživljaja selfa i pokušajima razgraničavanja od drugih. Česti su protuprijenosni osjećaji praznine, dosade, umora, nestrpljenja ili pak agresivni impulsi, kao i osjećaji krivnje (Schulte-Markwort 2009; Schulte-Markwort i Forouher 2003). Interpersonalna terapija fokusira se na proradu interpersonalnih sukoba, kao i na pospješnje socijalnih kompetencija (Mufson i sur. 2004). Potrebno je uključiti roditelje u terapiju. Obiteljske terapije mogu biti korisne u proradi disfunkcionalnih obiteljskih odnosa i komunikacije. Što je dijete mlađe, to je potrebija obiteljska terapija. Potrebno je također po potrebi uključiti i djetetovo okruženje (npr. školu) (Remschmidt 2011).

55.2.7.3. *Psihoterapija kod bipolarnog afektivnog poremećaja i manije*

Koristi se psihoedukacija koja pojašnjava djetetu i roditeljima različite simptome, kao i daje upute o medicaciji. Potrebno je razviti uvid u vlastitu bolest zbog smanjene kritičnosti, povećati introspektivne mogućnosti, prevenirati depresivne i suicidalne krize. Uključivanje obitelji vrlo je važno. Treba stvoriti „temeljno povjerenje“, odnosno odnos pun povjerenja (stvaranje pozitivnog terapijskog saveza), a pacijenta oprezno konfrontirati u odnosu prema realitetu. U terapiji se mogu rabiti metode relaksacije, vježbe koncentracije i smirivanja (Kölch i sur. 2009).

55.2.7.4. *Farmakoterapija depresije*

Dobra informiranost o lijeku poboljšava liječenje, omogućuje pravodobnu prevenciju komplikacija te povećava suradljivost. Pri uvođenju lijeka treba uzeti u obzir fiziološke razlike apsorpcije i eliminacije lijeka s obzirom na odrasle osobe, stanje organizma, tjelesnu masu, metabolizam jetre te bubrežnu filtraciju. Budući da je metabolizam u djece brži nego u odraslih, djeca mogu biti hipodozirana, te se stoga ne treba libiti davanja većih doza lijekova. Međutim, u početku liječenja savjetuje se postupno davanje lijekova u manjim dozama (Kölch i sur. 2009). S jedne strane, u slučaju umjerene i teže depresije ne treba se ustezati davati antidepresive, a, s druge strane, rjeđe će biti ordiniran antidepresiv ako nije prethodno primijenjena neka vrsta psihoterapije, odnosno odmah na prvom pregledu (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Farmakoterapija depresije u djece i adolescenata vrlo se razlikuje od liječenja odraslih, posebno u učinkovitosti, kao i u nuspojavama (v. posebno poglavlja 73 i 74 o farmakoterapiji i antidepresivima). Najčešće se rabe lijekovi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Potrebno je barem šest mjeseci primjenjivati antidepresive nakon uspostave remisije. SIPPS povećavaju rizik od suicidalnih misli u maloljetnika, ali ne i izvršene suicide. Stoga je potrebno praćenje, pogotovo u prvim tjednima terapije, međutim, nikad nije bila dokazana povezanost uporabe SIPPS-a i izvršenih suicida (Bridge et al. 2007; Hammad i sur. 2006). Nuspojave antidepresiva u djece razlikuju se od nuspojava u odraslih osoba. Češće su nuspojave povraćanje, motorička (ponašajna) aktivacija je u djece vrlo česta (*engl. behavioral toxicity*) uz suicidalne misli (Hammad 2004; Mosholder i Willy 2006). Primjena

antidepresiva u djece može inducirati hipomanične i prave manične epizode. Općenito je potrebno raditi razliku između sedirajućih (npr. amitriptilin) i aktivirajućih antidepresiva (npr. SIPP), jer aktivirajući antidepresiv nije preporučljivo davati kod suicidalnosti, agitirane depresije i anksiozne depresije (Steinhausen 2010). U slučaju izrazite suicidalnosti i agitirane depresije potrebno je stoga dati prije neki sedirajući anksiolitik (npr. benzodiazepinski anksiolitik) ili niskopotentni antipsihotik, te poslije pratiti stanje uz davanje nekog antidepresiva. Nakon postignute stabilizacije, odnosno umanjena depresije, potrebno je liječiti još oko šest mjeseci, te nakon toga polako ukidati lijekove u sljedećih 6 tjedana (Steinhausen 2010).

55.2.7.5. **Farmakoterapija bipolarnog afektivnog poremećaja i manije**

Razlikuje se pristup liječenju u djece od pristupa u odraslih. Za sedaciju je katkada dovoljno dati benzodiazepine s nisko potentnim antipsihoticima. Benzodiazepini se obično daju radi sedacije u slučaju agitiranosti (Steinhausen 2010). U akutnom se liječenju obično daju antipsihotici, najčešće risperidon i aripiprazol, ali se mogu rabiti i drugi lijekovi (v. poglavlje 73 o psihofarmakoterapiji; [tabl. 73.2.](#), kao i [tabl. 73.3.](#) i [tabl. 73.4.](#)). Kao prvi izbor u profilaksi BAP-a uporabljaju se olanzapin ili litij, a kao drugi izbor kvetiapin ili valproati, te daljnje kombinacije. Njemačke smjernice zagovaraju profilaksu litijem od barem 18 mjeseci (Kölch i sur. 2009; Steinhausen 2010). Znakove intoksikacije litijem važno je znati, a odnose se na serumsku koncentraciju litija višu od 1,6 do 2,00 mmol/L. To su grubi tremor, ataksija, umor, konfuzija, somnolencija, jaka žeđ, nerazumljiv govor, kao i pojava epileptičkih napadaja. Intoksikacija litijem zahtijeva mjere intenzivnog liječenja. Mogu se davati i antiepileptici u smislu profilakse BAP-a kao stabilizatori raspoloženja (v. posebno poglavlja 73 i 74 o psihofarmakoterapiji). Općenito, potrebno je obratiti pažnju na to koji se lijekovi daju kao *off-label* (v. posebno poglavlje 73 o psihofarmakoterapiji).

Kod mješovitih epizoda (i depresivnih i maničnih), kao i kod „brzih izmjenjivača“, treba dati prioritet liječenju manije, odnosno antidepresive treba isključiti (Remschmidt 2011).

55.2.6. **Ishodi**

Kod svih afektivnih poremećaja postoji mogućnost kronificiranja. Pri depresivnom poremećaju oko 50 – 80 % pacijenata u poboljšanom je stanju nakon jedne godine, dok ih oko 10 – 50 % i dalje ima depresiju (Steinhausen 2010). Opasnost postoji zbog suicidalnog ponašanja. Lošija je prognoza povezana s težom kliničkom slikom na početku, sa ženskim spolom, osjećajima krivnje, komorbiditetom s OKP-om, obiteljskim opterećenjem, stalnim stresorima, kao i sa psihoendokrinih odstupanjima (Steinhausen 2010; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U oko 40 – 80 % slučajeva dolazi do recidiva unutar dva mjeseca nakon remisije, a u oko 50 % unutar tri do pet godina (Steinhausen 2010). Depresivni poremećaj u djetinjstvu povećava rizik od pojavljivanja afektivnih poremećaja, suicidalnosti, zlorabe supstancija i poremećaja ličnosti u odrasloj dobi (Steinhausen 2010).

Kod **bipolarnog afektivnog poremećaja** prognoza je lošija u djece i adolescenata nego u odraslih osoba. Stabilizacija je bolja nakon jedne manične faze (ili mješovite), nego nakon jedne depresivne faze. Stabilizacija u trećine oboljelih nastupa nakon godine dana, a u oko 40 % pacijenata pojavljuje se recidiv. Nepovoljni su prediktori raniji početak, brzo izmjenjivanje faza, psihotični simptomi, mješovite epizode, visoki komorbiditet, bolesti u obitelji, kao i niži socioekonomski status (Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011).

55.3. **Ometajući (disruptivni) poremećaj disregulacije raspoloženja**

Riječ je o novoj dijagnostičkoj kategoriji koja postoji u DSM-5, međutim, nema je u MKB-10, tako da nemamo mnogo podataka o tom poremećaju. DSM-5 ga ubraja u depresivne poremećaje (APA, 2013), što je logično jer se sam koncept razdražljivosti ubraja u poremećaje raspoloženja i afekata, a ima poveznice i s anksioznošću (v. poglavlje 15 o pojmovniku psihopatoloških termina) (Wakschlag i sur. 2015). Međutim, općenito govoreći, sam koncept razdražljivosti ima, osim internalizirajućih problema, i poveznice s eksternalizirajućim problemima (Wakschlag i sur. 2015). Zanimljivost ove, nove dijagnoze jest u tome da se može postaviti u djece, ali ne i u odraslih. Logika uvođenja tog poremećaja bila je da ga se pokuša razgraničiti od BAP-a jer se činilo da je dijagnoza BAP-a, postavljena djeci ranije, neracionalna. Smatra se da je prevalencija poremećaja oko 1 % (Zepf i sur. 2016).

Poremećaj karakteriziraju izljevi emocionalnih reakcija djeteta (*temper tantrums*), barem triput u tjednu; uz stalnu iritabilnost i manjak tolerancije na frustraciju između prije opisanih izljeva (Zepf i sur. 2016). Dakle, važna su ova dva kriterija (izljevi emocionalnih reakcija, iritabilnost između izljeva) jer djeca mogu imati izljeve u različitim poremećajima, međutim, nema iritabilnosti. Emocionalna reakcija je pretjerana. Sam izjev obično traje do 15 minuta, a u njemu možemo razlikovati postoji li oralna agresija (pljuvanje, grizenje drugih), fizička agresija (prema osobama ili predmetima), neagresivno ponašanje (bacanje na pod), samoozljeđujuće ponašanje, verbalna agresija (Belden i sur. 2008; Carlson i sur. 2016). Teži oblici izljeva bili bi praćeni ozljedama drugih osoba ili same djece ili pak oštećivanjem drugih predmeta (Daniels i sur. 2012). U literaturi se navodi da najčešće iza bihevioralnih izljeva emocionalnih reakcija stoje osjećaji bijesa (*anger*) i žalosti (*sadness; distress*) (Green i sur. 2011; Potegal i sur. 2009). Minimalna dob djeteta jest šest godina, simptomi počinju prije desete godine i traju minimalno jednu godinu. Ne postavlja se dijagnoza osobama starijima od 18 godina. Dijete ima problema u funkcioniranju u različitim situacijama. Ne karakterizira ga epizodičan tijek. U dijagnostici se koristimo uobičajenim metodama u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. **Diferencijalnodijagnostički**, potrebno ga je razlikovati od BAP-a, intermitentnog (koji se javlja na mahove) eksplozivnog poremećaja (ovdje ne postoji stalna iritabilnost između izljeva emocionalnih reakcija), opozicionalnog (suprotstavljajućeg) poremećaja, i to su poremećaji s kojima, prema DSM-5, ne može biti u komorbiditetu. Kod BAP-a postoje jasni kriteriji za maničnu epizodu. Moguć je **komorbiditet** s depresijom, hiperkinetskim sindromom, poremećajem ponašanja. Etiopatogeneza je slična drugim srodnim depresivnim poremećajima. Liječi se slično liječenju srodnih poremećaja, većinom psihosocijalnim metodama liječenja (bihevioralne metode, kognitivne metode, psihodinamske metode), ali moguće je i psihofarmakološko liječenje (Luangrath i Hiscock 2011; Zepf i sur. 2016). Važan je rad s roditeljima, jer stalna iritabilnost i povremeni izljevi mogu biti vrlo zahtjevni za njih (Luangrath i Hiscock 2011). Tijek poremećaja pokazuje povećani rizik za internalizirajuće smetnje (depresiju, anksiozne poremećaje), kao i za eksternalizirajuće poremećaje (poremećaji ponašanja), međutim, ne pokazuje povećan rizik za BAP (Zepf i sur. 2016).

55.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Afektivni poremećaji ili poremećaji raspoloženja jedni su od najčešćih psihičkih poremećaja, iza anksioznih poremećaja. Smatra se da se depresivni poremećaji premalo dijagnosticiraju i premalo liječe.
- ✓ Depresija se u djece i adolescenata manifestira različitim simptomima, osnovni su simptomi poremećaji raspoloženja i vanjskog izgleda, poremećaji nagona i motorike, te kognitivni simptomi.
- ✓ Kod depresivnog poremećaja dijete ne treba okrivljivati za njegovo stanje niti ga kritizirati. Riječ je o psihičkom poremećaju. Dijete nije jednostavno „lijeno“ i nezainteresirano. Ne treba rabiti rečenice: „On/ona bi mogao/mogla imati bolji uspjeh u školi, ako bi htio/htjela i ako bi se više trudio/trudila.“
- ✓ Roditelje treba opširno i oprezno obavijestiti o svim aspektima bolesti, kao i liječenja.
- ✓ Ne treba davati površne rečenice: „Vidi kako je lijep svijet, vidi kako ptice cvrkuću itd.“, jer to može dijete obeshrabrati da se ne razumije njegova problematika. Preporučuje se radije govoriti otvoreno i o depresivnim temama, uvažavajući ih.
- ✓ Ako je potrebno, stacionarno je liječenje katkada nužno, te to treba jasno roditeljima objasniti.
- ✓ Značenje medikamentnog liječenja, kao i medikamentne profilakse treba jasno objasniti roditeljima.
- ✓ Treba pripaziti kod vrlo „tihog i dobrog“ djeteta u školi, koje se ne ističe, jer se može raditi o vrlo osjetljivom i depresivnom djetetu.
- ✓ Dijete koje pokazuje poremećaje ponašanja također može imati depresiju.
- ✓ Načelno, nastavnici teže detektiraju u školi djecu s depresijom nego djecu koja ometaju nastavu.
- ✓ Depresija se može liječiti, ne treba širiti nihilističke stavove.
- ✓ Ne treba okrivljivati roditelje za djetetov afektivni poremećaj.
- ✓ Ako dijete govori: „Želim se ubiti“, to treba shvatiti vrlo ozbiljno, ne treba to omalovažavati. Treba razgovarati s djetetom i s roditeljem.

ljima. Ako i dalje postoji nestabilno stanje, treba se obrati stručnoj osobi (dječjem psihijatru ili dječjem psihologu) bez srama i neugode.

- ✓ Ako tko ima depresiju, ne treba ga zbog toga stigmatizirati kao psihičkog bolesnika.

55.5. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kako danas definiramo afektivne poremećaje?

ODGOVOR: Pod afektivnim poremećajima razlikujemo heterogenu skupinu poremećaja. Zajedničko obilježje tih poremećaja jest da su obilježeni poremećajem raspoloženja i nagonske aktivnosti (emocionalnosti), s dodatnim anksioznostima ili bez njih. Nadalje, pokazuju se simptomi u kognitivnom i somatskom (vegetativnom) području te, konačno, tendiraju recidiviranju i kronificiranju.

■ PITANJE: Kako razlikujemo uobičajenu depresiju u svakodnevnom životu od depresije kao psihijatrijskog poremećaja?

ODGOVOR: Depresija je vrlo uobičajena u svakodnevnom životu, međutim, da bi se označila kao psihijatrijski poremećaj, mora imati kompleks različitih simptoma, utjecati na svakodnevno funkcioniranje ili razvojne zadaće, i postojati njegova stalnost.

■ PITANJE: Može li predškolsko dijete imati depresivni poremećaj?

ODGOVOR: Može. U oko 1 % djece postoji depresija u predškolskoj dobi. Simptomi su navedeni u tekstu i tablici, dominiraju poremećaji raspoloženja u smislu tužnog izraza lica, smanjene mimike, manjka spontanosti, kreativnosti, kao i drugim dodatnim simptomima.

■ PITANJE: Može li se dijagnosticirati manična epizoda i bipolarni afektivni poremećaj u djetinjstvu i adolescenciji?

ODGOVOR: U djetinjstvu (do 10 godine) vrlo ćemo rijetko dijagnosticirati maničnu epizodu ili BAP. Eventualno ga možemo dijagnosticirati ako postoji jasni poremećaj roditelja iz kruga BAP-a, uz sindrom u djeteta. Simptomi u djetinjstvu vrlo su nespecifični, izraženi su simptomi motorike, tako da ovakva djeca dobivaju vjerojatno dijagnozu hiperkinetskog sindroma ili poremećaja ponašanja. BAP bi se razlikovao

s obzirom na prije navedene dijagnoze zbog svojega cikličnog tijeka. U adolescenciji je važno misliti na maničnu epizodu ili BAP, a jasnija se dijagnoza može postaviti najvjerojatnije tek duljim promatranjem tijeka bolesti. Katkada možemo tek retrogradno doći do dijagnoze. U adolescenciji je posebno važno razlikovati maničnu epizodu (BAP) od shizofrenije.

■ PITANJE: Koji simptomi upućuju na BAP u djetinjstvu?

ODGOVOR: Na BAP u djetinjstvu i adolescenciji upućivali bi: 1. klinička slika tipična za BAP; 2. jasna bolest u drugih članova u obitelji; 3. rana tendencija manično-depresivnom reagiranju; 4. tijek koji je obilježen dvjema fazama (maničnom i depresivnom); 5. manjak vanjskih stresora; 6. značajnost poremećaja koji se manifestira potrebom za liječenjem; 7. abnormalno ekstrovertirana ličnost; 8. isključenje organskog poremećaja ili shizofrenije; 9. sigurnost dijagnoze promatranjem tijeka.

■ PITANJE: Koja je diferencijalna dijagnoza manije i BAP-a u odnosu prema shizofreniji?

ODGOVOR: Razlika manije i bipolarnog poremećaja od shizofrenije jest u vremenskom slijedu psihotičnih simptoma. Naime, ako postoje primarno temeljni poremećaji raspoloženja, uz velik intenzitet istih simptoma, te ako se pojave dodatni psihotični simptomi, onda je riječ o BAP-u sa psihotičnim simptomima, a ne o shizofreniji. Kod shizofrenije psihotični simptomi ne ovise o cikličnim epizodama poremećaja raspoloženja.

■ PITANJE: Što označuju pojmovi agitirana i zakočena depresija?

ODGOVOR: Agitirana i zakočena depresija odnosi se na motoričke simptome. Ova nam se podjela može činiti klinički jako važnom, jer iziskuje različite terapijske pristupe. Primjerice, primjenjivat će se postupci aktivacije, uključujući i aktivirajuće antidepresive kod zakočene depresije, dok će to biti kontraindicirano kod agitirane depresije. Kod agitirane depresije koristimo se mjerama psihološkog smirivanja, kao i mjerama psihofarmakološke sedacije, uz antidepresivno liječenje.

■ PITANJE: Koji su principi psihodinamskog liječenja depresije?

ODGOVOR: Umjetnost liječenja djece i adolescenta jest u mješavini aktiviteta i konfrontacije, s jedne, i podupiranja, s druge strane. Dakle, korak po korak pokušava se autoagresivno ponašanje preokrenuti u primjereni oblik doživljaja selfa i pokušajima razgrani-

čavanja od drugih. Česti su protuprijenosni osjećaji praznine, dosade, umora, nestrpljenja, ili pak agresivni impulsi, kao i osjećaji krivnje.

■ **PITANJE:** Navedite indikacije za stacionarno liječenje afektivnih poremećaja?

ODGOVOR: Sve ovisi o tome je li riječ o „zatvorenom“ ili „otvorenom i psihoterapijskom“ stacionarnom liječenju. U slučaju akutne suicidalnosti potrebno je zatvoreno stacionarno liječenje, a posebno ako je riječ o presuicidalnom sindromu, na koje će se nastaviti daljnje otvoreno i psihoterapijsko stacionarno ili drugo liječenje. U slučaju umjerenog i težeg afektivnog poremećaja, također može biti indicirano stacionarno liječenje, radi diferencijalne dijagnoze i dijagnostičke procjene, titracije terapije, a posebno ako dodatno dominiraju socijalna povučенost, sukobi s vršnjacima te obiteljska disfunkcija.

■ **PITANJE:** O čemu ovisi način liječenja afektivnih poremećaja u djetinjstvu?

ODGOVOR: Način liječenja ovisi o dobi djeteta u smislu da se svaka faza razvoja očituje u fazno specifičnim okolnostima koje zahtijevaju fazno specifičan pristup liječenju. Drugi važan čimbenik u izboru oblika liječenja jest procjena koji su čimbenici zaslužni za razvoj određenog oblika afektivnog poremećaja. Konačno, potrebna je procjena težine određene simptomatologije. Najčešće se započinje nekom vrstom psihoterapije, a po potrebi se u slučaju umjerenog i težeg oblika dodaje psihofarmakološko i drugo liječenje.

55.6. Pitanja

- 1 Navedite najvažnije dijagnostičke kategorije afektivnih poremećaja, prema MKB-10.
- 2 Koji su temeljni i dodatni simptomi depresije u manje djece i predškolske djece?
- 3 Navedite razliku između temeljnih i dodatnih simptoma depresije u manje i predškolske djece, osnovnoškolske djece, u adolescenata i odraslih osoba.
- 4 Navedite pojedine simptome unutar triju sindroma (klastera) u depresiji (emocionalni, kognitivni, tjelesni).
- 5 Navedite koje sve dijagnostičke kategorije mogu uključivati i afektivne poremećaje u dječjoj dobi u MKB-10.

- 6 Navedite kliničku sliku manične epizode u adolescenciji.
- 7 Koji bi simptomi upućivali na BAP u adolescenciji?
- 8 Koji simptomi razlikuju BAP u djetinjstvu od BAP-a u odrasloj dobi?
- 9 Navedite neke kriterije, prema MKB-10 i DSM-5 klasifikaciji, za depresivnu epizodu.
- 10 Navedite neke kriterije, prema MKB-10 i DSM-5 klasifikaciji, za maničnu epizodu.
- 11 Kojim se metodama koristimo u dijagnostici afektivnih poremećaja?
- 12 Koje su najvažnije diferencijalne dijagnoze afektivnih poremećaja?
- 13 Navedite sažeto etiopatogenezu afektivnih poremećaja.
- 14 Navedite psihodinamske čimbenike etiopatogeneze afektivnih poremećaja i koja je terapija.
- 15 Koje su indikacije za stacionarno liječenje kod afektivnih poremećaja?
- 16 Opišite osnove farmakoterapije afektivnih poremećaja.

55.7. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: New school library; 2013.
2. *Belden AC, Thomson NR, Luby JL.* Temper tantrums in healthy versus depressed and disruptive preschoolers: defining tantrum behaviors associated with clinical problems. *J Pediatr* 2008;152(1):117-22.
3. *Beck AT, Rush A J, Shaw BE i sur.* Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
4. *Beck AT, Steer RA, Brown GK.* Manual for the Beck Depression Inventory–II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
5. *Bemporad JR.* Psychodynamic treatment of depressed adolescents. *J Clin Psychiatry* 1988;49 Suppl:26-31.
6. *Birmaher B, Brent DA, Benson RS.* Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(11):1234-8.
7. *Bowlby J.* The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 1958; 39:350-71.
8. *Carlson GA, Danzig AP, Dougherty LR i sur.* Loss of Temper and Irritability: The Relationship to Tantrums in a Community and Clinical Sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26(2):114-22.

9. Daniels E, Mandleco B, Luthy KE. Assessment, management, and prevention of childhood temper tantrums. *J Am Acad Nurse Pract* 2012;24(10):569-73.
10. Dornes M. *Der kompetente Saeugling*. Frankfurt: Fischer; 1993.
11. Ercegović N. Poremećaji raspoloženja. U: Nikolić S, Marangunić M. *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga; 2004, 24:246-287.
12. Green JA, Whitney PG, Potegal M. Screaming, yelling, whining, and crying: categorical and intensity differences in vocal expressions of anger and sadness in children's tantrums. *Emotion* 2011;11(5):1124-33.
13. Hammad TA. Results of analysis of suicidality in pediatric trial of newer antidepressants. FDA Center for Drug Evaluation and Research. Sep 13. 2004. Dostupno na: www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/slides/2004-4065S1_08_FDA-Hammad_files/frame.htm. Pristupljeno 1. 7. 2017.
14. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(3):332-9.
15. Hautzinger M. Depression. U: Margraf J. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer; 2000, str. 124-35.
16. Heinemann E, Hopf H. *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*. Stuttgart: Kohlhammer; 2008.
17. Herpetz-Dahlmann B, Remschmidt H. Störungen der Kind-Umwelt-Interaktion und ihre Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf. U: Petermann F, Niebank K, Scheithauer H (Hrsg). *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Göttingen: Hogrefe; 2000, str. 224-38.
18. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL *i sur*. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health* 2002;30(3):196-204.
19. Kovacs M. *Children's Depression Inventory (CDI)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems Inc; 1992.
20. Kovacs M. *Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI2)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc; 2010.
21. Kölch M, Fegert JM, Freyberger HJ. *Affektive Störungen*. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ. *Adoleszenzpsychiatrie*. Stuttgart: Schttauer GmbH; 2009, str. 261-277.
22. Lempp T. *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
23. Luangrath A, Hiscock H. Problem behaviour in children-an approach for general practice. *Aust Fam Physician* 2011;40(9):678-81.
24. Majić G, Begovac I, Vidović V *i sur*. Depresije u djece. U: Barišić N, ur. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 750-756.
25. Mattejat F, Schulte-Markwort M. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
26. Mosholder AD, Willy M. Suicidal adverse events in pediatric randomized, controlled clinical trials of antidepressant drugs are associated with active drug treatment: a meta-analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006;16(1-2): 25-32.
27. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P *i sur*. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(6): 577-84.
28. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. Clinical guideline. Depression in children and young people: identification and management. 2005. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
29. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B *i sur*. Child Mania Rating Scale: Development, Reliability, and Validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006;45(5):550-560.
30. Potegal M, Carlson G, Margulies D *i sur*. Rages or temper tantrums? The behavioral organization, temporal characteristics, and clinical significance of angry-agitated outbursts in child psychiatry inpatients. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009;40(4):621-36.
31. Poznanski EO, Freeman LN, Mokros HB. Children's Depression Rating Scale Revised. *Psychopharmacol Bull* 1985;21: 979-989.
32. Remschmidt H. *Affektive Störungen*. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 223-34.
33. Schulte-Markwort M. *Depression und Suizidalität*. U: Hopf H, Windhaus E. *Lehrbuch der Psychotherapie*. 3. izd. München: CIP-Medien; 2009, str. 311-27.
34. Schulte-Markwort M, Forouher N. *Affektive Störungen*. U: Herpetz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A. *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2003, str. 609-636.
35. Seligman MEP. *Depression and learned helplessness*. U: Friedman RJ, Katz MM, ur. *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Winston/Wiley; 1974, str. 83-113.
36. Spitz, R, Wolf, K. *Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood II. Psychoanalytic Study of the Child*, 2. New York: Yale University Press; 1946, str 313 - 342.
37. Steinhausen HC. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
38. Sullivan HS. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W. W. Norton & Co; 1955.
39. Volkmar FR, Martin A. *Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
40. Wakschlag LS, Estabrook R, Petitclerc A *i sur*. Clinical Implications of a Dimensional Approach: The Normal:Abnormal Spectrum of Early Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(8):626-34.
41. *World Health Organization*. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.
42. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE *i sur*. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-435.
43. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE *i sur*. *Young Mania Rating Scale*. U: *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000, str.540-542.
44. Zepf FD, Biskup CS, Holtmann M *i sur*. *Disruptive mood dysregulation disorder*. 2016. Dostupno na: <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>. Pristupljeno 1. 5. 2019.

Anksiozni (emocionalni) poremećaji

Ivan Begovac, Gordan Majić

SADRŽAJ

56.1. Uvod, definicije, klasifikacije	756
56.2. Epidemiologija	758
56.3. Klinička slika, razvoj simptoma	758
56.4. Kliničke vinjete	762
56.4.1. Elektivni mutizam	762
56.4.2. Separacijski anksiozni poremećaj	763
56.4.3. Generalizirani anksiozni poremećaj	763
56.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	763
56.6. Komorbiditet	765
56.7. Etiopatogeneza	766
56.7.1. Integrativni model	766
56.7.2. Psihodinamski čimbenici	768
56.8. Liječenje, prevencija	769
56.9. Tijek, prognoza	770
56.10. Upute za roditelje/nastavnike	770
56.11. Često postavljena pitanja	771
56.12. Pitanja	772
56.13. Literatura	773

56.1. Uvod, definicije, klasifikacije

Za razumijevanje anksioznih poremećaja preporučuje se pročitati poglavlje o konceptu neuroze, disocijativnim poremećajima, te psihosomatskim poremećajima (v. posebna poglavlja 44, 45, 48 i pripadajuće tablice), a posebno [sliku 44.2.](#), [tablicu 45.1.](#) te [tablicu 48.3.](#) Naime, u psihijatrijskoj su se tradiciji anksiozni poremećaji nekada ubrajali u neurotske poremećaje. Također se preporučuje pročitati poglavlje o razvoju, a posebno o integrativnom psihodinamskom gledanju na razvojne faze (v. poglavlje 4 pregled razvoja ličnosti-1 dio).

Strahovi uključuju cjelokupno duševno zbivanje. Postoje razvojni (fiziološki/normativni) strahovi koji dominiraju u određenom razvojnom razdoblju te ih je potrebno razlikovati od anksioznih poremećaja (v. [tabl. 56.1.](#)).

U tablici su navedeni fiziološki strahovi, razvojna (normalna) linija straha prema Anni Freud i drugim psihoanalitičarima, pojedini strahovi s obzirom na kognitivni razvoj, te okvirni nastanak pojedinih anksioznih poremećaja.

Strah je nužna prilagodbeni fiziološka emocija koja može svoju funkcionalnost izgubiti i tako postati psihopatološki simptom. Anksioznost (tjeskoba) i strah jedna su od uobičajenih i najčešćih čovjekovih reakcija na frustrirajuća zbivanja u vanjskom (realnom) i unutarnjem (intrapsihičkom) svijetu. Anksioznost je neugodno afektivno stanje koje u različitoj mjeri uključuje emocionalnu bol, napetost, zabrinutost, očekivanje, povećanu pažnju (vigilanciju), osjećaj bespomoćnosti i nezaštićenosti, kognitivnu ideaciju, a mogu ih pratiti različite tjelesne motorne i vegetativne reakcije (ubrzani rad srca, znojenje, crvenilo ili bljedoća, napadaju vrućine ili hladnoće, suhoća usta itd.) (Majić i sur. 2009; Steinhausen 2010).

Pojedini autori anksioznost (njem. *Angst*; engl. *anxiety*) definiraju kao afektivno stanje pri kojem se očekuje jedna opasnost, na koju se psiha treba pripremiti. Ima svoje popratne tjelesne simptome. Pojedini autori razlikuju anksioznost (engl. *anxiety*) od straha (engl. *fear*), premda se često uporbajuju i u sličnom smislu. Čini se da je anksioznost širi pojam koji uključuje usmjerenost na neki objekt (strah od objekta, realni strah, strah), kao i neodređenu anksioznost (bezobjektna ili slobodno flotirajuća). Strah (njem. *Furcht*; engl. *fear*) je užji pojam od anksioznosti i može se definirati kao afekt tjeskobe od pojedinog određeno-

nog objekta ili prepoznatljive opasnosti, koju individua shvaća kao prijetnju. Dodatno može imati popratne tjelesne simptome (Peters 1990).

Anna Freud (1965), kao jedna od prvih psihoanalitičarki djece, razvijala je koncept više različitih razvojnih linija u smislu da se dijete razvija paralelno u različitim domenama. U tom je smislu definirala razvojnu liniju anksioznosti koja normativno postoji u djece i koja se može hijerarhijski prezentirati. Tako je postulirala liniju arhaičnih anksioznosti od tame, buke, samoće (uzrokovanih kroz slabost i nezrelost ega) do straha od ostavljenosti, gubitka objekta i gubitka ljubavi (uvjetovano kroz libidinoznu ovisnost djeteta) te konačno straha od negodovanja superega, odnosno osjećaji krivnje (uzrokovanih pounutrenjem /introjektivacijom/ roditeljskih zahtjeva). Danas moderni psihoanalitičari razlikuju različite svjesne i nesvjesne strahove, ali s obzirom na razvoj ega (struktura ličnosti), kao i različite konflikte (v. [tabl. 4.3.](#) u posebnom poglavlju 4). Važno je iz [tablice 4.3.](#) uočiti važnost temeljnih faza: 1. senzorička faza; 2. faza individuacije; 3. faza autonomije; 4. preedipska faza; 5. edipska faza razvoja. Važno je napomenuti da je jasno odvojena faza individuacije (u kojem postoji borba za koherentni osjećaj sebe; simbiotsko-monadni odnos; konflikt je fuzija vs. odvojenost) od faze autonomije (separacije) (kada postoji dijadni odnos, konflikt je autonomija vs. ovisnost). Fazu individuacije mogli bismo okarakterizirati kao intrapsihički proces (ovisan o podržavajućoj okolini i interpersonalnim odnosima), dok bismo fazu autonomije mogli okarakterizirati više interpersonalnim terminima. U tablici je važno uočiti razlikovanje strukture ličnosti od psihičkih konflikata, kao i nesvjesnih strahova od svjesnih. Tako npr., kada se govori o separacijskim strahovima, to se može odnositi barem na tri načina: normativni separacijski strahovi tijekom razvoja (svjesni i manifestni); separacijski anksiozni poremećaj (SAP) (poremećaj s manifestnom separacijskom tjeskobom), kao i nesvjesna separacijska anksioznost koja može biti u podlozi različitih poremećaja. Naime, nesvjesni separacijski strahovi mogu biti prisutni u nizu psihičkih poremećaja (*borderline* poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj itd.), od kojih je jedan i SAP. Potrebno je također u tablici zapaziti da je bolje rabiti izraz konflikt krivnje nego konflikt lojalnosti vs. čežnje za drugim, jer riječ „lojalnost” može pogrešno upućivati na situaciju (i konflikt) djeteta kod rastave roditelja. Važno je tako-

Tablica 56.1.

Normativni strahovi s obzirom na dob i različite autore te početci anksioznih poremećaja.

Modificirano prema Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016; Blanz i Schneider 2008; Ermann 2007; Freud 1965; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

Dob u godinama	Teme fizioloških (normativnih) strahova	Anna Freud – razvojna linija anksioznosti i drugi psihoanalitičari	Kognitivni razvoj prema Piagetu	Početak anksioznih poremećaja
0 – 2	Glasni zvukovi, veliki objekti; stranac; separacija	Arhaične anksioznosti od tame, buke, samoće, te od straha od ostavljenosti, gubitka objekta (slabost ega)	Senzorički razvoj	/
3 – 6	Imaginarna bića (monstrumi, duhovi), lopovi; životinje (psi), biti sam, spavati sam, strah od ozljede; strah od mraka; doktora, bolnice; grmljavina / vremenske nepogode	Strah od ozljede, gubitka ljubavi (uvjetovano kroz libidinoznu ovisnost djeteta)	Preoperacijsko mišljenje; fantazijska aktivnost; nemogućnost razlikovanja fantazije od stvarnosti	Separacijski anksiozni poremećaj; specifične fobije od mraka; monstuma
6 – 12	Školski neuspjeh, ozljeda, bolesti, socijalne situacije i socijalne nesposobnosti, nevrijeme	Strah od negodovanja superega, odnosno osjećaji krivnje	Konkretno operacijsko i logičko mišljenje	Specifične fobije od životinja, krvi, medicinskih zahvata
13 – 18	Strahovi od odrastanja, ozljeda, bolesti, socijalne situacije, sniženo samopoštovanje, seksualnost, socijalna kompetentnost	Strah od neprihvatanja od vršnjaka, socijalna afirmacija; identitet; narcistička ravnoteža; uloga tijela	Formalno operacijsko mišljenje (apstraktno); anticipacija opasnosti	Socijalna fobija; agorafobija; panični poremećaj

der iz tablice uočiti da postoji nesvjesni mehanizam (nesvjesni strah) signalne anksioznosti (alfa-strah prema Bionu) tek negdje od preedipske faze razvoja (Bion 1963/1992).

Kod anksioznih poremećaja (patološki strahovi) je prisutna anksioznost u većoj mjeri kod pojedinca ili zbog anksioznosti postoji nemogućnost nalaženja rješenja u odnosu prema prilagodbenim i razvojnim zadaćama. Dakle, intenzivni strahovi traju dulje od četiri tjedna; nisu očekivani za dob, nisu sukladni realitetu ili su vrlo pretjerani; kvalitativno su promijenjeni u svojem sadržaju; osoba ih ne može reducirati te utječu na ukupno (socijalno) funkcioniranje i razvoj (Lempp 2014; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010). Ili, drukčije rečeno, anksioznost je kod anksioznih poremećaja težega stupnja, nosi sa sobom više psihičke patnje u obitelji i ovisi o razvojnoj dobi djeteta (Hopf 2007), ili su pak stupanj i trajanje anksiozne reakcije nesrazmjerni s obzirom na okidač tjeskobe. Nesvjesna je anksioznost prisutna u bilo kojemu psihičkom poremećaju, međutim, kod anksioznih poremećaja ta je anksioznost dodatno manifestna. U djece se anksiozni

entiteti mogu, slično kao i u odrasloj dobi, podijeliti na pojedine entitete (Hopf 2007).

Podjela anksioznih (i emocionalnih) poremećaja, prema sadašnjem stanju stvari, nedovoljno je zadovoljavajuća (Mattejat i Schulte-Markwort 2013) i povijesno je bila različito koncipirana. Načelno se mogu podijeliti na difuznu, slobodno lebdeću anksioznost (generalizirani anksiozni poremećaj – GAP), fluktuirajuću i epizodičnu (panični poremećaj) te s obzirom na određene situacije i objekte (fobije) (Remschmidt 2011; Steinhausen 2010). Prema MKB-10, razlikujemo anksiozne poremećaje koji se pojavljuju u bilo koje doba: fobično (anksiozni) poremećaj (F40) u koje ubrajamo agorafobiju (F40.0), socijalne fobije (F40.1) i specifične (izolirane) fobije (F40.2); te drugi (pojedini) anksiozni poremećaji (F41) među koje ubrajamo panični poremećaj (epizodna paroksizmalna anksioznost) (F41.0); GAP (F41.1); mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj (F41.2) i drugi mješoviti anksiozni poremećaj (F41.3). Osim njih, razlikujemo i emocionalne poremećaje s početkom specifičnim za djetinjstvo (F93), u koje ubrajamo anksiozni poremećaj zbog

separacije u djetinjstvu (separacijski anksiozni poremećaj – SAP) (F93.0); fobično (anksiozni) poremećaj u djetinjstvu (F93.1); socijalni anksiozni poremećaj u djetinjstvu (analog socijalne fobije u odrasloj dobi) (F93.2); poremećaj sa suparništvom s bratom ili sestrom (SBS) (F93.3), drugi emocionalni poremećaji u djetinjstvu (npr. GAP u djetinjstvu) (F93.80) (WHO 1993). DSM-5 ne razlikuje ovu podjelu kao i MKB-10, samo što navodi dodatno dijagnozu SAP-a. U [tablici 56.2.](#) navedeni su anksiozni (emocionalni) poremećaji o kojima će se govoriti dalje u tekstu, navedeni su podtipovi, osnovna klinička slika, psihodinamika i njihova psihodinamska terapija.

Važno je dodati da su radi edukativnih razloga u tablici navedeni pojedine strukture ličnosti i psihički konflikti, međutim, moguća je ista klinička slika s različitim razinama strukture i konflikata. U anksiozne (emocionalne) poremećaje možemo ubrojiti i elektivni mutizam (F94.0), kao i pojedine poremećaje spavanja. Posebna situacija može biti kada nedostaje strah, koji danas najčešće koncipiramo kao poremećaj ponašanja ili kao narcistički poremećaj ličnosti. U ovom ćemo se poglavlju prikloniti mišljenju da je elektivni mutizam anksiozni poremećaj (slično DSM-5 klasifikaciji), te ćemo ga ovdje opisati, dok će poremećaji spavanja i poremećaj ponašanja i poremećaji ličnosti biti opisani u posebnim poglavljima.

Jedan od razloga zbog kojeg su emocionalni poremećaji koji specifično počinju u djetinjstvu odvojeni od anksioznih poremećaja koji počinju u bilo koje doba jest u tome što su ovi, prvi više pojačanje normativnih, fizioloških strahova, negoli su kvalitetno različiti poremećaji. Nadalje, pretpostavlja se određeni diskontinuitet emocionalnih poremećaja iz djetinjstva u odraslu dob (nema potpune predikcije da će to prerasti u anksiozni poremećaj u odrasloj dobi) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

DSM-5 kao specifičan za djetinjstvo navodi samo SAP, dok se drugi podtipovi bitno ne razlikuju u kliničkoj slici u dječjoj ili odrasloj dobi, te će se radi jednostavnosti ovdje u tekstu opisivati ovi glavni entiteti.

56.2. Epidemiologija

Anksiozni su poremećaji najčešći poremećaji u dječjoj dobi s prevalencijom od 9,4 do 11,9 %. GAP se nalazi u 0,6 do 3,7 % slučajeva; SAP u 1 do 5 %; specifične fobije u 2 do 6 % i socijalne fobije u 0,9 do 4,6 %, elektivni mutizam u 0,8 % slučajeva (Bernstein i Shaw

1997; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). U dječjoj dobi rjeđi su panični poremećaj ili agorafobije. Specifične fobije nastaju prije šeste godine života, SAP oko 7,5 godina, GAP u 8,8 godina te socijalne fobije u 10,8 godina (Kovacs i Devlin 1998). Djevojke i dječaci imaju sličnu prevalenciju prije puberteta, dok nakon puberteta djevojke imaju dvostruko veću prevalenciju od dječaka.

56.3. Klinička slika, razvoj simptoma

Anksiozni poremećaj zbog separacije u djetinjstvu (separacijski anksiozni poremećaj – SAP) karakterizira strah vezan za separaciju od figure privrženosti (osoba za koju ima razvijen *attachment*). Postoji zabrinutost da će izgubiti drage osobe ili da će se njima nešto loše dogoditi (bolest, smrt), kao i strah od nepovoljnog događaja (npr. da će ih netko oteti) koji uzrokuje separaciju od važnih osoba. Djeca ne žele spavati u svom krevetu te često godinama spavaju u krevetu s roditeljima, odbijaju odlazak u vrtić. Imaju velik strah ostati sami kod kuće npr. tijekom dana, bez osobe koja se brine za njih. Mogu imati ponavljane noćne more s temom separacije. Izraženi su strahovi i intenzivna patnja npr. nezadovoljstvo, osjećaji nesreće, vikanje, izljevi bijesa, „visenje“ na drugima. Somatske popratne pojave su česte (mučnine, povraćanje, bolovi u trbuhu ili glavobolje), a pojavljuju se prije, tijekom ili neposredno nakon odvajanja. Često djeca govore više o svojim somatskim simptomima nego o strahovima te ih se upućuje na različite somatske pretrage. SAP može biti preteča kasnijeg GAP-a. Poseban oblik ovog poremećaja jest **SAP povezan s izostankom iz škole** (pogrešno nazvana školskom fobijom), koji se manifestira odsutnošću iz škole zbog djetetove nemogućnosti da se odvoji od primarne figure (v. poslije).

Kod **fobičnih poremećaja** riječ je o strahu od jasno definiranih, u pravilu, neopasnih situacija ili objekata. Karakteristično je **izbjegavanje situacija** koje uzrokuju anksioznost (engl. *avoidance behavior*). Manifestacija poremećaja varira od nelagode pa sve do panike. Fenichel (1939) navodi kontrafobične stavove, kada osoba ono čega se boji zapravo želi (npr. osobe koje se boje visine, aktivno se bave planinarenjem).

Kod **agorafobije** strah se pojavljuje u situacijama izvan kuće; u prisutnosti gomile ljudi, na otvorenim mjestima, pri samostalnom putovanju ili putovanju daleko od kuće, dakle postoji strah da se napusti vlastiti dom (Blanz i Schneider 2008; Steinhausen 2010).

Tablica 56.2.

Podjela anksioznih poremećaja

Modificirano prema APA 2013; Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016; Blanz i Schneider 2008; Ermann 2007; Hopf 2007; Kuechenhoff i Ahrens 2002; WHO 1993.

Entiteti	Podtipovi i klinička slika te diferencijalna dijagnoza	Obično vrijeme pojavljivanja	Dominantna psihodinamika	Naglasci psihodinamske terapije
separacijski anksiozni poremećaj (F93.0)	dominantna je manifestna anksioznost u vezi s primarnom figurom privrženosti	predškolsko doba do 11. godine	- poremećaj razvoja individuacije (niža neurotska razina); uz labilnu psihičku strukturu; nema unutarnje reprezentacije objekta; manjak mentalizacije i simbolizacije	empatija; rad na privrženosti; rad na mentalizaciji i simbolizaciji; poticanje individuacije, autonomije i triangularizacije;
Fobično-anksiozni poremećaj u djetinjstvu F93.1, pojavljivanje do 11. godine života ili fobično-anksiozni poremećaj (F40)	agorafobija (F40.0) – izbjegavajuće ponašanje u više situacija, ne samo socijalne situacije; strah da neće moći izbjeći neke prostore	kasnija adolescencija	- poremećaj preedipskog i edipskog razvoja, kao i autonomije; dakle, na višoj ili umjerenoj neurotskoj razini; struktura je integrirana ili umjereno integrirana; očuvanost simbolizacije; socijalna tjeskoba u djetinjstvu može imati u pozadini poremećaj razvoja individuacije i autonomije (niža i umjerena neurotska razina); i labilnu psihičku strukturu	ovisno o neurotskoj razini i integriranosti strukture; empatija i prijenosne interpretacije
	socijalna fobija (F40.1) (uključujući i socijalnu tjeskobu u djetinjstvu F93.2); izbjegavajuće ponašanje; strah od negativne procjene drugih; ako su sami, onda su smireni;	adolescencija ili predškolsko doba do 11. godine		
	izolirane fobije (F40.2) – izbjegavajuće ponašanje; na specifičan način, izolirane situacije ili predmeti	bilo koja dob, rijetko u predškolsko doba		
Posebni anksiozni poremećaji (slobodno flotirajuća ili difuzna anksioznost)	panični poremećaj (F41.0); „nepredvidivi“ napadaji	adolescencija	- dominantno poremećaj razvoja individuacije (niža neurotska razina); uz labilnu psihičku strukturu; neuspjelo zrcaljenje i sadržavanje (<i>containment</i>); ego nema mogućnosti tolerancije afekata i regulacije impulsa	empatija, podržavanja, imenovanja, zrcaljenja osjećaja, kao i ublaživanje arhaičnog, proganjajućeg superega; sadržavanje (<i>containment</i>)
	generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) (F41.1); uključujući i GAP-a u djetinjstvu (F93.80); općenite i svakidašnje brige, nije fokusirano	adolescencija		
	Anksiozno- depresivni sindrom (F41.2) (Mješovita klinička slika depresije I GAP-a)	adolescencija		
poremećaj sa suparništvom s bratom ili sestrom (F93.3)	- rivalitet u odnosu prema mlađem bratu/sestri	predškolsko doba do 11. godine	većinom poremećaj preedipskog i edipskog razvoja, kao i autonomije; dakle na višoj ili umjerenoj neurotskoj razini; uz različitu strukturu	- ovisno o psihodinamici, empatija i interpretacije
elektivni mutizam (F94)	nema verbalizacije u socijalnim situacijama, međutim, održana je neverbalna komunikacija	predškolsko doba do 11. godine	- poremećaj autonomije, dakle poremećaj na umjerenoj neurotskoj razini ; uz labilnu strukturu	- ovisno o psihodinamici, empatija i interpretacije

Danas je napušteno mišljenje da je riječ o jednostavnom strahu od „otvorenih prostora” (Remschmidt 2011). Kod agorafobije osoba se boji neugodnosti kada iziđe van ili ima strah od paničnog napadaja. Ako je posrijedi više fobičnih situacija, npr. od „javnog prijevoza”, ali i od „biti u gomili”, onda se postavlja dijagnoza agorafobije. Dodatno postoji strah da bi bijeg iz takvih situacija mogao biti težak ili da pomoć neće biti dostupna. Izbjegavajuće ponašanje može dovesti do toga da osobe uopće ne izlaze iz svog doma. U MKB-10 posebno je navedena mogućnost povezanosti agorafobije s paničnim napadajima (WHO 1993).

Kod **socijalne fobije** (F40.1) strah se usmjeruje prema kontrolirajućem promatranju kroz druge ljude ili grupe, odnosno u nekim socijalnim i nepoznatim situacijama. Postoji strah da će biti posramljeni ili izloženi, a o sebi misle da su tjeskobni, slabi, da će povratiti, da će imati vrtoglavicu, da su nespretni ili ludi, te da će biti ismijani (Remschmidt 2011). Strah može postojati u posebnim situacijama kao npr. pri jedenju, držanju govora u javnosti, susretanju s drugim spolom, može se protezati na bilo koje grupne situacije. Izbjegavajuće ponašanje može dovesti do toga da se osoba potpuno socijalno izolira. Popratne pojave mogu biti smanjeno samopoštovanje, strah od kritike, crvenjenje, izbjegavanje pogleda u oči, drhtanje, tahikardija, mučnina, kao i pritisak na uriniranje. Pacijenti su tipično više usmjereni na navedene somatske simptome. **Poremećaj sa socijalnom tjeskobom u djetinjstvu** (F93.2) odgovara konceptu socijalne fobije u odrasloj dobi. Pokazuje se kao stalni i ponavljajući strahovi od kontakata sa strancima (odrasli i vršnjaci). U središtu je kliničke slike osjećaj (ne)prikladnosti vlastitog ponašanja s obzirom na strance ili stranu situaciju. U pravilu, dolazi do izbjegavanja takvih situacija. Na kontakte na koji su prisiljeni reagiraju patnjom, nelagodnom, plakanjem, šutnjom ili povlačenjem. Prema članovima obitelji nema poremećaja socijalnog kontakta. Sažeto rečeno, postoji strah od negativne evaluacije od drugih ljudi zbog vlastitoga socijalnog ponašanja ili nekih somatskih simptoma, kao i anticipacija pojedinih socijalnih situacija. Obično osobe imaju uvid da je njihova socijalna fobija pretjerana reakcija. Poseban oblik ovog poremećaja može biti **školska socijalna fobija**, kada dijete izbjegava odlazak u školu (v. poslije). Obično nastaje prije šeste godine života.

Kod **specifičnih fobija** (izoliranih, monosimptomatskih) strah je usmjeren na određene objekte ili

situacije (fobija od životinja /psi, pauci, zmije/, visine, grmljavine, glasnih zvukova, letenja, zatvorenih prostora, ispita, uriniranja ili defekacije u javnim zahodima, određenih jela, posjeta liječniku, pogleda na krv). Fobije od životinja tipično nastaju u predškolskoj dobi, agorafobija u kasnoj adolescenciji. Najčešće izolirane fobije jesu fobije od životinja, mraka, ozljede i smrti (Steinhausen 2010).

Kod **paničnog poremećaja** riječ je o epizodičnom, paroksizmalnom i intenzivnom strahu koji se ponavlja, a nije vezan s nekom situacijom ili posebnim okolnostima, odnosno ne mogu se unaprijed predvidjeti napadaji. Panični napadaj može uključivati sljedeće simptome: osjećaj otuđenja (depersonalizacija ili derealizacija), strah od gubitka kontrole, strah da će poludjeti, strah od smrti, lupanje srca, znojenje, suhoću usta, osjećaj gušenja, hiperventilaciju, bolove u prsima, mučninu, želučane ili crijevne tegobe, nesvjesticu, osjećaje topline ili hladan znoj te parestezije. Napadaji, u pravilu, traju nekoliko minuta. Načelno, osim intenzivnog straha, od somatskih ili vegetativnih simptoma dominiraju kardiovaskularni i respiratorni simptomi, za razliku od nekih drugih entiteta (npr. pseudo-neuroloških kod konverzivnih napadaja). Kasnije tijekom vremena može nastati strah od samog paničnog napadaja.

Kod **generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP)** riječ je o kroničnom i stalnom strahu koji nije povezan s određenim situacijama ili objektima, a odnosi se na svakidašnje situacije (npr. financijska situacija obitelji, loš uspjeh u školi itd.). U pravilu, traju minimalno oko šest mjeseci, a ne samo oko četiri tjedna kao drugi anksiozni poremećaji (Lempp 2014). DSM-5 uključuje sljedeće kriterije (APA 2013): A. Pretjerana anksioznost i zabrinutost većinu dana u posljednjih 6 mjeseci u vezi s raznim događajima ili aktivnostima; B. Osoba s teškoćom kontrolira ovu zabrinutost; C. Anksioznost i zabrinutost povezane su s 3 ili više od sljedećih simptoma (barem neki od simptoma prisutni više dana u posljednjih 6 mj.). U djece je potreban samo 1 simptom: 1. nemir ili osjećaj napetosti ili da je „na rubu”; 2. lako umaranje; 3. teškoće koncentriranja; 4. razdražljivost; 5. mišićna napetost; 6. smetnje spavanja (teškoće pri usnivanju ili prosnivanju ili nemirno spavanje). D. Simptomi uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugom značajnom funkcioniranju. Znanstveni kriteriji za generalizirani anksiozni poremećaj u djetinjstvu (F93.80), prema MKB-10, slični su onima u DSM-5, uz

napomenu da je potrebno imati tri kriterija od ukupno sedam (WHO 1993). U pravilu, strahovi i zabrinutosti nastaju barem u dvjema situacijama (Steinhausen 2010). Strahovi ne nastaju u pojedinačnim, paroksizmalnim epizodama kao kod paničnih napadaja. Glavna se zabrinutost ne odnosi fokusirano na jednu temu, npr. separaciju od figure privrženosti ili jednu temu kao kod izolirane fobije. Dijete stalno zapitkuje roditelje hoće li će se nešto loše dogoditi. Roditelj stalno mora razuvjeravati dijete da se neće ništa loše dogoditi te je obično vrlo iscrpljen takvim pitanjima. Poremećaj uključuje kroničnu zabrinutost, zabrinutost za vlastiti učinak, školski neuspjeh, određene bolesti, katastrofe itd. uz simptome tjelesne napetosti (mišićna napetost i drugo) i vegetativne simptome (tahikardija, tahipneja, znojenje, nesvjestica, suhoća usta), međutim, vegetativni simptomi nikako ne prevladavaju kliničkom slikom. Razlika između depresije i GAP-a jest u tom da je kod depresije riječ o primarnom osjećaju nesposobnosti, anhedonije, insuficijencije, slabog samopoštovanja, dok se kod GAP-a više radi o općem kroničnom i stalnom strahu i zabrinutosti koji uključuje različite situacije. Ako uz GAP postoje i drugi fokusirani strahovi, daje se prednost dijagnozi GAP-a. Kod bolesnika s GAP-om je prisutna zabrinutost bez obzira na to hoće li ih netko evaluirati ili pri nekim socijalnim situacijama, dok kod socijalne fobije postoji anticipatorna anksioznost s obzirom na socijalne situacije. Gledano sveobuhvatno, možda je GAP najteže dijagnosticirati u dječjoj dobi zbog šarolikosti kliničke slike pa je stoga potrebno detaljno poznavati kriterije za taj poremećaj kao i diferencijalnu dijagnozu.

Kod **mješovitog anksioznog i depresivnog poremećaja** riječ je o slobodno flotirajućoj anksioznosti koja je blago izražena, te o blago izraženim depresivnim simptomima. U pravilu bi trebalo ovu dijagnozu upotrebljavati što manje jer je preopćenita. Dakle, dijagnoza se sastoji od kombinacije GAP-a i depresije.

Kod **poremećaja sa suparništvom s bratom ili sestrom (SBS)** postoje izrazito negativni i neprijateljski osjećaji prema mlađem bratu/sestri. Postoji dodatna regresija u ponašanju, izljev bijesa, promjene raspoloženja, poremećaji spavanja, kao i opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje ili ponašanje koje traži pažnju prema jednom ili obama roditeljima. Pojavljuje se unutar šest mjeseci od rođenja mlađeg brata/sestre i traje minimalno četiri tjedna.

Kod **elektivnog mutizma** (ili selektivnog mutizma) prisutna je nemogućnost govora u specifičnim socijal-

nim situacijama (npr. u školi) ili pred nekim osobama uz očuvano razumijevanje i ekspresiju govora. Kao što je u uvodu rečeno, većina autora ga ubraja u emocionalne poremećaje (Lempp 2014). Simptomi su mješavina ustrašenog obrambenog stava i pasivnog inata (Sharkey i McNicholas 2008; Steinhausen 2010). Prisutni su različiti strahovi, sram, kao i dodatna depresivnost. Blizak je socijalnoj fobiji (Cohan i sur. 2006), a moguća je i koegzistencija socijalne fobije i elektivnog mutizma. Simptomi traju dulje od četiri tjedna te ga to razdvaja od normalne sramežljivosti ili od **prolaznog mutizma**, npr. pri djetetovu polasku u prvi razred (Lempp 2014). Mnogo je rjeđi **totalni mutizam**, kada dijete uopće ne govori. Klinička se slika, u pravilu, razvija polagano i kontinuirano. Tipično je da roditelji dugo ne zamjećuju simptome u djece jer djeca doma uredno govore, štoviše, znaju biti i „hiperaktivna“ kod kuće, „govore poput vodopada“ (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Djeca obično u školi govore pismenim putem ili se koriste neverbalnim sredstvima. Elektivni je mutizam povezan s drugim poremećajima (drugi anksiozni poremećaji, specifični razvojni poremećaji jezika i govora), u obitelji se također nalaze psihička odstupanja, temperament je obilježen sramežljivošću, tjeskobom; povezan je također s bilingvalizmom, migracijskim iskustvima, te se nalazi u kulturalno izoliranih obitelji (Lempp 2014; Manassis 2009; Remschmidt 2011). Često je prisutna intenzivna dijadna veza majka – dijete, psihička bolest roditelja, kao i obiteljska disharmonija (Lempp 2014; Remschmidt 2011). Zastupljena su oba spola, poremećaj je relativno rijedak, manje od 1 % (Keen i sur. 2008; Lempp 2014). Dijagnostički treba obratiti pozornost ako dijete ne govori dulje od četiri tjedna (Lempp 2014). Ako nastupi akutni mutizam, treba pomisliti na akutnu stresnu reakciju kao posljedicu traumatskog događanja (dijete kao svjedok nasilju, zlostavljanje itd.). Terapija je slična liječenju drugih emocionalnih (anksioznih) poremećaja i bit će opisana poslije u tekstu. U literaturi se posebno naglašavaju postupne metode liječenja sa svrhom verbalne izmjene između djeteta i terapeuta, npr. prvo preko telefona, pa u sigurnom prostoru itd. (Lempp 2014). Obitelj treba poticati da dijete govori kod kuće, a nikako tolerirati da doma sve manje priča (Lempp 2014). Prognoza općenito nije povoljna (Lempp 2014). Lošija je prognoza ako je zahvaćeno više područja gdje dijete ne govori. Vremenom se nalazi od 50 do 80% značajna poboljšanja.

Konačno, navedena je klinička slika i diferencijalna dijagnoza **izostajanja iz škole** koja je prikazana u

Tablica 56.3.

Najčešći razlozi izostajanje iz škole

Modificirano prema APA 2013; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010.

	Posebnost kliničke slike	Terapija
Separacijski anksiozni poremećaj	Vežanost uz figuru privrženosti; mogu biti mirni u socijalnim situacijama, ako je prisutna figura privrženosti; latentni strah u školskoj situaciji; vrlo izražene somatizacije; roditeljsko je ponašanje prekomjerno zaštitničko, vezujuće; izražena dijada majka – dijete; deficitarna struktura ličnosti i konflikt separacije;	Slično anksioznim poremećajima
Školska socijalna fobija	Strah da će ga drugi negativno ocijeniti, nema manifestne separacijske anksioznosti; posebnosti socijalne fobije: ne mogu biti smireni u socijalnim situacijama, premda je prisutna figura privrženosti; u školskoj je situaciji prisutan strah u različitim intenzitetu; različite strukture i konflikti; eventualno može uključivati druge fobične sindrome, generalizirani anksiozni poremećaj te panični poremećaj	Slično anksioznim poremećajima; osnovna terapija plus terapija pridruženih simptoma (npr. disleksije)
Poremećaj ponašanja (markiranje)	Izostajanje iz škole, kao i drugi simptomi; nema anksioznosti zbog separacije; dijete ostaje izvan škole (tumaranje gradom ili trgovačkim centrima); nema straha u školskoj situaciji; nema somatizacija; zanemarujući roditeljski stil; ambivalencija prema odsutnosti iz škole; psihodinamika poremećaja ponašanja;	Kao za poremećaje ponašanja; posebni postupci
Depresija	Tipični simptomi depresije	Kao za depresiju
Poremećaji stresa i prilagodbe	Simptomi akutne stresne reakcije, PTSP-a ili poremećaja prilagodbe	Liječenje stresnih i traumatskih stanja; poseban rad sa školom
Nepsihijatrijski razlozi	Pomaganje u poslu kod kuće	/

tablici 56.3. (v. dodatno posebno poglavlje 72 o školi i dječjoj psihijatriji), koja uključuje i različite terapijske pristupe jer je često izostajanje iz škole povezano s anksioznim poremećajima.

Kao što se vidi u tablici, većinom u podlozi izostajanja iz škole u osnovnoškolske djece zapravo dominira SAP. Prema nekim autorima, pod **školskom socijalnom fobijom** možemo obuhvatiti i dodatno i druge fobične sindrome, GAP te panični poremećaj, a koji imaju veze s odsutnošću iz škole (Steinhausen 2010). Poremećaj ponašanja također može biti razlog izostajanja iz škole (v. posebno poglavlje 64). Dodatni razlozi izostajanja iz škole mogu biti poremećaji stresa i prilagodbe, depresivna epizoda te nepsihijatrijski razlozi (npr. pomoć roditeljima u poslu) (Steinhausen 2010).

56.4. Kliničke vinjete

56.4.1. Elektivni mutizam

Elektivni je mutizam relativno rijedak u praksi. Dječak od 9 godina razvijao je elektivni mutizam tije-

kom polaska u školu. Uopće nije govorio u razredu kada bi ga učiteljica nešto pitala, međutim, bila je održana neverbalna komunikacija. Kada bi sa susjedom, s kojim bi inače verbalno komunicirao, odlazio u školu, tijekom ulaska u školske prostorije počeo bi šaptati, a tako i s drugim vršnjacima. Poremećaj je u školi trajao nekoliko godina. Za razliku od toga, kod kuće je znao biti živo i razigrano dijete s mnoštvo verbalizacija. Primjeri su bili kada bi neke nepoznate osobe dolazile u kuću (npr. neki majstor), on bi ili šutio, a iznimno bi postojala situacija da bi on normalno pričao. Zanimljivost je ovog primjera bila da je on, kada se održavala školska proslava maškara, uzeo masku jednog superheroja i, čitavo vrijeme dok je imao tu masku, obilno je pričao, što je bilo šokantno za učiteljicu jer nikada nije doživjela da ga čuje. U terapijskom okviru također nije govorio, ali se koristio crtežom kao modelom komunikacije. U crtežima su dominirale shematizirane i pomalo opsesivne teme nacrtanih niza kućica, što je protumačeno kao njegova potreba za kontrolom situacije. Provedena je cjelokupna dijagnostička obrada i uključen je u individualnu psihodinamsku terapiju, uz

dodatni rad s roditeljima. Tijekom psihoterapije nije pokazivao napredak verbalizacije ni u terapiji, ni u školskoj sredini.

56.4.2. Separacijski anksiozni poremećaj

Sljedeći primjer je djevojčica od 5 godina. Dominantna je bila manifestna anksioznost u vezi s primarnom figurom privrženosti i ona se nije mogla odvojiti od svoje majke ili je to bilo ekstremno teško. Psihodinamski je bila prisutna labilna psihička struktura ličnosti s dodatnim preplavljujućim strahovima, kao i dodatne somatizacije, te sklonost autoagresiji u obliku grebanja kože. Spavala je zajedno s mamom u krevetu. Drugi aspekti prikazane terapije igrom su prikazani u poglavlju o terapiji igrom (v. posebno poglavlje 77). Uz terapiju igrom dodatno je primijenjen rad s roditeljima. U terapiji je bio naglasak na poticanju individualizacije, autonomije i triangularizacije.

56.4.3. Generalizirani anksiozni poremećaj

Dječak od 13 godina. Posrijedi je bio kroničan i stalan strah koji nije bio povezan s određenim situacijama ili objektima, a odnosio se na svakidašnje situacije (npr. financijska situacija obitelji, loš uspjeh u školi, katastrofe navođene na TV-u itd.). U kliničkoj su slici bili prisutni općenite i svagdanje brige, nemir i napetost, poremećaj spavanja, razdražljivost, anksioznost nije bila fokusirana, a postojala je difuzna anksioznost koja je imala preplavljujući karakter. Primjerice, kada bi na TV-u izvješćivali o potresu u Aziji, njega bi preplavio anksiozni osjećaj. Usto, bilo je dodatnih učestalih somatskih pritužbi. U školi nije pokazivao dovoljno dobru adaptaciju, često je izostajao s nastave zbog čestih navođenih somatizacija, kao i zabrinutosti zbog svojega školskog neuspjeha. Roditelji su bili iscrpljeni njegovim stanjem uz osjećaj bespomoćnosti. Njegov ego nije imao mogućnosti tolerancije afekata i regulacije impulsa. Započeto je grupno psihoterapijsko liječenje u dnevnoj bolnici, koje inicijalno dobro prihvaća, prihvaća i grupni okvir, sudjeluje u međusobnom dijeljenju iskustava s drugim pacijentima, no s vremenom sve više odustaje od ovog oblika liječenja. Dodatno se primjenjivao rad sa skrbnicima.

56.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

U **dijagnostici** se koristimo psihijatrijskim i psihoterapijskim intervjuom uz promatranje djeteta i njego-

vih roditelja. Često djeca mogu dati jasnije podatke o svojim simptomima nego njihovi roditelji (Lempp 2014). Djeca povremeno ne doživljavaju svoje strahove ili izbjegavajuće ponašanje kao patološke, zbog čega može nedostajati svjesnost o problemu (npr. SAP koji se onda produljuje u odraslu dob) (Milrod i sur. 2014). Općenito je poznata činjenica da djeca s anksioznim poremećajima malokad budu upućena psihijatrima ili psiholozima (Lempp 2014). U dijagnostičkom smislu potrebno je procijeniti sadržaj strahova te fokusiranost straha (na određene situacije kao kod fobija ili kao slobodno lebdeći, tj. difuzan). Osim toga, bitno je odrediti stupanj izražavanja (anticipacija, panični napadaji), prisutnost vegetativnih simptoma i izbjegavajućeg ponašanja. Potrebno je i procijeniti trajanje anksiozne simptomatologije, dodatnu simptomatologiju (depresija, opsesije), moguće uzroke nastanka i uvjete održavanja (npr. nastaju li samo u školi, reakcija roditelja, sekundarna dobit), procijeniti svakodnevno funkcioniranje (u obitelji, u slobodno vrijeme, odnos prema vršnjacima, škola); značajke temperamenta i prethodne simptome. U **dijagnostičkom** se **algoritmu** može krenuti od jasnije definiranih kliničkih slika (panični poremećaj, agorafobija, SAP, socijalne fobije te specifične fobije), da bismo na kraju procijenili je li riječ o GAP-u (Majić i sur. 2009). Na početku je potrebno detaljno razjasniti o kakvim je simptomima anksioznosti riječ te je li posrijedi difuzna anksioznost ili anksioznost vezana za specifične situacije. Osim toga, bitno je ustanoviti postoje li izbjegavajuće ponašanje, napetost, zabrinutost, drugi somatski ili vegetativni simptomi. Na početku je potrebno isključiti postoji li neko zdravstveno stanje koje bi moglo biti odgovorno za poremećaj ili pak mogućnost utjecaja nekih lijekova. Kreće se od jasno definiranih kliničkih slika, koje su nagle (panični napadaj) ili izolirane (fobije). Dakle, u sljedećem se koraku procjenjuje postoje li panični napadaji koji imaju svoju karakterističnu kliničku sliku (epizodična paroksizmalna anksioznost). Procjenjuje se ima li uz panične napadaje agorafobije ili nema. U sljedećem koraku procjenjuje se postoji li SAP, a što je vezano uz figuru privrženosti. Sljedeći je korak u procjeni postoji li socijalna fobija, a potom i specifična fobija. Nadalje, potrebno je isključiti OKP, psihotični poremećaj i poremećaj raspoloženja. Ako i dalje postoje zabrinutosti koje traju dulje od šest mjeseci, onda sve upućuje na to da je riječ o GAP-u. Ako postoji anksioznost vezana za neku traumu, onda treba razmotriti radi li se o akutnoj stresnoj reakciji ili posttraumatskome stresnom poremećaju

Tablica 56.4.

Diferencijalna dijagnoza anksioznih poremećaja

Modificirano prema APA 2013; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Steinhausen 2010; WHO 1993.

Separacijski anksiozni poremećaj	Primarno i dominantno je kognitivna ideacija o strahu od odvojenosti od figure privrženosti.
Socijalna fobija	Obično osobe imaju uvid da je njihova socijalna fobija pretjerana reakcija. Djeca obično imaju normalne socijalne odnose s poznatim vršnjacima ili braćom/sestrama. Postoji anticipatorna anksioznost pri socijalnoj fobiji s obzirom na socijalne situacije, dok je kod GAP-a prisutna zabrinutost bez obzira na to hoće li ih itko evaluirati ili pri nekim socijalnim situacijama.
Agorafobija	Kod socijalne fobije postoji strah od negativne evaluacije od drugih ljudi, dok kod agorafobije može postojati izbjegavanje socijalnih situacija (npr. odlazak u kino), međutim, pri agorafobiji je središnja karakteristika nemogućnost bijega, odnosno dobivanje pomoći od drugih. Kod agorafobije osoba se boji neugodnosti ili npr. da će dobiti panični napadaj.
Specifične fobije	Može postojati specifična fobija u smislu straha od nesvijesti pri uzimanju krvi, međutim, nema tipičnog straha od negativne evaluacije od drugih ljudi, što karakterizira socijalnu fobiju.
Panični poremećaj	Od somatskih i vegetativnih simptoma često su zahvaćeni kardiovaskularni i respiratorni sustav. Osobe sa specifičnom fobijom mogu imati paničnu epizodu ako se suoče s fobogenim objektom ili situacijom. Međutim, riječ je o paničnom poremećaju kada nije vezan uz specifičnu fobiju, odnosno kada se pojavljuje neovisno o fobogenim situacijama ili objektima. Pri paničnom napadaju može postojati strah od samog paničnog napadaja.
Generalizirani anksiozni poremećaj	Riječ je kroničnom i stalnom strahu, koji nije povezan s određenim situacijama ili objektima, nego se odnosi na svakidašnje situacije (npr. financijska situacija obitelji, loš uspjeh u školi itd.). Kod socijalne fobije postoji strah od negativne evaluacije od drugih ljudi. I kod GAP-a također može postojati strah od negativne evaluacije od drugih, međutim, više u smislu socijalne interakcije, ali i drugi strahovi koji se ne odnose na socijalne situacije.
Elektivni mutizam	Kod (s)elektivnog mutizma nema straha od negativne socijalne evaluacije od drugih, jer se pacijenti koriste neverbalnim tehnikama s drugima (npr. igraju se neverbalne igre s drugima u školi). Međutim, moguć je komorbiditet socijalne fobije sa (s)elektivnim mutizmom.
Opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj	Kod opozicionalnog poremećaja postoji opozicionalno ponašanje neovisno o separaciji od primarne figure privrženosti.
Depresija	Kod socijalne fobije postoji strah od negativne evaluacije od drugih ljudi zbog vlastita socijalnog ponašanja ili nekih somatskih simptoma.
Opsesivno-kompulzivni poremećaj	Ako je riječ o opsesivnim strahovima da će se npr. uzimanjem krvi kontaminirati i dobiti AIDS, ili da postoji strah od vožnje, jer će nekoga ozlijediti, onda je, uz druge kriterije OKP-a, riječ o OKP poremećaju. Kod GAP-a postoji zabrinutost o događajima u neposrednoj budućnosti, kao i abnormalna pretjeranost u tome. Kod OKP-a se radi ego-distonim idejama, impulsima ili slikama.
Hipohondrija	Jasna kognicija u vezi s intenzivnim strahom od ozbiljne bolesti (npr. strah da imaju rak ili AIDS). Ovo se u literaturi pogrešno naziva fobijom od tih bolesti. Nemaju ili imaju minimalno somatskih simptoma na koje se žale.
Druga stanja i poremećaji	Normalna sramežljivost; poremećaj s tjelesnom dismorfijom (PTD), poremećaji govora i jezika, neurorazvojni poremećaji, shizofrenija, drugi psihotični poremećaji

(PTSP). Na kraju je potrebno razmotriti je li riječ o stresnom događaju koji je izazvao simptome poremećaja prilagodbe.

Psihodinamski procjenjujemo na kojoj se razini nalazi struktura ličnosti i psihički konflikt anksioznog poremećaja, te se, ovisno o tome, fokusiramo na

metode psihodinamske psihoterapije. U obitelji treba procijeniti prisutnost anksioznih, depresivnih poremećaja i zlorabu sredstava ovisnosti, način na koji roditelji reagiraju na djetetovu anksioznu simptomatologiju (Lempp 2014). Koristimo se različitim skalama za mjerenje anksioznosti u djece (v. posebno poglavlje 21 o psihološkoj procjeni), kao i projektivnim testovima. Potrebno je provesti uobičajenu somatsku obradu (v. poglavlje 22 o somatskom pregledu i laboratorijskim pretragama). Od somatskih bolesti posebno treba obratiti pažnju na hipertireozu, hipoglikemiju, temporalne epilepsije, feokromocitom ili određene medikamente koji mogu uzrokovati anksiozne poremećaje (Lempp 2014). Po potrebi će biti potreban pedijatrijski/neurološki pregled (Lempp 2014).

Diferencijalnodijagnostički, važno je razlikovati normalne (fiziološke) strahove i **normalnu sramežljivost** od anksioznih sindroma. Razlikuju ih težina i stalnost simptomatologije (Volkmar i Martin 2011). Općenito povoljniju prognozu imaju anksiozni poremećaji pri kojima su naglašeniji normalni i fiziološki strahovi u odnosu prema drugim anksioznim sindromima. **Realnim strahom** nazivamo stanja kada se dijete boji određenih realitetnih (stvarnih) osoba ili događanja npr. nasilnog roditelja, vršnjačkog nasilja ili opasnog psa iz susjedstva (Lempp 2014), međutim, to je potrebno razlikovati od anksioznih poremećaja koji su intrapsihički (i većinom interpersonalni) poremećaji. Gledano općenito, ako postoje depresivni poremećaj, OKP, shizofrenija, poremećaji jedenja, PTSP i ovisnosti, onda se anksioznost shvaća unutar ovih primarnih dijagnoza, a ne kao zaseban anksiozni (manifestni) poremećaj (Lempp 2014). Važno je pokušati razlikovati pojedine anksiozne poremećaje. Važna je također diferencijalna dijagnoza koja je prikazana u [tablici 56.2.](#), kao i u [tablici 56.4.](#)

Od svih anksioznih poremećaja tipično **fobije** imaju **izbjegavajuće ponašanje** jer je strah fokusiran na poseban objekt ili situaciju. **Panični napadaj** načelno se razlikuje od akutnog **konverzivnog napadaja**. Naime, kod paničnog napadaja postoji intenzivan strah, kao i kardiološki i respiratorni simptomi, dok kod akutnoga konverzivnog napadaja ne dominira intenzivan strah, a simptomi su pseudoneurološki. Razlika između **GAP-a i depresije** prikazana je u [tablici 56.5.](#)

Anksiozni poremećaj i depresiju katkada je teško razlikovati, a, s druge strane, mogu doći i u komorbiditetu (dijagnoza mješovitog poremećaja anksioznosti i

Tablica 56.5.**Diferencijalna dijagnoza generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP).**

Modificirano prema APA 2013; Lempp 2014, WHO 1993.

GAP	Riječ je o kroničnom i stalnom strahu, obično traje duže od šest mjeseci, nije povezan s određenim situacijama ili objektima, odnosi se na svakidašnje situacije (npr. financijska situacija obitelji, loš uspjeh u školi itd.).
Depresija	Pacijenti se osjećaju kao loši i bezvrijedni, apatični, anhedonični, smanjene energije, lošeg samopoštovanja.
Socijalna fobija	Postoji anticipatorna anksioznost kod socijalne fobije s obzirom na socijalne situacije, dok je kod GAP-a prisutna zabrinutost bez obzira na to hoće li to itko evaluirati, ili pri nekim socijalnim situacijama.
OKP	Kod GAP-a postoji zabrinutost o događajima u neposrednoj budućnosti, kao i abnormalna pretjeranost u tome. Kod OKP-a riječ je o ego-distonim idejama, impulsima ili slikama.

depresije). U nastavku tablice navedena je razlika s obzirom na druge poremećaje. Klinička slika i diferencijalna dijagnoza **somatizacijskog poremećaja i hipohondrije** prikazana je u [tablici 46.2.](#), a potrebno je razlikovati u odnosu prema anksioznim poremećajima (v. posebno poglavlja 46 i 47 o somatizacijskom poremećaju). U [tablici 57.4.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza OKP-a s obzirom na fobiju i hipohondriju (v. posebno poglavlje 57 o OKP-u). Kod **socijalne fobije i elektivnog mutizma** treba tragati za pridruženim specifičnim razvojnim poremećajima (npr. disleksija) kao i za isključenjem organskih uzroka. Za detaljniju diferencijalnu dijagnozu može se pogledati u pripadajućim klasifikacijama, npr. DSM-5 (APA 2013).

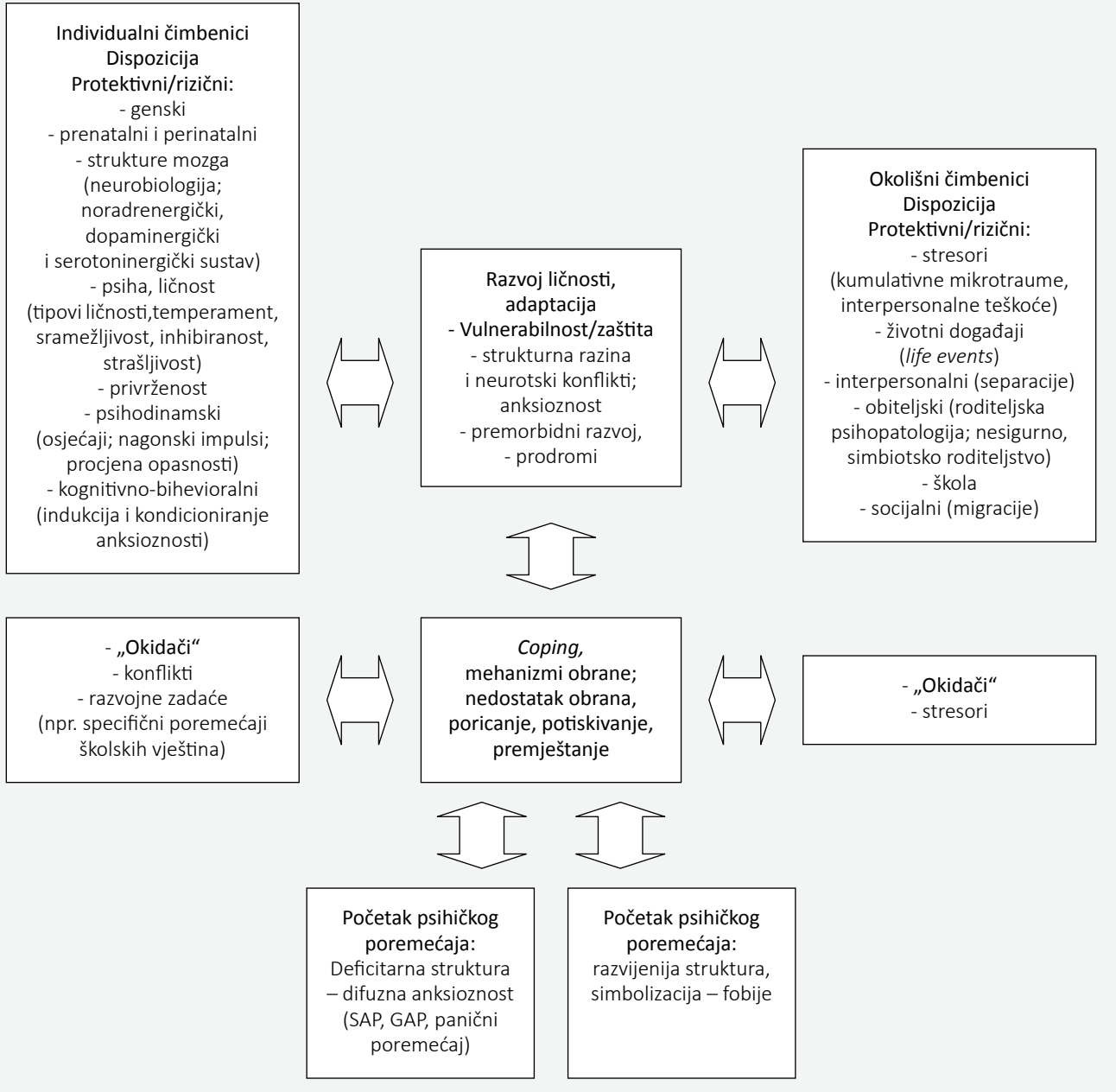
56.6. Komorbiditet

U djece s anksioznim poremećajem do 60 % oboljelih ima neki drugi anksiozni poremećaj. Kod anksioznog poremećaja depresija se pojavljuje u 28 do 69 %, češće je dakle prvo pojava anksioznog poremećaja, pa onda depresije (Angold i Costello 1993). Više modela pokušava objasniti komorbiditet anksioznih poremećaja i depresije (Cummings i sur. 2014). U prvom

Slika 56.1.

Sažetak etiopatogeneze anksioznih poremećaja.

Modificirano prema APA 2013; Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016; Blanz i Schneider 2008; Ermann 2007; Hopf 2007; Kuechenhoff i Ahrens 2002; Remschmidt 2011; Wiedemann i sur. 1999; WHO 1993.



modelu SAP i socijalna fobija predisponiraju razvoj depresije, u drugom modelu postoje istodobno primarni poremećaji npr. GAP i depresija, a zadnji bi model išao u prilog tome da depresija dovodi do socijalne fobije (Cummings i sur. 2014). Nadalje, u manjoj mjeri, moguć je komorbiditet s poremećajima ponašanja i hiperkinetskim poremećajem.

56.7. Etiopatogeneza

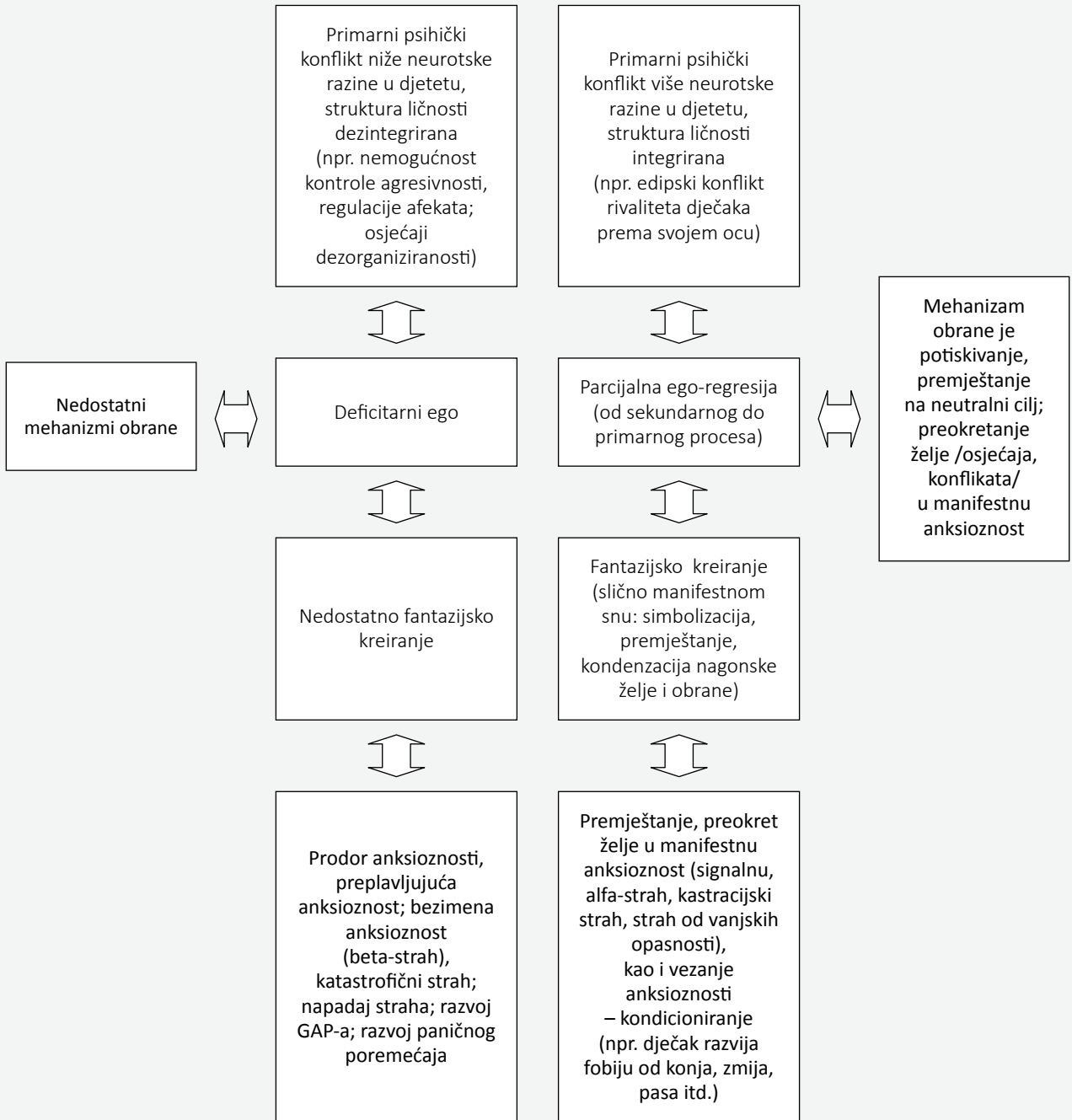
56.7.1. Integrativni model

Na slici 56.1. je prikazana sažeta etiopatogeneza. Kao što se vidi na slici, etiopatogeneza anksioznih poremećaja je multifaktorijelna, uključuje biološke

Slika 56.2.

Shema psihoanalitičkog modela razvoja generaliziranoga anksioznog poremećaja (GAP; tzv. anksiozne neuroze) i fobije.

Modificirano prema Bion 1963/1992; Bürgin 1993; Ermann 2007; Kuechenhoff i Ahrens 2002; Plaenkers 2003.



čimbenike, čimbenike temperamenta, obiteljske čimbenike, procese kondicioniranja, stresne životne okolnosti i psihodinamske modele. Kod **bioloških čimbenika** mogu se navesti različiti čimbenici. U prilog genskoj dispoziciji anksioznih poremećaja govore obi-

teljske studije, studije blizanaca, kao i molekularno genetičke studije (povezanost s dopaminskim i serotoninergičkim sustavom) (Eley i Plomin 1997; Lesch 2001). Genski čimbenici vjerojatno daju biološku osnovu općenitih anksioznih poremećaja, međutim, to

se ne odnosi na pojedine tipove anksioznih poremećaja. Pretpostavlja se povišena noradrenergički uzrokovana razina napetosti, koja uključuje ponašanje povlačenja, kao i lakši odgovor na procese kondicioniranja (Kagan i sur. 1988). Također se povećani volumen amigdala povezuje s generaliziranim anksioznim poremećajem u djece (De Bellis i sur. 2000). Neka istraživanja pokazuju asimetričan obrazac aktivnosti u frontalnim regijama u pacijenata s paničnim poremećajima (Wiedemann i sur. 1999). U odraslih osoba s paničnim poremećajem nalazi se osjetljivost na ugljik dioksid (Pine i sur. 2000), što govori o biološkim čimbenicima. Sljedeća grupa čimbenika jesu **čimbenici temperamenta, bihevioralni i kognitivni čimbenici, naučeno ponašanje te stresni događaji**. U literaturi se raspravlja o temperamentnoj i ponašajnoj inhibiciji (engl. *behavioral inhibition*) (Kagan i sur. 1988). Raspravlja se također o selektivnoj percepciji manjih podražaja (Taghavi i sur. 1999), što pospješuje razvoj anksioznog poremećaja (Steinhausen 2010). Stresni događaji (iskustva separacije i gubitka, bolesti, hospitalizacije, medicinski postupci, nasilne okolnosti) mogu imati pospješujući utjecaj na razvoj (Blanz i Schneider 2008), a to se posebno povezuje s razvojem elektivnog mutizma (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Zanimljivo je da kod fobija dominiraju, evolutivno gledano, „arhaičniji“ strahovi kao što su fobije od životinja (zmija), visine, šiljatih predmeta, a rjeđe su zastupljene fobije npr. od novijih tehnika (automobila, perilica rublja itd.), što pojedini autori nazivaju „filogenetskim sjećanjem“ (Remschmidt 2011). **Obiteljski čimbenici** mogu biti različiti. Nesigurni roditelji kroz vlastiti model utječu na razvoj anksioznih poremećaja u djece (Hopf 2007; Remschmidt 2011). Roditelji koji ne dopuštaju djeci iskazivanje agresije ili roditelji koji su sami nesigurni mogu inducirati SAP i druge anksiozne poremećaje u djece. Često postoji jedno usko, dijadno isprepletanje. Želje za autonomijom se potiskuju. Agresije se projiciraju ili zbog straha od gubitka ljubavi ili zbog toga što mogu oštetiti objekt (Hopf 2007). Kod SAP-a se nalaze također majčina depresija, anksiozni poremećaj roditelja, majčino pušenje u trudnoći i nezaposlenost, što govori u prilog utjecaju roditeljske psihopatologije na dijete (Battaglia i sur. 2015; Milrod i sur. 2014).

56.7.2. Psihodinamski čimbenici

Sažeto su u [tablici 56.2.](#) prikazani aspekti psihodinamike i psihodinamske terapije. Psihodinamski je za

SAP karakteristična djetetova borba za realnu prisutnost majke ili neke druge osobe. Strah osmog mjeseca prvi je normalan separacijski strah u djeteta. Kod razvijenog poremećaja nema prikladne internalizirane objektne reprezentacije, odnosno poremećena je individuacija. U kreiranju stabilnih objektnih reprezentacija važne su mentalizacija i simbolizacija (preko prijelaznih objekata), kao i uspješno razrješenje individuacije. Bitna je faza ponovno približavanje te uspostavljanje konstantnosti objekta, kao i posljedična triangularizacija (edipska faza razvoja) putem oca koji pospješuje izlazak iz dijadnog odnosa i simbioze. Sažeto rečeno, poremećaj se povezuje s fazom individuacije, nedostatnom strukturom ličnosti, nižom neurotskom razinom, odnosno na drugi se način može reći da je došlo do poremećaja normalne faze privrženosti (Milrod i sur. 2014). GAP i panični poremećaj imaju sličnu psihodinamiku kao prije opisani SAP. Dakle, kod GAP-a i paničnog poremećaja je riječ o poremećaju faze individuacije ličnosti, odnosno strukturno se može reći da se radi o ego koji je slabo integriran. Na drugi bi se način moglo reći da je kod GAP-a neuspjelo zrcaljenje i „sadržavanje“ (*containment*) u djetinjstvu, odnosno ego nema prikladne identifikacije i reprezentacije, odnosno ego nema mogućnosti tolerancije afekata i regulacije impulsa (v. [sl. 56.2.](#)).

Kako se vidi na slici, psihodinamski bi se moglo reći da kod GAP-a i paničnog poremećaja dolazi do prekomjerne stimulacije i do narušavanja psihičke strukture ličnosti. Panični se strah može povezati s pojavom vrlo arhaičnih strahova. Dominantno se kod **socijalne fobije, agorafobije**, kao i kod **elektivnog mutizma** pretpostavlja poremećaj faze autonomije, djelomično je integrirana struktura ličnosti, postoji umjerena neurotska razina, a slično bi se moglo reći i za OKP, somatizacijski poremećaj i hipohondriju.

Na [slici 56.2.](#) shematski je prikazan model razvoja generaliziranog anksioznog poremećaja i fobije, a to treba usporediti s tablicama kod somatizacije, konverzivnog poremećaja i OKP-a (v. posebno [sl. 44.1.](#); [sl. 44.2.](#) te [sl. 57.1.](#) u posebnim poglavljima 44 i 57). Važno je zamijetiti u tim tablicama da se psihoterapija definira kao dešifriranje primarnih psihičkih konflikata. Kod fobije je psihodinamski karakteristično da fobični strah može biti potisnut na bilo kojoj razini, međutim, tipično je da je na preedipskoj i edipskoj razini (strah od gubitka ljubavi, edipski strahovi /kao kod malog Hansa/, superego strahovi) te premješten na neki vanjski objekt. Također dolazi do preokretanja želja (osje-

ćaja, konflikata) u anksioznost. Konačno, mogu se uzeti u obzir i čimbenici kondicioniranja. Fobija uključuje određenu sposobnost simbolizacije te signalnu anksioznost. Izbjegavanjem fobogenog objekta, konflikt i strah se izbjegavaju. Slična se psihodinamika nalazi dominantno kod konverzije te kod poremećaja sa suparništvom s bratom ili sestrom (SBS). Psihodinamski se pri mješovitom obliku anksioznosti i depresije nalazi kombinacija psihodinamike tipične za difuznu anksioznost i depresivne poremećaje.

56.8. Liječenje, prevencija

Općenito u liječenju primjenjujemo savjetovanje, psihoterapiju (kognitivno-bihevioralnu i psihodinamsku), rad s roditeljima, relaksirajuće postupke, kao i psihofarmakoterapiju (v. [tabl. 56.6.](#)).

Tablica 56.6.

Terapija i prevencija anksioznih (emocionalnih) poremećaja.

Modificirano prema Abbass i sur. 2013; Blanz i Schneider 2008; Cohan i sur. 2006; Conolly i sur. 2011; Creswell i sur. 2014; Lempp 2014; Mohatt i sur. 2014; Rapp i sur. 2013; Remschmidt 2011; Rynn i sur. 2011; Steinhausen 2010; Storch 2014.

Savjetovanje

Psihoterapija (kognitivno- bihevioralna i psihodinamska)

Rad s roditeljima

Relaksirajući postupci

Psihofarmakoterapija

Preventivne mjere

Savjetovanje uključuje informacije pacijentima i roditeljima o anksioznim poremećajima te o metodama liječenja.

Psihodinamska terapija ovisi o psihodinamskoj konstelaciji pacijenta, jer kod anksioznih poremećaja mogu biti prisutne različite strukturne razine ličnosti, kao i različiti psihički konflikti, a treba procijeniti i stil privrženosti (*attachmenta*) (Milrod 2015). Ako se radi o slobodno flotirajućoj anksioznosti (**niža neurotska razina**), kao i kod **umjerene neurotske razine**, u terapiji se primjenjuju podržavanja, imenovanja osjećaja, zrcaljenja osjećaja, kao i ublaživanje arhaičnog, proganjajućeg superega. Istodobno se potiču druge aktivnosti, kao i rad s roditeljima. Nesvjesnom bezimenom

strahu kroz sadržavanje (*containment*) se može dati psihički sadržaj ili značenje. Kod SAP-a rad će biti fokusiran na mentalizaciju i simbolizaciju, odnosno na poticanje individuacije, autonomije i triangularizacije, tj. fokus može biti na stimulaciji privrženosti (*attachmenta*) putem terapijskog odnosa (Milrod, 2015). Ako se radi o „**višim**” razinama psihičkog konflikta (kao npr. kod fobičnog poremećaja), rabiće se, osim empatije, i prijenosne interpretacije koje bi dovele do uvida u nesvjesno funkcioniranje. Ove metode mogu se primjenjivati preko terapije igrom.

Kod kognitivno-bihevioralne terapije ciljevi su promjena dosadašnje procjene okidača, umanjeno izbjegavajućeg ponašanja i kreiranje vlastitih samoregulirajućih procesa (Lempp 2014). Primjenjuje se ekspozicijski trening putem konfrontacija koje vode do sistematske desenzitizacije. Osim prije navedenog, upotrebljuje se i konfrontacija i sprječavanje reakcije u realnim situacijama (Remschmidt 2011). Mogu se primjenjivati relaksirajući postupci. Kod operantnih se metoda rabe pozitivno pojačavanje, samostalno traženje situacija koje izazivaju strah (engl. *shaping*) i eliminacija (ekstinkcija). Model prema učenju upotrebljuje se u različitim formama. Kognitivne se metode temelje na tome da neprimjerene kognicije (negativne i nerealistične misli, predodžbe i očekivanja) pogrešno procjenjuju objekte, situacije, kao i vlastite sposobnosti. Modificiraju se kroz analizu u smislu pozitivnih samoinstrukcija i strategija rješavanja problema (Blanz i Schneider 2008; Rapp i sur. 2013; Rockhill i sur. 2010).

Korisno je uključivanje **roditelja i obitelji** u terapiju. Posebno se čini važan rad kod SAP-a, pavora nocturnusa i elektivnog mutizma. U roditelja se mogu primjenjivati igre uloga, suočavanje sa strahom u nalaženju strategija rješavanja problema, kao i ignoriranje izbjegavajućeg ponašanja (Barrett i sur. 1996). Ako postoji obiteljska disfunkcija, može biti korisna i obiteljska terapija ili pak individualna terapija pojedinog roditelja, posebno ako roditelj ima psihički poremećaj.

Psihofarmakoterapija se upotrebljava u dječjoj dobi u teže izraženim kliničkim slikama, u manjoj mjeri, i to nakon što se započne sa psihoterapijom. Psihofarmakoterapiju kao jedinu vrstu liječenja treba odbaciti kao mogućnost. Koriste se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), benzodiazepini, te lijekovi iz drugih skupina (Rynn i sur. 2011; Sakolsky i Birmaher 2008). Izbor prvog liječenja jesu SSRI, a mogu se primijeniti i drugi antidepresivi ili lijekovi iz drugih skupina. Benzodiazepini djeluju odmah,

dobro se podnose, a zbog mogućeg razvoja ovisnosti ne treba ih davati dulje od 6 tjedana (Lempp 2014). Općenito, dokidanje medikamentne terapije treba se uvoditi postupno, nakon što dođe do stabilizacije od jedne godine (Lempp 2014).

Preventivne metode mogle bi se odnositi na poboljšanje roditeljstva putem programa treninga roditelja, prevencije prilikom medicinskih zahvata, prorade kod teških životnih situacija, kao i drugi preventivni programi (Remschmidt 2011).

Okvir (engl. *setting*) intervencije će ovisiti o razvojnem stupnju, motivaciji za liječenje, izraženosti anksiozne simptomatologije (uključujući i izbjegavajuće ponašanje), popratnoj simptomatologiji, komorbiditetu, oštećenju *copinga* kod potrebnih razvojnih zadaća, oštećenju funkcionalnih područja, te obiteljskim okvirima (Steinhausen 2010). **Ambulantno liječenje** će se koristiti u lakšim i umjerenim oblicima, a teži će se oblici liječiti **dnevnobolnički**. Indikacije za **stacionarno liječenje** prikazane su u [tablici 56.7](#).

Tablica 56.7.

Indikacije za stacionarno liječenje kod anksioznih poremećaja.

Modificirano prema Blanz i Schneider 2008; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011.

Izražene socijalne posljedice zbog izražene anksiozne simptomatologije (npr. teški oblik elektivnog mutizma)

Izražene socijalne posljedice zbog izražena izbjegavajućeg ponašanja (nedolasci u školu, socijalna izolacija od vršnjaka)

Izraženi popratni poremećaji (komorbiditet, npr. depresivni poremećaj)

Tendencija kronificiranju

Nepovoljne okolnosti i dinamika u obitelji (npr. izražen psihički poremećaj roditelja)

Nepovoljno ambulantno ili dnevnobolničko liječenje

Pojedini autori pri stacionarnom liječenju naglašavaju terapijsku proradu obiteljske dinamike (Remschmidt 2011). Općenito se može reći da treba smanjivati izbjegavajuće ponašanje, dakle treba što prije npr. dijete vratiti u školu, odnosno roditelji ne bi smjeli tolerirati npr. djetetovo negovorenje kod elektivnog mutizma (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Pokatkad će biti potrebno koristiti se kombinacijom različitih tehnika.

56.9. Tijek, prognoza

Iz studija je poznato da se samo oko 24 % djece s anksioznim poremećajima liječe (Keller i sur. 1992). Last i suradnici (1996) navode da oko 82 % pacijenata ima dobru remisiju nakon nekoliko godina praćenja. Osobama s GAP-om trebalo je najdulje za remisiju, SAP ima najbolju remisiju (do 96 %), dok je remisija najkraća za panični poremećaj (do 70 %) i elektivni mutizam (oko 50 %) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Raniji početak, kao i odgoda liječenja je produživalo vrijeme do remisije. Oko 30 % oboljelih poslije je imalo neki drugi psihijatrijski poremećaj, a od toga polovica neki anksiozni poremećaj. Anksiozni poremećaj u komorbiditetu s depresijom ima tendenciju kronificiranja. Anksiozni poremećaji u djetinjstvu dvostruko više povećavaju šansu za anksiozni poremećaj u odrasloj dobi, kao i za depresivni poremećaj.

56.10. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Ne treba niti podcjenjivati, ali niti precijeniti strahove u djeteta. Ne treba se zavarati ako je dijete odviše mirno, tiho, povučeno i ne govori o svojim strahovima.
- ✓ Nikako ne treba okrivljivati dijete zbog njegova anksioznog poremećaja, niti pobuđivati u djetetu osjećaje krivnje.
- ✓ Potrebno je što prije detektirati i započeti liječenje anksioznih poremećaja. Općenito djeca s anksioznim poremećajem rjeđe traže pomoć psihijataru ili psihologu. Treba izbjegavati dulje čekanje na terapiju, a posebno kod socijalne fobije i agorafobije. Treba što više umanjivati izbjegavajuće ponašanje. Anksiozni se poremećaji mogu uspješno liječiti.
- ✓ Ako je riječ o tendenciji kronificiranju ili u nekim drugim situacijama, ne treba se libiti podvrgnuti dijete stacionarnom (psihoterapijskom) liječenju.
- ✓ Kod elektivnog mutizma roditelji se ne trebaju oslanjati na neverbalnu komunikaciju, već se što više treba poticati verbalna komunikacija.
- ✓ Ako roditelji boluju od anksioznog poremećaja, treba razmotriti potrebu rada s roditeljima, obiteljsku terapiju ili dodatnu individualnu terapiju roditelja.

56.11. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Što znači kada kažemo da je u djeteta riječ o „separacijskoj problematici“?

ODGOVOR: Ovaj je termin vrlo neprecizan i treba ga izbjegavati. „Separacijska problematika“ može karakterizirati više pojmova. Prvo, može označivati normalne, fiziološke separacijske strahove koji su manifestni, pojavljuju se oko osmog mjeseca (strah od stranca) i protežu se do oko treće godine djetetova života, kada se uspostavlja konstantnost objekta (završavanje individuacije i autonomije). Drugo, može označivati SAP, jasno definirani poremećaj koji ima manifestnu separacijsku anksioznost visokog intenziteta i duljega trajanja. Treće, može se odnositi na „nesvjesni konflikt privrženosti“ u fazi individuacije, kada dominiraju nesvjesni separacijski konflikt i nesvjesna separacijska anksioznost, što zapravo označuje psihodinamsku konstelaciju koja može biti u pozadini niza psihičkih poremećaja (npr. *borderline* poremećaj, SAP, GAP itd.). Ovaj „nesvjesni konflikt privrženosti“ (bolje je tako reći, nego nesvjesni konflikt separacije), uključuje „nesvjesnu separacijsku anksioznost“, koja se onda manifestira svjesnim osjećajima npr. separacijskim strahovima, osjećajima sigurnosti vs. nesigurnosti ili osjećajima dezorganiziranosti.

■ PITANJE: Je li potrebno anksiozne (emocionalne) poremećaje u djece razlikovati od poremećaja u odrasloj dobi?

ODGOVOR: Svakako je potrebno razlikovati anksiozne poremećaje djece i anksiozne poremećaje odrasle dobi, jer je riječ o različitoj prezentaciji kliničke slike, ali i o vrlo važnom utjecaju razvojnih procesa, npr. važnost različitih konflikata u djece (razvoj individuacije djeteta, razvoj privrženosti, socijalne afirmacije adolescenta, važnost separacije adolescenta itd.). Nadalje, neki strahovi mogu biti normativni u određenoj dobi i nisu znak patologije. Zanimljivost SAP-a jest u tome da nastaje isključivo u djetinjstvu i posebna je dijagnoza specifična za djetinjstvo, ali se može nastaviti i u odraslu dob.

■ PITANJE: Koje su sličnosti i različitosti SAP-a i poremećaja privrženosti?

ODGOVOR: Za SAP i za poremećaj privrženosti (inhibirani i dezinhibirani tip) smatra se da nastaju zbog nedostatnog razvoja individuacije (intrapsihički proces), odnosno nedovoljno razvijene sigurne privrženosti. Dominira „niža neurotska razina“, kao i dezin-

tegrirana struktura. Međutim, postoje i određene različitosti. Kod SAP-a, za razliku od poremećaja privrženosti, postoji visoka manifestna (svjesna) anksioznost u vezi s figurom privrženosti, odnosno „vise-nje“ na figuri privrženosti, dok pri poremećaju privrženosti nema toga, odnosno postoji socijalna distanca prema figuri privrženosti (inhibirani tip), štoviše, postoji napadna socijalizacija prema stranim osobama (dezinhibirani tip). Na ovaj se način SAP zapravo može shvatiti kao suprotnost poremećaju privrženosti („vise-nje“ na figuri privrženosti i strahovi za figuru privrženosti vs. distanciranje od figure privrženosti). Drukčije rečeno, konflikt privrženosti (u fazi individuacije) manifestira se na aktivan način (distanciranje od figure privrženosti) vs. pasivnom načinu (traženje blizine figure privrženosti). Sljedeća važna razlika jest da obično kod poremećaja privrženosti nalazimo jasna traumatska iskustva, dok to ne bismo rekli u toj mjeri za SAP. Naime, kod SAP-a bi više bila riječ o „suptilnim mikrotraumama i poremećajima interakcije“ djeteta sa skrbnikom.

■ PITANJE: Koliko se koristiti dijagnozom mješovitoga anksioznog i depresivnog poremećaja?

ODGOVOR: Koliko je moguće što manje jer je riječ o preopširnoj dijagnozi. GAP se očituje stalnom zabrinutosti i strahovima koji se odnose na različite situacije, dok je kod depresije riječ o osjećajima insuficijencije, anhedonije, manjka vlastite kompetentnosti i manjka vlastitog samopoštovanja, te je moguće razlikovanje ovih dvaju poremećaja. Općenito se daje prednost depresivnom poremećaju. Ipak, u slučaju blago izraženih simptoma obaju poremećaja može se u iznimnim slučajevima dati ovakva mješovita dijagnoza.

■ PITANJE: Zašto je teško dijagnosticirati generalizirani anksiozni poremećaj u djece?

ODGOVOR: Odgovori mogu biti različiti. Jedan od razloga jest u tome što su relativno rijetki te zato što se više dijagnosticiraju u starijoj dobi. Nadalje, potrebno je isključiti niz različitih anksioznih poremećaja koji su jasnije definirani tipičnim kliničkim slikama ili specifičnostima (npr. fobije) da bi se došlo do dijagnoze. Naime, nije lako razlikovati realistične strahove od toga je li riječ o poremećaju. Nadalje, razlog bi mogao biti u tome što se djeca više prezentiraju tjelesnim i vegetativnim simptomima, a ne psihičkim simptomima (anksioznošću). I, konačno, može postojati mogućnost da sama djeca, kao i roditelji, tjeskobu ne shvaćaju kao mogući psihički poremećaj.

■ **PITANJE:** Kako se prezentiraju pojedini anksiozni poremećaji s obzirom na prisutnost somatskih i vegetativnih simptoma?

ODGOVOR: Djeca više govore o svojim somatskim simptomima nego o svojim strahovima. Roditelji stoga često dijete vode na somatske pretrage umanjujući psihogenezu poremećaja. Posebno su izraženi somatski simptomi kod paničnog poremećaja (kardiovaskularni i respiratorni simptomi) i kod SAP-a. U umjerenoj mjeri prisutni su kod GAP-a i fobija.

■ **PITANJE:** Što razumijevamo pod nazivom „školska fobija“?

ODGOVOR: Ovdje je riječ o vrlo nepreciznom pojmu koji treba izbjegavati. Čini se da su se prije svi izostanci iz škole zapravo nazivali „školskom fobijom“, međutim, riječ je o vrlo heterogenoj mogućoj skupini poremećaja. U ovom se tekstu stoga rabi naziv „izostajanje iz škole“, koji je neutralniji i fenomenološki prihvatljiviji. U pozadini „izostanka iz škole“ mogu stajati različiti psihički poremećaji, od kojih su najčešći SAP, socijalna fobija, depresija, poremećaji ponašanja itd.

■ **PITANJE:** Je li je moguće liječenje predškolskog djeteta s anksioznim poremećajem, npr. SAP-a?

ODGOVOR: Svakako postoje različite metode liječenja predškolskog djeteta, a posebno se koristimo psihosocijalnim metodama liječenja. Mogu se primjenjivati individualna psihoterapija uz rad s roditeljima ili druge terapijske metode. U individualnoj psihodinamskoj psihoterapiji primjenjujemo empatiju, praćenje djeteta, poticanje individuacije, autonomije, triangulacije, a mogu se rabiti i interpretacije prijenosnog odnosa.

■ **PITANJE:** Što razlikuje fobije od drugih anksioznih poremećaja?

ODGOVOR: Fobije od drugih anksioznih poremećaja razlikuje to što kod njih dominira izbjegavajuće ponašanje (engl. *avoidance behavior*). Naime, fobičar izbjegava ono čega se boji, dok to nije slučaj kod drugih anksioznih poremećaja.

■ **PITANJE:** Može li postojati pacijentov manjak uvida u svoj anksiozni poremećaj?

ODGOVOR: Svakako. Pojedina djeca i adolescenti mogu omalovažavati svoj poremećaj npr. kod SAP-a u smislu da uzimaju zdravo za gotovo to što zajedno spavaju sa svojim roditeljima u krevetu, ne videći u tome uopće nikakav problem, a imaju inače i značajne druge anksiozne simptome.

■ **PITANJE:** Mogu li se anksiozni poremećaji u djece liječiti isključivo psihofarmakološki?

ODGOVOR: Nikako. Potrebno je započeti liječenje nekom vrstom psihosocijalne terapije, uz uključenje roditelja, te u umjerenim i težim slučajevima dodatno primijeniti i psihofarmakoterapiju.

■ **PITANJE:** Isključuje li liječenje anksioznih poremećaja u djece i adolescenata stacionarno (psihoterapijsko) liječenje?

ODGOVOR: Nikako nije riječ o isključenju mogućnosti stacionarnog liječenja i za to postoje jasno navedene indikacije. Pokatkad je vremensko ograničeno stacionarno liječenje vrlo važno u prekidanju začaranog kruga anksioznog (npr. fobičnog poremećaja uz socijalnu izolaciju) poremećaja s pridruženim strahovima, izbjegavajućim ponašanjem, socijalnom izolacijom i dodatnom depresijom. Dodatno može biti korisna separacija djeteta/adolescenta od roditelja/okoline s anksioznim poremećajem s obzirom na visoku dijadnu povezanost između djeteta i roditelja.

■ **PITANJE:** Je li potrebno promijeniti razred ili školu u djeteta s anksioznim poremećajem (npr. SAP, fobije, elektivni mutizam)?

ODGOVOR: Promjena razreda ili škole nikako nije prva mjera u liječenju jer je većinom riječ o intrapsihičkom (unutar djeteta) poremećaju, ali koji ovisi i o vanjskim okolnostima (interpersonalnim). Prvo se trebaju pokušati liječiti anksiozni simptomi, kako je bilo prije navedeno, te dijete ohrabrivati u vanjskom ovladavanju. Treba, osim s roditeljima, usko surađivati i s nastavnicima u školi. Ako postoji prevelika opterećenost djeteta neposrednom školskom situacijom, kao i dodatna marginalizacija ili se djetetu rugaju u razredu, a nije se u međuvremenu u razumnom vremenu uspjelo djelovati na to, moguća je promjena razreda ili škole, uz stalno praćenje i multimodalno liječenje.

56.12. Pitanja

- 1 Navedite normativne (fiziološke) strahove djece prema dobi.
- 2 Navedite podjelu anksioznih (emocionalnih) poremećaja u djetinjstvu prema postojećim klasifikacijama.
- 3 Kako se psihodinamski razlikuju separacijski anksiozni poremećaj, GAP i fobije, te kakav je stoga princip njihova liječenja?

- 4 Opišite kliničku sliku i terapiju separacijskoga anksioznog poremećaja.
- 5 Opišite kliničku sliku i terapiju elektivnog mutizma.
- 6 Koja je diferencijalna dijagnoza izostanka iz škole u djece te koji su principi liječenja?
- 7 Navedite najvažnije diferencijalne dijagnoze anksioznih poremećaja.
- 8 Navedite sažeti etiopatogenetski model anksioznih poremećaja.
- 9 Navedite osnove razvoja fobičnih simptoma.
- 10 Navedite metode liječenja anksioznih poremećaja u djece.
- 11 Koji su principi psihofarmakološkog liječenja djece s anksioznim poremećajima?
- 12 Koje su indikacije za stacionarno (psihoterapijsko) liječenje djece s anksioznim poremećajima?

56.13. LITERATURA

1. *Abbass AA, Rabung S, Leichenring F i sur.* Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(8):863-75.
2. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
3. *Angold A, Costello EJ.* Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry* 1993;150(12):1779-91.
4. *Arbeitskreis OPD-KJ-2.* Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
5. *Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM.* Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(2):333-42.
6. *Battaglia M, Touchette É, Garon-Carrier G i sur.* Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: persistence at school entry and early-life associated factors. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57(1):39-46.
7. *Bernstein GA, Shaw K.* Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(10 Suppl):69S-84S.
8. *Bion WR.* Elemente der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp; 1963/1992.
9. *Blanz B, Schneider S.* Angststörungen. U: Herpetz-Dahlman B, Resch F, Schulte-Markwort M. i sur., ur. *Entwicklungspsychiatrie*. 2. izd. Stuttgart: Schattauer; 2008, str. 744-770.
10. *Bürgin D.* Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
11. *Cohan SL, Chavira DA, Stein MB.* Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47(11):1085-97.
12. *Connolly SD, Suarez L, Sylvester C.* Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13(2):99-110.
13. *Cox GR, Callahan P, Churchill R i sur.* Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(11):CD008324.
14. *Creswell C, Waite P, Cooper PJ.* Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2014;99(7):674-8.
15. *Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC.* Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull* 2014;140(3):816-45.
16. *De Bellis MD, Casey BJ, Dahl RE i sur.* A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48(1):51-7.
17. *Eley TC, Plomin R.* Genetic analyses of emotionality. *Curr Opin Neurobiol* 1997;7(2):279-84.
18. *Ermann M.* Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
19. *Fenichel O.* The Counter-Phobic Attitude. *Int J Psychoanal* 1939; 20:263-274.
20. *Freud A.* Normality and pathology in childhood. New York: University Press; 1965.
21. *Hopf H.* Angst und Angststörungen. U: Hopf H, Windaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie*. München: CIP Medien; 2007, str. 273-290.
22. *Kagan J, Reznick JS, Snidman N i sur.* Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Dev* 1988;59(6):1580-9.
23. *Keen DV, Fonseca S, Wintgens A.* Selective mutism: a consensus based care pathway of good practice. *Arch Dis Child* 2008;93(10):838-44.
24. *Keller MB, Lavori PW, Wunder J i sur.* Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(4):595-9.
25. *Kovacs M, Devlin B.* Internalizing disorders in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39(1):47-63.
26. *Kuechenhoff J, Ahrens S.* Neurotische Störungen- Modellvorstellungen. U: Ahrens S, Schneider W, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizin 2. Auflage*. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 239- 241.
27. *Last CG, Perrin S, Hersen M i sur.* A prospective study of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(11):1502-10.
28. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
29. *Lesch KP.* Serotonergic gene expression and depression: implications for developing novel antidepressants. *J Affect Disord* 2001;62(1-2):57-76.
30. *Majić G, Begovac I, Vidović V i sur.* Anksiozni poremećaji. U: Barišić N, ur. *Pedijatrijska neurologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 728-734.

31. *Manassis K.* Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Rev Neurother* 2009;9(2):235-43.
32. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
33. *Milrod B.* An Epidemiological Contribution to Clinical Understanding of Anxiety. *Am J Psychiatry* 2015;172(7):601-2.
34. *Milrod B, Markowitz JC, Gerber AJ i sur.* Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *Am J Psychiatry* 2014;171(1):34-43.
35. *Mohatt J, Bennett SM, Walkup JT.* Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *Am J Psychiatry* 2014;171(7):741-8.
36. *Peters UH.* Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4. izd. München: Urban & Schwarzenberg; 1990.
37. *Pine DS, Klein RG, Coplan JD i sur.* Differential carbon dioxide sensitivity in childhood anxiety disorders and nonill comparison group. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(10):960-7.
38. *Plaenkers T.* Trieb, Objekt, Raum. Veraenderung im psychoanalytischer Verstaendnis der Angst. *Psyche* 2003;57:487-522
39. *Rapp A, Dodds A, Walkup JT i sur.* Treatment of pediatric anxiety disorders. *Ann N Y Acad Sci* 2013;1304:52-61.
40. *Remschmidt H.* Angststörungen. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izdanje. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 234-52.
41. *Rockhill C, Kodish I, DiBattisto C i sur.* Anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2010;40(4):66-99.
42. *Rynn M, Puliafico A, Heleniak C i sur.* Advances in pharmacotherapy for pediatric anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2011;28(1):76-87.
43. *Sakolsky D, Birmaher B.* Pediatric anxiety disorders: management in primary care. *Curr Opin Pediatr* 2008;20(5):538-43.
44. *Sharkey L, McNicholas F.* 'More than 100 years of silence', elective mutism: a review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(5):255-63.
45. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
46. *Storch EA.* Can we improve psychosocial treatments for child anxiety? *Depress Anxiety* 2014;31(7):539-41.
47. *Taghavi MR, Neshat-Doost HT, Moradi AR i sur.* Biases in visual attention in children and adolescents with clinical anxiety and mixed anxiety-depression. *J Abnorm Child Psychol* 1999;27(3):215-23.
48. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
49. *Wiedemann G, Pauli P, Dengler W i sur.* Frontal brain asymmetry as a biological substrate of emotions in patients with panic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(1):78-84.
50. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj i drugi srodni poremećaji

Ivan Begovac, Gordan Majić

SADRŽAJ

57.1. Uvod, klasifikacije	776
57.2. Epidemiologija	777
57.3. Klinička slika	777
57.3.1. Premorbidne karakteristike, početak poremećaja	777
57.3.2. Opsesije	777
57.3.3. Kompulzije	778
57.3.4. Simptomi s obzirom na razinu razvijene strukture ličnosti	779
57.3.5. Poremećaj skupljanja (engl. <i>hoarding disorder</i>)	780
57.3.6. PANDAS	780
57.4. Kliničke vinjete	780
57.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnostika, komorbiditeti	781
57.6. Etiopatogeneza	783
57.6.1. Integrativni model	783
57.6.2. Psihodinamika	785
57.7. Terapija	785
57.8. Tijek, ishod	787
57.9. Upute za roditelje/nastavnike	787
57.10. Često postavljena pitanja	787
57.11. Pitanja	789
57.12. Literatura	790

57.1. Uvod, klasifikacije

Opsesivni fenomeni u razvojnom razdoblju mogu varirati od **normativnih fenomena** (posebno u latenciji, kada se pojačava nagoniska aktivnost), npr. opsesivne igre brojalice, socijalizacijske igre sa strogim pravilima, rituali pri uspavlivanju djeteta, povremena praznovjerja. S vremenom ovi opsesivni fenomeni postaju izraženiji, kada se oni doživljavaju kao ego-distoni (ego strani) i ometaju funkcioniranje djeteta, pa sve do težih kliničkih slika s prepsihotičnim slikama, kada opsesivni simptomi nisu više ego-distoni (sada su ego-sintoni i prihvatljivi; sa smanjenim uvidom), te konačno mogu dosežati do razine opsesivnog poremećaja ličnosti (Bovensiepen 2007; Steinhausen 2010). Načelno, simptomi opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP-a) mogu biti vrlo heterogeni i dva djeteta s dijagnozom OKP-a mogu imati vrlo različitu kliničku sliku (Krebs i Heyman 2015; Leckman i sur. 2010).

OKP u djece, u odnosu prema odraslima, ima razlike, a posebno se to odnosi da je dječji OKP češće povezan s tikovima i hiperkinetskim sindromom (**tzv. Touretteova trijada**); češće u obitelji u prvom koljenu postoje također osobe s OKP-om; dječaci pretežu u odnosu prema djevojkama, a djeca imaju bolju prognozu (Sarvet 2013). Načelno se u dječjoj psihijatriji liječenje OKP-a može smatrati jednim od najkompleksnijih zbog svoje tendencije kroničnosti, rezistentnosti simptoma, dugotrajnosti poremećaja, te zbog svojeg komorbiditeta (Krebs i Heyman 2015).

Povijesno je OKP prije bio dio anksioznih (neurotskih, emocionalnih) poremećaja jer je često strah povezivan sa simptomima OKP-a, zbog slične psihodinamike, te zbog toga što se primjenjivala slična terapija kao i kod anksioznih poremećaja (Nikolić 1990; Thomsen 2013). Međutim, u novije vrijeme postoji tendencija da ga se izdvoji iz grupe anksioznih poremećaja, pretežno zbog zasebne neurobiološke baze i drugih čimbenika (APA 2013; Van Ameringen i sur. 2015). MKB-10 karakterizira opsesivne misli kao dio misli vlastite osobe ili definira radnje koje se trebaju izvršiti da bi se spriječilo nešto katastrofično, odnosno kao besmislene, neugodne, pretjerane, ponavljajuće i stereotipne, kojima se osoba opire, međutim, bezuspješno (WHO 1993). U djece može izostajati osjećaj da su misli dio vlastite osobe (Lempp 2014).

Znanstvene smjernice klasifikacije MKB-10 navode kriterij A, kriterij B, koji uključuje opsesije i kompulzije, njih ukupno četiri; te kriterij C, kao i kriterij D, koji isključuje druge poremećaje (WHO 1993).

MKB-10 posebno određuje je li riječ o pretežno opsesivnim mislima (F42.0); o pretežnim opsesivnim radnjama (kompulzijama) (F42.1), ili je posrijedi mješovita forma, misli i radnje (F42.2). MKB-10 ne koristi se izrazom o grupi ili spektru OKP-a.

Prema DSM-5, OKP definiramo kao prisutnost opsesija i kompulzija (APA 2013). DSM-5 navodi sljedeće kriterije za OKP: **Kriterij A**. Prisutnost opsesije i kompulzije ili oboje: **Opsesije** su definirane kao 1 i 2: 1. ponavljajuće i stalne misli, impulsi, ili slike koje se doživljavaju, tijekom poremećaja, kao intruzivne i neželjene, i u većine bolesnika izazivaju značajnu tjeskobu ili distres; 2. Pojedinaac pokušava ignorirati ili zaustaviti takve misli, impulse ili slike, ili ih pokušava neutralizirati drugim mislima ili akcijom (provedbom kompulzije); **Kompulzije** su definirane kao 1 i 2: 1. repetitivno ponašanje (npr. pranje ruku, čišćenje, provjeravanje) ili mentalni čini (molitva, brojenje, tiho izgovaranje riječi) za koje pojedinac osjeća da ih mora provesti kao odgovor na opsesiju ili s obzirom na pravila koja se moraju rigidno primjenjivati; 2. ponašanje ili mentalni čini kojima je svrha prevencija ili smanjenje tjeskobe ili distresa, ili prevencija nekog zastrašujućeg događaja ili situacije; međutim, takva ponašanja ili mentalni čini nisu povezani na realističan način da bi se nešto neutraliziralo ili preveniralo, ili su iznimno pretjerani (eksesivni). Napomena kod točke 2.: **Mala djeca** ne mogu verbalizirati (artikulirati) ciljeve ovakvog ponašanja ili mentalnih čina. **Kriterij B** navodi da opsesije i kompulzije zahtijevaju mnogo vremena (npr. više od jedan sat tijekom dana) ili uzrokuju značajni distres ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugom važnom okruženju funkcioniranja (npr. škola). Slijede **kriteriji C i D** koji se odnose na druga medicinska stanja.

U literaturi postoje različite konceptualizacije ovog poremećaja, odnosno govori se o grupi ili spektru poremećaja (Stein i sur. 2016). Naime, DSM-5 je u svojoj klasifikaciji uveo novinu u smislu OKP spektra u koje ubraja OKP u užem smislu, ali i druge poremećaje: poremećaj s tjelesnom dismorfijom, poremećaj skupljanja (*hoarding disorder*); trihotilomaniju, dermatotilomaniju, OKP uzrokovan uzimanjem supstancija, OKP uzrokovan drugim stanjima te ostale poremećaje (APA 2013). U ovoj su knjizi pojedini prije navedeni entiteti opisani u drugim poglavljima, dok će se ovdje opisati „klasični” OKP, poremećaj skupljanja, a dodat će se i pedijatrijski autoimunosni neuropsihijatrijski poremećaji povezani sa streptokoknom infekcijom (engl. PANDAS – *pediatric autoimmune neuro-*

psychiatric disorders associated with streptococcal infections).

57.2. Epidemiologija

Smatra se da prevalencija iznosi od 0,25 do 4 % (Krebs i Heyman 2015; Lempp 2014; Steinhausen 2010). Učestaliji je u dječaka nego u djevojčica, dječaci vremeniski prije obolijevaju. Dob u kojoj se poremećaj pojavljuje pokazuje bimodalnu distribuciju s najučestalijom pojavom poremećaja u ranome djetinjstvu (rani početak – prije 7. g. života) i u ranoj adolescenciji (kasni početak) (Grabe i Kölch 2009). Obilježja su ranog početka poremećaja veća učestalost muškog spola i pozitivna obiteljska anamneza, što bi moglo upućivati na veću ulogu genskih čimbenika (Majić i sur. 2009). U načelu, u oko trećine do polovice osoba koje imaju OKP u odrasloj dobi početak je bolesti zapravo bio u djetinjstvu (Franklin i sur. 2012; Lempp 2014).

57.3. Klinička slika

57.3.1. Premorbidne karakteristike, početak poremećaja

Premorbidno se obično radi o djeci prekomjerno prilagođenoj, koja imaju slab kontakt s drugima, nesamostalna su i neodlučna (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U nekih postoje premorbidno anankastične (opsesivne) crte ličnosti ili anksiozno-depresivne crte. OKP u djece može biti disimuliran te mogu postojati tendencije umanjivanja simptoma, što dovodi do kasnijeg dolaska stručnjacima, kao i do ambivalentne motivacije za liječenjem. Primjerice, dijete se dugo može sramiti svojih predodžbi i misli sa svojim agresivnim ili seksualnim sadržajima. Sram kao emocija ima veliku ulogu u OKP-u, kao i u barijeri prema primijenjenoj terapiji (Weingarden i Renshaw 2015). Također može postojati i tiranski odnos prema drugim ukućanima, kada žele provesti svoje opsesije i kompulzije, npr. djeca imaju opsesije samo kod kuće, ali ne u školi ili u drugim situacijama, dapače, vrlo su dobri učenici. Početak OKP-a u pravilu je laganiji, međutim, može biti nagao nakon nekih stresnih događanja.

57.3.2. Opsesije

DSM-5 definira **opsesije** kao ponavljajuće i stalne misli, impulsi (engl. *urges*) ili slike (predodžbe) koje se doživljavaju kao intruzivne i neželjene (APA 2013).

Dakle, karakteristične su **opsesivne misli, opsesivne predodžbe (slike) i opsesivni impulsi (želje, poticaji)**. Pojedinaac osjeća kao da su ga potpuno obuzele, on ih doživljava kao ometajuće, besmislene, neugodne, otežavajuće i u odnosu prema osobi strane (ego-distone) (Grabe i Kölch 2009; Steinhausen 2010). Pojedinaac se bori protiv njih, te osjeća velik strah ili napetost kada se oni ipak pojave. On ih doživljava kao vlastite misli (ili radnje) te barem djelomično smatra da su besmisleni i pretjerani i bori se da ima „protu-misli“ da bi ih se oslobodio (Herpetz-Dahlmann i Simons 2011). Osobe s OKP-om povremeno provode sate u danu obuzeti svojim opsesijama, tako da gube mnogo vremena na to (Grabe i Kölch 2009). DSM-5 navodi „besmislenost“ misli (i radnji) u kontinuumu od većeg doživljaja besmislenosti do nedostatka uvida pa sve do sumanute razine (*with absent insight/delusional*). Ove precijenjene ideje mogu biti blizu sumanutim mislima, međutim, nemaju perzistenciju kao sumanute misli (APA 2013).

U **tablici 57.1.** prikazana je najčešća klinička slika OKP-a u djetinjstvu.

Kako se vidi u tablici, najčešće opsesivne misli uključuju četiri teme: čistoća, simetrija, skupljanje i zabranjene misli. Opsesivne misli mogu uključivati kontaminaciju (zaraza, misli na nečistoću, urin, feces / izmet/, kemikalije, zračenja, bakterije, viruse); patološku sumnju (jesam li nešto napravio dobro te hoće li to imati katastrofične posljedice?) (ako sam pokazao svoje osjećaje, hoće li se nešto loše dogoditi ili moram sebe kazniti?) (Bovensiepen 2007), simetriju i dovođenje u red (obično na geometrijski način), religiju (misli o grešnosti, antagonizam između Boga i đavla, opscenost, blasfemiju obično imaju veze s pubertetskom masturbacijom i gađenjem od seksualnosti i prljavoga), seksualni impulsi (pomisao o vlastitoj homoseksualnosti ili pedofiličnim sklonostima; nastaje razvojno u pubertetu kao strah od genitalnosti, promjene, odrastanja i separacije), agresivni impulsi (skočiti s mosta, nauditi vlastitu djetetu, automobilom pregaziti biciklista), kao i magično mišljenje (vlastitim mislima utjecati na sudbinske događaje ili prevenirati neku potencijalnu katastrofu npr. ako pet puta kucne u stol neće se ništa dogoditi ukućanima, kojih ima upravo pet) (Grabe i Kölch 2009). U dječjoj dobi mogu dominirati opsesivna pitanja te opsesivno psovanje (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Povremeno djeca mogu imati osjećaj da je ono što je mišljeno, zapravo učinjeno (nema granice između misli i akcije) (Bovensiepen 2007), odnosno ovdje se radi o moći misli (Ferstl 2002).

Tablica 57.1.

Najčešća klinička slika OKP-a u djetinjstvu

Modificirano prema APA 2013; Gilbert i Maalouf 2008; Grabe i Kölch 2009; Krebs i Heyman 2015.

	Opsesivne misli, slike i impulsi	Kompulzije
Definicija	Ponavljajuće, neželjene i stalne misli, slike ili impulse (želje, poticaji) koji uzrokuju neugodu	Repetitivno ponašanje ili mentalni čini (npr. brojenje, moljenje, tiho ponavljanje brojeva itd.), koje su vođene rigidnim pravilima da bi se umanjila napetost.
Čistoća	- Misli o kontaminaciji nečistoćom ili inficiranosti bakterijama - Izbjegavanje dodirivanja površina - Zabrinutost oko prijenosa infektivnih bolesti uobičajenim kontaktom s ljudima	- Ponavljano pranje ruku, tuširanje, ispiranje, čišćenje s različitim krpama - Nošenje rukavica - Izbjegavanje dodirivanja kvaka - Izvršenje pravila oko jedenja i spremanja hrane
Simetrija	- zabrinutost oko pravilnosti ili bilateralnosti; da „budu baš onako kako treba”	- stavljanje u red objekata - učvršćivanje pozicije objekata - repetitivno dodirivanje na sličan broičani način
Skupljanje	- zabrinutost da će izgubiti predmete koje će možda trebati u budućnosti - potreba da skuplja stvari	- prikupljanje predmeta kod kuće ili na poslu koji su nepotrebni ili prekomjerno prikupljanje; prostori postaju nefunkcionalni ili nečisti
Zabranjene misli	- slike nasilnog ponašanja - slike seksualnog ponašanja koje pojedinac drži za neprimjerene; - zabrinutosti o zanemarivanju vlastite sigurnosti ili zdravlja - zabrinutosti da je nekoga drugoga povrijedio, katastrofične misli ili da je uzrokovao nekome smrt - religijske misli o grešnosti	- ispovijesti nasilnih i seksualnih impulsa; traženje razuvjeravanja - repetitivno provjeravanje vrata i prozora - molitve i rituali pročišćenja i oprosta - provjeravanje sigurnosti drugih - ispovijesti, psovanje
Magično mišljenje	- vlastitim se mislima uzrokuju neki (katastrofični) događaji; način primitivnog razmišljanja kod religijskih kultura; suprotno od logično-znanstvenog i kauzalnog razmišljanja	- određenim ponašanjem i ritualima poništavaju se magične misli
Druge teme	- sretni i nesretni brojevi - besmislene riječi ili glazba	- brojenje, izbjegavanje govorenja - ritualno nabranje

57.3.3. Kompulzije

Kompulzije se, prema DSM-5, definiraju kao repetitivna ponašanja ili mentalni čini (*mental acts*) (npr. brojenje, moljenje, tiho ponavljanje brojeva itd.), koje je pojedinac prisiljen učiniti, kao odgovor na opsesiju ili s obzirom na pravila koja se moraju rigidno provesti. U tablici 57.1. prikazana je najčešća klinička slika OKP-a u djetinjstvu, koja uključuje i kompulzije (Gilbert i Maalouf, 2008; Grabe i Kölch 2009; Krebs i Heyman 2015). Obično uključuje aktivnosti, rituale te radnje kontroliranja (npr. jesu li vrata zaključana, je li plin isključen itd.); pranja/čišćenja (npr. prevencija kontaminacije); brojenje (npr. jednostavnije brojenje stuba; ili kompleksne rituale, npr. šest puta treba nešto

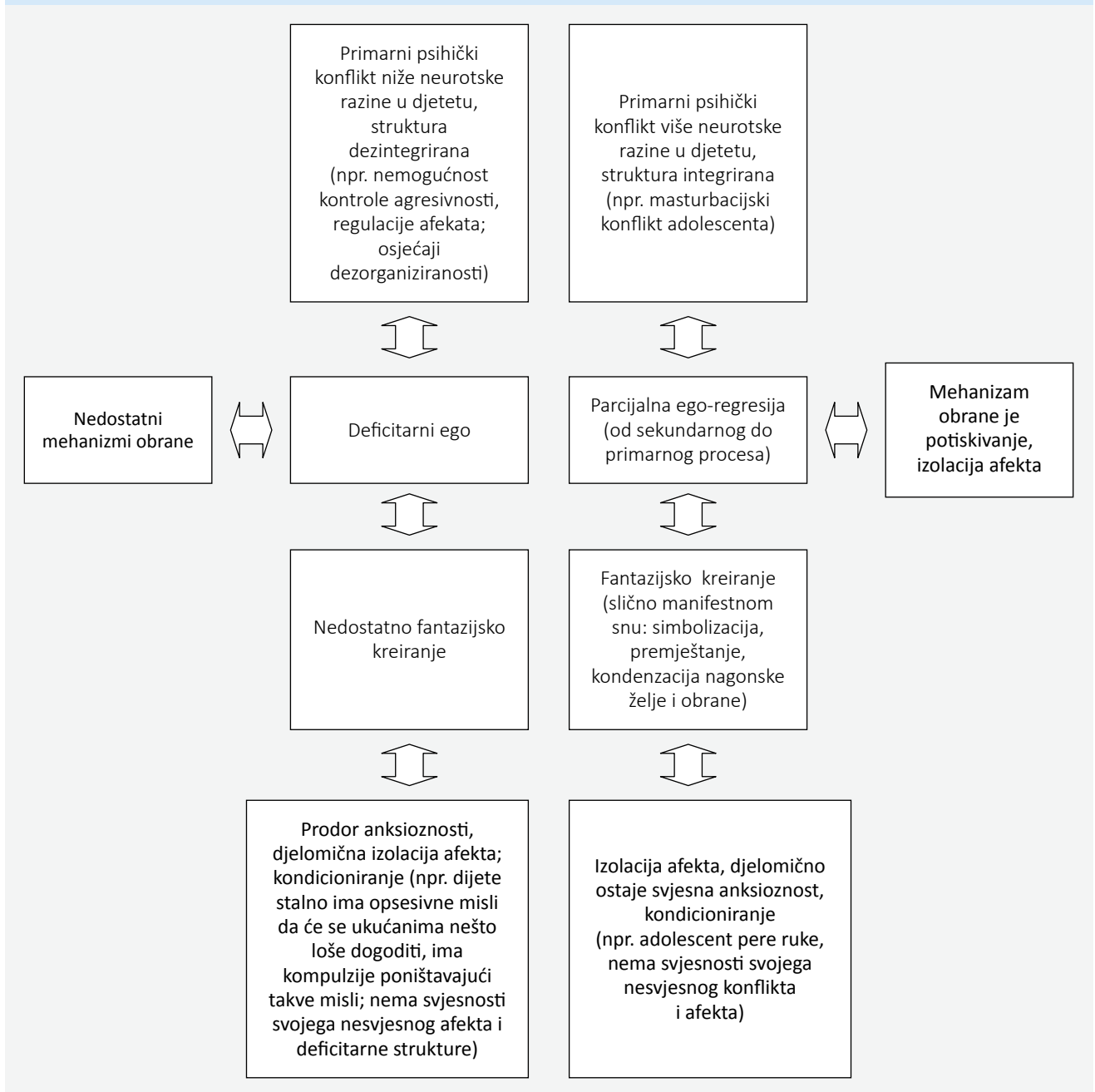
napraviti); ponavljajuće radnje (npr. ustajanje iz kreveta više puta, kompulzivno prepisivanje zadaće itd.); dovođenje u red (npr. slaganje knjiga, tepiha itd.) (Grabe i Kölch 2009; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Ponavljajuće brojenje, pisanje, čitanje, dodirivanje ili slaganje u jasno određenim obrascima mogu biti vezani uz izbjegavanje neugodne napetosti i brige ili nerijetko uz potrebu da se nešto ponovi toliko puta dok se ne osjeti da je učinjeno „baš kako treba“ (Majić i sur. 2009). Ako se ovi rituali ne provedu, obično nastupa panični napadaj ili izljev bijesa koji može trajati satima.

Za razliku od većine odraslih, djeca često ne znaju objasniti što bi se loše dogodilo kada ne bi izvršili svoje

Slika 57.1.

Shema psihoanalitičkog modela razvoja OKP-a.

Modificirano prema Bovensiepen 2007; Bürgin 1993; Ermann 2007; Kuechenhoff i Ahrens 2002.



kompulzije. Nerijetko djeca i mladi skrivaju svoju potrebu za prisilnim ponašanjem koju, uz priličan napor, mogu na kraće vrijeme kontrolirati (Majić i sur. 2009). Nisu rijetka stanja da djeca primoravaju svoje roditelje da sudjeluju u njihovim kompulzijama (Steinhausen 2010), npr. kada dijete nešto pita roditelji moraju odgovarati uvijek na isti definirani način.

57.3.4. Simptomi s obzirom na razinu razvijene strukture ličnosti

Psihoanalitički autori naglašavaju važnost razvijene strukture ličnosti kod OKP-a (Bovensiepen 2007). Na [slici 57.1.](#) prikazana je psihoanalitička shema razvoja OKP simptoma s obzirom na više i niže organiziranu strukturu ličnosti i psihičke konflikte.

Kao što se vidi na slici, ličnost može biti strukturirana na neuroskoj razini, kada se simptomi shvaćaju kao ego- distoni; ako je ličnost strukturirana na srednjoj strukturalnoj razini i narcističkoj razini, simptomi nisu više ego-distoni, dok kod malo organizirane ličnosti (*borderline* razina) ili prepsihotične razine nema osjećaja o ego-distonom zato što nedostaje granica između ega i nesvjesnog. Simptomi OKP-a na nižoj neuroskoj razini mogu štititi pacijenta od još veće regresije (psihotične dekompenzacije) (Ermann 2007).

57.3.5. Poremećaj skupljanja (engl. *hoarding disorder*)

Poremećaj skupljanja (engl. *hoarding disorder*) u MKB-10 klasificiran je unutar uobičajenog OKP-a, dok ga DSM-5 ubraja u poseban poremećaj, odnosno u spektar OKP-a (APA 2013; WHO 1993). Kod ovog poremećaja pacijent ima opsesije o tome da mora nešto skupljati, dok se kompulzije sastoje u prekomjernom akumuliranju različitih predmeta. Liječi se slično liječenju OKP-a.

57.3.6. PANDAS

PANDAS je pedijatrijski autoimunski neuropsihijatrijski poremećaj povezan sa streptokoknom infekcijom (Murphy i sur. 2014; Singer i sur. 2012; Swedo i sur. 2012). PANDAS je klasično povezan s OKP-om i tikovima. Sljedeće na što možemo pomisliti jest hiperkinetski sindrom (tzv. Touretteova trijada). Mogu biti prisutni i drugih psihički simptomi i poremećaji, međutim, u manjoj mjeri: opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje, poremećaji spavanja, separacijski anksiozni poremećaj, poremećaji raspoloženja, disgrafija, enureza i drugi poremećaji. Smatra se da je rijedak poremećaj. Klinička se slika očituje sljedećim simptomima: 1. nastup OKP-a ili tikovi ili neka druga specifična simptomatologija; 2. nagli nastup s epizodama, kao i s remisijama i relapsima; 3. abnormalni dodatni neurološki simptomi s pojavljivanjem OKP-a ili tikova; 4. početak između treće godine i puberteta; 5. relativna vremenska povezanost infekcije streptokoka sa simptomima (obrisak grla; preboljeli šarlah, antistreptolizinski titar) (Murphy i sur. 2014; Sarvet 2013; Singer i sur. 2012; Swedo i sur. 2012). Dijagnostika je slična drugim psihičkim poremećajima, npr. OKP ili tikovi. Važno je učiniti i pedijatrijsku i neuropedijatrijsku obradu. Od dijagnostičkih testova antistreptolizinski titar ovdje može biti važan, odnosno praćenje dina-

mike titra, pri čemu treba uzeti barem dvije vrijednosti titra, i to barem u razmaku od 4 do 6 tjedana. **Diferencijalnodijagnostički**, katkada ga nije lako razlikovati od neurološke koreje, kao i drugih poremećaja. Liječi se slično osnovnom psihičkom poremećaju. Primjerice, kod OKP simptomatologije liječi se integracijom psihoterapije i medikamentne terapije. Kontroverzna je uporaba antibiotika, a daju se u slučaju dokazane infekcije streptokokom. Ishodi su varijabilni, a bitno je utjecati na smanjenje manifestne psihijatrijske simptomatologije.

57.4. Kliničke vinjete

4.1. Vinjeta 1.

Primjer 15-godišnjeg dječaka s OKP-om. Navodi da ima različite strahove otkad zna za sebe. Ima opsesivne strahove od nečistoće i bakterija, kao i otrovnih kukaca i duboke vode. Kompulzivno mora prati ruke, također npr. ne može dotaknuti lice ako je prije toga dirao neki drugi dio svojeg tijela. Već polaskom u vrtić, s tri godine, pokazuje adaptacijske poteškoće. Slabo je socijaliziran, a većinu vremena provodi igrajući igrice. U anamnezi se saznaje o nizu obiteljskih stresova. Dodatno se bilježi depresija. Preporučuje se dugotrajnije psihijatrijsko liječenje.

4.2. Vinjeta 2.

Primjer 18-godišnje djevojke s OKP-om. S njezinih 15 godina počeli su simptomi OKP-a. Bile su tada prisutne opsesivne misli simetrije, uz kompulzivne radnje izvršenja: npr. odlazak u dućan upravo na ritualizirani način. Dodatna je poteškoća bila to što je i ukućane uvlačila u svoje kompulzije. U anamnezi su bile prisutne stresne okolnosti, ali i njezin perfekcionizam, usmjerenost prema uspjehu, te rigidnost. Zanimljivost ovog slučaja bila je u tome što je s oko 15 godina također imala jednu anorektičnu epizodu. Tijekom stacionarnoga multimodalnog psihijatrijskog liječenja vrlo je suradljiva, simptomi OKP-a gube s vremenom na svojem intenzitetu. I dalje se preporučuje intenzivno psihijatrijsko liječenje.

4.3. Vinjeta 3.

Dječak od 14 godina dolazi na stacionarno psihijatrijsko liječenje zbog intenzivnih simptoma OKP-a do razine nefunkcionalnosti u uobičajenim aktivnostima, gotovo do bizarne, psihotične razine. Anamnestički se saznaje da su pri odlasku u jaslice i vrtić postojale već

Tablica 57.2.

Razlika između shizofrenih, opsesivnih i hipohondrijskih misli.

Modificirano prema APA 2013; Lempp 2014; Simon i sur. 2014.

	Shizofrene misli	Opsesivne misli	Hipohondrijske misli
Dio unutarnjeg svijeta	Ne, nameću se izvana	Da	Da
Besmislenost	Ne	Da	Ne
Ego-sintone	Da	Ne; (ego-distone)	Da

adaptacijske poteškoće, kao i intenzivni izljevi bijesa. Poteškoće su se nastavile u školsku dob. Oduvijek je imao neke simptome OKP-a, međutim, prije su bili blažeg intenziteta (slaganje stvari u red, inzistiranje na nekim ritualima itd.). U školskoj dobi pokazuje sve veće bizarnosti, opozicionalnost (suprotstavljanje), impulzivnost, te povremeno i agresivne ispade, kao i socijalnu izolaciju od vršnjaka („meni ne treba društvo“). Tijekom dolaska u bolnicu ne želi uopće sjediti na stolcu jer ima strahove da će se zaraziti od nečistoće i prljavštine. Cijelo vrijeme pregleda stoji. Unatrag nekoliko mjeseci pred hospitalizaciju se pogoršavaju simptomi OKP-a, ima opsesivne misli o zarazi i kontaminaciji, boji se prljavštine, kompulzivno se tušira nakon svakog izlaska iz stana, cijelu obitelj uključuje u svoje OKP simptome. Ako tko od ukućana odbije sudjelovati u njegovim OKP simptomima, onda se dere i vrišti. Ambivalentan je prema liječenju. Tijekom stacionarnoga psihijatrijskog liječenja provedena je standardna dijagnostička obrada, uključujući i MR mozga. Tijekom stacionarnog liječenja postupno prihvaća odjelne aktivnosti, međutim, klinička slika OKP-a i dalje perzistira (npr. i dalje ne dodiruje kvake na vratima na odjelu). Preporučuje se daljnje intenzivno psihijatrijsko liječenje.

57.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnostika, komorbiditeti

U dijagnostici treba imati na umu da se opsesije smatraju tipičnim „**bolestima koje se taje i skrivaju**“ (Lempp 2014; Meares 1994). Tipično je dijagnostika zakašnjela jer osobe dugo taje i skrivaju svoje simptome zbog nesposobnosti shvaćanja da su egu strane ili jednostavno zato što smatraju to normalnim (Krebs i Heyman 2015). Pokatkad su važna jednostavna pitanja koja otkrivaju poremećaj, npr. da li često pereš ili čistiš,

da li stalno nešto provjeravaš; jesi li obuzet (okupiran) nekim mislima kojih se ne možeš osloboditi; treba li ti dulje da obaviš neke svakodnevne aktivnosti; želiš li stalno dovesti stvari u red i smeta li ti nered; muče li te ova pitanja? (Krebs i Heyman 2015).

Već pri prvom intervjuu u sobi terapeuta pokatkad se mogu opservirati opsesivne radnje, kroz verbalno, ali i kroz neverbalno ponašanje, te kroz djetetovu motoriku. Na primjer, dijete ne želi crtati, prema igračke u sobi terapeuta ili šablonski crta neke prizore, bez određene afektivnosti ili pak stalno briše gumicom ono što je nacrtao jer ne može podnijeti kako je nacrtao. Rana dijagnostika i rana terapija imaju odlučujuću važnost.

U **dijagnostici** se koristimo intervjuom, strukturiranim intervjuima da bismo obuhvatili kvalitetu (simptome) i kvantitetu (trajanje, oštećenja). U intervjuu se preferira da prvo pitamo o kompulzijama, te nakon što smo dobili opširan opis, tada možemo s taktom pitati dalje i o opsesijama, a preferira se da to bude i nasamo s djetetom (Lempp 2014). Možemo rabiti skale za procjenu opsesija i kompulzija, kao npr. **Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale** (Scahill i sur. 1997), kao i druge instrumente (v. posebno poglavlje 21 o psihološkoj procjeni). Korisno je simptomatologiju procijeniti je li lagana, umjerena ili teška. Potrebno je učiniti i psihološku procjenu.

U laboratorijskoj dijagnostici provodimo uobičajene krvne testove, antistreptolizinski titar (barem dva mjerenja s razmakom od 4 do 6 tjedana), tjelesni i neurološki pregled, EEG (Lempp 2014), te prema indikaciji CT mozga ili MR mozga. Treba isključiti povezanost streptokokne infekcije (PANDAS) s mogućnošću razvoja OKP-a, posebno se to odnosi na vremensku podudarnost infekcija sa simptomima OKP-a ili tikova, odnosno možemo ga promatrati da je jedan podtip OKP-a (Gilbert i Maalouf 2008).

Tablica 57.3.

Razlika OKP-a, tikova i motoričkih stereotipija.

Modificirano prema Franklin i sur. 2012; Krebs i Heyman 2015.

	OKP i kompulzije	Tikovi	Motoričke stereotipije kod autizma
Početak	oko 7. godine; i oko 10. godine	6 – 7 godina	mlađi od 3 godine
Obilježja i ritmičnost	opsesija uvijek prethodi kompulziji	brzo, iznenadno, nije ritmično	ritmične, stalne radnje
Svjesnost	svjesno se radi, nalazi se umanjene napetosti nakon kompulzije	većinom su kretnje nevoljne ; jednostavni vs. kompleksni; motorički ili vokalni ili oboje; postoji senzorički predosjećaj napetosti prije tika	nema se osjećaj smanjenja napetosti nakon izvršenja
U odnosu prema egu	ego-distone su radnje	/	ego-sintone
Ugoda u ponašanju	ponašanje nije po sebi ugodno	/	ponašanje se čini ugodno
Stupanj kompleksnosti	kompleksnije; Imaju poseban smisao npr. tri puta udariti desnom rukom, tri puta lijevom rukom	jednostavno; - relativno neposredne akcije; Jednostavno brzi pokreti ili lupanje	jednostavnije
Dominantna terapija	kognitivno-bihevioralna terapija; psihoedukacija; psihodinamska terapija; medikamentna terapija	bihevioralna terapija – „ <i>habit reversal therapy</i> “; psihoedukacija; psihodinamska terapija, medikamentna terapija	bihevioralna terapija; eventualne psihodinamske terapije; eventualno medikamentna terapija

Diferencijalnodijagnostički, potrebno je posebno isključiti poremećaj iz shizofrenog spektra, tikove, stereotipije, afektivne poremećaje, anksiozne poremećaje, kao i druge poremećaje. U [tablici 57.2.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza s obzirom na shizofreniju i hipohondriju.

S obzirom na psihozu, naime, često se govori da je OKP „blizu psihozi“ i ovdje će nam pomoći analiza strukture razine ličnosti. Kod **psihotičnog poremećaja** sadržaji se pripisuju vanjskim snagama (nije dio vlastitih misli), doživljavaju se kao ego-sintone i nisu besmislene, te nema otpora ovakvim sumanutim mislima. Kod **hipohondrijskih misli** ne postoji njihova besmislenost, odnosno misli su ego-sintone (prihvatljive). Nadalje, nema otpora tim hipohondrijskim mislima, bolesnik je stvarno uvjeren da je bolestan te učestalo mijenja i bira liječnike (*doctor shopping*). U [tablici 57.3.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza s obzirom na stereotipije i tikove.

Slično navedenoj tablici, u [tablici 36.3.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza u odnosu prema različitim drugim sličnim stanjima (v. posebno poglavlje 36 o motoričkim stereotipijama). S obzirom na stereotipije (npr. kod autizma, intelektualnih teškoća, organskih sindroma), one se ne doživljavaju kao neugodne i pacijent ne pruža otpor ovakvim radnjama (Lempp 2014), dok su druge razlike prikazane u tablici. Za razliku od OKP-a, kod tikova je riječ o brzim, nevoljnim i neritmičnim pokretima, a kod OKP-a kompulzija tipično slijedi prethodnu opsesiju. Nadalje, u [tablici 56.4.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza anksioznih poremećaja, koja uključuje i OKP (v. posebno poglavlje 56 o anksioznim poremećajima). U [tablici 57.4.](#) prikazana je diferencijalna dijagnoza OKP-a u odnosu prema fobiji i hipohondriji.

Razlika s obzirom na fobiju jest u principu jer fobičar nema simptome ako nije suočen s fobogenim objektima (kada izbjegava stimulus), dok su kod

Tablica 57.4.**Diferencijalna dijagnoza OKP-a u odnosu prema fobiji i hipohondriji**

Modificirano prema APA 2013; 2011; Steinhausen 2010; WHO 1993.

Opsesija od zaraze unutar OKP-a	Bolesnik ima stalnu opsesiju da će se razboljeti; npr. opsesivni strahovi da će se npr. uzimanjem krvi kontaminirati i dobiti AIDS,
Fobija od bolesti unutar izolirane fobije (npr. AIDS fobija)	Bolesnik nema neku bolest, ali je uvjeren da će se zaraziti na specifičan način, te onda taj način specifično izbjegava; kada nešto izbjegava (izbjegavajuće ponašanje), osjeća se dobro; nema otpora ovakvim mislima.
Hipohondrija	Bolesnik ima strah i uvjeren je da ima neku ozbiljnu bolest (npr. AIDS, karcinom). Često se pogrešno u literaturi navodi da je riječ o fobiji od AIDS-a.

OKP-a simptomi uvijek prisutni (Steinhausen 2010), odnosno kod specifičnih fobija nema otpora prema mislima i strahovima. Kod anoreksije su opsesije povezane s hranjenjem, pacijent se ne opire opsesiji, uvjeren je u ispravnost opsesije u vezi s hranjenjem. Kod depresije strahovi tipično uključuju egzistencijalne strahove (Mattejat i Schulte-Markwort 2013) i sumnje kod depresije su obično ego-sintone i u skladu s depresivnim raspoloženjem. Treba isključiti druge anksiozne poremećaje, hiperkinetski sindrom, poremećaj s tjelesnom dismorfijom, opsesivne misli kod ovisnosti o drogama, posttraumatski stresni poremećaj (traumatski sadržaj je rijedak kod OKP-a); trihotilomaniju (opsesije su rijetke) (Grabe i Kölch 2009). Simptomi OKP-a mogu nastati tijekom intoksikacija amfetaminima, metilfenidatom, kokaina ili L-dopom, kao i uz terapiju glukokortikoidima. Rijetko nastaju zbog reumatske bolesti, traume, infekcije mozga, tumora mozga, te neuroloških bolesti (Lempp 2014). Nastup OKP-a nakon encefalitisa, epilepsije ili traume glave, kao i njegova povezanost s Touretteovim sindromom i Sydenhamovom korejom govorio bi u prilog hipotezi da OKP ima neurobiološku podlogu (Majić sur. 2009).

Komorbiditeti su česti. **Touretteova trijada** označuje komorbiditet OKP-a, tikova i hiperkinetskog sindroma, jer se pretpostavlja slična etiopatogeneza ovih poremećaja. Do 30 % osoba s OKP-om ima dodatnu dijagnozu tikova (Franklin 2012). Kod komorbiditeta OKP-a i tikova nalaze se ciklična razdoblja pogoršanja i

nestajanja, senzorička napetost je povezana s kognitivnim opsesijama; veća frekvencija skupljanja, ritualna brojenja, intruzivne nasilne ili seksualne slike, somatske opsesije te repetitivne kompulzije (Franklin i sur. 2012). Često je dodatno prisutna komorbiditetna depresija (Steinhausen 2010). Ako postoji komorbiditet OKP-a i poremećaja s tjelesnom dismorfijom (PTD), onda se radi o težim kliničkim slikama u smislu težine bolesti, a mogu biti dodatno prisutni i depresija, veća suicidalnost, socijalne fobije, anoreksija i bulimija nervoza i dermatotilomanija (Conceição Costa i sur. 2012).

Pojedini autori govore o **opsesivno-kompulzivnom spektru poremećaja**, pri čemu navode sindrome koji hipotetski mogu biti srodni (APA 2013). Osim gore navedenih poremećaja kod diferencijalne dijagnoze i komorbiditeta, ovamo se još ubrajaju poremećaj s tjelesnom dismorfijom, patološka ljubomora, čupkanje kože, grizenje noktiju, patološko kupovanje, kleptomanija, patološko kockanje, opsesivni poremećaj ličnosti, međutim, na ovom se mjestu neće ulaziti dublje u ovu podjelu i konceptualizaciju.

57.6. Etiopatogeneza

57.6.1. Integrativni model

Na [slici 57.2.](#) sažeto je prikazana etiopatogeneza OKP-a.

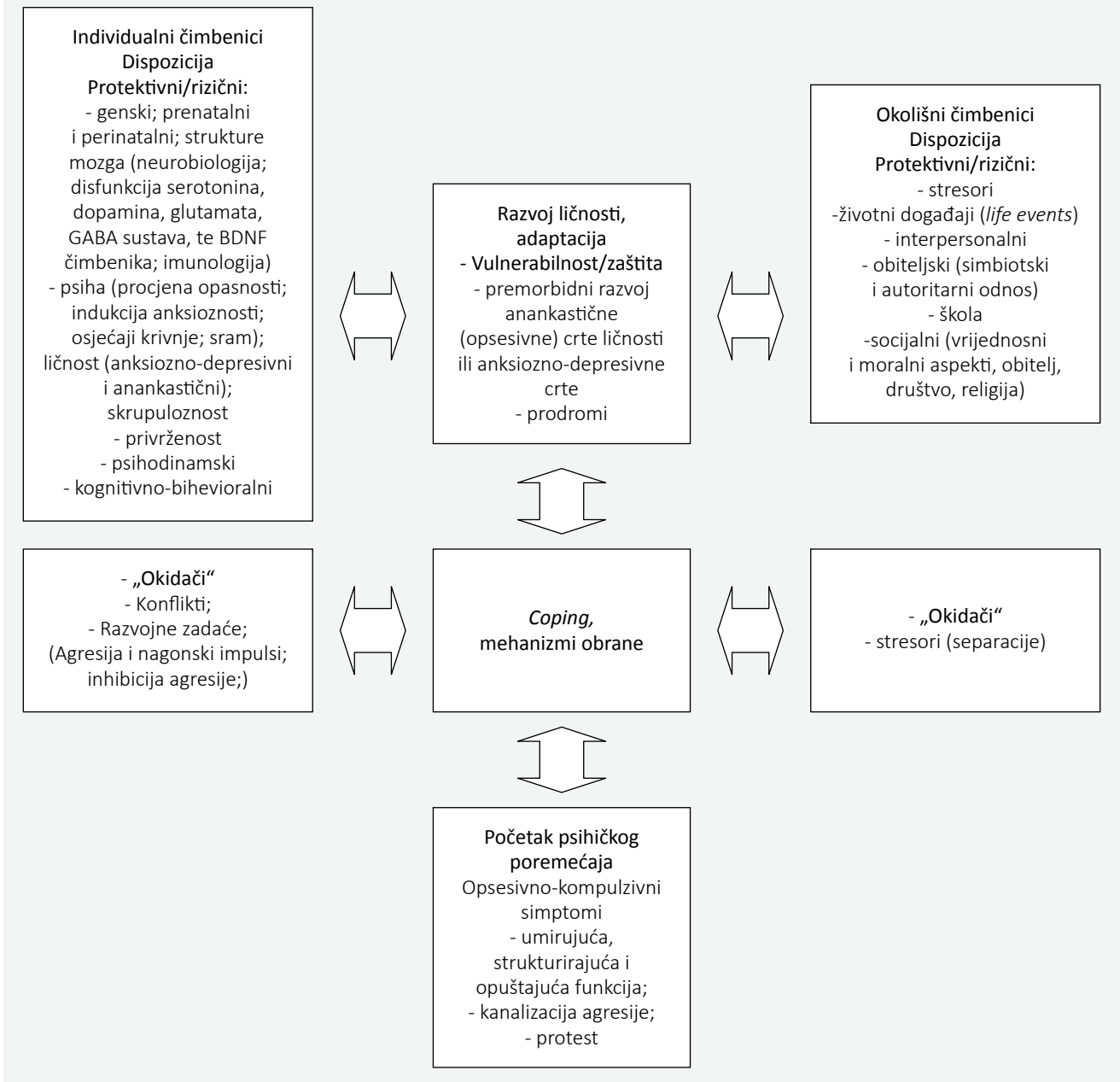
Kako se vidi na slici, etiopatogeneza OKP-a je multifaktorijelna, sudjeluju različiti čimbenici: genski i obiteljski (neuroanatomski, imunosni i drugi); psihološki (bihevioralni i psihodinamski modeli) i drugi čimbenici (Grabe i Kölch 2009). Prema pojedinim autorima, slično prije rečenom u središtu etiopatogeneze jesu unutarnje i vanjske okolnosti, koje na slojeviti način djeluju na cirkularne čimbenike: doživljaj opasnosti, osjećaje krivnje, indukcije straha, te obrana od straha, koji svi konačno dovode do opsesivnih simptoma koji imaju višestruku ulogu stabilizirajuće funkcije, kanalizaciju agresije i doživljaj protesta (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Obiteljske studije, studije blizanaca, kao i molekularno-genetičke studije (posebno disfunkcija serotonina, dopamina, glutamata, GABA sustava te BDNF čimbenika) upućuju na genske čimbenike u etiopatogenezi (Krebs i Heyman 2015). Neuroanatomski model polazi od disbalansa kortikalnih (orbitofrontalni korteks) i supkortikalnih struktura (npr. bazalnih ganglija). Imunološki model objašnjava kod jedne grupe

Slika 57.2.

Sažeta etiopatogeneza OKP-a.

Modificirano prema Grabe i Köhler 2009; Krebs i Heyman 2015; Matthejat i Schulte-Markwort 2013.



pacijenta opsesivne simptome kao PANDAS, a posebno ako naglo nastane nakon streptokokne infekcije (Snider i Swedo 2004).

Kod početka OKP-a nalaze se značajni stresni događaji: veće promjene, smrt i bolest u obitelji, teme seksualnosti, religije, separacije, rastava roditelja itd.

Bihevioralni se model temelji na dvostrukom nastanku (Mowrer 1947): prvo, preko klasičnog kondi-

cioniranja, kada se jedan neutralni stimulus povezuje sa strahom. U drugom se koraku kroz određeno ponašanje preko bihevioralno operantnog kondicioniranja strah umećuje. Ponašanje se negativno pojačava, odnosno strah ili gađenje se reducira, ponašanje se stabilizira i ritualizira. Prošireni kognitivno- bihevioralni model odnosi se na disfunkcionalne stavove (Grabe i Ettelt 2006), koji stoje iza kompulzivnih rituala.

57.6.2. Psihodinamika

Psihodinamski model može uključivati dezorganiziranu strukturu ličnosti i nižu neurotsku razinu, kao i umjerenu i višu neurotsku razinu (bolje integrirana struktura ličnosti). Klasično se temelji na tome da je OKP fiksiran na pregenitalne stupnjeve (**niža i umjeren razina – faza individuacije i autonomije**), ali može biti i na edipskoj razini (**viša razina i integrirana struktura**) (v. poglavlje 4 o razvoju). Na **slici 57.1.** prikazan je sažeti model razvoja OKP-a s obzirom na različite razine psihičke strukturiranosti, odnosno razine konflikta (usporedi sa slikom i tablicom drugim poglavljima **Slika 44.1;** **Slika 56.2.** u poglavljima 44 i 56). Analne karakteristike jesu bijes, nečistoća, snažni osjećaji krivnje, nesvjesna potreba za kaznom, izbjegavanje konflikata, potreba za čistoćom, magično mišljenje, ambivalencija, povremeno izbijanje snažnih agresivnih ispada (ego-regresija), strogi superego uz uporabu niza mehanizama obrane: izolacija afekta, reaktivna formacija, zgušnjavanje i poništenje. Primjericice, dijete ne želi govoriti o svojim osjećajima težine, pripadnosti, strahovima itd. Fenichel (1975/1945) u tom je smislu rekao: „Opsesivni pacijent izolira tamo gdje histerična osoba potiskuje.“ Ova rečenica upućuje na srodnost OKP-a s histerijom (v. poglavlje 44 o histeriji i konceptu neuroze). Općenito govoreći, djeca i adolescenti pokazuju tendenciju prema onipotentnom ponašanju (Bovensiepen 2007), i ambivalenciji (Ferstl 2002). Opisi pacijenata o svojim opsesivnim simptomima obično su bogati simbolikom i postaju tijekom terapije sve bogatiji konfliktima u vezi sa strahovima, agresijom ili seksualnošću. Drugi psihodinamski koncepti naglašavaju opsesivne simptome pri nižoj neurotskoj razini kao stabilizaciju fragilne egostrukture s obzirom na dublje poremećaje kao što su npr. psihotični poremećaji. Pojedini autori naglašavaju inhibicije motorike, seksualnosti i agresivnosti, poteškoće prorade individuacije i autonomije i tendencije prema samostalnosti, kao i potrebu za rascjepom racionalnog od emocionalnog (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Sa self-psihološkog stajališta OKP se može promatrati kroz pitanje narcizma i poremećaj self-objektnog odnosa (Bovensiepen 2007). Tu je riječ o manjku granice između realnosti i fantazije, kao i o konfliktima između infantilnih želja za ovisnošću s obzirom na tendencije autonomije. U ovom je smislu opsesivni simptom u službi sigurnosti i kontrole nad regulacijom svojeg samopoštovanja. Na taj način opsesivni simptomi mogu zapravo biti obrana u odnosu

prema osjećajima srama, osjećajima krivnje i strahovima od nedostatnosti. Streeck-Fischer (1989) navodi da opsesivni simptomi, prema tome, mogu imati ulogu obrane od dublje fragmentacije ličnosti. S objektno-psihološkog stajališta fokus je više na unutar-njem svijetu, kao i nesvjesnim procesima, gdje su objekti i djelomični objekti vrlo različito konfigurirani (Bovensiepen 2007). Kao što je prije bilo rečeno, opsesivni simptomi mogu biti prisutni na svim strukturalnim razinama (Streeck-Fischer 1998) i mogu ispunjavati različite funkcije.

Obiteljska dinamika čini se također vrlo važna u etiopatogenezi. Obiteljski su aspekti ili autoritarno-rigidni i/ili nekonzistentni, nesigurni, prekomjerno zaštićivani, kao i ustrašeno provocirajući odgojni stil, pri čemu dolazi do tabuiziranja seksualnih i agresivnih impulsa, pri manjku spontanosti i tendenciji racionalizaciji, a posebno u vezi sa strogom religioznošću ili rigidnim moralnim stavovima. Izvana gledano, riječ je o obiteljima koje su „uredne“, socijalno prilagođene i „neupadne“. Opsesivni simptomi u ovome smislu mogu imati ulogu stabiliziranja s obzirom na agresivne i seksualne impulse (Ermann 2007).

57.7. Terapija

U **tablici 57.5.** sažeto su prikazane najčešće vrste terapije koje se primjenjuju.

Tablica 57.5.

Terapija OKP-a.

Modificirano prema Geller i March 2012; Sanchez-Meca i sur. 2014; Thomsen 2013.

Psihoedukacija, savjetovanje
Kognitivno-bihevioralna terapija
Psihodinamska terapija (psihodrama)
Psihofarmakoterapija
Rad s roditeljima
Obiteljska terapija

Terapiju treba prvo započeti nekom vrstom psihoterapije te se, ako ona ne da rezultate, uključuje i medikamentna terapija u kombinaciji sa psihoterapijom (Geller i March 2012; Sanchez-Meca i sur. 2014; Thomsen 2013). Značajne poteškoće u liječenju mogu biti nedostupnost prikladnih psihoterapija (Krebs i

Heyman 2015). S obzirom na čestu ambivalenciju djece i roditelja za liječenje, važno je uspostaviti dobar terapijski savez. Dolaze u obzir i drugi terapijski okviri i metode, kao što su psihoedukacija, grupna psihoterapija, dnevno-bolničko liječenje te stacionarno liječenje. Potrebno je raditi također i s roditeljima. Posebno je osjetljivo pitanje kada roditelji sudjeluju u ritualima djece, načelno to treba minimizirati, međutim, roditeljima to teško pada. Roditelji ne bi smjeli nikako sprečavati opsesivne rituale djece, čak i ako sudjeluju u njima.

Opći ciljevi liječenja mogli bi biti sljedeći: poticanje razvoja autonomije, spontanosti, kreativnosti, vlastite inicijative, inicijative za odlučivanjem, sposobnost izražavanja (tjelesno-osjećajnog); dopuštanje mržnje, ljubavi i osjećajnosti te agresivnosti u smislu „vlastite obrane“; učenje boljeg testiranja realiteta, bez iskrivljivanja (samoprocjena, procjena međusobnih odnosa); učenje rješavanja problema, predvidjeti vlastite posljedice djelovanja; naučiti tolerirati suprotnosti i različite polove, dopuštati vlastite neuspjehe i pogreške (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Kognitivno-bihevioralna terapija primjenjuje se uspješno kod OKP-a. Rabe se psihoedukacija, postupna ekspozicija s praćenjem reaktivnosti (podražljivosti), metakognitivna terapija, kao i obiteljske i roditeljske intervencije (Franklin i sur. 2015; Freeman i sur. 2014; Herpetz-Dahlmann i Simons 2011). Bihevioralna se terapija vrlo individualizira, potrebna je temeljna analiza ponašanja (npr. koji su „okidači“?; koji se osjećaji i misli izazivaju?; koji su rituali?, koje je pasivno ili aktivno izbjegavajuće ponašanje prisutno?), može se raditi hijerarhija strahova te izbor vježbi ekspozicije kao i uzimanje u obzir dosadašnje funkcioniranje opsesivnih simptoma (Grabe i Ettelt 2006). Također se mogu primijeniti poboljšanje socijalnih kompetencija i multimodalna, strateški orijentirana bihevioralna terapija (Hand 1998).

Pojedini autori (Bovensiepen 2007) razlikuju različite **psihanalitičke (psihodinamske) metode** s obzirom na različitu razinu strukture ličnosti, koje su prije bile opisane, dakle, u odnosu prema ego-strukturi, razini anksioznosti, objektu razinu, mogućnost simbolizacije, mogućnost interpretiranja s obzirom na prijenosno/protuprijenosne osjećaje (v. poglavlje 20 o operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi). Primjenjuju se stvaranje terapijskog saveza, kreiranje pozitivnog prijenosa kroz koji se dolazi do uvida u povezanosti i olakšanje osjećaja krivnje, verbaliziranje

tabuiziranih predodžbi, želja i strahova, kao i blokiranih radnji, da bi se reduciralo magično gledanje na svijet i opsesivne obrane; intenziviranje terapijskog procesa kroz prijenosnu neurozu (reaktivacija edipsko-libidinoznih i edipsko-agresivnih impulsa /analni protest/). U psihoterapiji se dolazi do iskustva edipski integriranog, a ne više perverzno-trijadnog odnosa ili sadomazohističkog odnosa, te dolazi do prorade odnosa s terapeutom kroz negativan prijenos. Na ovaj način „blokirana pobuna“ postaje suvišna. Protuprijenosno, zbog konkretnog načina razmišljanja, a manje simboličkog, može se kod terapeuta pojaviti osjećaj umora, dosade, praznine, što je posljedica pacijentove agresivne projekcije (Bovensiepen 2007). Kod razvijanja razine ličnosti cilj je terapije ublažavanje rigidne obrambene strukture ega da bi se omogućio uvid u nesusvesne procese. Tako je moguće da nastupi prolazno pogoršanje simptomatologije (poželjne regresije) te o tome treba informirati i raspraviti s roditeljima. Ako izostane poboljšanje simptoma, treba razmotriti postoji li otpor strahu od dezintegracije ili sekundarna dobit od bolesti. Kod poremećaja na umjerenom i teže dezintegriranoj strukturalnoj razini nikako se ne koristimo interpretacijama konfliktne razine, nego intervencijama više usmjerenima na postavljanje granica selfa i objekta (modifikacija klasičnih analitičkih tehnika, npr. psihoanalitička interakcionalna psihoterapija), kao i na reparaciju nedostatnog „sadržavanja“. Pojedini psihoanalitički autori zagovaraju psihoanalitičku psihodramu kao korisnu metodu pri liječenju ovih poremećaja (Nikolić 1990).

Farmakoterapija se primjenjuje kod umjerenih i težih formi OKP-a, kao i kod komorbiditetnog depresivnog poremećaja (Geller i March 2012; Sanchez-Meca i sur. 2014). Uz psihoterapiju, uporabljaju se fluvoksamin, fluoksetin, sertralin ili klomipramin, sulpirid (Herpetz-Dahlmann i Simons 2011; Krebs i Heyman 2015; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; NICE 2005). Treba paziti na davanje klomipramina, zbog njegove *off-label* primjene (v. posebno poglavlje 73). Povećanje doze treba biti postupno, a obično je potrebna dvostruka ili trostruka doza u usporedbi s liječenjem depresije (Herpetz-Dahlmann i Simons 2011). Učinak se katkada može očekivati tek nakon šest tjedana, međutim, maksimalno vrijeme liječenja je do 12 tjedana (Krebs i Heyman 2015) te se tada treba pokušati uvesti drugi lijek. Medikamentna terapija čini se učinkovita u 25 do 50 % slučajeva. Ukidanje terapije nakon željenog učinka treba biti postupno (Herpetz-

Dahlmann i Simons 2011). Ako se sumnja na streptokoknu infekciju, mogu se primijeniti penicilinski preparati, no oni su na razini individualnih terapija, a ne standardni postupci (De Oliveira 2007).

U rezistentnim slučajevima obično su posrijedi dodatni komorbiditeti (Geller i March 2012; Krebs i Heyman 2015; Steinhausen 2010). Terapijski se primjenjuje kod rezistentnih slučajeva (ako uz psihoterapiju nisu dali rezultat dva SIPPS-a pojedinačno) klomipramin ili se upotrebljuje antipsihotik kao pojačivač (Brauer i sur. 2011; Krebs i Heyman 2015), uz upozorenje da je pri primjeni klomipramina moguće *off-label* davanje. Antipsihotik (npr. risperidon) može biti posebno koristan ako postoje dodatni tikovi, slabi uvid u simptome OKP-a, dodatni poremećaj iz autističnog spektra i nestabilnost raspoloženja (Geller i March 2012).

Indikacije za (psihoterapijsko) stacionarno liječenje (obično višemjesečno) mogu biti: oštećenje svakodnevnih aktivnosti, izražena depresivna simptomatologija, autoagresivnost, suicidalnost, nemogućnost provedbe terapije kod kuće, prekid patoloških odnosa s roditeljima, početak psihoterapijskog rada koji će poslije biti nastavljen ambulantno, te sumnja na psihotični razvoj. Dakle, stacionarno liječenje može imati elemente „intenzivnog liječenja“ zbog težih kliničkih slika, zbog smanjene motivacije za liječenjem, odnosno zbog geografskih barijera (ako nije moguća terapija u manjem mjestu) (Brauer i sur. 2011; Lewis 1996; Steinhausen 2010).

U posljednje se vrijeme pokušava terapija primjenom telemedicinskih metoda (Brauer i sur. 2011).

57.8. Tijek, ishod

Tijek može biti epizodičan ako je riječ o stresnim okolnostima, te umjereno kroničan, kada se primjenjuje psihoterapija (mjeseci do godine), te konačno može postojati dulji kronični tijek. Ishodi su u manjem broju označeni kao „potpuno izliječeni“, njih oko 20 %. Doduše, oko 80 % pacijenata pokazuje određeno poboljšanje, no od njih oko 40 % i dalje pokazuje dijagnozu OKP-a, odnosno loš ishod (eventualni prijelaz u psihotični poremećaj), dok ostalih 40 % pokazuje supkliničke forme OKP-a. Bolji su prediktori lagano izražena simptomatologija te raniji početak liječenja. Lošiji su prediktori dodatni komorbiditeti (npr. depresija), anankastična premorbidna ličnost, veći broj anksioznih simptoma u pacijenta i roditelja (psihopatologija roditelja), slab odgovor na liječenje u početku, kro-

nični tijek (a ne intermitirajući tijek), razvoj prije 20. godine u dječaka, kao i magično mišljenje i rituali (Grabe i Kölch 2009; Matthejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010).

57.9. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Pokatkad su važna jednostavna pitanja (probirna) koja otkrivaju poremećaj, npr. pereš li ili čistiš često, da li stalno nešto provjeravaš; jesi li obuzet (zaokupljen) nekim mislima kojih se ne možeš osloboditi; treba li ti dulje vrijeme da obaviš neke svakodnevne aktivnosti; želiš li stalno dovesti stvari u red; smeta li ti nered; muče li te ova pitanja?
- ✓ Djeca se obično srame i osjećaju se neprilično s obzirom na svoje OKP simptome. Mogu misliti da su ludi i stoga su u dvojbi hoće li govoriti o svojim OKP simptomima.
- ✓ Dobra komunikacija između djeteta i roditelja može vrlo pomoći razumijevanju problema, te pomoći roditeljima da podrže svoje dijete.
- ✓ Riječ je o specifičnom psihičkom poremećaju, a nikako samo o jednoj jednostavnoj navici ili o jednom djetetovom hiru.
- ✓ Ne treba umanjivati OKP simptomatologiju.
- ✓ Treba izbjegavati dulje rasprave o smislu i cilju opsesija te, koliko je moguće, izbjegavati da se roditelj uključi u same ritualne radnje.
- ✓ Treba što prije detektirati i primijeniti profesionalno liječenje. Terapija može biti učinkovita.
- ✓ Kod vrlo izražene OKP simptomatologije treba prihvatiti stacionarno liječenje, odnosno treba dotaknuti ambivalentnu terapijsku motivaciju u pacijenta i roditelja.
- ✓ Roditelji ne bi smjeli svoju djecu zbog simptoma OKP-a kažnjavati ili negativno etiketirati.

57.10. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Zašto kažemo da je OKP jedan od najkompleksnijih poremećaja u dječjoj psihijatriji?

ODGOVOR: Nekad se dugo smatralo da OKP nastaje zbog demonske opsjednutosti. Načelno se u dječjoj psihijatriji liječenje OKP-a može smatrati jednim od najkompleksnijeg zbog tendencije poremećaja prema

kroničnosti, zbog rezistentnosti simptoma, dugotrajnosti poremećaja, te zbog njegova komorbiditeta s drugim poremećajima. Nerijetko je riječ o rezistentnim slučajevima na terapiju, a postoji opasnost od razvoja psihotičnog poremećaja ili OKP poremećaja ličnosti u odrasloj dobi.

■ **PITANJE:** Kako je DSM-5 koncipirao OKP i s OKP-om povezane poremećaje? Nabrojite OKP-u srodne poremećaje.

ODGOVOR: DSM-5 je u svojoj klasifikaciji uveo novinu u smislu OKP spektra u koje ubraja OKP u užem smislu, ali i druge poremećaje: poremećaj s tjelesnom dismorfijom, poremećaj skupljanja; trihotilomaniju, dermatotilomaniju, OKP uzrokovan uzimanjem supstancija, OKP uzrokovan drugim stanjima te ostale poremećaje. Logika ove grupe poremećaja jest u tome da se odvoje od anksioznih poremećaja, odnosno da se upozori na njihovu sličnost.

■ **PITANJE:** Na koji način djeca doživljavaju svoje OKP simptome?

ODGOVOR: Djeca se obično srame i osjećaju se neprilično s obzirom na svoje OKP simptome. Mogu misliti da su lude i stoga su u dvojbi hoće li govoriti o svojim OKP simptomima. Mogu prikrivati svoje simptome i prema van izbjegavati kontakte s drugima. Primjerice jedna djevojka na odjelu većinu vremena provodi u svojoj sobi, a ne u dnevnom boravku jer se boji zaraze, ili zato što joj je blizu kupaonica i ne želi da drugi vide kako učestalo pere ruke. Muči se sa svojim opsesijama i aktivno se trudi da ih više ne bude.

■ **PITANJE:** Je li potrebno da kod teških kliničkih slika pri OKP-u roditelji zabranjuju ili onemogućuju OKP simptome?

ODGOVOR: Nikako. Onemogućivanje simptoma OKP-a može dijete dovesti do samoozljeđujućeg ili suicidalnog ponašanja. Treba pokušati razumjeti imaju li simptomi veze s obiteljskom dinamikom i koju poruku nose simptomi OKP-a.

■ **PITANJE:** Koja je razlika između opsesivnih i shizofrenih misli?

ODGOVOR: Kod opsesivnih misli tipično je da pacijent zna da to dolazi iz njegova unutarnjeg svijeta, pacijent tipično osjeća to kao ego-distono (egu neprihvatljivo), pacijent ih smatra besmislenim i tipično se bori protiv takvih misli. Kod shizofrenih misli tipično pacijent doživljava kao da to dolazi izvana (nametanje misli izvana); pacijent ih ne doživljava besmislenim (smatra

ih stvarnim) i doživljava ih egu prihvatljivim (one su ego-sintone).

■ **PITANJE:** Koja je razlika između opsesivnih radnji (kompulzija) i tikova?

ODGOVOR: Tikovi su tipično manje kompleksniji od kompulzija i kompulzije tipično prate neutralizaciju opsesivnih misli. Međutim, jednostavne kompulzivne radnje poput ponavljajućeg dodirivanja često mogu biti bez jasnoga misaonog sadržaja i kao takve se teško mogu razlikovati od kompleksnih tikova. Dakle, tipično kompulzijama prethodi opsesija, dok tikovima prethodi senzorička napetost i uobičajeno su nevoljni. Pokatkad je u praksi to teško razdvojiti, pa onda dolazi u obzir komorbiditet OKP-a i tikova.

■ **PITANJE:** Kakva je klinička slika komorbiditeta OKP-a i tikova?

ODGOVOR: Kod komorbiditeta OKP-a i tikova nalaze se ciklična razdoblja pogoršanja i nestajanja simptoma, senzorička napetost povezana s kognitivnim opsesijama; veća frekvencija skupljanja, ritualna brojenja, intruzivne nasilne ili seksualne slike, somatske opsesije te repetitivne kompulzije.

■ **PITANJE:** Što je to PANDAS i kod kojih je kliničkih slika potrebno uzeti antistreptolizinski titar?

ODGOVOR: PANDAS je pedijatrijski autoimunozni neuropsihijatrijski poremećaj povezan sa streptokoknom infekcijom. PANDAS je klasično povezan s OKP-om i tikovima, međutim, mogu biti prisutni i drugi psihički poremećaji ili simptomi. Klinička se slika očituje sljedećim simptomima: 1. nastup OKP-a ili tikova ili neka druga specifična simptomatologija; 2. nagli nastup s epizodama, kao i s remisijama i relapsima; 3. abnormalni dodatni neurološki simptomi s pojavljivanjem OKP-a ili tikova; 4. početak između treće godine i puberteta; 5. relativna vremenska povezanost infekcije streptokoka sa simptomima (obrisak grla; preboljeni šarlah, antistreptolizinski titar). Važno je učiniti i pedijatrijsku i neuropedijatrijsku obradu. Od dijagnostičkih testova antistreptolizinski titar ovdje može biti važan, odnosno praćenje dinamike titra. Dakle, treba uzeti najmanje dvije vrijednosti titra, i to barem u razmaku od 4 do 6 tjedana. Liječi se slično osnovnome psihičkom poremećaju. Primjerice, kod OKP simptomatologije ili tikova liječi se integracijom psihoterapije i medikamentne terapije. Kontroverzna je uporaba antibiotika, a daju se u slučaju dokazane infekcije streptokokom. Načelno kod prijete opisanih

kliničkih slika može se uzeti antistreptolizinski titar, a to su obično OKP i tikovi.

■ **PITANJE: Mogu li se tijekom psihoterapije pogoršati simptomi OKP-a?**

ODGOVOR: Da, mogu. Naime, tijekom psihodinamske psihoterapije dolazi do regresije i reaktivacije različitih konflikata. Ovo se može dogoditi i kod drugih psihičkih poremećaja tijekom psihoterapije. Dobro je biti upoznat s ovom mogućnošću te to objasniti djetetu i roditeljima da se prijevremeno ne prekine psihoterapija. Moguća je također pojava djetetovih agresivnih ispada, međutim, i pritom može biti riječ o umanjivanju rigidnog superega, pa i to treba dinamično razumjeti.

■ **PITANJE: Kako prepoznati da OKP prelazi u psihotični poremećaj?**

ODGOVOR: Treba imati na umu da OKP katkada štiti dijete od dubljeg regresa, odnosno prelaska u psihozu. Odnosno, treba također imati na umu da je kod OKP-a lako moguća psihotična dekompenzacija i prelazak u psihozu. Sljedeći simptomi mogu biti simptomi prijelaza u psihozu: paranoidne crte, opsesivni simptomi unutar širega paranoidnog sustava, nemogućnost uvida u iracionalnost svojih opsesivnih simptoma (nije više ego-distono); tendencija bizarnosti, masivni poremećaji granica između selfa i objekta, masivni poremećaji testiranja realiteta (npr. ne razlikuje se budno stanje od sna), depersonalizacijski fenomeni, te drugi shizofreni simptomi.

■ **PITANJE: Kako se liječe rezistentni slučajevi OKP-a?**

ODGOVOR: U rezistentnim slučajevima obično se radi o dodatnim komorbiditetima, pa i njih treba dodatno liječiti. Terapijski se primjenjuje kod rezistentnih slučajeva (ako uz psihoterapiju nisu dala rezultat dva pojedinačna SIPPS-a), klomipramin ili se upotrebljuje antipsihotik kao pojačivač, uz upozorenje da je moguće *off-label* davanje klomipramina. Antipsihotik (npr. risperidon) može biti posebno koristan ako postoje dodatni tikovi, slabi uvid u OKP simptome, dodatni poremećaj iz autističnog spektra i nestabilnost raspoloženja.

■ **PITANJE: Koje su indikacije za stacionarno psihijatrijsko (psihoterapijsko) liječenje kod OKP-a?**

ODGOVOR: Indikacije za (psihoterapijsko) stacionarno liječenje mogu biti: oštećenje svakodnevnih aktivnosti, izražena depresivna simptomatologija,

autoagresivnost, suicidalnost, nemogućnost provedbe terapije kod kuće, prekid patoloških odnosa s roditeljima, početak psihoterapijskog rada koji će poslije biti ambulantno nastavljen te sumnja na psihotični razvoj. Dakle, stacionarno liječenje, može imati elemente „intenzivnog liječenja“, zbog težih kliničkih slika, zbog smanjenja motivacije za liječenjem, odnosno zbog geografskih barijera (ako nije moguća terapija u manjem mjestu).

■ **PITANJE: Kakav je princip rada s roditeljima?**

ODGOVOR: Već su prije u tekstu navedene smjernice u radu s roditeljima. Poneki se roditelji teško suočavaju sa simptomima OKP-a u djeteta. Posebno mogu biti teške situacije kada djeca troše pretjerane količine npr. toaletnog papira, papirnatih ubrusa ili sapuna. Potrebno je stoga i roditelje uključiti u liječenje i primijeniti prikladnu terapiju.

■ **PITANJE: Može li se OKP liječiti isključivo samo obiteljskom psihoterapijom?**

ODGOVOR: S obzirom na to da je riječ većinom o intrapsihičkom poremećaju sa svojim konfliktima, nikako se ne preporučuje samo obiteljska psihoterapija. Ako uz intrapsihički poremećaj postoji i obiteljska disfunkcija, može se kombinirati terapija djeteta, uz obiteljsku terapiju, ali u tom slučaju obiteljsku terapiju, u pravilu, provodi drugi terapeut.

57.11. Pitanja

- 1 Koji simptomi čine kliničku sliku OKP-a?
- 2 Koja je diferencijalna dijagnoza OKP-a?
- 3 Što je to PANDAS?
- 4 Koja je sažeta etiopatogeneza OKP-a?
- 5 Koje su metode liječenja OKP-a?
- 6 Koje su psihodinamske mogućnosti liječenja OKP-a?
- 7 Koje su kognitivno-bihevioralne metode liječenja OKP-a?
- 8 Koje su indikacije za stacionarno psihijatrijsko (psihoterapijsko) liječenje OKP-a?
- 9 Kako se liječe rezistentni slučajevi OKP-a?

57.12. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
2. *Bovensiepen G*. Zwangsstörungen. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. München: CIP Medien; 2007, str. 291-302.
3. *Brauer L, Lewin AB, Storch EA*. Evidence-Based Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2011;48(4):280-7.
4. *Bürgin D*. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
5. *Conceição Costa DL, Chagas Assunção M, Arzeno Ferrão Y i sur*. Body dysmorphic disorder in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Depress Anxiety* 2012; 29(11):966-75.
6. *De Oliveira SK*. PANDAS: a new disease? *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(3):201-8.
7. *Ermann M*. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
8. *Fenichel O*. Psychoanalytische Neurosenlehre I-III. Freiburg: Olten; 1975/1945.
9. *Ferstl H*. Zwangsstörungen aus psychoanalytischer Sicht. U: Ahrens S, Schneider W, ur. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizin 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 264-267.
10. *Franklin ME, Harrison J, Benavides K*. Obsessive Compulsive and Tic Related Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012; 21(3): 555–571.
11. *Franklin ME, Kratz HE, Freeman JB i sur*. Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry Research* 2015;227:78–92
12. *Freeman J, Garcia A, Frank H i sur*. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2014; 43(1):7-26.
13. *Geller DA, March J*. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(1):98–113.
14. *Gilbert AR, Maalouf FT*. Pediatric obsessive-compulsive disorder: management priorities in primary care. *Current Opinion in Pediatrics* 2008; 20(8):544–550.
15. *Grabe HJ, Ettelt S*. Diagnose und Therapie der Zwangsstörung. *Psychotherapeut* 2006; 51:311-20.
16. *Grabe HJ, Kölch M*. Zwangsstörungen. U: Fegert JM, Streeck- Fischer A, Freyberger HJ, ur. Adoleszenzpsychiatrie. Stuttgart: Schattauer; 2009, str. 290- 302.
17. *Hand I*. Out-patient, multi-modal behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; (35):45-52.
18. *Herpetz-Dahlmann B, Simons M*. Zwangsstörungen. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 252-256.
19. *Krebs G, Heyman I*. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents *Arch Dis Child* 2015;100:495–499.
20. *Kuechenhoff J, Ahrens S*. Neurotische Störungen- Modellvorstellungen. U: Ahrens S, Schneider W, ur. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizin 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 239- 241.
21. *Leckman JF, Denys D, Simpson HB i sur*. Obsessive – Compulsive disorder : A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety* 2010;27(6):507–527.
22. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
23. *Lewis M, ur*. Child and Adolescent Psychiatry. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
24. *Majić G, Begovac I, Vidović V*. Opsesivno- kompulzivni poremećaj. U: Barišić N, ur. Pedijatrijska neurologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 756-758.
25. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
26. *Meares R*. A pathology of privacy – towards a new theoretical approach to obsessive-compulsive disorder. *Contemporary Psychoanalysis* 1994;30:83-100.
27. *Mowrer OH*. “On the dual nature of learning: a reinterpretation of ‘conditioning’ and ‘problem-solving,’” *Harvard Educ Rev* 1947;17: 102–48.
28. *Murphy TK, Gerardi DM, Leckman JF*. Pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 2014;37(3):353-74.
29. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. 2005. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
30. *Nikolić S*. Neurotski poremećaji. U: Nikolić S, ur. Mentalni poremećaji u djece i omladine 2. Zagreb: Školska knjiga; 1990, str. 163-184.
31. *Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M i sur*. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2014; 28(1):31-44.
32. *Sarvet B*. Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. *Pediatrics in Review* 2013;34(1):19-28.
33. *Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M i sur*. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36 (6):844-52.
34. *Simon AE, Borgwardt S, Lang UE i sur*. Cenesthopathy in adolescence: An appraisal of diagnostic overlaps along the anxiety-hypochondriasis-psychosis spectrum. *Compr Psychiatry* 2014;55(5):1122–9.
35. *Singer HS, Gilbert DL, Wolf DS i sur*. Moving from PANDAS to CANS. *J Pediatr* 2012;160(5):725-31.
36. *Snider LA, Swedo SE*. PANDAS: current status and directions for research. *Mol Psychiatry* 2004;9(10):900-7.
37. *Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M i sur*. The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders* 2016;190:663–674.

38. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
39. *Streeck-Fischer, A*. Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1998;47(2): 81-95.
40. *Streeck-Fischer A*. Zwang, Ich-organisation und Behandlungsvorgehen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1989;38:236-241.
41. *Swedo SE, Leckman JF, Rose NR*. Modifying the PANDAS Criteria to Describe PANS (Pediatric Acute-onset Neuro-psychiatric Syndrome) *Pediatr Therapeut* 2012;2:113.
42. *Thomsen PH*. Obsessive-compulsive disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22 Suppl 1:S23-8.
43. *Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W*. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety* 2014;31(6):487-93.
44. *Weingarden H, Renshaw KD*. Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *J Affect Disord* 2015;(15)171:74-84.
45. *World Health Organization*. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Poremećaji kontrole impulsa

Ivan Begovac

SADRŽAJ

58.1. Uvod, definicije, klasifikacije	793
58.2. „Bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“	794
58.2.1. Patološko kockanje	794
58.2.2. Patološko korištenje internetom i videoigrama (engl. <i>internet gaming disorder</i> ili <i>compulsive-impulsive internet usage disorder</i>)	797
58.3. Poremećaji kontrole impulsa u užem smislu	797
58.3.1. Piromanija (patološko paljenje)	797
58.3.2. Kleptomanija (patološka krađa)	798
58.4. Poremećaji kontrole impulsa s obzirom na vlastito tijelo	799
58.4.1. Dermatotilomanija (engl. <i>Excoriation disorder</i> ili <i>skin picking disorder</i>)	799
58.4.1.1. Definicija, klasifikacije, klinička slika	799
58.4.1.2. Epidemiologija, dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet	799
58.4.1.3. Etiopatogeneza, terapija, tijek	799
58.4.2. Grizenje noktiju (engl. <i>nail biting</i> ili <i>onychophagia</i>)	800
58.4.3. Trihotilomanija (čupkanje kose)	800
58.4.3.1. Klinička slika, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	800
58.4.3.2. Klinička vinjeta	801
58.4.3.3. Etiopatogeneza, terapija, tijek	801
58.5. Poremećaj s tjelesnom dismorfijom (PTD) (engl. <i>Body dysmorphic disorder</i>)	802
58.6. Upute za roditelje/nastavnike	803
58.7. Često postavljena pitanja	803
58.8. Pitanja	804
58.9. Literatura	805

58.1. Uvod, definicije, klasifikacije

U **tablici 58.1.** navedene su velike grupe srodnih poremećaja.

Kako se vidi u tablici, moglo bi se reći da postoji kontinuum velikih grupa **poremećaja od ovisnosti o supstancijama**, preko **bihevioralnih (ponašajnih) ovisnosti, poremećaja kontrole impulsa u užem smislu, poremećaja kontrole impulsa prema vlastitom tijelu, poremećaja s tjelesnom dismorfijom (PTD) (*body dysmorphic disorder*)**, pa sve do **opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP-a)**.

Poremećaj **kontrole impulsa** MKB-10 naziva **poremećajem navika i nagona (F63)**, međutim, ovdje će se rabiti termin kako je navedeno u naslovu poglavlja. Ovdje je riječ o heterogenoj grupi poremećaja. Prema MKB-10, u poremećaje kontrole impulsa ubrajaju **patološko kockanje (F63.0), piromaniju (F63.1), kleptomaniju (F63.2) i trihotilomaniju (F63.3)** (WHO 1993). Zbog srodnosti poremećaja ovdje će se dodatno prikazati **patološko korištenje internetom i igricama, dermatotilomanija, grizenje noktiju i poremećaj s tjelesnom dismorfijom**.

U međuvremenu postoje u literaturi različite konceptualizacije grupiranja prije navedenih poremećaja. DSM- 5 među ovisnosti ubraja **patološko kockanje**, u dodatnom poglavlju kod ovisnosti ovamo ubraja i **poremećaj korištenja internetom i internetskim igricama**. Nadalje, DSM-5 **piromaniju i kleptomaniju** ubraja u poremećaj impulsa, dok **dermatotilomaniju, trihotilomaniju, i poremećaj s tjelesnom dismorfijom ubraja u spektar OKP-a** (uz pojedine druge poremećaje) (APA 2013). Pojedini autori trihotilomaniju, dermatotilomaniju i grizenje noktiju ubrajaju u grupu **prema tijelu fokusiranog repetitivnog ponašanja (engl. *body focused repetitive behaviors*)** ili ih pak nazivaju kao ***grooming disorders* (poremećaji njegovanja vanjštine)** (Grant i sur. 2012), u kojima se postuliraju **primarna impulzivnost i problem inhibicije, odnosno nedovoljna emocionalna regulacija prema vlastitu tijelu** (Roberts i sur. 2013; Oliveira i sur. 2015). Moguće je da postoje diferencijalnodijagnostički zasebni pojedinačni entiteti, međutim, u praksi su moguće mješovite kliničke slike iz ove grupe poremećaja, ili uz komorbiditet s drugim poremećajima (v. poslije) (Grant i sur. 2010).

U **tablici 58.2.** pobliže su prikazane različite grupe poremećaja kontrole impulsa (specifični poremećaj kontrole impulsa s obzirom na vatru ili tuđe stvari) u odnosu prema ovisnostima, te osnove kliničke slike.

U **tablici 58.3.** pobliže su prikazane različite grupe poremećaja kontrole impulsa (s obzirom na vlastito tijelo) u odnosu prema OKP-u, te osnove kliničke slike.

Kao što se vidi u tablici, kod poremećaja kontrole impulsa s obzirom na vlastito tijelo dominira motorička impulzivnost, dok kod OKP-a dominiraju opsesivne misli. Nadalje, u **tablici 58.4.**, je navedena razlika između impulzivnosti i kompulzije.

U **tablici 36.1.** prikazani su tzv. habitualni poremećaji (vrtnje glavom i tijelom, sisanje prsta, pretjerane / ekscesivne/ genitalne manipulacije male djece), među koje pojedini autori ubrajaju i grizenje noktiju (v. posebno poglavlje 36 o motoričkim stereotipijama i drugim poremećajima).

Poremećaj kontrola impulsa (u širem smislu riječi) imaju ponavljajuće ponašanje bez smislene (svjesne) motivacije i u pravilu su protiv vlastita i tuđeg interesa, odnosno uzrokuju oštećenja (Herpetz i Herpetz-Dahlmann 2011). Obično postoji napetost prije izvršenja radnje. Nakon izvršene radnje nastupaju olakšanje i relaksacija. Do sada su ovi poremećaji bili vezani više za OKP spektar. Međutim, drugi autori grupu poremećaja kontrole impulsa povezuju više s ovisnostima i afektivnim poremećajima, što onda upućuje na druge etiopatogenetske i terapijske mogućnosti (npr. davanje opioidnih antagonista ili stabilizatora raspoloženja) (Dell'Osso i sur. 2006). Prevalencija poremećaja u dječjoj i adolescentnoj dobi je niska. Patološko kockanje i piromanija češći su u muškoga spola, dok je pri kleptomaniji i trihotilomaniji češći ženski spol.

Dijagnoza patološkog kockanja, piromanije i kleptomanije u dječjoj dobi podložna je raspravi slično dijagnostici poremećaja ličnosti, nadalje je problematična s obzirom na to da iziskuje određenu financijsku neovisnost npr. trošenje vlastita novca pri patološkom kockanju, a kod piromanije i kleptomanije teško je razlikovati ove sindrome u čistom obliku od poremećaja ponašanja (Steinhausen 2010). **Diferencijalna dijagnoza** pojedinih entiteta prikazana je u prije navedenim tablicama. Kako je bilo rečeno, **komorbiditeti** su česti.

U **etiopatogenezi** sudjeluju različiti čimbenici koji se međusobno isprepleću, ovisno o tome je riječ više o ovisnosti, poremećaju kontrole impulsa ili o OKP spektru. Načelno se nalaze genski čimbenici, bihevioralni modeli poremećaja počivaju na teoriji učenja, prakticanjem i repeticijom, uz važnost emocionalne regulacije (Roberts 2013; Herpetz & Herpetz Dahl-

Tablica 58.1.

Velike grupe srodnih poremećaja s kontrolom impulsa

	Ovisnosti o supstancijama	Bihevioralne (ponašajne) ovisnosti	Poremećaji kontrole impulsa	Poremećaji kontrole impulsa s obzirom na vlastito tijelo	Poremećaj s tjelesnom dismorfijom (PTD)	Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)
Entiteti	- droga - alkohol	- patološko kockanje - patološko korištenje interneta i videoigrica	- piromanija - kleptomanija	- dermatotilomanija - grizenje noktiju - trihotilomanija	kao gore	kao gore
Ostali entiteti	/	- patološko kupovanje - ovisnost o seksu	- intermitentni (koji se javlja na mahove) eksplozivni poremećaj	- samoozljeđivanje	/	- bolest skupljanja (<i>hoarding disorder</i>)
Komentar	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> ovisnosti ↔ poremećaji kontrole impulsa ↔ PTD ↔ OKP </div>					

mann, 2011). Kognitivni modeli dodaju bihevioralnom modelu disfunkcionalne misli (Roberts 2013). Psihodinamski koncept upućuje na razinu konflikta ili održane strukture ličnosti (Roberts 2013). Ovdje se posebno navode oštećenja objektnih odnosa, odnosno prisutnost različitih nesvjesnih konflikata. Kod poremećaja fokusiranih na vlastito tijelo, u usporedbi s poremećaj objektnih odnosa, dolazi do introjeksijske lošeg objekta i njegova projiciranja u određeni dio tijela, a u svrhu zaštite preostalog dijela selfa i objekta (Begovac 2004). Psihodinamski gledano, dinamika može biti slična OKP-u (v. posebno poglavlje 57). U terapiji se primjenjuju kognitivno-bihevioralne i psihodinamske psihoterapije, a po potrebi se rabi i medikamentna terapija.

58.2. „Bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“

58.2.1. Patološko kockanje

„Uobičajeno, rekreativno kockanje ili socijalno kockanje“ označuje uobičajenu uporabu kockanja, ali ono nema elemente ovisnosti ili gubitka kontrole impulsa. S obzirom na „patološko kockanje“, granica može katkada biti fluidna.



U MKB-10 patološko je kockanje ubrojeno u poremećaj kontrole impulsa, dok ga je DSM-5 revolucio-

narno ubrojio u grupu ovisnosti, odnosno u „bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“, jer ima sličnosti s ovisnostima (npr. od alkohola i droga) u simptomima (tolerancija, žudnja, simptomi ustezanja), komorbiditetu, nasljeđu te promjenama mozga (Clark 2014; Steinhilber 2010).

Patološko kockanje označuje nemogućnost odupiranja porivu za kockanjem (kompulzivno ponašanje) unatoč teškim osobnim, obiteljskim ili poslovnim posljedicama svojeg djelovanja. Postoji više epizoda patološkog kockanja tijekom jedne godine. Ne dolazi do financijske koristi, a često se unatoč subjektivnom pritisku i poremećaju funkcionalnosti ove aktivnosti nastavlja. Označuje stalnu obuzetost (okupiranost) u mislima te nemir pri pokušaju da se odupre impulsu, dakle uz slabu samokontrolu i kognitivne distorzije (Hammond i sur. 2014). Često se od obitelji i prijatelja ovaj poriv skriva ili se pak pribjegava lažima. Nisu rijetke ni pozajmice od drugih osoba radi zadovoljavanja svojeg poriva. Različiti se čimbenici mogu naći pri patološkom kockanju (Hammond i sur. 2014). „Okidači“ za kockanje mogu biti različiti, od pritiska/žudnje do tjeskobe. Motivacije za patološko kockanje mogu biti nalaženje ekscitacije, financijski razlozi, bijeg pa sve do socijalnih razloga. Osoba može satima svakodnevno ili tjedno provoditi u patološkom kockanju.

Tablica 58.2.

Različite grupe poremećaja kontrole impulsa u odnosu prema ovisnostima

Entiteti	Ovisnosti (alkohol, droge)	Patološko kockanje	Patološko korištenje interneta i igara	Piromanija	Kleptomanija
Klinička slika	Simptomi: tolerancija, žudnja, simptomi ustezanja	Označuje stalnu obuzetost (okupiranost) u mislima, te nemir pri pokušaju da se odupre impulsu, dakle uz slabu samokontrolu i kognitivne distorzije. Simptomi: tolerancija, žudnja, simptomi ustezanja	- Kompulzivno korištenje internetom i igranjem; -narušena funkcionalnost u drugim domenama života, kao što su npr. školske obveze ili poslovni zadatci, kao i socijalno povlačenje	Bizarna potreba ili želja da se namjerno nešto zapali; - fascinacija temama koje imaju veze s vatrom. -repetitivna i destruktivna prema okolini i drugim predmetima, ona je namjerna i planirana	- Nemogućnost kontrole repetitivnog poriva za krađom predmeta, koji zapravo nemaju nikakvu osobnu korist niti služe bogaćenju
Posebni klasificiranja	Ovisnost o vanjskim supstancijama		Biheioralne ovisnosti		Poremećaj kontrole impulsa s obzirom na vatru ili tuđe stvari (nije u odnosu prema vlastitom tijelu)
Etiopatogeneza	- Genetika, neurobiološka baza; model vulnerabilnosti; okolina	- Slično kao i kod ovisnosti zbog alkohola ili droga; uključuje neurobiološku bazu, model vulnerabilnosti, kao i emocionalne i kognitivne modele		Slična poremećajima ponašanja i antisocijalnim poremećajima ličnosti	- Slična poremećajima kontrole impulsa i drugim poremećajima
Dominantna terapija	- Psihoterapija; obiteljski pristup; medikamentno liječenje	- Psihoterapija - Stacionarno liječenje	- Psihoterapija - Stacionarno liječenje	- Psihoterapija; - Pedagoške mjere; - Medikamentno liječenje	- Psihoterapija; - Medikamentno liječenje
Komentar	U tablici strelice pokazuju kontinuum između ovisnosti o vanjskim supstancijama i poremećaja kontrole impulsa s obzirom na fascinaciju vatrom i tuđim predmetima, što npr. objašnjava da je osoba s piromanijom u remisiji npr. skloniji patološkom kockanju i drugim ovisnostima (alkohol, droge).				

U **dijagnostici** se koristimo uobičajenim metodama dječje psihijatrije. **Diferencijalnodijagnostički**, treba ga razlikovati od manije, poremećaja ponašanja, kao i zlorabe supstancija. Posebno se čini problematičnim komorbiditet patološkog kockanja i zloraba kanabisa u adolescenata (Hammond i sur., 2014).

Etiopatogeneza je slična drugim ovisnostima, koja uključuju neurobiološku bazu, model vulnerabilnosti, kao i emocionalne i kognitivne modele (Brand i sur. 2016; Clark 2014; Potenza i sur. 2013). U ovom se poremećaju fundamentalno zrcali pitanje kako može doći do ovisnosti, bez prethodnog utjecaja nekih vanjskih sredstava (droga, alkohol). Ovdje vjerojatno veliku ulogu imaju emocionalni procesi i kognitivne distor-

zije (primjerice tzv. iluzija kontrole i prividnost igrača). Ovi biheioralni i kognitivni procesi mogu upućivati na slične mehanizme kao kod drugih biheioralnih ovisnosti kao što su debljina i poremećaj prejedanja (v. posebna poglavlja 59 i 60), kompulzivno kupovanje i prekomjerno korištenje internetom (Clark 2014).

U **terapiji** se primjenjuje kognitivno-biheioralna terapija (detaljna analiza ponašanja, tehnike samokontrole, imaginativno desenzibiliziranje kroz konfrontaciju s poticajima), kao i psihodinamske terapije (Potenza i sur. 2013). Pokatkad je korisna stacionarna hospitalizacija da bi se adolescentu omogućila redovita psihoterapija uz strukturiran dnevni raspored te orijentaciju na školu. Poremećaj je obično kroničan, uz

Tablica 58.3.

Različite grupe poremećaja kontrole impulsa u odnosu prema OKP-u

Modificirano prema Conceicao Costa i sur. 2012; Grant i sur. 2012; Grant i sur. 2010; Roberts i sur. 2013.

Entiteti	Dermatotilomanija	Grizenje noktiju	Trihotilomanija	Poremećaj s tjelesnom dismorfijom (PTD)	OKP
Klinička slika i diferencijalna dijagnoza	<ul style="list-style-type: none"> - impulzivno grebanje koje se svjesno percipira; nema kognitivnih intruzija - nedovoljna motorna inhibicija - u načelu ne manipulira se kožom (licem) radi vlastitog fizičkog izgleda (nema načelno veze s poremećajem sheme tijela) - uz prateće emocije - češće djevojke - češće pojavljivanje u obiteljima 	<ul style="list-style-type: none"> - grizenje noktiju i okolne kožice - prateće emocije: pojava tijekom stresa, tjeskobe, ili konflikta; umirivanje; kanaliziranje agresije; autokažnjavanje 	<ul style="list-style-type: none"> - uobičajeno opsesija ne prethodi čupkanju kose - nakon čupkanja obično nastupa smirenje - neurokognitivno je umjereno oštećena motorna inhibicija, kao i umjerena nedovoljna kognitivna fleksibilnost - prateće emocije: sram, krivnja, slabo samopoštovanje; češće djevojke 	<ul style="list-style-type: none"> - važnost i opsjednutost vlastitim fizičkim izgledom uz emocionalne manifestacije, te provjeravanje izgleda uz socijalno izbjegavanje - ako postoji poremećaj sheme tijela, pacijenti neće dobiti dodatnu sekundarnu dijagnozu dermatotilomanije - podjednako djevojke i dječaci 	<ul style="list-style-type: none"> - dominacija ego- distonih (opsesivnih) misli - nedovoljna kognitivna fleksibilnost - nastaje zbog „opasnih znakova” npr. prljavština, klice; koje ne moraju biti praćene emocijama; - podjednako djevojke i dječaci; - češće dodatno postoji poremećaj sheme tijela nego dermatotilomanija - teža klinička slika
Posebnosti klasificiranja	Na tijelo fokusirano impulzivno ponašanje			Dominacija opsesivnih misli	
Posebosti terapije	<ul style="list-style-type: none"> - psihoterapija; nije tako dobar odgovor na SIPPS 	<ul style="list-style-type: none"> - alternativne metode oterećenja; - psihoterapije 	<ul style="list-style-type: none"> - psihoterapija; medikamentna terapija; nije dobar odgovor na SIPPS 	<ul style="list-style-type: none"> - psihoterapija - dobar odgovor na SIPPS 	<ul style="list-style-type: none"> - uz psihoterapiju, često se primjenjuje medikamentna terapija (SIPPS)

Komentar

motorna impulzivnost



opsesivnost (kognitivna)

Ako pretpostavimo kontinuum između dermatotilomanije i OKP-a, kako je prikazano u ovoj tablici, onda bi kod dermatotilomanije dominirali impulzivnost i nedostatak motorne kontrole, dok bi kod OKP-a dominirale opsesivne misli i kognitivna nefleksibilnost, kao i teža klinička slika. Primjerice, u tom bi smislu grizenje noktiju, trihotilomanija i poremećaj s tjelesnom dismorfijom bili u sredini, odnosno poremećaj s tjelesnom dismorfijom bio bi bliži OKP-u; strelica upućuje i na moguće komorbiditete.

Tablica 58.4.**Razlika između impulzivnosti i kompulzije.**

Modificirano prema Arzeno Ferrao i sur. 2006; Fontanelle i sur. 2005.

Impulzivni tip	Kompulzivni tip
Emocionalno	Racionalno, najčešće dolazi iz opsesivnih misli
Ne može se oduprijeti, nema kontrole	Može se privremeno oduprijeti
Naglo	Postupno
Neplanirano, nije prema cilju orijentirano	Planirano, prema cilju orijentirano
Relativno ugodno tijekom aktivnosti	Neugodno tijekom aktivnosti
Osjećaj krivnje nakon aktivnosti	Nema osjećaja krivnje nakon aktivnosti, cilj je neutralizirati neugodu
Ego-sintono	Ego-distono
Nije ritualizirano	Ritualizirano, stereotipno
Primjer: dijete prekida impulzivno druge u govorenju	Primjer: rituali pranja ruku

napredujuće sankcije od okoline, uključujući i socijalno isključenje.

58.2.2. Patološko korištenje internetom i videoigrama (engl. *internet gaming disorder ili compulsive-impulsive internet usage disorder*)

Uobičajeno korištenje internetom i igrama na internetu ima svoju uporabu u suvremenom svijetu i svoje pozitivne osobine. S druge strane, korištenje internetom može imati i svoje negativne strane, jer djeca dolaze u kontakt s agresivnim, obscenijivskim i pedofilskim sadržajima, a pogotovo ako roditelji nemaju nadzor nad onime s čime djeca dolaze u kontakt. Moguće je „patološko“ korištenje internetom i igricama, koje pokazuje ovisničko ponašanje, slično kao što i patološko kockanje danas ubrajamo u ovisnosti (Herpetz i Herpetz-Dahlmann 2011). U MKB-10 ne postoji ova dijagnoza, dok ga DSM-5 ubraja u stanje potrebno za daljnje istraživanje.

Postoje kontroverze o definiranju patološkog korištenja internetom i videoigrama. Klasifikacijski je sli-

čan drugim „bihevioralnim ovisnostima“ kao npr. patološkom kockanju i specifično se naziva „ovisnošću o internetu“ (Clark, 2014). Pojedinci obično igraju satima tijekom dana *on-line* igrice u kojima ima više igrača, npr. igrica „World of Warcraft“. Stanje traje barem godinu dana. Ključni kriterij, kao i kod svih drugih poremećaja, bila bi narušena funkcionalnost u drugim domenama života, kao što su npr. školske obveze ili poslovni zadatci, kao i socijalno povlačenje. Povezano je s usamljenošću, depresijom, vulnerabilnošću na stres i lošim samopoštovanjem (Brand i sur. 2016; Brand i sur. 2014). Mogu postojati simptomi ustezanja ako se onemogućiti korištenje internetom ili igrama. Stalno se razvija sve veća potreba za igranjem (tolerancija). Postoje obično pokušaji prekidanja uporabe, međutim, oni su bezuspješni. Gube se interesi prema drugim slobodnim aktivnostima. Obično se skriva vrijeme provedeno na internetu ili igricama. Zanimljivo je da druge važne obveze. Vjerojatno su često prisutni **komorbiditetni** poremećaji, koje treba također liječiti, npr. depresija, OKP, socijalna fobija, hiperkinetski sindrom itd. (Brand i sur. 2014). Prevalencija zbog različitih kriterija nije poznata.

U **dijagnostici** se koristimo uobičajenim metodama dječje psihijatrije. **Diferencijalnodijagnostički**, treba se razlikovati od manije, depresije, poremećaja ponašanja, kao i zlorabe supstancija. **Etiopatogeneza** je slična drugim bihevioralnim ovisnostima, koje uključuje neurobiološku bazu, model vulnerabilnosti, kao i emocionalne i kognitivne modele (Brand i sur. 2016; Brand i sur. 2014; Clark 2014; Dong i Potenza 2014).

U **terapiji** se primjenjuje kognitivno-bihevioralna terapija (detaljna analiza ponašanja, tehnike samokontrole), kao i psihodinamske terapije. Slično kao pri patološkom kockanju, pokatkad je korisna stacionarna hospitalizacija, da bi se adolescentu omogućila redovita psihoterapija uz strukturiran dnevni raspored, te orijentacija na školu.

58.3. Poremećaji kontrole impulsa u užem smislu

58.3.1. Piromanija (patološko paljenje)

Oni koji uzrokuju paljenje (engl. *fire-setters*) načelno su sve osobe koje pale zbog različitih razloga (Merrick i sur. 2013). „**Obično paljenje**“ može označivati normalnu **radoznalost djeteta** u razvojnoj dobi i

može se pojaviti već u predškolskoj dobi ili se paljenje može dogoditi slučajno (Lambie i Randell 2011). U onih koji pale (engl. *fire-setters*) označuje se ponašanje (engl. *behavior*), a ne psihijatrijski poremećaj. Pojedini autori dijele osobe koje pale na one ne-patološke (dakle radoznale i slučajne) i na patološke (oni koji traže pomoć, delinkventi, teško psihički poremećeni, kognitivno oštećeni i socijalno-kulturološko paljenje) (Lambie i Randell 2011).

Piromanija označuje psihijatrijski poremećaj i odnosi se na ponavljajuće paljenje (barem dva), naoko bez nekog pravog motiva, i više je nego obična radoznalost, naime, postoji bizarna potreba ili želja da se namjerno nešto zapali (Herpetz i Herpetz-Dahlmann 2011; Merrick i sur. 2013). Može postojati tenzija prije zapaljivanja, kao i olakšanje nakon zapaljivanja. Postoji fascinacija temama koje imaju veze s vatrom ili u vezi s pozivanjem vatrogasaca. Piromanija je repetitivna i destruktivna prema okolini i drugim predmetima, ona je namjerna i planirana (Merrick i sur. 2013). I MKB-10 i DSM-5 ubrajaju ga u poremećaj kontrole impulsa.

Počinjeni palež (engl. arson), forenzički gledano, kazneno je djelo, međutim, može ga počiniti i dijete kada eksperimentira s vatrom, a ne mora biti odmah piromanija (Burton i sur. 2012). Pojedini autori razlikuju patološko paljenje, npr. kod poremećaja ponašanja, od piromanije. Piromanija je rijedak poremećaj.

U **dijagnostici** se koristimo uobičajenim metodama u dječjoj psihijatriji, intervjuom i drugim metodama. Dijagnoza piromanije može imati veliku forenzičku vrijednost. Rijetku piromaniju treba razlikovati od normativnog eksperimentiranja djece u djetinjstvu s paljenjem, kao i od paljevine u sklopu poremećaja ponašanja, kao i od afektivnih poremećaja (posebno manije), OKP-a, epilepsije, razvojnih poremećaja ličnosti, zlorabe alkohola i supstancija itd. (Burton i sur. 2012). Moguć je i komorbiditet s prethodnim poremećajima.

U **etiopatogenezi** mogu sudjelovati različiti čimbenici, najčešće se u literaturi navode čimbenici povezani s poremećajem ponašanja i antisocijalnim poremećajem ličnosti (obiteljska disfunkcija, traume, individualna psihopatologija), dakle, obično je riječ o nizu rizičnih i nepovoljnih čimbenika u pojedinaca i obitelji (Lambie i Randell 2011).

U **terapiji** se primjenjuju metode kognitivno bihevioralne psihoterapije: tehnike averzije, monitoriranje osjećaja povezanih s vatrom; „zadovoljština“ (paljenje

uz nadzor); uz pedagoške mjere, kao i psihodinamske terapije, rad s roditeljima i obiteljske terapije (Herpetz i Herpetz-Dahlmann 2011; Lambie i Randell 2011). Može se pokušati i medikamentna terapija, slično drugim poremećajima kontrole impulsa (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina /SIPPS/, antiepileptici, antipsihotici, litij i drugi lijekovi) (Burton i sur. 2012). Tijek je kroničan ako se ne liječi (Burton i sur. 2012). Prethodna paljenja veliki su prediktor novih paljenja u budućnosti. Ako dođe do remisije, veliki je rizik od nastanka drugih poremećaja (npr. zloraba supstancija, patološko kockanje itd.).

58.3.2. Kleptomanija (patološka krađa)

Kod kleptomanije je riječ o vrlo rijetkom poremećaju i treba ga razlikovati od „obične krađe“ iz dućana koji mogu biti prisutni u adolescenciji. Osoba se ne može oduprijeti (nemogućnost kontrole) repetitivnom porivu za krađom predmeta (barem dvije počinjene krađe), koji zapravo nemaju nikakvu osobnu korist niti služe bogaćenju (Grant 2006; Herpetz i Herpetz-Dahlmann 2011). Postoji i tenzija prije krađe, kao i naknadno smirenje ili osjećaji krivnje (Grant 2006). Može biti povezano s dosadom i beznadnosti, ili s depresijom (Grant i sur. 2011). Aktivnosti ne nastaju zbog bijesa ili osvete. I MKB-10 i DSM-5 kleptomaniju ubrajaju u poremećaj kontrole impulsa. Pojedini autori zagovaraju podtipove kleptomanije, odnosno da su određeni tipovi kleptomanije povezani s OKP-om, dok su drugi tipovi povezani s ovisnostima i poremećajima raspoloženja (Grant 2006).

U **dijagnostici** primjenjujemo uobičajene metode dječje i adolescentne psihijatrije. Slično piromaniji, dijagnoza kleptomanije može imati veliku forenzičku vrijednost (Saluja i sur. 2014). **Diferencijalnodijagnostički**, treba je razlikovati od poremećaja ponašanja, emocionalnog poremećaja, kao i zlorabe supstancija. Može postojati posebna povezanost s podtipom multi-impulzivne bulimije nervoze (Herpetz i Herpetz-Dahlmann 2011). Gotovo je pravilo da postoje i **komorbiditetni poremećaji** (Saluja i sur. 2014).

Etiopatogeneza je slična poremećajima kontrole impulsa, OKP-a, poremećaja ponašanja, antisocijalnom poremećaju i ovisnostima (bihevioralne /ponašajne/ ovisnosti), kao i afektivnim poremećajima i posttraumatskim stanjima (Grant 2006; Talih 2011).

U **liječenju** se primjenjuje kognitivno bihevioralna terapija (npr. averzivne tehnike), uz savjete da se samo-

stalno ne posjećuju dućani, kao i psihodinamske terapije. Od medikamentne terapije SIPPS-i ne daju toliko rezultata, međutim, druge vrste lijekova daju obećavajuće rezultate (litij, antiepileptici, opioidni antagonisti) (Grant 2006). Poremećaj može biti sporadičan, epizodičan, ili kroničan.

58.4. Poremećaji kontrole impulsa s obzirom na vlastito tijelo

58.4.1. Dermatitilomanija (engl. *Excoriation disorder ili skin picking disorder*)

58.4.1.1. *Definicija, klasifikacije, klinička slika*

Ovaj poremećaj čini zasebnu valjanu (validnu) i klinički prikladnu dijagnozu (Snorrason i sur. 2013; Spitzcok von Brisinski i Habermeyer 2009). Riječ je o repetitivnom i stereotipnom načinu samoozljeđivanja (Lang i sur. 2010). Poremećaj nastaje unutarnjom napetosti, opservacijom vlastite kože, kao i manipuliranjem kožom, tako da nastaju male lezije, ali se ne radi o primarnim dermatološkim bolestima (Roberts i sur. 2013). Nakon toga se takve lezije dalje grebu ili stišću tako da mogu nastati kraste i ožiljci. Opsesivno stiskanje prišteva i mitesera također se ubraja ovamo. Naglasak nije na bolesti kože, već na opsesivnom grebanju ili stiskanju. Osobe se pokušavaju oduprijeti potrebi za manipulacijom kožom, međutim, neuspješno. Najčešće je zahvaćeno lice, ali mogu biti zahvaćeni i ostali dijelovi kože, npr. ramena, ruke itd. (Grant i sur. 2012). Osobe obično satima promatraju sebe u zrcalu i manipuliraju kožom (Grant i sur. 2012; Spitzcok von Brisinski i Habermeyer 2009) te mogu kasniti u školu, na sastanke i druga događanja, odnosno izaziva se socijalna disfunkcionalnost. Izazivači mogu biti stres, tjeskoba, nestrukturirano vrijeme (npr. sjedenje na kauču, čitanje), ili kad su osobe same ili kad osjećaju prazninu, dosadu ili bijes, ili pak pri nekim promjenama kože ili osobe same imaju osjećaj da je koža promijenjena (Grant i sur. 2012). Poremećaj može nastati polagano i nesvjesno, a poslije osoba postaje svjesnija svojih aktivnosti, slično kao i kod trihotilomanije. Manje od 20 % osoba koje imaju ovaj poremećaj javljaju se stručnoj osobi za pomoć.

Pojedini autori dijele ovaj poremećaj u dvije podgrupe. Jedna se podgrupa odnosi na potrebu da se ima „perfektno“ lice, a ova je varijanta bliska poremećaju s tjelesnom dismorfijom. Druga se podgrupa odnosi više na unutarnju napetost, stres, opsesivnost i olakša-

nje nakon manipulacije (Spitzcok von Brisinski i Habermeyer 2009).

58.4.1.2. *Epidemiologija, dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet*

Najčešće se manipulira licem, ali može biti uključen bilo koji dio tijela. U dermatološkim je klinikama prevalencija oko 2 %. Poremećaj se rjeđe detektira, a, posljedično tomu, i rjeđe liječi (Snorrason i sur. 2013). Pri **dijagnostici** se koristimo uobičajenim metodama u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. U dijagnostici se mogu dodatno primjenjivati različiti intervjui, kao i liste simptoma (Grant i sur. 2010; McGuire i sur. 2012). Potrebno je učiniti somatski, dermatološki pregled zbog mogućih različitih stanja (svrab, atopični dermatitis, psorijaza, sekundarne infekcije, potreba davanja antibiotika, septička stanja itd.), kao i laboratorijske pretrage kao npr. hormonalne pretrage (hormoni štitnjače i paratiroideje), jetrene probe, nalazi funkcije bubrega, probir na droge u urinu (Grant i sur. 2012). **Diferencijalnodijagnostički**, treba poremećaj razlikovati od artifičijalnog poremećaja, OKP-a, poremećaja s tjelesnom dismorfijom, trihotilomanijom, sumanutih poremećaja, ovisnosti, razvojnih poremećaja (autistični spektar, intelektualne teškoće npr. Prader-Willijev sindrom), kao i dermatoloških bolesti (Grant i sur. 2012; Lang i sur. 2010). Kod artifičijalnih poremećaja važna je uloga osobe da bude bolestan i da se predstavi medicinskom timu; nije toliko svjesna namjera; kod sumanutosti poremećaj dobiva sumanutu karakter. S obzirom na OKP, dermatitilomanija je češća kod djevojaka, udruženost s drugim poremećajima kontrole impulsa u odnosu prema tijelu (trihotilomanija, grizenje noktiju), u obitelji postoje slični poremećaji, nedovoljna motorna inhibicija, dok kod OKP-a postoji manja kognitivna fleksibilnost (Grant i sur. 2012).

Moguć je **komorbiditet** s OKP-om (do 52 %), depresijom (do 48 %), trihotilomanijom (do 38 %), ovisnostima (do 36 %), poremećajem s tjelesnom dismorfijom (do 32 %), anksioznim poremećajima (do 23 %), poremećajima jedenja, kleptomanijom, impulzivnim kupovanjem, anankastičnim (opsesivnim) i *borderline* poremećajem ličnosti (Grant i sur., 2012; Spitzcok von Brisinski i Habermeyer, 2009).

58.4.1.3. *Etiopatogeneza, terapija, tijek*

Etiopatogeneza je slična drugim poremećajima kontrole impulsa. Neurobiološki je slična geneza kao

kod samoozljeđujućeg ponašanja (v. posebno poglavlje 29). Pacijenti se rijetko obraćaju stručnim osobama za pomoć jer se srame poremećaja ili smatraju da je jednostavno riječ o „lošoj navici“ ili da terapija ne može pomoći, odnosno poremećaj se rjeđe liječi (Grant i sur. 2012; Snorrason i sur. 2013). Slično drugim poremećajima kontrole impulsa primjenjuju se različite vrste terapija. Rabe se kognitivno-bihevioralne terapije (metode osnaživanja, re-direkcija pažnje), zaštitne mjere (npr. zaštitne rukavice), relaksirajuće tehnike, multimodalne terapije, kao i psihodinamske terapije (Lang i sur. 2010; Spitzczok von Brisinski i Habermeyer 2009). Može se upotrebljavati i medikamentna terapija (npr. fluoksetin, sertralin i drugi). U djece s utvrđenim osnovnim bolestima npr. autistični spektar poremećaja i/ili intelektualne teškoće primjenjivat će se osnovna terapija uz dodatne prije opisane terapije (Lang i sur. 2010). Tijek je obično kroničan, s izmjenjujućim intervalima. Potencijalne su posljedice dodatne infekcije, stvaranje ožiljaka te posljedično unakazivanje, koje mogu sekundarno uzrokovati psihičke poremećaje, odnosno lošije socijalno funkcioniranje.

58.4.2. **Grizenje noktiju** (engl. *nail biting* ili *onychophagia*)

Pojedini autori grizenje noktiju ubrajaju u „habitualne“ poremećaje (v. posebno poglavlje 36 o motoričkim stereotipijama i sličnim poremećajima) (Remschmidt 2011). U kliničkoj slici nokti mogu biti izgrizeni sve do korijena nokta, uključujući i okolnu kožicu. Kožicu katkada ispljunu van, a kadšto je progutaju. Često se pojačava u stanjima stresa, straha, usamljenosti ili u konfliktnim situacijama (Remschmidt 2011; Roberts i sur. 2013; Tanaka i sur. 2008). Pojedine često prateće emocije jesu dosada i frustracija (Roberts i sur. 2013). Objašnjava se „nasilnim karakterom“ prema samome sebi, odnosno nemogućnošću kanaliziranja agresivnih tendencija. Obično ne nastaje prije 4 – 5 godine života, najčešće se javlja u dobi od 8 do 10 godina i prisutna je do 20 % desetogodišnjaka. MKB-10 ubraja ga u druge određene poremećaje tipične za djetinjstvo (F98.8), dok ga DSM-5 ubraja u spektar OKP-a. Često se nalazi u **komorbiditetu** s drugim poremećajima, pa se zbog dominantnosti težih kliničkih slika zanemaruje problem grizenja noktiju.

U **etiopatogenezi** se često nalaze restriktivni odgoj te motorička restrikcija i ometanje agresivnih načina očitovanja (Remschmidt 2011). Pojavljuje se češće u

obiteljima u kojima postoji manjak osjećajnosti (emocionalnosti). Može se shvatiti kao neprikladno „emocionalno pražnjenje“, ili kao nadomjesno zadovoljstvo. Mogu se pojavljivati u dvama tipovima djece: 1. u motorički nemirne djeca, hiperaktivne djece, lako podražljive, koja imaju i druga ponavljajuća (habitualna) ponašanja; 2. U prekomjerno tjeskobne djece, koja su inhibirana motorički i emocionalno. Ponašanje se može razumjeti i kao samokažnjavanje.

Terapijski gledano, na simptomatologiju je često teško utjecati. Treba izbjegavati kažnjavanje djece jer to povećava sram i nelagodu djeteta, a simptomi mogu postati i još kompleksniji. Kao i pri sisanju prsta potrebna je analiza mehanizma nastanka te treba pokušati na njih djelovati. Postoje različite terapijske mogućnosti: stvaranje alternativnih načina oterećenja, metode relaksacije radi redukcije straha i unutarnjeg nemira; kanaliziranje hiperaktivnosti i impulzivnosti kroz motoričke aktivnosti, npr. sportske aktivnosti. Primjenjuju se i psihoterapije (terapija igrom, kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamske terapije) (Tanaka i sur. 2008).

58.4.3. **Trihofilomanija (čupkanje kose)**

58.4.3.1. **Klinička slika, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti**

U kliničkoj slici postoji impuls za čupkanjem, koji se ne može obuzdati, uz izvršeno zavrtnanje, povlačenje i čupkanje kose, s konačnim gubitkom kose, kao i trepavica ili obrva, ili može biti njihova kombinacija (Remschmidt 2011). Postoji napetost prije samog čupkanja ili pri pokušaju obuzdavanja impulsa, kao i posljedično olakšanje napetosti, osjećaj zadovoljstva nakon čupkanja (Spitzczok von Brisinski i Habermeyer 2009). Česti su osjećaji krivnje, srama i lošeg samopoštovanja (Harrison i Franklin 2012). Katkada počinje opsesijom oko simetrije te oko posebnih čuperaka, kao i istraživanjem vlastite kose. Bol se obično ne percipira, ili se pak ignorira ili se osjeća kao ugodno iskustvo (Spitzczok von Brisinski i Habermeyer 2009). Postoji potreba da se prestane s čupkanjem kose. Neka djeca gutaju počupanu kosu, pa se kosa može nakupljati u želudcu, slično stranom tijelu (**trichobezoar**). U težim slučajevima može doći do potpunog nestanka kose. Tijekom čupkanja djeca mogu doživjeti osjećaj zadovoljstva, odnosno ono može biti nadomjestak za osjećaj praznine (Remschmidt 2011; Spitzczok von Bri-

sinski i Habermeyer 2009). Obično se događa čupkanje tijekom uspavlivanja navečer, pri pisanju domaćih zadaća ili drugih sjedećih aktivnosti, kao što je gledanje TV-a. U pravilu su tada djeca sama u sobi (Steinhausen 2010). Djeca područja bez kose mogu skrivati šeširima, kapama ili perikama. Pojedini autori razlikuju automatizirano čupkanje (nesvjesno) od fokusiranog čupkanja (kada je čupkanje više svjesna aktivnost). MKB-10 ubraja ga u poremećaj kontrole impulsa, a DSM-5 u grupu OKP-a. Prisutan je u oko 2 do 5 % djece u dobi od 7 do 11 godina. Često počinje u osnovnoj školi.

Dijagnostički procjenjujemo simptome, težinu simptomatologije, funkcionalno oštećenje te opće funkcioniranje (Franklin i sur. 2011; Harrison i Franklin 2012). Pri dijagnostici primjenjujemo uobičajene metode u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. U dijagnostici se mogu dodatno upotrebljavati različiti intervjui, kao i liste simptoma (Franklin i sur. 2011; Harrison i Franklin 2012; McGuire i sur. 2012; Spitzcok von Brisinski i Habermeyer 2009). Potrebno je učiniti somatski, dermatološki pregled zbog mogućih drugih različitih stanja.

Diferencijalnodijagnostički, poremećaj treba razlikovati od kožnih bolesti (npr. alopecija areata), manipulacije kosom u sklopu stereotipija te od sumanutog čupkanja kose u sklopu shizofrenih poremećaja. Diferencijalnodijagnostički treba također isključiti trihobezoar (ultrazvukom, radiološki ili endoskopski). Trihobezoar može imati dodatne simptome i komplikacije: bolovi u trbuhu, ileus, krvarenja, perforacije s peritonitisom, stvaranje ulkusa, enteropatija s gubitkom bjelančevina, pankreatitis i apendicitis. Posljedice mogu biti i malapsorpcijski sindrom s različitim biokemijskim promjenama uz dijareju, steatoreju (Spitzcok von Brisinski i Habermeyer 2009).

Komorbiditetno gledano, obično je dio težega psihičkog poremećaja. U tom smislu može se pojaviti u djece s intelektualnim teškoćama, ali i u depresivne djece, npr. uz kombinaciju drugih stereotipija i ponavljajućih (habitualnih) ponašanja (npr. sisanje prsta, grizenje noktiju, manipulacije genitalijama). U literaturi nije dovoljno jasno je li čupkanje kose zaseban entitet ili je riječ o poremećaju uz druge poremećaje: u 60 % postoji afektivni poremećaj, do 40 % postoji anksiozni poremećaj ili OKP, u adolescenciji u do 20 % slučajeva postoji i zloraba supstancija, a mogu postojati i drugi poremećaji (poremećaji jedenja, poremećaji ponašanja) (Harrison i Franklin 2012; Remschmidt 2011).

58.4.3.2. *Klinička vinjeta*

Adolescent od 16 godina navodi kako od svoje 11 godine čupka kosu. To je počelo lagano zavrtnanjem kose, te posljedičnim čupkanjem, nakon čega je slijedilo određeno psihičko olakšanje. Ovo je većinom radio u trenucima kada se htio smiriti. Inače, povremeno ima probleme s impulzivnošću, tako da mu trebaju trenutci za smirenje. U tog je adolescenta bio izražen konflikt za autonomijom s obzirom na vlastite regresivne potrebe za ovisnošću (zaštitom, pažnjom, maženjem, blizinom drugih). Na koži vlasišta bili su areali bez kose, u slučaju dulje kose, pa se većinom šišao na vrlo kratko da ne bi dolazio u napast da čupka kosu. Primijenjena je psihoterapija.

58.4.3.3. *Etiopatogeneza, terapija, tijek*

Etiopatogenetski gledano, s obzirom na osjećaj zadovoljstva, bolest može zadobiti ovisnički karakter. Hipoteza o manjku stimulacije govori o potrebi čupkanja kose da se postane aktivnije svjesniji svojeg tijela. Ovo govori u prilog hipotezi o stresu i neurobiološkim aspektima (disregulacija serotoninergičkog sustava), slično OKP-u. Psihodinamski može biti riječ o potisnutim agresivnim impulsima, tijelo postaje objekt agresije, osjećaji krivnje se smanjuju zbog doživljenog bola. Pojedini autori navode da ova djeca imaju pojačanu potrebu za tjelesnom nježnošću i potrebu za prijanjanjem, koje nisu dobili od svoje okoline (Remschmidt 2011). Dakle, riječ je o poremećaju rane interakcije majka – dijete, odnosno moguće su deficitarne obiteljske interakcije, odnosno može se raditi o posttraumatskim stanjima nakon stresova, traumi, separacija, gubitaka (Spitzcok von Brisinski i Habermeyer 2009; Steinhausen 2010). U pojedine djece simptom postaje tvrdokorna navika ili OKP, na koji je teško utjecati. Postoji sličnost s OKP-om jer dijete nema sposobnosti oduprijeti se impulsu za čupkanjem.

Terapijski je potrebno razmotriti mehanizam nastanka, a, ako postoji druga osnovna psihička bolest, potrebno ju je liječiti. Biheavioralne su se terapije pokazale učinkovitim u djece s intelektualnim teškoćama, kao i kod simptoma koji su postali stalni. Mogu se primjenjivati i kognitivne metode (samokontrola, učenje alternativnih modela, relaksirajuće tehnike). Ako postoji povezanost s poremećajima u vezi s funkcijom mozga, potrebna je medikamentna terapija (antipsihotici ili SIPP) (Herpetz i Herpetz-Dahlmann 2011). U posljednje vrijeme postoje naznake o uporabi novije medi-

kamentne terapije (atipični antipsihotici, opioidni blokatori, modulatori glutamata) (Franklin i sur. 2011; Harrison i Franklin 2012). Psihodinamske terapije mogu se primjenjivati u slučaju prisutnih konflikata i razvojnih deficita. Potreban je rad s roditeljima. Korisne su i obiteljske terapije (Spitzcok von Brisinski i Habermeyer 2009). Može se uporabljivati i kombinacije prijepisanih metoda, npr. biheioralne i medikamentne (Franklin i sur. 2011; Harrison i Franklin 2012). Liječenje može trajati od nekoliko mjeseci do nekoliko godina (Spitzcok von Brisinski i Habermeyer 2009).

58.5. Poremećaj s tjelesnom dismorfijom (PTD) (engl. *Body dysmorphic disorder*)

PTD karakterizira poremećaj pri kojemu postoji prekomjerna (opsesivna) preokupiranost doživljenim ili neznatno promijenjenim izgledom vlastitog tijela, a posebno se to odnosi na svoje lice (koža lica, izgled ušiju, nos, drugi dijelovi tijela, genitalije) (Begovac 2004; Buhlmann i sur. 2012; Phillips i Rogers 2011; Remschmidt 2011). Može biti povezan s OKP-om (Conceicao Costa i sur. 2012), ali se konceptualizira kao zasebni entitet. MKB-10 ga klasificira kao hipohondrijski poremećaj, dok ga DSM-5 ubraja u spektar OKP-a.

Klinički gledano, oko 70 % slučajeva počinje u adolescenciji (Mataix-Cols i sur. 2015). Kod PTD-a pacijent nije zadovoljan izgledom određenog dijela tijela, okupiran je defektima ili nedostacima, koje ne zamjećuju drugi, a posebno se to odnosi na vlastito lice. Često satima misle o tome, provjeravaju sebe, često i/ili izbjegavaju gledanje sebe u zrcalo te se koriste pretjeranom šminkom (Buhlmann i sur. 2012; Phillips i Rogers 2011). Često je potrebna potpora sebe u odnosu prema drugima u vezi s izgledom, usporedba sebe s drugima, kao i skrivanje određenih dijelova tijela (npr. nošenje šešira da bi se prikrla kosa). Odnos prema vlastitu izgledu pokatkad se čini kao bez uvida, odnosno zado-biva sumanut karakter, sami pacijenti za sebe mogu govoriti da izgledaju kao monstrumi ili žrtve opeklina, srame se vlastita izgleda, a mogu imati i ideje odnosa da svi drugi primjećuju njihove nedostatke (Phillips i Rogers 2011). Odbacuju medicinske nalaze ili komentare drugih da ne postoji tjelesni nedostatak. Oštećeno je socijalno funkcioniranje, pokušaji suicida u adolescenata se nalaze u do 44 % slučajeva, a češće se pojavljuju i samoozljeđivanje, kao i agresivno ponašanje

(Buhlmann i sur. 2012; Mataix-Cols i sur. 2015; Phillips i Rogers 2011). Pacijenti često traže kirurške ili kozmetičke korekcije i često, nakon kirurške ili kozmetičke korekcije, nisu zadovoljni učinjenim, pa se stoga ovi postupci ne preporučuju (Phillips i Rogers 2011). Ovdje treba razlikovati stvarne kozmetičke defekte kod kojih je opravdana kozmetička ili kirurška intervencija (tzv. klempave uši; deformacije dojke u djevojaka; ožiljci u djevojaka itd.).

U **dijagnostici** se koristimo intervjuom i drugim uobičajenim metodama u dječjoj psihijatriji, a uporabljaju se posebni intervjui i liste (Mataix-Cols i sur. 2015; Phillips i Rogers 2011). Tipično je da se teže dijagnostički detektira. **Diferencijalnodijagnostički**, potrebno je isključiti normalnu zabrinutost adolescenta za svoje tijelo, anoreksiju nervozu, koja je tipično povezana s vlastitom tjelesnom masom, kao i druge psihičke poremećaje (depresija, hipohondrija, shizofrenija, narcistički poremećaj ličnosti, OKP, perzistentni sumanut poremećaj, te druge poremećaje) (Begovac 2004; Phillips i Rogers 2011).

Komorbiditetno se pretpostavlja uska veza s OKP-om (Conceicao Costa i sur. 2012), kao i s drugim komorbiditetnim poremećajima. Ako postoji komorbiditet PTD-a i OKP-a, onda je riječ o težim kliničkim slikama u smislu težine bolesti, depresije, veće suicidalnosti, socijalne fobije, anoreksije i bulimije nervoze i dermatotilomanije.

Etiopatogeneza je slična drugim poremećajima kontrole impulsa, a ima i dosta sličnosti i s etiopatogenezom OKP-a. Pojedini autori u vezi s nastankom poremećaja upućuju na traume u djetinjstvu (Diddie 2006; Buhlman 2012).

Kod **terapije** PTD-a primjenjujemo slične smjernice kao kod drugih poremećaja kontrole impulsa, somatoformnog poremećaja, anksioznog poremećaja, OKP-a, odnosno konverzivnih i drugih disocijativnih poremećaja (Mataix-Cols i sur. 2015; Phillips i Rogers 2011). Kao učinkovite terapije pokazale su se psihoterapije (kognitivno-biheioralna i psihodinamska), kao i davanje SIPPS-a. Može biti koristan rad s roditeljima i obiteljske terapije.

58.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Kod poremećaja kontrole impulsa riječ je o heterogenim poremećajima. Postoje određeni entiteti koji se ubrajaju u poremećaj kontrole impulsa u užemu smislu: piromanija i kleptomanija. U poremećaje kontrole impulsa fokusiranih na vlastito tijelo ubrajamo dermatotilomaniju, grizenje noktiju, trihotilomaniju, a srodni poremećaj jest i poremećaj s tjelesnom dismorfijom. Patološko kockanje i patološko korištenje internetom nekada su ubrajani u poremećaj kontrole impulsa, međutim, danas ih ubrajamo u „bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“.
- ✓ Postojao je trend da su se poremećaji kontrole impulsa povezivali više s OKP spektrom poremećaja, međutim, danas ih pojedini autori povezuju više s ovisnostima i afektivnim poremećajima.
- ✓ Potrebno je biti svjestan da je kod poremećaja kontrole impulsa riječ o često kroničnim stanjima, tako da se trebaju prihvatiti ovi simptomi. Liječenje može biti dugotrajno.
- ✓ Treba svakako izbjegavati kažnjavanje djece zbog poremećaja kontrole impulsa, jer je riječ o psihičkim poremećajima, a ne jednostavno o djetetovoj „lošoj navici“. Nikako djeci ne treba povećavati sram, tjeskobu i nelagodu.
- ✓ Normalno, uobičajeno ponašanje, npr. povremena radoznalost djeteta prema vatri, povremena krađa nekih predmeta od prijatelja, normalna obuzetost (okupiranost) adolescenta vlastitim izgledom i vlastitim tijelom, normalno i rekreativno kockanje i normalno korištenje internetom treba razlikovati od onog koje je „patološko“. Patološko se dakle definira da je bez mogućnosti kontrole, ovisničko, impulzivno i kompulzivno, pretjerano, repetitivno, te vodi do daljnjih poremećaja: depresije, socijalne izolacije i drugih poremećaja.
- ✓ Poremećaji kontrole impulsa primarno se liječe psihoterapijom (kognitivno-bihevioralna i psihodinamska), drugim metodama, kao i dodatnim medikamentnim liječenjem.
- ✓ Pokatkad je stacionarno liječenje vrlo korisno za djecu i adolescente, jer se prekida začarani krug ovisnosti, poremećaja kontrole impulsa ili opsesivni karakter poremećaja.

- ✓ Treba umanjivati tjeskobu, stresove, usamljenost, dosadu, frustraciju te osjećaje u djece da su kriva za poremećaj.
- ✓ Potrebno je bolje strukturirati dnevni raspored djece i adolescenata, npr. u smislu poticanja redovitog školovanja te rekreativnih aktivnosti, npr. sportskih aktivnosti ili drugih izvan-nastavnih aktivnosti.

58.7. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: U što danas ubrajamo poremećaje kontrole impulsa?

ODGOVOR: Kod poremećaja kontrole impulsa riječ je o heterogenim poremećajima. Postoje određeni entiteti koji se ubrajaju u poremećaj kontrole impulsa u užemu smislu: piromanija i kleptomanija. U poremećaje kontrole impulsa fokusiranih na vlastito tijelo ubrajamo dermatotilomaniju, grizenje noktiju, trihotilomaniju, a srodni je poremećaj i poremećaj s tjelesnom dismorfijom. Patološko kockanje i patološko korištenje internetom nekada su ubrajani u poremećaj kontrole impulsa, međutim, danas ih ubrajamo u „bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“.

■ PITANJE: Kako danas etiopatogenetski definiramo „bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“?

ODGOVOR: Fundamentalno je važno da se „bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“ (ovisnost o kockanju, ovisnost o internetu) etiopatogenetski danas koncipiraju kao i ovisnosti o vanjskim sredstvima (alkohol, droge). U ovom modelu veliku važnost imaju različiti čimbenici, od kojih se posebno navode emocionalni modeli i kognitivni modeli.

■ PITANJE: Kakav je danas položaj poremećaja kontrole impulsa?

ODGOVOR. U užem smislu tipični su predstavnici poremećaja kontrole impulsa piromanija i kleptomanija. Kod njih dominira nemogućnost kontrole tih impulsa, napetost prije izvršenja te smirenje nakon izvršenog. Na tijelo fokusirani poremećaj gubitak kontrole impulsa ubrajamo dermatotilomaniju, grizenje noktiju, trihotilomaniju. Bliži spektru OKP-a jest poremećaj s tjelesnom dismorfijom, jer dominiraju opsesivne misli. Bliži spektru ovisnosti, zapravo danas to nazivamo i bihevioralnim ovisnostima jesu ovisnost o kockanju i ovisnost o internetu. Međutim, moguća je

mješovita klinička slika, odnosno komorbiditet tih poremećaja, ili pak, ako je u remisiji jedan poremećaj, da dominira drugi srodni poremećaj iz ove grupe poremećaja.

■ **PITANJE:** Navedite razliku između kompulzije i impulzivnog ponašanja?

ODGOVOR: Pri impulzivnom ponašanju nalazimo ego-sintonost, i emocionalnost, osoba se ne može oduprijeti impulsima, nastaje naglo i neplanirano, pojavljuje se ugodna tijekom aktivnosti te posljedično nakon aktivnosti mogu postojati osjećaji krivnje, aktivnosti nisu ritualizirane. Kod kompulzije je u načelu sve suprotno onomu što je navedeno pri impulzivnom ponašanju.

■ **PITANJE:** Ako pretpostavimo kontinuum između dermatotilomanije i OKP-a, kako biste objasnili ulogu motorne impulzivnosti s obzirom na opsesivne misli?

ODGOVOR: Ako pretpostavimo kontinuum između dermatotilomanije i OKP-a, onda bi kod dermatotilomanije dominirali impulzivnost i nedostatak motorne kontrole, dok bi kod OKP-a dominirale opsesivne misli i kognitivna nefleksibilnost, kao i teža klinička slika. Primjerice, u tom bi smislu grizenje noktiju, trihotilomanija i poremećaj s tjelesnom dismorfijom bili negdje u sredini, odnosno poremećaj s tjelesnom dismorfijom bio bi bliži OKP-u. Ujedno to upućuje i na moguće komorbiditete.

■ **PITANJE:** Koja je dominantna etiopatogeneza poremećaja kontrole impulsa?

ODGOVOR: U etiopatogenezi sudjeluju različiti čimbenici koji se međusobno isprepleću, ovisno o tome je li više riječ o ovisnosti, poremećaju kontrole impulsa ili o OKP spektru. Načelno se nalaze različiti čimbenici: genski čimbenici, bihevioralni modeli poremećaja počivaju na teoriji učenja, prakticiranjem i repeticijom, uz važnost emocionalne regulacije. Kognitivni modeli dodaju bihevioralnom modelu disfunkcionalne misli. Psihodinamski koncept upućuje na razinu konflikta ili održane strukture ličnosti. Ovdje se posebno navode oštećenje objektnih odnosa, odnosno prisutnost različitih nesvjesnih konflikata. Kod poremećaja fokusiranih na vlastito tijelo, u usporedbi s poremećajem objektnih odnosa, dolazi do introjeksijske lošeg objekta i njegove projekcije u određeni dio tijela, a u svrhu zaštite preostalog dijela selfa i objekta. Psihodinamski gledano, dinamika može biti slična ovisnosti ili OKP-u.

■ **PITANJE:** Koji su terapijski principi liječenja poremećaja kontrole impulsa?

ODGOVOR: Potrebno je razmotriti mehanizam nastanka, a, ako postoji druga osnovna psihička bolest, potrebno ju je liječiti. Pacijenti se rijetko obraćaju stručnim osobama za pomoć, jer se srame poremećaja ili smatraju da je jednostavno riječ o „lošoj navici“, ili da terapija ne može pomoći, odnosno poremećaj se rjeđe liječi. Na simptomatologiju je često teško utjecati. Treba izbjegavati kažnjavanje djece, jer to povećava djetetov sram i nelagodu, a simptomi mogu postati i još kompleksniji. Primjenjuju se različite vrste terapija, npr. kognitivno-bihevioralne terapije (metode osnaživanja, re-direkcija pažnje), zaštitne mjere, relaksirajuće tehnike, multimodalne terapije, kao i psihodinamske terapije. Može se također primjenjivati i medikamentna terapija. Potreban je rad s roditeljima. Korisne su i obiteljske terapije. Mogu se primjenjivati i kombinacije prije opisanih metoda, npr. bihevioralne i medikamentne.

■ **PITANJE:** Koje bi bile indikacije za stacionarno (psihoterapijsko) liječenje djece i adolescenata s poremećajima kontrole impulsa?

ODGOVOR: Pokatkad je stacionarno liječenje vrlo korisno za djecu i adolescente, jer se prekida začarani krug ovisnosti, poremećaja kontrole impulsa ili OKP-a. Stacionarno liječenje ima svoju strukturu, terapijski milje, te može umanjiti otežavajuće simptome. Cijeljoj se obitelji daje šansa za novo distanciranje i novu proradu konflikata.

58.8. Pitanja

- 1 Nabrojite pojedine entitete bihevioralnih ovisnosti, poremećaja kontrole impulsa, poremećaja kontrole impulsa fokusiranih na vlastito tijelo, te osnovne informacije o poremećaju s tjelesnom dismorfijom te njihov odnos s ovisnostima i OKP-om.
- 2 Što su to „bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“, koja je njihova etiopatogeneza i odnos prema ovisnostima uzrokovanim nekim sredstvima?
- 3 Koja je diferencijalna dijagnoza (odnosno kontinuum) ovisnosti o sredstvima, bihevioralnih ovisnosti (ovisnost o kockanju, ovisnost o internetu) i poremećaja kontrole

impulsa (piromanije, kleptomanije) i koji je princip liječenja?

- 4 Koja je razlika između kompulzije i impulzivnosti?
- 5 Koja je razlika između pojedinih entiteta unutar poremećaja kontrole impulsa i na tijelo fokusiranog impulzivnog ponašanja (dermatotilomanija, grizenje noktiju, trihotilomanije)?
- 6 Koja je razlika između pojedinih entiteta poremećaja kontrole impulsa (dermatotilomanija, grizenje noktiju, trihotilomanija) i poremećaja s tjelesnom dismorfijom i OKP-om?
- 7 Koji su terapijski principi liječenja dermatotilomanije, grizenja noktiju, trihotilomanije i poremećaja s tjelesnom dismorfijom?

58.9. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
2. *Arzeno Ferrão Y, Almeida VP, Bedin NR i sur*. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2006;47(4):282-8.
3. *Begovac B*. Poremećaj sheme vlastitoga tijela. *Soc psihijat* 2004;32: 9-13.
4. *Brand M, Young KS, Laier C*. Prefrontal control and internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Front Hum Neurosci* 2014;8:375.
5. *Brand M, Young KS, Laier C i sur*. Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;71: 252-266.
6. *Buhlmann U, Marques LM, Wilhelm S*. Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012;200(1):95-8.
7. *Burton PR, McNeil DE, Binder RL*. Firesetting, arson, pyromania, and the forensic mental health expert. *J Am Acad Psychiatry Law* 2012;40(3):355-65.
8. *Clark L*. Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. *Ann N Y Acad Sci* 2014;1327:46-61.
9. *Conceição Costa DL, Chagas Assunção M, Arzeno Ferrão Y i sur*. Body dysmorphic disorder in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Depress Anxiety* 2012;29(11):966-75.
10. *Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A i sur*. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256(8): 464-75.
11. *Dong G, Potenza MN*. A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: theoretical underpinnings and clinical implications. *J Psychiatr Res* 2014;58:7-11.
12. *Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M*. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59(1):30-7.
13. *Franklin ME, Zangrabbe K, Benavides KL*. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev Neurother* 2011;11(8):1165-74.
14. *Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR i sur*. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 2012;169(11):1143-9.
15. *Grant JE, Odlaug BL, Kim SW*. Clinical comparison of pathologic skin picking and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2010;51(4):347-52.
16. *Grant JE*. Understanding and treating kleptomania: new models and new treatments. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006;43(2):81-7.
17. *Grant JE, Potenza MN, Krishnan-Sarin S i sur*. Stealing among high school students: prevalence and clinical correlates. *J Am Acad Psychiatry Law* 2011;39(1):44-52.
18. *Hammond CJ, Pilver CE, Rugle L i sur*. Exploratory examination of marijuana use, problem-gambling severity, and health correlates among adolescents. *J Behav Addict* 2014; 3(2):90-101.
19. *Harrison JP, Franklin ME*. Pediatric trichotillomania. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(3):188-96.
20. *Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B*. Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle. U: Remschmidt H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einführung*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 295-303.
21. *Lambie I, Randell I*. Creating a firestorm: a review of children who deliberately light fires. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(3):307-27
22. *Lang R, Didden R, Machalicek W i sur*. Behavioral treatment of chronic skin-picking in individuals with developmental disabilities: a systematic review. *Res Dev Disabil* 2010;31(2):304-15.
23. *Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Isomura K i sur*. A Pilot Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Body Dysmorphic Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(11): 895-904.
24. *McGuire JF, Kugler BB, Park JM i sur*. Evidence-based assessment of compulsive skin picking, chronic tic disorders and trichotillomania in children. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012;43(6):855-83
25. *Merrick J, Howell Bowling C, Omar HA*. Firesetting in childhood and adolescence. *Front Public Health* 2013;1:40.
26. *Oliveira EC, Leppink EW, Derbyshire KL i sur*. Excoriation disorder: impulsivity and its clinical associations. *J Anxiety Disord* 2015;30:19-22.
27. *Phillips KA, Rogers J*. Cognitive-behavioral therapy for youth with body dysmorphic disorder: current status and

- future directions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20(2):287-304.
28. *Potenza MN, Balodis IM, Franco CA i sur.* Neurobiological considerations in understanding behavioral treatments for pathological gambling. *Psychol Addict Behav* 2013;27(2):380-92.
 29. *Remschmidt H.* Alterstypische, habituelle Verhaltensauffälligkeiten. U: *Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM*, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 176-182.
 30. *Roberts S, O'Connor K, Bélanger C.* Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clin Psychol Rev* 2013;33(6):745-62.
 31. *Saluja B, Chan LG, Dhaval D.* Kleptomania: a case series. *Singapore Med J* 2014;55(12)
 32. *Snorrason I, Stein DJ, Woods DW.* Classification of excoriation (skin picking) disorder: current status and future directions. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128(5):406-7.
 33. *Spitzcok von Brisinski I, Habermeyer E.* Abnorme Gewohnheiten und Störungen des Impulskontrolle. U: *Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ*, ur. *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer; 2009, str. 430-56.
 34. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
 35. *Talih FR.* Kleptomania and potential exacerbating factors: a review and case report. *Innov Clin Neurosci* 2011;8(10):35-9.
 36. *Tanaka OM, Vitral RW, Tanaka GY i sur.* Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;134(2):305-8.
 37. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Poremećaji hranjenja

Ivan Begovac, Silvana Pleština, Orjena Žaja, Lena Santrić

SADRŽAJ

59.1.	Anoreksija nervoza i bulimija nervoza	809
59.1.1.	Uvod	809
59.1.2.	Definicija, klasifikacije	809
59.1.3.	Epidemiologija	812
59.1.4.	Razvoj simptoma, klinička slika	812
59.1.4.1.	Uvodni aspekti razvoja simptoma	812
59.1.4.2.	Razvoj anoreksije nervoze, klinička slika	813
59.1.4.3.	Razvoj bulimije nervoze, klinička slika	814
59.1.5.	Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza	814
59.1.6.	Somatske komplikacije	818
59.1.7.	Komorbidityetni psihijatrijski poremećaji	819
59.1.8.	Etiopatogeneza	820
59.1.9.	Kliničke vinjete	823
59.1.10.	Prevenција, liječenje	823
59.1.10.1.	Preventivne mjere	823
59.1.10.2.	Liječenje	824
59.1.10.2.1.	Općeniti aspekti liječenja	824
59.1.10.2.2.	Specifični aspekti liječenja	825
59.1.10.2.2.1.	Somatska rehabilitacija i terapija	825
59.1.10.2.2.2.	Psihoterapija	826
59.1.10.2.2.3.	Psihoterapijski rad s obitelji	827
59.1.10.2.2.4.	Farmakoterapijsko liječenje i druge metode liječenja	827
59.1.11.	Tijek, prognoza	827
59.2.	Poremećaj prejedanja u djece i adolescenata	828
59.2.1.	Uvod, klasifikacija, epidemiologija	828
59.2.2.	Klinička slika, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbidityeti	828
59.2.3.	Etiopatogeneza, liječenje, tijek, prognoza	829

59.3. Upute za roditelje/nastavnike	829
59.4. Često postavljena pitanja	830
59.5. Pitanja	832
59.6. Literatura	832

59.1. Anoreksija nervoza i bulimija nervoza

59.1.1. Uvod

Anoreksija nervoza (AN) i bulimija nervoza (BN) tipični su primjeri poremećaja hranjenja koji se pojavljuju u razvojnoj dobi, čime se stavlja naglasak na adolescenciju kao važno životno razdoblje. U posljednje vrijeme izdvaja se i **poremećaj prejedanja (engl. binge eating disorder – BED)** (v. poslije u tekstu).

Naziv **pubertetska ovisnost o mršavosti** (njem. *Pubertaetsmagersucht*) koji se u nekim jezicima upotrebljava za AN točnije oslikava dinamiku događanja u adolescenciji od naziva anoreksija koji označuje pomanjkanje apetita, odnosno gađanje prema jelu (*an* – ne, *oreksis* – želja, žudnja) (Klaić 1986; Senc 1910). Naime, osobe s anoreksijom, u pravilu, nemaju smanjen apetit, niti im se hrana gadi, nego se snagom volje suzdržavaju od jedenja usprkos intenzivnom osjećaju gladi (česti su snovi o hrani, zainteresiranost za sve vezano uz hranu, npr. za restorane itd.). Pojedini autori govore o „novoj religiji negiranja osjećaja gladi“ koja je prisutna kod osoba s AN-om (Vidović 1998). Riječ bulimija dolazi od grčkih riječi koje označuju **veliku glad** (*bou* – veliko, volovsko, *limos* i *limia* – glad) (Klaić 1986; Senc 1910). Riječ nervoza dolazi od latinske riječi *nervosus* koja označuje žilavo, mišićavo, jedro i krepko (Divković 1900/1980), što upućuje na to da je riječ o bolestima živčanog sustava koje se očituju napetošću i razdražljivošću (Klaić 1986). Pravi hrvatski izraz za ove poremećaje bio bi poremećaji hranjenja ili jedenja, dok naziv poremećaji prehrane treba izbjegavati, jer nije riječ o samoj hrani ili prehrani, već o procesu hranjenja ili jedenja.

Donedavno su poremećaji hranjenja bili shvaćeni kao psihosomatski poremećaji (Bürgin 1993; Nikolić 1990). U našoj su se sredini različiti stručnjaci kao što su Maja Beck-Dvoržak, Stjepan Betlheim, Milica Vlatković Prpić i Vesna Vidović bavili ovom problematikom i opisivali svoja iskustva (Beck-Dvoržak 1959; Betlheim 1959; Vidović 1998; Vlatković-Prpić 1971). Tada su se, tijekom šezdesetih godina prošloga stoljeća, poremećaji hranjenja nazivali **mentalnom, psihogenom ili histeričkom anoreksijom**. Gotovo je patognomonično da pacijenti s poremećajima jedenja ne vide ozbiljnost svog problema, niti smatraju da je riječ o poremećaju (Vidović 1998).

59.1.2. Definicija, klasifikacije

Kriteriji DSM-5 slični su opisanim kriterijima MKB-10 klasifikacije, međutim, uz velike iznimke, a i

jasnije su definirani nego u MKB-10 (APA 2013; WHO 1993).

Kriteriji AN-a, prema DSM-5, jesu: kriterij A: restrikcija energetskeg unosa sa znatno smanjenom tjelesnom masom; kriterij B: intenzivan strah od dobivanja na masi ili od biti debeo/debela ili stalno ponašanje koje interferira s dobitkom na masi čak i kad je ona znatno snižena; kriterij C: poremećaj u doživljavanju mase ili oblika tijela (tjelesne sheme), pretjeran utjecaj mase i oblika tijela na samo-procenu ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti stanja zbog sadašnje niske mase. Dodatno se razlikuju restriktivni tip, od prejedajućeg tipa s čišćenjem (APA 2013).

Reduciranu (smanjenu) masu (pothranjenost) definiramo kao gubitak ili nenapredovanje koji dovode do održavanja tjelesne mase na razini manjoj od 85 % očekivane, odnosno indeks tjelesne mase (ITM) manji je od 17,5 u odraslih pacijenata. ITM se izračunava tako da se tjelesna masa (TM) podijeli s kvadriranom visinom u metrima, dakle $ITM = TM/V^2$. Na primjer, u osobe s TM-om od 40 kg i visinom od 1,63 metra, ITM iznosi: $40/(1,63)^2 = 15,06 \text{ kg/m}^2$. Međutim, u dječjoj je dobi važnija podjela prema **centilima s obzirom na spol i dob**, nego prema apsolutnim vrijednostima ITM-a. U **prepubertalnih, kao i u maloljetnih pacijenata**, kao kriterij reducirane tjelesne mase trebalo bi se uzimati **ITM ispod 10. centile**. Pri tome se koriste posebne skale za djevojčice i dječake koje prikazuju centilnu krivulju za tjelesnu masu, visinu i ITM s obzirom na dob, za odabranu populaciju, a u literaturi postoje internacionalne i hrvatske centilne krivulje (Jureša i sur. 2011; Jureša i sur. 2018; Mardešić i Barić 2016).

Kriteriji BN, prema DSM-5, jesu: kriterij A: rekurantne ponavljane epizode prejedanja (engl. *binge eating*) velikom količinom hrane, s osjećajem gubitka kontrole nad jedenjem; kriterij B: ponavljajuće neodgovarajuće kompenzatorno ponašanje kako bi se spriječilo dobivanje na masi (npr. povraćanje, zloraba laksativa, klizmi ili diuretika, post, pretjerana tjelovježba); kriterij C: prejedanje i kompenzatorno ponašanje (A. i B.) pojavljuju se u prosjeku najmanje jednom tjedno, tijekom tri mjeseca; kriterij D: samoprocjena pretjerano ovisi o obliku tijela i masi (analog poremećaju tjelesne sheme kod anoreksije nervoze); kriterij E: isključuje se AN (APA 2013).

U **tablici 59.1.** opisana je diferencijalna dijagnoza različitih poremećaja hranjenja.

U tablici su izostavljeni pica i ruminacijski poremećaj koji su prikazani u poglavlju o poremećajima u

Tablica 59.1.

Diferencijalna dijagnoza pojedinih poremećaja hranjenja.

Modificirano prema APA 2013; Culbert i sur. 2015; Hay i Morris 2016.

	Anoreksija nervoza – restriktivni tip (AN-R)	Anoreksija nervoza – tip s prejedanjem i čišćenjem (AN-BN)	Bulimija nervoza (BN)	Poremećaj prejedanja (engl. <i>binge eating disorder</i> – BED)	Izbjegavajuće / restriktivni poremećaj unosa hrane (IRPUH)
Abnormalno jedenje	da	da	da	da	da (jedan od četiriju kriterija A)
Restriktivno jedenje (dijeta, post)	da (kriterij A u DSM-5)	da (kriterij A u DSM-5)	da (kriterij B u DSM-5)	ne, povremeno	da (kriterij A, ali nema namjerne dijete)
Tjelesna masa	smanjena (kriterij A u DSM-5)	smanjena (kriterij A u DSM-5)	normalna	normalna ili pretilost	smanjena
Prejedanje (<i>binge</i>)	ne	da (manjih količina hrane)	da (kriterij A u DSM-5)	da (kriterij A, B, i C u DSM-5)	ne
Strah od dobivanja na masi ili od biti debeo/ debela (<i>fear of gaining weight or to be fat</i>) ili stalno ponašanje koje interferira s dobitkom na masi	da (kriterij B u DSM-5)	da (kriterij B u DSM-5)	da, većinom	ne, povremeno	ne
Ponašanje čišćenja za smanjenje mase (<i>purging</i>): povraćanje ili zloraba laksativa, klizmi ili diuretika	ne	da	da (kriterij B u DSM-5)	ne	ne
Vježbanje (te druge kompenzatorne aktivnosti za smanjenje mase)	da	da	da (kriterij B u DSM-5)	ne	ne
Poremećaj tjelesne sheme (<i>body shape distortion</i>) ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti stanja ponašanjem	da (kriterij C u DSM-5)	da (kriterij C u DSM-5)	da (analog - kriterij D u DSM-5)	ne, povremeno	ne

dojenačkoj dobi, dobi „trčkarala“ i dobi predškolskoga djeteta, a o **izbjegavajućem/restriktivnom poremećaju unosu hrane (IRPUH)** također se detaljnije govori u navedenom poglavlju. Pri promatranju ove tablice važno je prije razjasniti različite termine, koji

katkada u literaturi nisu jednoznačno shvaćeni. Termin **abnormalno jedenje** možemo shvatiti u **najširem smislu** i ono uključuje simptome kod **poremećaja hranjenja**, a može uključivati **restrikciju jedenja (gladovanje, post)**, **prejedanje (*binge eating*)**, stalni

nedostatak dobivanja nutrijenata/energije, često uz gubitak emocionalne kontrole; žudnju za prejedanjem itd. te koji znatno utječu na psihosocijalno funkcioniranje pojedinca (Hay i Morris 2016). Restrikcija **jedenja** (dijeta, gladovanje, post) zaslužuje posebnu pozornost (npr. kriterij A kod anoreksije nervoze). **Smanjena tjelesna masa** kao posljedica restrikcije također zaslužuje veliku pažnju jer je važan kriterij kod anoreksije. **Kompenzatorna ponašanja u najširem smislu riječi** obuhvaćaju: restrikciju hrane; ponašanja čišćenja i druge kompenzatorne aktivnosti (npr. pretjerano /ekscesivno/ vježbanje) (APA 2013). U **ponašanja čišćenja (purging behavior)** ubrajamo **povraćanja (vomiting)** ili zloporabu laksativa, klizmi ili diuretika. **Pretjerano (ekscesivno) vježbanje** kao simptom također zaslužuje posebnu pozornost i ne ubrajamo ga u ponašanje čišćenja (*purging*). **Strah od dobivanja na masi ili strah biti debela/debeo (fear of gaining weight or to be fat)** ili stalno ponašanje koje interferira s dobitkom na masi (npr. kriterij B kod anoreksije u DSM-5), može se manifestirati na različite načine: kao manifestni strah; ili se manifestira ponašanjem; ili se u širem smislu može shvatiti da stoji (da nije manifestno naveden), iza primjene kompenzatornih ponašanja u najširem smislu riječi (vidi prije), koji imaju za cilj smanjivanje tjelesne mase (**analog je kriterij B kod bulimije nervoze o kompenzatornim ponašanjima prema DSM-5**) (Hay i Morris 2016). **Poremećaj tjelesne sheme (body shape distortion)** ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti stanja ponašanjem obično se definira kao poremećaj percepcije vlastite mase ili oblika (**kriterij C kod anoreksije nervoze; a analogno je kriteriju D kod bulimije nervoze**), definiramo kao manifestno nezadovoljstvo izgledom vlastita tijela, ali se može očitovati i „skriveno” putem ponašanja, odnosno da se ne shvati ozbiljnost smanjene tjelesne mase (Hay i Morris 2016).

Kao što je vidljivo iz [tablice 59.1.](#), za postavljanje dijagnoze AN-a, prema DSM-5 klasifikaciji, potrebno je zadovoljiti A, B i C kriterije, a opisana je i razlika između restriktivnog i bulimičnog tipa AN-a. Za dijagnozu BN-a potrebno je zadovoljiti pet kriterija, od kojih su B i D slični B i C kriterijima AN-a („**strah od dobivanja na masi ili od biti debeo/debela**”, „**poremećaj tjelesne sheme**”). Prejedanje kod BN-a ima dva važna elementa, a to su jedenje velike količine hrane u kratkom vremenu te osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem. I za **poremećaj prejedanja (BED)** potrebno je zadovoljiti pet kriterija (v. poslije u tekstu), od kojih se

tri odnose na opis epizoda prejedanja. Kod ovog poremećaja nema kriterija sličnih onima kod AN-a. Za **IRPUH** je potrebno ispuniti četiri kriterija (v. posebno poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi), a pokatkad ga je teško razlikovati od AN-a jer je često praćen niskom tjelesnom masom. Glavna je razlika u tome što je kod IRPUH-a abnormalan obrazac jedenja senzoričke prirode (izbjegavanje određene hrane zbog njezina okusa, teksture i sl.), te nema namjernog gladovanja ni prejedanja, a nedostaju i kriteriji B i C za AN. **DSM-4 klasifikacija** neprecizno je definirala ne pobliže određenih poremećaja jedenja (engl. *eating disorder not otherwise specified* – EDNOS) (APA 1994), pa je zbog toga i uslijedila revizija u DSM-5.

U DSM-5 klasifikaciji ublaženi su kriteriji za postavljanje dijagnoze AN-a i BN-a. Tako kod AN-a više nije nužna prisutnost kognitivnih simptoma u obliku straha od biti debeo/debela ili poremećene sheme tijela, već su dovoljni bihevioralni pokazatelji. Također je ukinut kriterij o postojanju amenoreje. Za postavljanje dijagnoze BN-a, ublažen je kriterij o pojavljivanju epizoda prejedanja. Dodatno, BED se u DSM-5 navodi kao zasebna kategorija (Attia i sur. 2013).

U DSM-5 opisana je i skupina ostalih poremećaja hranjenja ili jedenja koji se ovdje jasnije definiraju. To su **netipična anoreksija, supkličičke forme bulimije i BED-a, poremećaj čišćenja i sindrom noćnog jedenja**. Netipična anoreksija opisuje se u osoba normalne tjelesne mase koje zadovoljavaju kriterije B i C za AN. Supkličička forma BN-a prisutna je kada su zadovoljeni svi kriteriji za BN, osim kriterija C, što znači da se epizode prejedanja i kompenzatornog ponašanja pojavljuju rjeđe od jednom tjedno i/ili traju kraće od tri mjeseca. Isto vrijedi i za supkličičku formu BED-a. Poremećaj čišćenja sličan je BN-u, međutim, nema prejedanja, a u kliničkoj slici dominiraju povraćanje ili drugi oblici čišćenja (kriterij B) zbog utjecaja na tjelesnu masu ili oblik tijela (kriterij D za BN). Sindrom noćnog jedenja odnosi se na rekurentno noćno jedenje koje uzrokuje značajnu patnju i/ili oštećenje funkcioniranja, a za postavljanje dijagnoze potrebno je isključiti BED (APA 2013). U dječjoj i adolescentnoj psihijatriji posebno su važni netipična anoreksija te supkličičke forme BN-a i BED-a jer se u tim slučajevima preporučuje rana intervencija (Lock i La Via 2015).

U DSM-5 postoji i oznaka parcijalne remisije za AN (kriterij A više nije prisutan, dok kriteriji B i C postoje),

BN (prisutnost samo pojedinih kriterija) i BED (prejdanje se pojavljuje rjeđe od jednom tjedno) koja se može postaviti tek nakon što su prethodno bili zadovoljeni svi kriteriji za pojedini poremećaj. Kategoriju nespecifičnih poremećaja hranjenja trebalo bi upotrebljavati samo u hitnim stanjima, kada nedostaju informacije za postavljanje specifičnije dijagnoze (APA 2013).

DSM-5 razlikuje **restriktivni i prejedajući / s čišćenjem tip AN-a**, od kojih restriktivni obično nastaje u ranijoj dobi. **DSM-4** je razlikovao **purgativni i nepurgativni tip BN-a** (npr. u potonjem slučaju pacijentice uz prejedanje dodatno pretjerano poste ili vježbaju) (APA 1994), pri čemu je nepurgativni tip češći u mlađih pacijentica. Dok pacijenti s AN-om obično jedu „zdravu“ hranu, kod onih s BN-om postoji povećana potreba za ugljikohidratima ili **požuda (žudnja) (engl. craving)** prema „zabranjenim“ namirnicama. Pacijenti s BN-om u pravilu su normalne tjelesne mase, a bulimične faze izmjenjuju se s fazama restrikcije (gladovanja). Povezanost šećerne bolesti tipa 1 i poremećaja hranjenja može se manifestirati neuzimanjem inzulina, što je praćeno nizom somatskih komplikacija, kao i povećanim mortalitetom (Schulze i sur. 2008). Pretilost nije poremećaj hranjenja u užem smislu ni psihički poremećaj (v. posebno poglavlje 60), ali je nerijetko povezana s BED-om.

59.1.3. Epidemiologija

Prevalencija AN-a u mlađih odraslih ženskih osoba jest oko 0,4 % (APA 2013). Slično ovome životna prevalencija (*lifetime prevalence*) u dobi od 19 i 20 godina za AN (prema DSM-5 kriterijima) bila je za ženske osobe 1,7 %, dok je za muške osobe bila 0,1 % (Smink i sur. 2014). Prevalencija AN-a kod muških osoba nije poznata, ali uzima se odnos oko 1 : 10 u odnosu prema ženskim osobama (APA 2013). Vršak je pojavnosti AN-a u 14. godini života.

Prevalencija BN-a (12-mjesečna) u mlađih je ženskih osoba od 1 do 1,5 % (APA 2013). Slično ovomu životna prevalencija (*lifetime prevalence*) za BN je bila za ženske osobe od 0,88 do 1,6 %, dok je za muške osobe bila 0,12 % (Steinhausen 2002; Stice i sur. 2009). Prevalencija u muških osoba nije poznata, ali uzima se odnos oko 1 : 10 s obzirom na ženske osobe (APA 2013).

Drugi autore navode da je prevalencija BN-a veća od prevalencije AN-a te se kreće od 0,3 do 4 %

(Campbell i Peebles 2014; Fairburn i Beglin 1990; Herpetz-Dahlmann 2003; Hoek 2006).

Stopa mortaliteta kod BN-a niža je nego kod AN-a i iznosi manje od 2 %, međutim, stopa je suicidalnog ponašanja viša (Campbell i Peebles 2014). BN uglavnom počinje između 16. i 25. godine, dakle kasnije nego AN. Rijetke su forme bulimije u ranijoj dobi, između 10. i 14. godine.

U **DSM-4** opisivao se i nespecifični oblik poremećaj jedenja (EDNOS), s prevalencijom od oko 4,8 %, čiji kriteriji nisu potpuno zadovoljavali one za AN ili BN (uključujući i poremećaj prejedanja), no komplikacije su bile slične onima kod potpuno izraženih kliničkih slika (Campbell i Peebles 2014).

Poremećaji hranjenja u mladića povezuju se s homoseksualnom ili biseksualnom orijentacijom te pretilošću prije razvoja samog poremećaja, dok je temeljna simptomatologija slična onoj u djevojaka (Bramon-Bosch i sur. 2000; Raevuori i sur. 2014). Poremećaji hranjenja češće zahvaćaju pojedine rizične skupine kao što su manekenke, atletičarke ili balerine. Klasično je shvaćanje da se poremećaji hranjenja češće pojavljuju u zapadnim zemljama. No postupno nestaju geografske, društvene i rasne barijere te se poremećaj pojavljuje u svim krajevima svijeta. U posljednje vrijeme poremećaji hranjenja sve su učestaliji u mladića, djece, te u osoba koje su prethodno bile pretilice.

U proteklom desetljeću bilježimo nova epidemio- loška kretanja. S jedne strane, epidemija pretilosti nameće poseban oprez zbog porasta učestalosti raznih oblika poremećenog jedenja i poremećaja hranjenja koji se pojavljuju tijekom provođenja inicijalno opravdane dijete. Rastući je broj znanstvenih dokaza kako su ova, na prvi pogled oprečna stanja, dvije strane istog problema. Prema nekim autorima, debljina je u više od polovice slučajeva ishodište poremećaja hranjenja jer se neumjeren pad na masi ne prepozna na vrijeme. Provođenje dijete navodi se kao jedan od najvažnijih rizičnih čimbenika. Gubitak mase sam po sebi može u neurobiološki ili genski predisponiranih biti „okidač“ koji pokrene kaskadu prema poremećaju (Golden i sur. 2016).

59.1.4. Razvoj simptoma, klinička slika

59.1.4.1. Uvodni aspekti razvoja simptoma

Klinička slika poremećaja hranjenja u djece i adolescenata nije potpuno objašnjena sadašnjim klasifikacijama (uključujući i DSM-5) te postoje poremećaji

koji ne zadovoljavaju kriterije za postavljanje dijagnoze, što može odgoditi potrebno liječenje (Campbell i Peebles 2014). Nadalje, u djece i adolescenata, kako je već bilo rečeno, važnija je **centilna raspodjela** nego apsolutni ITM (Steinhausen 2010), a „kognitivni i emocionalni“ simptomi (npr. jasni strahovi ili poricanje bolesti) mogu nedostajati, dok su „bihevioralni“ (određeno ponašanje) jasnije izraženi. Prednost DSM-5 klasifikacije jest u tome što uz „kognitivne i emocionalne“, uzima u obzir „bihevioralne“ simptome. Također posebno razdvaja „**strah od dobivanja na masi i od biti debeo/debela**“ od „**poremećaja tjelesne sheme**“.

59.1.4.2. **Razvoj anoreksije nervoze, klinička slika**

AN može početi gotovo neprimjetno, uz „racionalne“ razloge za držanje dijete i izjave poput: „Pa tko danas nije na dijete“ ili „Želim se riješiti baby špeka“. Pokatkad neposredni povod (okidač) za početak dijete može biti usputni komentar vršnjaka na račun izgleda ili obiteljski sukob ili pak majka i dijete zajedno započnu provoditi dijete. U pozadini mogu postojati različiti strahovi, od kojih je najintenzivniji strah od biti debeo/debela, odnosno od nemogućnosti kontrole tjelesne mase te „poremećaj tjelesne sheme“. Daljnji tijek obilježava sve veća usmjerenost na hranu i restrikciju njezina unosa. Osobe počinju jesti samo „zdravu“ (jogurt, voće, integralni kruh) ili vegetarijansku hranu. S vremenom u djevojaka dolazi do gubitka menstruacije, što se obično događa nakon gubitka 15 % tjelesne mase. Većinom se početak AN-a ne može sa sigurnošću utvrditi. Gubitak na tjelesnoj masi može biti kontinuiran tijekom duljeg razdoblja ili pak nastupa u samo nekoliko mjeseci. Pacijenti obično izbjegavaju jesti s članovima obitelji, navodeći da im hrana ne prija ili da osjećaju gađenje. S obzirom na to da pokatkad prođe od 6 mjeseci do godinu dana prije nego potraže stručnu pomoć, često izostaje rana dijagnostika.

Simptomatologija može biti različita s obzirom na dob pojavljivanja. Tipična je pojavnost u dobi od 10. do 16. godina (**vrhunac u 14. godini**), kada se najčešće prezentira restriktivnim tipom (smanjen energijski unos, prekomjerna tjelesna aktivnost) (Herpetz-Dahlmann 2003). Prekomjerna tjelesna aktivnost prisutna je u oko 30 do 80 % pacijenata s AN-om, a povezuje se s izraženijom kliničkom slikom, nižim ITM-om, snažnijim nezadovoljstvom tjelesnom shemom, lošijim

odgovorom na liječenje i dugotrajnijim tijekom (Herpetz-Dahlmann 2015). Povremeno može biti prisutno i smanjeno uzimanje tekućine, kao i različiti „rituali hranjenja“ koji mogu biti dio poremećaja hranjenja ili su element komorbiditetnog opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP-a). S vremenom pacijenti gube kontrolu nad neuzimanjem hrane, čemu dodatno pogoduje i sama pothranjenost (starvacija). Stvara se začarani krug restriktivnog jedenja, preokupacije hranom i pothranjenosti. U prvo vrijeme iznenađuje visoka učinkovitost u ispunjavanju školskih obveza, no s vremenom nastaju poteškoće koncentracije te socijalne izolacije, depresije, poremećaja spavanja ili agitiranosti. Ponašanje sve više nalikuje ovisničkom (**ovisnost o mršavosti**). Usporedo može postojati težnja prema spiritualnom (zanemaruju se nagoni), ali i pretjerana orijentiranost na materijalno, te težnja da se bude u „visokom društvu“ (snobovski trend) (Vidović 1998). Klinička slika AN-a postaje potpuna: strah od biti debeo/debela, hrana i kalorije kao izvor stalnoga stresa, izbjegavanje obroka, orijentacija prema „zdravoj hrani“, česte kontrole tjelesne mase, nezadovoljstvo izgledom ili figurom, pretjerana tjelesna aktivnost, orijentacija prema uspjehu i izolacija, te amenoreja. Gubitak na tjelesnoj masi može biti polagan ili akutan, a kod potonjeg su češće somatske komplikacije. U djece somatske posljedice gladovanja mogu biti izraženije, npr. lakše dolazi do dehidracije (Bryant-Waugh i Lask 1995). Nije poznato zašto se u nekih pacijenata zadrži restriktivni tip poremećaja, dok drugi razviju bulimični oblik. U dječaka i mladića simptomatologija je slična, međutim češće je prisutna opsesivna problematika, početak bolesti nastupa ranije, a klinička je slika teža (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U djevojaka je potrebno razlikovati **postmenarhalne** od **preburetalnih ili premenarhalnih** formi poremećaja.

Tipično se AN može pojaviti već u djetinjstvu, ali i nakon menopauze, pa je stoga uobičajeno govoriti o ranim (*early onset*), odnosno kasnim (*late onset*) oblicima bolesti, podrazumijevajući moguće razlike zbog pojavljivanja u različitim fazama razvoja. Razvojna klasifikacija poremećaja uzima u obzir tjelesne i mentalne aspekte AN-a s obzirom na fiziološka razdoblja rasta i razvoja. Tako se pojava AN-a prije nastupa sekundarnih spolnih osobina imenuje **prepubertetskom, preadolescentnom ili, jednostavno, AN u djetinjstvu**. Nije pogrešno govoriti ni o tzv. vrlo ranim oblicima. **Peripubertetski oblici** jesu oni koji se pojavljuju u vrijeme pubertetskog sazrijevanja, a postpuber-

tetski oni nakon menarhe, odnosno uspostavljanja menstrualnih ciklusa. I jedan i drugi oblik uzimaju se kao adolescentna AN, ili kao rani oblik, u usporedbi s onima s pojavom u mladih odraslih osoba nakon završetka adolescentne dobi (Pinhas i sur. 2011).

Klinička slika AN-a može biti vrlo raznolika, što ovaj poremećaj čini dodatno složenim. U pojedinim pacijentata prevladavaju **simptomi AN-a u komorbiditetu s OKP-om** (opsesije i rituali), u drugih se pojavljuje **sumanutu (psihotični) tip AN-a** (negativizam, sumanutosti, izrazito iskrivljena percepcija tijela, paranoidnost, strah od otrovanja, nepovjerljivosti u socijalnim relacijama), dok je kod nekih AN **vezan uz hipohondrijske strahove i somatizacije** (somatske pritužbe i strahovi, npr. na probavu, opstipaciju, osjećaj nadutosti).

59.1.4.3. **Razvoj bulimije nervoze, klinička slika**

Za **BN** je karakteristično da dugo ostaje neprepoznata zbog toga što se nastoji **držati u tajnosti** (Lempp 2014). Obično počinje precjenjivanjem važnosti tjelesnog izgleda i mase te zaokupljenošću hranom i jedenjem (slično AN-u) (Herpetz-Dahlmann 2011). Pacijenti često prikrivaju svoje epizode prejedanja, zbog čega može proći dosta vremena dok ih drugi članovi obitelji ne zamijete i dok se ne potraži stručna pomoć. Nakon prejedanja koriste kompenzatorne metode sa svrhom regulacije tjelesne mase i sheme, kao što su samoizazivanje povraćanja, zloupotreba laksativa ili diuretika te prekomjerna tjelovježba. Epizode prejedanja traju oko dva sata, a pojavljuju se tri do pet puta tjedno (pokatkad i češće), s razmakom od 15 minuta do nekoliko dana. Količina kalorija unesenih tijekom jedne epizode varira od 1000 do 55 000, a obično se upotrebljavaju „nezdrave“ namirnice (slatkiši i namirnice bogate mastima). Napadaj je obilježen **intenzivnom željom (žudnjom)** za prejedanjem praćenom osjećajima napetosti, unutarnje praznine ili dosade. Slijedi priprema za prejedanje te sam čin prejedanja koji je praćen osjećajem gubitka kontrole. Navedeno može biti povezano s nedostatkom emocionalne regulacije, slično kao kod BED-a (v. poslije) (Czaja i sur. 2009). Tijekom epizode prejedanja često je prisutan osjećaj sužene percepcije, pri čemu pacijenti nisu svjesni toga što i koliko jedu te što se oko njih događa. Pojavljuju se osjećaji srama, razočaranja, prepunjenosti, mučnine te umora i samopriekora (Herpetz-Dahlmann 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Nakon napadaja pacijenti često „čvrsto odlučuju“ da se to više

neće ponoviti, no začarani se krug nastavlja. Prisutna je izražena ambivalencija, gdje su, s jedne strane, osjećaji srama i krivnje zbog prejedanja, a, s druge, olakšanja i „pročišćenja“. Pacijenti su svjesni da neće dobiti na tjelesnoj masi jer se primjenjuju kompenzatorne metode (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Ako se BN nastavi na AN, napadaji prejedanja prekidaju dotadašnje gladovanje. U dobi od 14. do 18. godine (vrhunac u 16. godini), učestalije su epizode prejedanja, dok su nakon 16. godine (vrhunac oko 18. godine) češća povraćanja i zloupotreba laksativa. Najčešće je riječ o kompenzatornim ponašanjima koja slijede nakon epizode prejedanja. Kod BN-a prejedanje može biti **impulzivno**, a mogu postojati i drugi oblici impulzivnog ponašanja, kao što su zloupotreba lijekova, samoozljeđivanje, nekontrolirano trošenje novca i krađe (većinom hrane) te se ovaj oblik poremećaja naziva **multi-impulzivna BN** (impulzivnost je izražena u više područja) (Lempp 2014).

U kliničkom je kontekstu važno razlikovati aktivnu (akutnu) fazu bolesti pri kojoj se više orijentiramo na moguće somatske komplikacije, od kroničnih formi.

59.1.5. **Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza**

U dijagnostici se koristimo uobičajenim općim smjericama dijagnosticiranja. Dodatno su u **tablici 59.2.** navedeni specifični anamnestički podatci koji mogu upućivati na poremećaje hranjenja.

Kako se vidi iz tablice, potrebni su detaljni podatci o prethodnim simptomima (posebno vezanima za jedenje), tjelesnoj masi (premorbidna i sadašnja tjelesna masa, apsolutna vrijednost ITM-a i centilne vrijednosti), postojanju „straha od biti debeo/debela“, iskrivljene tjelesne sheme i perfekcionistačkog stila, držanju dijete ili restrikciji unosa hrane, odnosu prema hrani/jedenju/masi, naglom gubitku na masi, prejedanju, te kompenzatornom ponašanju (izazivanju povraćanja, pretjeranoj tjelesnoj aktivnosti, uporabi diuretika ili laksativa). Treba razmotriti postoje li znakovi sistemne bolesti (npr. diabetes mellitus) ili pak somatske posljedice gladovanja, kao što su opća slabost, zastoj rasta, hladne ruke ili akrocijanoza. Nadalje, uzimaju se i ostali podatci iz anamneze koji se odnose na tijek trudnoće i porođaj, perinatalne komplikacije, psihoseksualni razvoj, premorbidne karakteristike (pretilost u ranijoj dobi) te eventualne „okidače“ za pojavu simptoma (npr. vršnjačko zadirkivanje, sukobi u obitelji). Važno je dobiti podatke o obiteljskoj dinamici te bolestima u obitelji. Uzima se i pubertalna anamneza (s

Tablica 59.2.**Specifični podatci iz anamneze koji mogu upućivati na poremećaje jedenja**

Modificirano prema Campbell i Peebles 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Rosen 2013; Steinhausen 2010.

Specifična anamneza

- „strah od dobivanja na masi ili debljanja“, „poremećaj tjelesne sheme“, odnos prema tijelu i tjelesnim osjetima, gubitak na masi, minimalna i maksimalna masa, željena masa (premorbidna masa, aktualna masa: **apsolutna vrijednost ITM i centilne vrijednosti s obzirom na dob i spol**), abnormalnosti jedenja; odnos prema hrani/jedenju/masi, opis jedenja i pijenja, ritualizirani oblici jedenja, jedenje u obitelji, vegetarijanstvo, držanje djeteta, restrikcije (post), brojenje kalorija, prejedanje, tjelesna aktivnost i vježbanje, kompenzatorno ponašanje nakon prejedanja (ponašanje čišćenja: inducirano povraćanje, uporaba laksativa ili diuretika), tajno ponašanje, simptomi sistemne ili kronične bolesti (npr. šećerna bolest tipa 1, hipertireoza), perfekcionistački stil, smetnje adaptacije te opći simptomi (sinkope, glavobolje, umor, smetnje spavanja, blijeda i suha koža, tanka kosa koja ispada, osjetljivost na hladnoću, modrice na kralježnici zbog vježbanja, usporeno cijeljenje rana, nadutost, opstipacija/proljev)

Ostali podatci iz anamneze

- trudnoća, porođaj, perinatalne komplikacije, dojenje, premorbidne karakteristike (pretilost u ranijoj dobi), „okidači“ pojave simptoma (npr. vršnjačko zadirkivanje, sukobi u obitelji), socijalizacija s vršnjacima, psihoseksualni razvoj i rodni identitet, školska anamneza

Obiteljska anamneza

- neobičan pristup jedenju i masi, poremećaj privrženosti i obiteljskih odnosa, bolesti u obitelji (poremećaji jedenja, alkoholizam, depresija, bipolarni afektivni poremećaj /BAP/, shizofrenija itd.), orijentiranost na uspjeh, prekomjerno zaštitnički stil roditeljstva (anoreksija), sprečavanje autonomije članova obitelji, problemi odnosa roditelja

Pubertalna/menstrualna anamneza

- menarhe, izostanak menstruacije, trajanje ciklusa, stidna dlakavost, smanjenje rasta, usporenje razvoja sekundarnih spolnih osobina, u mladića smetnje erekcije i ejakulacije

Socijalna anamneza i ostali čimbenici

- sociokulturni ideal mršavosti, pripadnost rizičnim skupinama (sportaši, manekenke, balerine), stresori u obiteljskoj i školskoj sredini, zloupotreba alkohola i droga, podaci o tjelesnom ili seksualnom zlostavljanju te o korištenju internetskim stranicama koje promoviraju anoreksiju i bulimiju, promjene raspoloženja, vrijeme provedeno s vršnjacima, način provođenja slobodnog vremena

podacima o menarhi i menstrualnom ciklusu), socijalna anamneza (uključujući sociokulturni ideal mršavosti, pripadnost rizičnim skupinama, stresore u okolini) te ostali podatci navedeni u tablici (npr. o posjećivanju internetskih stranica koje promoviraju AN ili BN, o vršnjačkim odnosima, o provođenju slobodnog vremena itd.).

Adolescencija je razdoblje posebnog rizika za razvoj poremećaj hranjenja. Za orijentaciju o njihovu mogućem razvoju, mogu poslužiti jednostavna probirna pitanja poput: „Osjećaš li se bolesno ili neugodno napunjeno?“, „Brine li te gubitak kontrole nad jedenjem?“ „Jesi li u protekla tri mjeseca izgubila/izgubio više od šest kilograma?“, „Smatraš li se debelom/debelim, iako te drugi uvjeravaju u suprotno?“, „Dominira li hrana tvojim životom?“ Više od dva pozitivna odgovora mogu upućivati na AN ili BN.

U obama poremećajima (AN i BN) postoji razdoblje trajanja simptoma prije traženja stručne pomoći

koji je kod BN-a obično dulji nego kod AN-a, jer su pacijenti normalne tjelesne mase, a epizode prejedanja se prikrivaju (Campbell i Peebles 2014). Pojedini autori posebno razdvajaju kognitivne i bihevioralne manifestacije poremećaja jedenja (Culbert i sur. 2015), a DSM-5, koji se preporučuje pri dijagnosticiranju, više naglašava bihevioralne komponente. Potrebno je ustanoviti podtip AN-a (restriktivni, bulimični, netipični) ili BN-a (purgativni ili nepurgativni), navesti komorbiditete te dotadašnje terapijske mjere (Steinhausen 2010).

Tablica 59.3. prikazuje moguće znakove i simptome poremećaja hranjenja vidljive kod liječnika primarnog kontakta.

Uobičajena je praksa da se prvo započne sa somatskom dijagnostikom i terapijom, a nakon toga se primijeni psihijatrijska dijagnostika i liječenje. Uz fizički pregled, važno je promatrati i vanjski izgled (npr. nošenje široke odjeće, upalo lice, tanki udovi, akrocija-

Tablica 59.3.

Mogući znakovi i simptomi poremećaja hranjenja koji se nalaze kod liječnika primarnog kontakta.

Modificirano prema Campbell i Peebles 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013.

	Anoreksija i druge restriktivne bolesti	Bulimija i druge bolesti koje uključuju povraćanje
Somatski	sinusna bradikardija kardijalne aritmije, uključujući QT prolongaciju ortostatske promjene pulsa u minuti >20 ili tlaka >10 mmHg hipotenzija poremećaji elektrolita, poremećaj biokemijskih nalaza pothranjenost kaheksija primarna ili sekundarna amenoreja hipotermija suha, blijeda koža diskoloracija kože lanugo dlačice modrice /abrazije na kralježnici akrocijanoza tanka kosa ili ispadanje kose facijalno pražnjenje panikulusa atrofija prsa; atrofični vaginitis (postpubertalno) odgođen ili zaustavljen pubertetski razvoj skafoidni abdomen edemi opstipacija sijaladenozna karijes	sinusna bradikardija kardijalne aritmije, uključujući QT prolongaciju; ortostatske promjene pulsa u minuti >20 ili tlaka >10 mmHg hipokloremijska alkalozna, što dovodi do hipokalemije kalusi ili abrazije iznad metakarpofalangealnih zglobova zbog samoinduciranog povraćanja (Russellov znak) povećanje parotida erozije dentalne sluznice, karijes, oralne ulceracije skleralne hemoragije palatalne petehije gubitak faringealnog refleksa izmjenična dijareja i opstipacija
Psihički	manjak uvida u bolest ovisnički karakter zaravnen afekt ili anksioznost	depresivno ili labilno raspoloženje tajnovitost socijalna izolacija ovisnički karakter komorbiditet s antisocijalnim ili <i>borderline</i> poremećajima ličnosti i/ili zloraba droga i/ili alkohola

noza itd.). Pokatkad pacijenti sami određuju svoju mršavost tako što se opipavaju (rebra, ključnu kost, bedreno mišićno tkivo). **Kalusi iznad metakarpofalangealnih zglobova (Russellov znak)** mogu biti prisutni u pacijenata koji opetovano izazivaju povraćanje guranjem prstiju u grlo, kao i obostrana **oteklina slinovnica** te **erozije dentalne** cakline s palatinalne strane posljedično učestalom povraćanju.

Potrebno je učiniti kompletan fizikalni pregled, uključujući neurološki status, odrediti vitalne parametre (stanje svijesti, respiraciju, puls, tlak, tjelesnu temperaturu) i antropometrijske mjere (npr. ITM), te napraviti laboratorijske nalaze (KKS, GUK, elektrolite, bilirubin i jetrene enzime, amilaze, lipaze, proteogram, pokazatelje bubrene funkcije, hormone štit-

njače te po potrebi hormonalni status), EEG, EKG i UZV srca, denzitometriju kostiju, CT i/ili MR mozga te prema indikaciji i pregled kod neuropedijatra, dječjeg kardiologa itd. (Herpetz-Dahlmann 2015). Pedijatri imaju poseban algoritam potrebnih laboratorijskih pretraga. Posebno su važni funkcija srca i elektrolitski status, uključujući i serumske fosfate, a kod BN-a vrijednosti serumskog K, Cl i acido-bazni status (ABS) jer učestalo povraćanje može uzrokovati hipokloremijsku alkalozu i hipokalemiju. Navedeno označuje akutno ugrožavajuće stanje zbog mogućih srčanih komplikacija. Pojedini autori daju preporuke o tome koliko često pratiti određene laboratorijske parametre nakon početne stabilizacije stanja. Na primjer, preporučuje se u prvoj godini praćenja svaka tri mjeseca napraviti

KKS, GUK, ureju, kreatinin, elektrolite i EKG, svakih šest mjeseci spolne i hormone štitnjače, te jednom godišnje koštanu gustoću (Steinhausen 2010). Navedene laboratorijske parametre potrebno je odrađivati tijekom stacionarnog, dnevnoambulantnog ili ambulantnog liječenja, pokatkad i učestalije nego što je navedeno, odnosno prema kliničkoj indikaciji. Negativizam pacijenata i često neinformativni anamnestički podaci dodatno ističu važnost redovitog nadzora nad laboratorijskim parametrima sa svrhom ranog otkrivanja metaboličkih poremećaja posljedično kompenzatornim ponašanjima. Pojavljivanje edema (**pseudo-Bartterov sindrom**) zahtijeva posebnu pozornost, a na pacijenta može djelovati vrlo demotivirajuće.

U **dijagnostici** se primjenjuje psihijatrijski intervju s opservacijom ponašanja, a po potrebi i strukturirani testovi za mjerenje simptomatologije poremećaja hranjenja. Heteroanamnestički su podaci vrlo važni zato što pacijenti često poriču probleme i ne daju točne informacije o svojem stanju. Korisno je učiniti i procjenu obitelji (v. posebno poglavlje 24 o dijagnostici obitelji). Mogu se primjenjivati sljedeći dodatni dijagnostički instrumenti: strukturirani intervju za anoreksiju i bulimiju (SIAB) (Fichter i sur. 1998), ljestvice simptoma (EDI-3) (Garner 2004), test stajališta o jedenju (EAT) (Garner i Garfinkel 1979; Garner i sur. 1982), upitnik za samoprocjenu anoreksije (ANIS) (Fichter i Keeser 1980), ljestvice za procjenu tjelesne sheme i odnosa prema tijelu te za procjenu ponašanja (uključujući i proces jedenja), upitnik o bliskim odnosima (npr. The Experiences in Close Relationships-Revised /ECR-R/) (Fraley i sur. 2000); protokoli za bilježenje jedenja, upitnici za strukturirano praćenje tijeka poremećaja, te BULIT-R test za bulimiju (Steinhausen 2010; Thelen i sur. 1991). Potrebno je učiniti i uobičajenu psihološku procjenu, korisni mogu biti projektivni testovi (v. poglavlje 21 o psihološkoj procjeni).

Tablica 59.4. prikazuje najvažnije poremećaje koje treba razmotriti u diferencijalnoj dijagnozi.

Kao što se vidi u tablici, potrebno je isključiti somatske, kao i psihijatrijske bolesti. Od somatskih stanja prije svega treba misliti na različite gastrointestinalne i endokrine poremećaje, poput celijakije, Crohnove bolesti, adrenalne insuficijencije ili šećerne bolesti tipa 1. Pri postojanju atipičnih oblika poremećaja (npr. pojavljivanje u dječjoj dobi ili kod muškog spola, nepostojanje straha od biti debeo/debela i sl.) potrebno je razmotriti i mogućnost postojanja tumora SŽS-a (Her-

Tablica 59.4.**Najvažnija diferencijalna dijagnoza poremećaja jedenja.**

Modificirano prema Bern i sur. 2016; Campbell i Peebles 2014; Lempp 2014; Matthejat i Schulte-Markwort 2013; Rosen, 2010.

endokrini poremećaji	hipertireoza ili hipotireoza diabetes mellitus hiperkortizolemija adrenalna insuficijencija ostali endokrini poremećaji
GI poremećaji	Crohnova bolest ulcerozni kolitis celijakija gastroezofagealna refluksna bolest
ostala stanja i poremećaji	sindrom gornje mezenterične arterije tumori, hematološke bolesti tumori SŽS-a reumatološke bolesti Wilsonova bolest porfirija epilepsije Klein-Levinov sindrom trudnoća neravnoteža energijskog unosa i tjelesne aktivnosti nuspojave lijekova infektivne bolesti imunodeficijencije (AIDS) kronične bolesti (tuberkuloza)
psihijatrijski poremećaji	različiti poremećaji iz skupine poremećaja hranjenja (posebno atipična anoreksija, supklinička bulimija nervoza, supklinički poremećaj prejedanja) depresija OKP anksiozni poremećaji somatizacijski poremećaj shizofrenija perzistentni sumanutni poremećaj poremećaji ponašanja <i>borderline</i> poremećaj ličnosti bolesti ovisnosti reaktivni gubitak apetita

petz-Dahlmann 2011; Hay i Morris 2016; Lempp 2014). Niska tjelesna masa u pacijenata s poremećajima hranjenja, za razliku od onih sa različitim somatskim (medicinskim) stanjima, uzrokovana je namjernim izbjegavanjem jedenja zbog želje za mršavljenjem, uz strah od debljanja i poremećaj sheme tijela (B i C kriterij za AN, odnosno B i D kriterij za BN) (Hay i Morris 2016; Lempp 2014).

Tablica 59.5.**Somatske komplikacije poremećaja hranjenja**

Modificirano prema Campbell i Peebles 2014; Herpetz-Dahlmann i sur. 2015; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Rosen 2010; Steinhausen 2010.

kardiovaskularne (potencijalno letalne)	sinusna bradikardija, kardijalne aritmije koje uključuju QT prolongaciju (posebna opasnost od iznenadne smrti), ortostatske promjene pulsa ili tlaka, hipotenzija, nesvjestice, kardiomiopatija (pri povraćanju), prolaps mitralne valvule, perikardijalni izljev, edemi (vaskularni)
gastrointestinalne (povezane s malnutricijom, povraćanjem ili prejedanjem)	- malnutricija: otežano pražnjenje želuca, konstipacija, povećanje transaminaza, dislipidemija, sindrom gornje mezenterijalne arterije - povraćanje: karijes; ezofagitis, Barretov jednjak, ezofagealne rupture, pneumomedijastinum, refluks, hematemeza, otjecanje parotida - restrikcija: abdominalna nadutost, mučnina, postprandijalna punoća, rana sitost, usporeno pražnjenje želuca, poremećaj motiliteta crijeva - prejedanje: gastrična dilatacija, gastrična ruptura, pankreatitis
poremećaji elektrolita (zbog povraćanja te uporabe laksativa, diuretika itd.)	- hipokalemija (potencijalno letalna) - hipofosfatemija (potencijalno letalna) - hipokloremična alkalozia pri povraćanju - hiperkloremična acidoza kod zloporabe laksativa - hiponatremija - hipomagnezemija (dijareja) - hipokalcemija - kod malnutricije postoji opasnost od realimentacijskog sindroma pri naglom dobitku na tjelesnoj masi (<i>engl. refeeding syndrome</i>): hipofosfatemija, hipokalemija te hipomagnezemija (potencijalno letalno)
endokrine	- hipotalamusna i hipofizna inhibicija - niski gonadotropni i spolni hormoni - povišen kortizol - smanjeni rast, zastoj pubertetskog razvoja, menstrualna disfunkcija - manjak inzulinu sličanog faktora rasta, snižena razina glukoze - manjak T3 i/ili T4 uz očuvan TSH (netiroidna bolest štitnjače <i>engl. euthyroid sick sindrom</i>) - smanjena gustoća kostiju - sniženi leptin
bubrežne	- dehidracija, poremećaj osmotske regulacije, urgencija i noćno mokrenje, nefrolitijaza, kronična bubrežna bolest, hipokalemijska nefropatija u anoreksiji nervozi, bubrežna insuficijencija
hematološke	- hipoplazija koštane srži, leukopenija, anemija
neurološke	- atrofija kore mozga, oštećenje neuropsiholoških funkcija, miopatije, kronična rabdomioliza
nalazi fizikalnog pregleda	- suha koža, lanugo dlačice, akrocijanoza, alopecija, snižena tjelesna temperatura, erozije sluznice usta, karijes, parotitis, žuljevi na rukama

Kod psihijatrijskih poremećaja koje treba razmotriti u **diferencijalnoj dijagnozi** većinom nedostaje poremećaj sheme tijela i strah od biti debeo/debela. Kod BN-a posebno treba uzeti u obzir mogućnost postojanja *borderline* poremećaja ličnosti, kao i zloporabe lijekova. Unutar skupine poremećaja jedenja (prema DSM-5) pojedini se poremećaji međusobno isključuju (pica, ruminacijski poremećaj, poremećaj izbjegavanja uzimanja hrane, AN, BN, poremećaj prejedanja), a njihove su razlike prikazane su u **tablici**

59.1. Glavna diferencijalnodijagnostička razlika prejedajućeg/purgativnog (s čišćenjem) tipa AN-a u odnosu na BN jest snižena tjelesna masa kod AN-a, što kod BN-a obično nije slučaj (APA 2013; Lempp 2014).

59.1.6. Somatske komplikacije

Somatske komplikacije poremećaja hranjenja prikazane su u **tablici 59.5.**, a zahvaćaju sve organske sustave, posebno kardiovaskularni, gastrointestinalni,

endokrini, bubrežni, hematopoetski, neurološki te kožni.

Načelno su somatske komplikacije reverzibilne, no u slučaju kronifikacije mogu nastupiti ireverzibilne promjene, prije svega na koštanom sustavu (Campbell i Peebles 2014). Somatske su promjene teže što je tjelesna masa niža, što su pacijenti mlađi, što je gubitak tjelesne mase veći u kraćem razdoblju, te što je više epizoda prejedanja (Herpetz-Dahlmann 2003; Herpetz-Dahlmann 2011). Posebnu pažnju treba obratiti na kardiovaskularni sustav i nalaze EKG-a. U pacijentima s AN-om, produljenje QT-intervalu zbog disbalansa elektrolita (hipokalemija, hipofosfatemija, hipomagnezija) može uzrokovati iznenadnu srčanu smrt.

Postoji opasnost od razvoja hipokalemije, hipokloremične alkalozije (kod purgativnog oblika) te hiponatremije ili hipernatremije uz potomaniju (povećani unos vode u organizam) ili restrikciju unosa tekućine u svrhu manipulacije masom. Uporaba laksativa može uzrokovati metaboličku acidozu, dehidracije koja pogoduje razvoju nefrolitijaze, porastu ureje, pojavi hiperuricemije, hipokalcemije, hipomagnezije i kronične dehidracije. Uz nagli prekid uporabe laksativa postoji rizik od retencije vode (Brown i Mehler 2000).

Često su prisutne niske vrijednosti ukupnog i slobodnog tiroksina (T4) te smanjena razina trijodtirozina (T3), što upućuje na smanjenu perifernu konverziju T4 u T3. Vrijednost tireotropina (TSH) obično je normalna ili blago snižena, a odgovor u TRH testu zakašnjeni, ali normalan. Ove su promjene dio neuroendokrinoimunskih reakcije na stres, a u funkciji su zaštite organizma (Brown i Mehler 2000; Hudson i sur. 2012).

Povišena razina kortizola u oboljelih od AN-a, uz izostanak karakteristične kliničke slike hiperkortizolizma, također je odraz poremećaja na razini hipotalamusa. Stanje hiperkortizolizma udruženo je s normalnom bazalnom razinom kortikotropina (ACTH) u plazmi. Osim toga, u bolesnika s AN-om nalaze se i kvalitativne promjene u cirkadijurnom ritmu kortizola i leptina. Naime, u zdravih osoba razina leptina raste četiri sata prije razine kortizola, dok u bolesnika s anoreksijom kortizol raste prije leptina. Sve su ove promjene reverzibilne i korigiraju se porastom tjelesne mase (Miller 2011; Paszthy 2007).

Iako su u bolesnika s AN-om prisutne promjene u gotovo cijelom endokrinom sustavu, klinički su možda najvažnije one na razini jajnika. Amenoreja ili odgoda

menarhe zbog smanjenog lučenja gonadoliberina odgovor je tijela na gubitak masnoga tkiva i pothranjenost, ali i odraz poremećena unosa makronutrijenata i mikronutrijenata, iscrpljujućeg vježbanja, anksioznosti i stresa općenito. Zbog razloga koji nisu poznati, u oko 20 % pacijentica s AN-om razvije se amenoreja prije značajnijeg gubitka na masi, u 50 % njih razvije se amenoreja tijekom djeteta, a u oko 30% menstruacija izostane tek kod znatnog gubitka tjelesne mase (Danziger i sur. 1994).

Kako su sve tjelesne promjene, osim zastoja rasta, reverzibilne, učinci AN-a na linearni rast kostiju privukli su najviše pažnje. Ako se bolest razvija u vrijeme očekivanog zamaha rasta sredinom puberteta, moguće je očekivati kako će izgladnjivanje uzrokovati usporenje ili potpun zastoj rasta. Ishod usporenog ili već jasnog zaostatka u rastu ovisan je o tjelesnom oporavku i stupnju pubertetskog razvoja. Kod rane i uspješne realimentacije pubertet se nastavlja i pokreće linearni rast kostiju, uz dosezanje očekivane visine u odrasloj dobi. Manje će uspjeha biti u djevojaka s uznapredovalim pubertetom i sekundarnom amenorejom koje su već kompletirale svoj genski potencijal rasta. Većina navedenih metaboličkih poremećaja pri pravodobnom liječenju prolazne je prirode, no neki mogu uzrokovati nepovratna oštećenja, poglavito ako se kasno započne s liječenjem.

Uspostavljanje redovitih menstrualnih ciklusa prioritet je u somatskom liječenju jer deficit spolnih steroida ima negativne, često ireverzibilne učinke, kako na postizanje vrška koštane mase, tako i na rast. Znanstveno utemeljen pristup uspostavljanju normalnih menstrualnih ciklusa temelji se na tjelesnom oporavku s odgovarajućim postotkom tjelesne masti, ali i na uspostavljanju normalnog obrasca jedenja (Castro i sur. 2001; Katzman i Misra 2013). U većini studija navodi se da je za oporavak tjelesne mase potrebno najmanje godinu dana od pojave poremećaja.

59.1.7. Komorbiditetni psihijatrijski poremećaji

Pacijenti s poremećajima hranjenja, uz „osnovne simptome“ opisane u klasifikacijama, pokazuju i niz drugih simptoma različitih psihijatrijskih poremećaja. U osoba s AN-om to su većinom depresivni poremećaji (u 50 do 75 % oboljelih) uz suicidalnost, poremećaji ličnosti (u do 50 %) te anksiozni poremećaji (u 40 do 80 %) (Braun i sur. 1994; Godart i sur. 2000). Tako-

der je čest perfekcionizam koji može perzistirati neovisno o izlječenju AN-a (Bardone-Cone i sur. 2007; Schulze i sur. 2008). Autoagresivno ponašanje, koje je često prisutno (u 40 do 50 %), može se podijeliti na opsesivno (npr. čupkanje kose) ili impulzivno (npr. grebanje) (Truglia i sur. 2006). Čini se da su opsesivne crte ličnosti, kao i simptomi opsesivnosti, neovisni o AN-u, međutim, da se zbog izgladnjivanja pojačavaju.

Više od polovice pacijenata s **BN-om** ima dodatni psihijatrijski poremećaj. Uglavnom je riječ o depresiji (u 65 do 75 %) uz suicidalnost, o anksioznim poremećajima (u 13 do 75 %) i impulzivnosti, a poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja češći su kod BN nego kod AN-a. BN se povezuje i s nekim oblicima zlostavljanja u prošlosti. Da bi priskrbili hranu, bolesnici je pokatkad krađu iz dućana (Lempp 2014). U pacijenata s BN-om rjeđi su opsesivni simptomi, no, ako su prisutni, češće se radi o opsesivnim mislima agresivnog sadržaja (von Ranson i sur. 1999). U literaturi nalazimo povezanost prejedanja (uključujući bulimiju i poremećaj prejedanja) i hiperkinetskog sindroma (Reinblatt i sur. 2015).

Važno je procijeniti suicidalnost u pacijenata s poremećajima hranjenja, a posebno treba obratiti pažnju na to ako se u komorbiditetu pojavljuju depresija, prejedanje ili samoozljeđivanje. Petina smrtnih ishoda u osoba s AN-om otpada na suicid, a oko 50 % pacijentica s BN-om imalo je barem jedan pokušaj suicida (Herpetz-Dahlmann 2015).

59.1.8. Etiopatogeneza

Na slici 59.1. sažeto je prikazana etiopatogeneza poremećaja hranjenja.

Etiopatogeneza nije do kraja razjašnjena, odnosno pretpostavlja se da je multifaktorijelna. To znači da je riječ o međugri genskih, bioloških, razvojnih, intrapsihičkih, interpersonalnih, obiteljskih i sociokulturalnih čimbenika (Bürgin 1993; Culbert i sur. 2015). Skupina poremećaja hranjenja vjerojatno nema jedinstvenu etiologiju, nego je riječ o različitim podgrupama s različitim podlogom. Kad se AN jednom razvije, u odgovoru na gladovanje dolazi do niza metaboličkih i hormonalnih promjena (hiperkortizolemija, smanjena supresija deksametazonskim testom, manjak hormona štitnjače, smanjena sekrecija gonadotropina itd.) koje je dalje „podupiru“. Dakle, može biti teško odvojiti primarne uzroke od posljedica gladovanja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

U prilog **genskim uzrocima** govore obiteljske studije, studije na blizancima, kao i molekularnogenetička istraživanja, no time se ne objašnjava cjelokupna etiopatogeneza. Pretpostavka je da postoji genski uzrokovana vulnerabilnost serotoninergičkog, ali i drugih neurotransmitorskih sustava (dopaminergičkog, noradrenergičkog, opioidnog) (Herpetz-Dahlmann 2011).

Pojedini autori navode **premorbidne karakteristike ličnosti** koje mogu biti podloga za razvoj poremećaja hranjenja. To su pretjerana potreba za prilagodбом okolini na račun vlastite individualnosti i autonomije, perfekcionizmom te opsesivnost, no pitanje njihova međudjelovanja ostaje i dalje otvoreno (Bürgin 1993). Pacijenti s **restriktivnim tipom anoreksije** najčešće pokazuju tipične karakteristike ličnosti kao što su perfekcionizam, ustrajnost, rigidnost, introvertiranost, uz prosječnu ili natprosječnu inteligenciju (Kaye i sur. 1993). Obično je riječ o popustljivim osobama koje izbjegavaju konflikte i nepoznate situacije (*harm avoidance*) te imaju nisko samopouzdanje i smanjenu autonomnost (Klump i sur. 2000). Većina je istraživanja provedena nakon utvrđivanja bolesti te ostaje nejasno jesu li promjene ličnosti uzrok ili posljedica gladovanja. Neke novije studije pokazuju da određene karakteristike mogu upućivati na poremećaj hranjenja, a to su „negativni afekt“ koji se povezuje s depresijom, kao i s „crtom ličnosti označenom kao perzistentnost“ (Keel i sur. 2013; Martin et al. 2000). Pacijenti s BN-om manje su kontrolirajući, bolje toleriraju frustracije, pokazuju veću seksualnu aktivnost i ekstrovertiraniji su, no imaju sličan obrazac perfekcionističkog ponašanja kao i pacijenti s AN-om (Matsunga i sur. 1999). Impulzivnost i depresivnost izdvajaju se kao rizični čimbenici za razvoj BN-a (i prejedanja) (Pearson i sur. 2015). Pojedine neuropsihološke studije pokazuju odstupanja u kognitivnim funkcijama u obama poremećajima (pažnji, vizuospcijalnim funkcijama i u rješavanju problema).

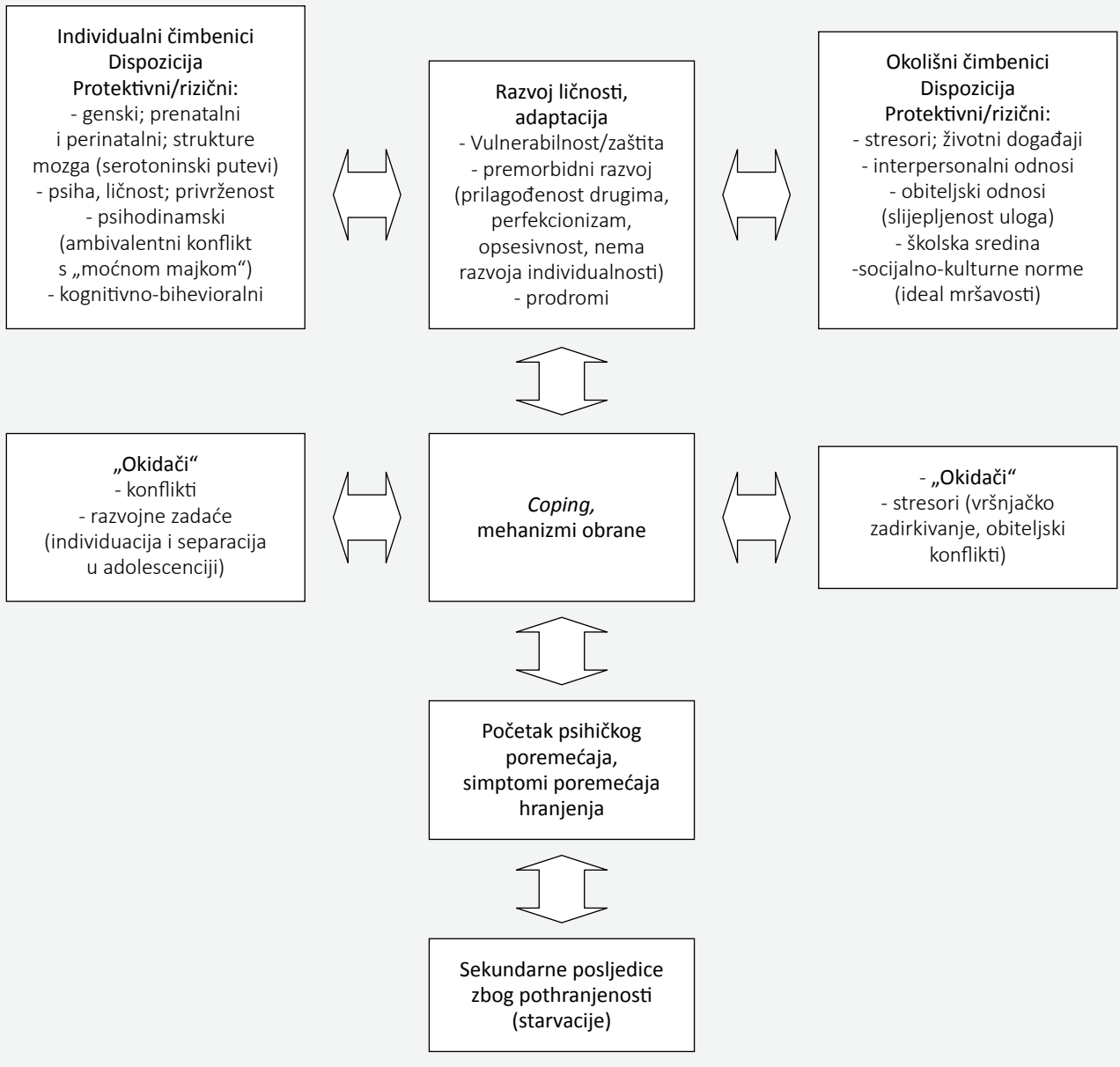
Na **bihevioralnoj** razini, procesi učenja imaju ulogu kod osjećaja gladi, kao i pri jedenju, odnosno u njegovoj disfunkcionalnosti (kondicioniranje osjećaja gladi) (Ermann 2007). Dodatna komponenta mogu biti različite disfunkcionalne kognicije, kao i negativni afekti.

Razvojni i psihodinamski čimbenici vrlo su važni u podlozi razvoja poremećaja hranjenja. Istraživanja razvoja upućuju na **nesigurnu privrženost** koja preko emocionalne regulacije sudjeluje u manifestaciji simptoma poremećaja hranjenja (Jakovina i sur. 2018), a

Slika 59.1.

Integrativni etiopatogenetski model poremećaja hranjenja.

Modificirano prema Bürgin 1993; Culbert i sur. 2015; Herpetz- Dahlmann 2011; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.



navodi se i transgeneracijski prijenos istih obrazaca (Gander i sur. 2015; O’Shaughnessy i Dallos 2009; Robinson i sur. 2015).

Psihodinamski gledano, kod poremećaja hranjenja prisutni su različiti deficiti ličnosti i psihički konflikti, a posebno problemi individuacije, autonomije te edipski konflikt (Bürgin 1993; Vidović i sur. 2008). Najranija iskustva između dojenčeta i majke osnova su za kasniji doživljaj vlastita tijela. Tako ono može postati loš objekt i doimati se stranim. Ako su majke ank-

siozne, mogu na svaku djetetovu potrebu reagirati davanjem hrane (hrana kao ljubav) te dijete poslije ne uspijeva razlikovati različite tjelesne osjete (npr. ne može razlikovati tjeskobu od osjećaja gladi ili umora). Pojedini autori naglašavaju djetetovu nemogućnost podnošenja vlastitih osjećaja agresivnosti, pohlepe ili ljubomore (Chernin 1986). Ako majka (skrbnik) ne prepozna djetetove potrebe, agresivni impulsi jačaju. Pojedini autori poremećaje hranjenja vide kao tipične psihosomatske bolesti (Begovac i Votava Raić 2004;

Bürgin 1993; Kuechenhoff i Ahrens 2002; Nikolić 1990), pri čemu pacijenti žive s introjiciranim proganjajućim objektom. Tako, s jedne strane, postoji nesvjesni strah od separacije (gubitka objekta), a, s druge, strah od intruzije (preplavljanja proganjajućim objektom), odnosno isprepleću se razvojne potrebe individuacije i autonomije (v. poglavlje 4 o razvoju). Ovo se može usporediti s fazom feminine identifikacije u djevojčica (u dobi oko 18 mjeseci) u kojoj postoji konflikt između „sedinjenosti majke i kćeri”, odnosno straha od gušenja (proždiruća majka), nasuprot „strahu od odvojenosti od majke“ (Nikolić 1990). Dakle, postoji ambivalentan odnos s „moćnom” majkom ili pak dezidentifikacija od „slabe” majke (v. poglavlja 4 i 8 o razvoju).

Poremećaji hranjenja započinju u adolescenciji, kada se osobe susreću s pritiskom autonomije i separacije od primarne obitelji. Od adolescenata se zahtijeva emocionalno i tjelesno sazrijevanje (sekundarne spolne karakteristike). Da bi se to ostvarilo, potrebno je da majka bude zadovoljna svojom ženskom ulogom kako bi poslužila kćeri kao identifikacijski model. Važna je i uloga očeva kako bi se potaknula triangulizacija, odnosno napuštanja simbioze s majkom. Kćeri mogu biti vrlo osjetljive na očeve komentare o izgledu i tijelu. Gladovanjem se zaustavlja sazrijevanje, čime pacijenti ostaju u simbiozi s majkom, a disfunkcionalna obiteljska dinamika je netaknuta (o tome će biti riječi poslije). Uloga seksualnog zlostavljanja u etiopatogenezi poremećaja jedenja još je nerazjašnjena, no, ako ono postoji, potrebno je pristupati s puno razumijevanja i empatije (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Ako u anamnezi postoje traumatska iskustva, ona mogu činiti rizik za razvoj impulzivnosti, osjećaje srama, autodestruktivno ponašanje (zloporaba droga i alkohola, pokušaji suicida, rizično ponašanje) te razvoj poremećaja ličnosti.

Psihodinamski gledano, u pacijenata s BN-om možemo govoriti o cijelom spektru konfiguracija, od modela konverzije pa sve do *borderline* ili teško oštećene narcističke razine (self-objekt patologija, oralna fiksacija) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Hirsch 1989). AN se razvojno smatra arhaičnijim te samo tijelo služi kao „prijelazni objekt“. Kod BN-a prijelazni je objekt hrana, dakle nešto izvana, čime BN sadržava veću simboliku. Razvojno gledano, majke pacijentica s bulimijom mogu biti pasivne i emocionalno nedovoljno angažirane (Vidović 1998). Hranjenje postaje zrcalo ambivalentnih odnosa unutarnjih objekata.

Disfunkcionalna obiteljska dinamika prije se jako naglašavala kao uzročni čimbenik poremećaja hranjenja (Minuchin i sur. 1978; Selvini-Palazzoli 1977; Stierlin 1975). Iako obitelji mogu djelovati neupadno, pomnijim se razmatranjem saznaje o prikrivenim sukobima i agresiji. Majke osoba s AN-om opisuju se kao agresivne, anksiozne i pretjerano zaštićujuće te sklone simbiotskom odnosu s djecom.

Neke karakteristike obitelji pacijenata s AN-om jesu: **slijepljenost uloga** (engl. *enmeshment*), rigidnost, prekomjerno zaštićivanje i izbjegavanje konflikata (Minuchin i sur. 1978). Dodatno, u ovakvim obiteljima stimulira se visoka školska učinkovitost, majke su dominantne, ponašaju se kao „žrtve“ obitelji, nezadovoljne su svojom ženskom ulogom i restriktivne su u vezi s nagonskim zadovoljstvima (jelo, seksualnost), dok su očevi obično neprisutni. Djeca u takvim obiteljima odrastaju u restriktivnoj atmosferi, pri čemu ih anksiozne majke pretjerano štite (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Selvini-Palazzoli 1977). Obiteljske su interakcije krute, uz specifičan način komunikacije. Na primjer, kada jedan član obitelji nešto kaže, drugi to odmah opovrgava, čime nastaje zbrka ili slom komunikacije. Također, nitko ne želi preuzeti odgovornost za svoju namjeru. Na primjer, majka kaže: „Ne dopuštam joj da nosi minice jer znam da njezin otac to ne voli.“ Mogu postojati i „**tajni savezi (alijanse, povezanosti)**“ pojedinih članova obitelji (Vidović 1998). Djevojke u takvim obiteljskim konstelacijama pokušavaju dati roditeljima (majkama) narcistički osjećaj da su „dobri roditelji“, međutim na štetu vlastite individualnosti i autonomije (Bürgin 1993). U obiteljima mogu biti prisutne i druge psihijatrijske bolesti, uključujući depresiju, pretilost i alkoholizam (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Važno je da se roditelji ili obiteljska konstelacija ne proglase krivima za poremećaj hranjenja (Vidović 1998), nego da budu saveznici u terapiji.

U etiopatogenezu poremećaja hranjenja uključeni su i **sociokulturalni čimbenici**. Više je oboljelih u zapadnome svijetu, u srednjim i višim slojevima, kao i u određenim skupinama (sportaši, balerine, modeli). Jedna do dvije trećine srednjoškolaca drži dijete (Patton i sur. 1997). Postoji povezanost između držanja dijete i poremećaja hranjenja, ali to nije nužan preduvjet za razvoj poremećaja. Danas se ideal ženske ljepote vidi u kulturi mršavosti, što se prenosi i na vršnjačke odnose (Keel i Forney 2013; Vidović 1998). Prema istraživanjima, čini se da 90 % američkih djevojaka ne uspijeva dosegnuti taj ideal mršavosti (Vidović 1998).

59.1.9. Kliničke vinjete

59.1.9.1. Primjer **12-godišnje djevojčice s anoreksijom nervozom – restriktivni tip – premenarhalni tip**. Prvi simptomi restriktivnog trenda bilježe se kada je ona imala 10 godina, uz sve veću restrikciju jedenja i pretjerano (ekscesivno) vježbanje. Tipično postoji intenzivan osjećaj krivnje kada nešto pojede. Odbijala je jedenje, kao i pijenje tekućine, zbog čega s vremenom upada u stanja pothranjenosti. U anamnezi su niz stresnih okolnosti, disfunkcionalno roditeljstvo, visoki perfekcionizam, bavljenje različitim izvanškolskim aktivnostima. U statusu je poremećaj sheme tijela kao i strah od debljine u smislu: „Drugi mi govore da sam debela, imam strah da ću se udebljati, negdje sam pročitala da su mršaviji ljudi pametniji.“ Detaljno je učinjena obrada kod pedijatra te su utvrđene somatske posljedice pothranjenosti (npr. hormonalni disbalans). Prilikom prijema na stacionarno psihijatrijsko liječenje bilježi se TM = 27,1 kg; TV = 136 cm; uz ITM = 14,65. Prema centilnoj krivulji za 12-godišnjakinju je ispod 5. centile (5. centila je oko 14,8). Zapaža se i zastoj cjelokupnog rasta, bez pojave menarhe. Preporučuje se dugotrajnije liječenje kod dječjeg psihijatra, uz kontrole i liječenje somatskog stanja kod pedijatra.

59.1.9.2. Primjer **15-godišnjeg dječaka s anoreksijom nervozom**. Prvi simptomi anoreksije počeli su, kada je on imao oko 12 godina. Početni su simptomi bili pretjerano vježbanje, restriktivno jedenje, poremećaj sheme tijela, pa s vremenom sve više dolazi do pothranjenosti. Tipično postoji intenzivan osjećaj krivnje kada nešto pojede. Ekstenzivno više puta pedijatrijski obrađen, uz utvrđene somatske posljedice. Također je promijenio više psihijata, primao i medikamentnu terapiju. Kod prijema na stacionarno psihijatrijsko liječenje bilježi se TM = 53 kg; TV = 184 cm; ITM = 15,7, što je, prema centilnoj raspodjeli, ispod 3. centile (3. centila je za dječaka od 15 godina oko 16,5). U kliničkoj slici dominiraju klasični simptomi anoreksije nervoze, depresivnost, preokupacija jedenjem, poremećaj sheme vlastita tijela. Prisutan manjak uvida u bolest. Preporučuje se dugotrajnije liječenje kod dječjeg psihijatra, uz istodobne kontrole i liječenje somatskoga stanja kod pedijatra.

59.1.9.3. Primjer **14-godišnjeg dječaka s IRPUH-om**. Oduvijek je kao dijete bio izbirljiv u jedenju. U obitelji postoji disfunkcionalni obrazac načina komunikacije. U posljednje vrijeme sve je više izbjegavao obroke. Ne bilježi se poremećaj sheme tijela, svjestan je da je pothranjen i želi dobiti na tjelesnoj masi. Pri dola-

sku na stacionarno psihijatrijsko liječenje TM=50,3 kg; TV=173 cm; ITM=16,8, što ga svrstava na 10. centilu (10. centila je oko 16,8). U kliničkoj slici prevladava senzorička osjetljivost na većinu jela, te odugovlačenje pri jedenju, uz elemente pothranjenosti. Motiviran za liječenje, uspostavlja se dobra suradnja u liječenju. Preporučuje se dulje liječenje kod dječjeg psihijatra uz istodobne kontrole i liječenje kod pedijatra.

59.1.9.4. Primjer djevojke s **bulimijom nervozom**. Na odjel stacionarnoga psihijatrijskog liječenja primljena sa 17 godina. Prije toga ekstenzivno obrađena kod pedijatra. Premorbidno se anamnestički saznaje da je djevojka „oduvijek tvrdoglava“, a u posljednje vrijeme „nije zadovoljna ničime“ i „sklona reći sve što joj je na umu“. U posljednje je vrijeme, prije stacionarnog liječenja, „jako razdražljiva, tvrdoglava, eksplozivna i agresivna“, „ne voli nepravdu“. U anamnezi također prisutna samoozljeđivanja žiletom, šestarom ili šiljilom. Postoje značajne interpersonalne poteškoće, posebno u relaciji majka – kćer (pacijentica). S 15 godina počinju simptomi bulimije: nezadovoljstvo vlastitom tjelesnom shemom, prejedanja i povraćanja. U posljednje vrijeme ne može kontrolirati poriv da nakon bilo kojeg jela povraća i tipično osjeća sram, krivnju i ljutnju nakon povraćanja, naime, to su „trenutci slabosti“, međutim, začarani se ciklus dalje nastavlja. Povremeno noću ima napadaje plača, koje nitko od ukućana ne primijeti. Čudi se roditeljima koji sve probleme stavljaju „pod tepih“. Izražava zabrinutost zbog svojeg stanja i ima želju za liječenjem. U psihološkom nalazu dominira ekstrovertiranost, uz nepovjerljivost, agresivnost, i nemogućnost kontrole vlastitih emocija. Voli riskirati i lako može upasti u nevolje. Povišena je mogućnost za razvoj ovisnosti i asocijalnih oblika ponašanja. TV je pri prijemu bila 176 cm; TM = 60 kg; ITM = 19,37, što je, prema centilnoj krivulji za djevojčice i dob, svrstava iznad 15. centile (razina normalnog ITM-a). Uključena je u multimodalno liječenje na stacionarnom odjelu, kao i u naknadno multimodalno psihijatrijsko liječenje, uz istodobno liječenje kod pedijatra.

59.1.10. Prevencija, liječenje

59.1.10.1. Preventivne mjere

Primarna se prevencija odnosi na savjetovanja o prehrani, izbjegavanju negativnih komentara o vanjskom izgledu, poticanje obitelji na zajedničke objede u opuštenu atmosferu te svjesnost o štetnosti isticanja „ideala

mršavosti“. Učinkovitijima su se pokazale aktivnosti usmjerene prema rizičnim skupinama (sportaši, bale-rine, modeli) te prema pacijentima s anksioznim i depresivnim poremećajima. U posljednje vrijeme postoje bojazni vezane za kampanje u vezi sa suzbijanjem pretilosti jer one mogu potaknuti nastanak poremećaja hranjenja, prije svega AN-a (Campbell i Peebles 2014). Svako provođenje dijete u adolescenciji zahtijeva pedijatrijsko praćenje (Rosen 2010). Sekundarna se prevencija odnosi na prepoznavanje simptomatologije te rano liječenje. Budući da prognoza poremećaja hranjenja znatno ovisi o gubitku na masi i duljini trajanja bolesti prije početka liječenja, pravodobna dijagnoza i rano liječenje dovode do boljih ishoda. S obzirom na navedeno, uloga liječnika primarnog kontakta može biti odlučujuća (Campbell i Peebles 2014).

U proteklom desetljeću epidemija pretilosti nameće poseban oprez zbog porasta učestalosti raznih oblika poremećenog jedenja i poremećaja hranjenja, koji se pojavljuju tijekom provođenja inicijalno opravdane dijete. Fokus intervencije u pretilosti djece i adolescenata treba biti na razgovoru o zdravom načinu života, a ne o masi. Dokazi sugeriraju kako ispravna provedba preventivnih mjera i liječenja pretilosti ne podižu rizik od razvoja poremećaja hranjenja. Američka Akademija za pedijatriju (AAP) objavila je nove smjernice koje sjedinjuju preventivne napore usmjerene prema debljini i poremećajima hranjenja, shvaćajući ih kao dvije strane istoga problema (Golden i sur. 2016).

59.1.10.2. Liječenje

59.1.10.2.1. Općeniti aspekti liječenja

Kako bi se prevenirale komplikacije, liječenje poremećaja hranjenja trebalo bi započeti već kod supkliničkih formi, no navedeno je najčešće otežano s obzirom na njihovo kasno otkrivanje (Campbell i Peebles 2014). Za dječje i adolescentne psihijatre posebnu važnost imaju netipična anoreksija, supklinička BN i supklinički BED, jer se već tada može primijeniti rana intervencija (Lock i La Via 2015). Liječenje može biti ambulantno, dnevno-bolničko, stacionarno ili u specijaliziranim centrima (Campbell i Peebles 2014), a prvo je potrebno postići somatsku stabilizaciju stanja. Pacijenti najčešće pokazuju ambivalentan stav, kako na početku, tako i tijekom terapije. Zbog toga se prioritet stavlja na uspostavljanje dobrog terapijskog saveza i na motiviranje za liječenje (Clausen i sur. 2013; Knowles i sur. 2013).

U najvećega broja pacijenata s AN-om potrebno je stacionarno pedijatrijsko i/ili psihijatrijsko (psihoterapijsko) liječenje, što pacijenti i roditelji obično prihvaćaju tek nakon što se ambulantno liječenje pokaže neučinkovitim. Tijekom stacionarnog liječenja važno je da pacijenta liječi jedan terapeut kako bi se postigao kontinuitet odnosa (Winston i sur. 2012). U tablici 59.6. prikazane su indikacije za stacionarno liječenje, a posebno su istaknute kardiovaskularne komplikacije te poremećaji elektrolita.

U slučajevima nepostojanja mogućnosti integrativnoga pedijatrijskog i psihijatrijskog liječenja, prvo je potrebna somatska stabilizacija na pedijatrijskom odjelu, a nakon toga eventualno i psihijatrijsko (psihoterapijsko) stacionarno liječenje. Ako pak u somatski stabilnih pacijenata dominiraju psihijatrijski temeljni simptomi uz komorbiditete, preferira se psihijatrijsko stacionarno liječenje. Rjeđe, u slučajevima vitalne ugroženosti, može biti potrebna i prisilna hospitalizacija.

U psihoterapijskom liječenju posebna se pažnja pridaje intrapsihičkoj dinamici, odnosno individualnim psihoterapijama (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Terapija je obično dugogodišnja. Danas se često primjenjuje i multimodalna terapija, koja uključuje niz stručnjaka (npr. kombiniranje individualne i grupne psihoterapije, kombiniranje individualne i obiteljskih terapija itd.), uz kombiniranje kognitivno-bihevioralnih i psihodinamskih pristupa (Herpetz-Dahlmann 2011). Rad s pacijenticama s poremećajima hranjenja zahtijeva posebnu vještinu medicinskog tima jer pacijenti s nesvjesnim projektivnim mehanizmima stvaraju neprijateljstvo među osobljem, kao što su to nesvjesno činili i u obitelji (Vidović 1998).

U adolescenata i odraslih pacijenata terapije se osnivaju na razvoju autonomije te se preferiraju individualne tehnike (kognitivno-bihevioralne i psihodinamske). Potrebno je misliti na postupan prelazak iz službi za djecu i adolescente prema službama mentalnoga zdravlja za odrasle.

U literaturi se opisuju različiti algoritmi liječenja poremećaja hranjenja (Föcker i sur. 2013; Weaver i sur. 2012). Pojedini autori navode pet faza liječenja AN-a (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Prva faza se odnosi na somatske kontrole i stvaranje povjerenja koje je temelj za daljnje liječenje. Tijekom druge faze najvažnije je dobivanje na tjelesnoj masi. U trećoj fazi pacijenti trebaju sami naučiti kontrolirati uzimanje dovoljne količine hrane. U četvrtoj fazi težište je na obiteljskim odnosima i socijalnoj okolini. Peta se faza

Tablica 59.6.**Indikacije za stacionarno liječenje.**

Modificirano prema Campbell i Peebles 2014; Golden i sur. 2016; Lempp 2014; Mattejat i Schulte- Markwort, 2013; Rosen 2010; Steinhausen 2010.

Anoreksija nervoza	Bulimija nervoza
otkucaji srca danju manji od 50/min, a noću manji od 45/min	sinkope
sistolički tlak manji od 90 mmHg	serumska vrijednost kalija manja od 3,2 mmol/L
ortostatske promjene pulsa veće od 20 otkucaja u minuti ili krvnoga tlaka: veće od 10 mmHg za sistolički i 20 mmHg za dijastolički	serumska vrijednost klorida manja od 88 mmol/L
poremećaj srčanog ritma, aritmije	aritmije, uključujući prolongaciju QTc-intervalu
tjelesna temperatura niža od 35,6 °C	hipotermija
TM ispod 75 % idealne, ITM manji od 14 ili stalno gubljenje na tjelesnoj masi unatoč liječenju; pad centilne krivulje za TM ili ITM	oštećenja ezofagusa (<i>Mallory-Weiss's tears</i>)
poremećaj elektrolita ili bilo koja od akutnih metaboličkih komplikacija	automatizirano povraćanje
jasno odbijanje jedenja; žestoka restrikcija <500 kcal/dan; produženi periodi gladovanja	hematemeza
depresija uz suicidalni rizik	suicidalni rizik
socijalna izolacija	kronifikacija poremećaja
kompulzivno vježbanje	poremećaj bubrežne funkcije, pankreatitis
namjerno povraćanje	socijalna izolacija
oštećene kognitivne sposobnosti	zloraba alkohola ili droga
izrazita obiteljska disfunkcionalnost	delinkvencija
	izrazita obiteljska disfunkcionalnost
neuspjeh u ambulantnom liječenju	neuspjeh u ambulantnom liječenju

odnosi na daljnje ambulantno praćenje i nastavak psihoterapijskog liječenja. Prve četiri faze zajedno traju od 3 do 6 mjeseci, a peta faza traje najmanje dvije godine.

Kod BN-a možemo se koristiti algoritmom liječenja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013) u četiri faze (ambulantno/stacionarno). Prva se faza odnosi na dijagnostiku i stvaranje povjerenja, druga na stabilizaciju ponašanja, u trećoj je fokus na obiteljskim i socijalnim odnosima, dok se četvrta faza odnosi na ambulantno praćenje.

Slično prethodnim algoritmima, ovdje opisujemo liječenje na trima razinama, gdje se prva odnosi na somatsku rehabilitaciju i terapiju, druga na psihoterapijsko liječenje, a treća na rad s obitelji (AWMF 2011; Yager i sur. 2006; Yager i sur. 2012). U dijela pacijenata primjenjuje se i farmakoterapija te druge važne vrste liječenja.

59.1.10.2.2. Specifični aspekti liječenja

59.1.10.2.2.1. Somatska rehabilitacija i terapija

U prvoj fazi naglasak je na liječenju somatskih komplikacija, rehabilitaciji tjelesne mase do povratka menstruacije, prekidanju začaranoga kruga prejedanja i povraćanja te normalizaciji obrasca jedenja.

Kod pothranjenosti (kaheksije, starvacije) kao posljedice AN-a mogu biti prisutni simptomi dehidracije te disbalans elektrolita, a kod BN-a posebno se navodi opasnost od hipokalemije. Zloraba laksativa može uzrokovati aritmije, miopatije te hipokalemijsku nefropatiju, dok nagla rehidracija može uzrokovati kardijalne komplikacije. Kod realimentacije bogate ugljikohidratima, a bez dodatka fosfata, može se razviti potencijalno fatalan **realimentacijski sindrom** (*engl. refeeding syndrome*), obilježenog hipofosfatemijom te disbalansom elektrolita i tekućina, s mogućim razvojem delirantnih stanja (Norris i sur. 2012). Zato se kod kroničnih oblika bolesti preporučuje vrlo postupna realimentacija (dobitak od 0,5 do 1 kg tjedno) (Lempp 2014). Ciljna tjelesna masa jest ona koja odgovara **15. do 25. centili s obzirom na dob i spol** (Herpetz-Dahlmann 2011; Lempp 2014). Ako se menstruacija ne vrati kada je masa na 25. centili za dob, ciljna se masa definira prema onoj kod koje je izostala menstruacija. U djece i adolescenata potrebno je vraćanje na centilnu krivulju koja je bila prije nastupa bolesti, izuzevši prethodno pretile.

Dobivanje na masi ne smije biti naglo, ali ni preporo. Pacijenti mogu nekoliko sati na dan mirovati

u krevetu, no treba paziti na mogućnost razvoja osteoporoze.

U ovoj, kao i u kasnijim fazama liječenja, primjenjuju se bihevioralni, visoko strukturirani programi hranjenja (npr. stupnjevanje tjelesne aktivnosti s obzirom na svaka dva dobivena kilograma). Pokatkad je potrebno uvođenje nazogastrične sonde, što u pacijenta može uzrokovati bijes i protest, no u većine će i olakšati terapiju, jer ih oslobađa osjećaja krivnje za pojedeno („prisilili su me da uzmem, nisam odgovorna/odgovoran za to“). Regulaciju hranjenja provodi dijetetičar ili neki drugi stručnjak (npr. viša medicinska sestra) koji se koncentrira na hranjenje, a primjenjuju se i psihoedukativne grupe. Važna je anamneza jedenja uz vođenje dnevnika (vrsta hrane, učestalost obroka) te plan hranjenja s glavnim i sporednim obrocima. U ovoj se fazi ne preporučuju proizvodi s manje kalorija (tzv. light proizvodi). Postupno se uvode „zabranjena jela“ s više masti te redoviti topli obroci, uz manje tekućine prije i nakon jela (Herpetz-Dahlmann 2011). Prema kraju liječenja pacijenti se uče spremati obroke, a u kroničnim slučajevima primjenjuje se zajedničko jedenje sa skrbnikom. Korisne su i psihoedukativne grupe za roditelje na kojima se podučava o posljedicama izgladnjivanja te se umanjuje osjećaj krivnje. U toj fazi somatskog liječenja ne preporučuju se psihoterapije usmjerene na zahtjevnije ciljeve (npr. psihodinamske terapije).

59.1.10.2.2.2. **Psihoterapija**

Ciljevi psihoterapije mogu biti gubitak osnovne simptomatologije (povećanje tjelesne mase, redoviti obroci, prestanak povraćanja), razvoj samopoštovanja, smanjenje perfekcionizma, prorada intrapsihičkih i interpersonalnih konflikata (npr. konflikta ovisnosti, obiteljskih konflikata) te realističnija percepcija i prihvaćanje vlastita tijela.

Glavni je problem ambivalentno stajalište prema liječenju, odnosno pitanje motiviranosti za terapiju. Iako su im poznate posljedice bolesti i pothranjenosti, izražen strah od biti debeo/debela praćen depresijom utječe na suradljivost. Pacijenti mogu doživljavati pothranjenost kao ugodu, dok je dobivanje na masi praćeno anksioznošću i depresijom. Na nenajavljena mjerenja tjelesne mase koja se provode tijekom liječenja mogu reagirati negodovanjem i ljutnjom te im je potrebno objasniti da je to za njihovo dobro (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Postavlja se pitanje je li dobro

da znaju kolika im je masa. Naša praksa u radu s pacijentima tijekom stacionarnoga psihoterapijskog liječenja jest da im se podatak o masi ne govori, osim ako to ne zatraže. U tom slučaju kaže im se radi održavanja međusobnoga dobrog povjerenja.

Prognostički povoljan znak jest postupno dobivanje na tjelesnoj masi, a tijekom psihoterapijskog liječenja pokatkad je dovoljno da pacijenti ne gube na masi. S druge strane, ostaje otvoreno pitanje što raditi ako tijekom psihoterapijskog liječenja pacijenti gube na masi. Važno je intervenirati na odgovarajući način kako se ne bi narušilo povjerenje stvoreno u terapiji.

Od psihoterapijskih tehnika, danas se najčešće primjenjuju kognitivno-bihevioralna, interpersonalna te psihodinamske terapije.

Kognitivno-bihevioralna terapija temelji se na teoriji učenja, bihevioralnoj modifikaciji i promjeni kognicije. Na primjer, u prvom se koraku može napraviti lista koja govori u prilog ili protivno problemima i simptomima prisutnima kod poremećaja hranjenja. U drugom se koraku dovode u pitanje misli o tjelesnoj shemi. Ovakva vrsta terapije pokazala je veći uspjeh u motiviranih, odraslih pacijenata te kod BN-a, dok je u djece i adolescenata, te osoba s lošijim uvidom u bolest i kronificiranim formama slabije učinkovita (Bulik i sur. 2007; Schulze i von Wietersheim 2009). U pacijenta s BN-om korisno je vođenje dnevnika (Mattejat i Schulte-Markwort 2013), no ostaje otvoreno pitanje što učiniti nakon jela kako bi se spriječilo povraćanje.

Interpersonalna terapija vremenski je ograničeno i strukturirano liječenje koje se razvilo prije svega za liječenje depresije (Klerman i sur. 1984). Pokazuje sličnosti s nedirektivnom psihodinamskom terapijom kakvu je razvila Hilda Bruch (1982). Temelji se na rješavanju interpersonalnih konflikata te problema prijelaza iz jedne socijalne uloge u drugu (npr. od djetinjstva prema odraslosti), kao i proradi gubitaka (žalovanje), dok se interpretacije izbjegavaju.

Psihodinamske terapije imaju dugu tradiciju u liječenju poremećaja hranjenja (Dancyger i sur. 2013). Posebno su pogodne kod nekronificiranih oblika bolesti te kad se poremećaji pojavljuju tijekom razvojnih kriza ili nakon traumatskih događaja. Važne su emocionalna toplina te sposobnost praćenja nesvjesnih odgovora (Selvini-Palazzoli 1977). U pacijenata s BN-om može se dodatno raditi na izraženom osjećaju srama. U djece i adolescenata terapeut je ne samo **prijenosni objekt** nego i **novi razvojni objekt**. Dakle, radi se na poticanju razvoja i na interpretaciji konflikta.

Isprepletenost neurotskih dijelova ličnosti i strukturnih deficita ličnosti određuje terapijsko postupanje. Hilde Bruch smatra da je najvažnija klarificirajuća i ego poticajna terapija (Bruch 1982). Bürgin (1993), slično prethodnim autorima, zagovara poticanje razvoja, posebno u smislu razvoja identiteta, prihvatanja socijalne uloge te postupnog prijelaza od „govora putem tijela“ do „govora riječima“.

59.1.10.2.2.3. *Psihoterapijski rad s obitelji*

U radu s obitelji, intervencije mogu varirati od savjetovanja, psihoedukacijskih grupa pa sve do obiteljskih terapija. Važno je roditeljima dati na znanje da nisu odgovorni za poremećaje u djece te je na tome potrebno raditi. Randomizirane studije pokazale su dodatnu određenu učinkovitost obiteljskih terapija u pacijenata u kojih bolest traje kraće od tri godine, a početak je nastupio prije 19. godine života (npr. Maudsleyjev model). **Maudsleyjev model** (Dancyger i sur. 2013; Robinson i sur., 2015) temelji se na kognitivno-bihevioralnim principima. Pri tome roditelji preuzimaju važnu ulogu u procesu izlječenja. Bolest se pokušava „eksternalizirati“ tako da zdravi dio ličnosti „pobijedi“ anoreksični ili bulimični. Moguće su i druge vrste rada s roditeljima ili obiteljske terapije (sistem-ska, psihodinamska itd.). Međutim, načelno, obiteljske terapije ne mogu dostatno nadomjestiti intrapsihičko i interpersonalno liječenje. Ako se primjeni obiteljska terapija, ona treba biti usporedna s individualnim liječenjem, kako je prije bilo navedeno u tekstu.

59.1.10.2.2.4. *Farmakoterapijsko liječenje i druge metode liječenja*

Nakon somatske stabilizacije i psihoterapije te u slučajevima postojanja rezistencije ili komorbiditeta, može biti potrebna dodatna primjena farmakoterapije (Campbell i Peeble 2014; Lock i La Via 2015). U pacijenata s **BN-om** učinkovitost su se pokazali selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), npr. fluvoksamin ili fluoksetin, bez obzira na to pojavljuje li se u komorbiditetu depresija ili ne. Terapijske doze mogu biti trostruko veće nego pri liječenju depresije.

U prevenciji recidiva **AN-a** učinkovitost je SIPPS-a, kao i drugih lijekova, upitna, mada se mogu davati. Međutim, u posljednje se vrijeme mogu primjenjivati i u akutnim stanjima atipični antipsihotici, no nedostaju veća istraživanja o njihovoj primjeni (Herpetz-Dahlmann 2011; Lock i La Via 2015; Schulze i von Wie-

tersheim 2009). Kod dominantno „sumanutih“ i psihotičnih oblika poremećaja hranjenja preferira se dodatno davanje antipsihotika (Delsedime i sur. 2013). U **tablici 73.2.** je prikazan prvi i drugi mogući izbor psihofarmakološkog liječenja kod poremećaja jedenja (v. posebno poglavlje 73 o psihofarmakoterapiji - 1 dio).

Važne su i druge metode liječenja, kao što su **psihoterapijske grupe, postupci orijentirani na tijelo (relaksacijske tehnike), radna terapija, kreativne tehnike i muzikoterapija**. Iskustva određenih centara za liječenje poremećaja hranjenja daju prednost grupnim psihoterapijskim metodama liječenja. Riječ je o dijagnostički heterogenim grupama adolescenata u stacionarnom ili dnevnom bolničkom *settingu*. Učinak je homogenih grupa samopomoći u pacijenata s AN-om upitan s obzirom na mogućnost postojanja destruktivne tendencije nadmetanja u grupi („tko je u grupi mršaviji ili tko manje jede“) (Schulze i von Wietersheim 2009).

59.1.11. *Tijek, prognoza*

Poremećaji hranjenja imaju ozbiljnu prognozu, o čemu je potrebno informirati i pacijente i roditelje. Pokazalo se da je prognoza AN-a kod mlađih pacijenata povoljnija nego kad se bolest pojavi u odrasloj dobi. U novijim se istraživanjima govori o stopi izlječenja od oko 70 do 80 % (Herpetz-Dahlmann i sur. 2001). Ipak, u samo 50 % slučajeva riječ je o potpunom „psihološko/psihijatrijskom izlječenju“, dok u ostalih uz somatski oporavak perzistira poseban način jedenja ili zabrinutost oko tjelesne mase. U oko 30 % oboljelih postiže se minimalno poboljšanje, dok se u oko 20 % njih bolest kronificira (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). AN ima stopu mortaliteta od 2,16 do 10,5 %, što je najviše među svim psihijatrijskim bolestima, međutim, u maloljetnika je to oko 5 % (Birmingham i sur. 2005; Schulze i von Wietersheim 2009; Steinhausen 2010). Smrtnost je veća što je tjelesna masa manja, pogotovo ako je manja od 35 kg (Arcelus i sur. 2011).

Koncept „**anorektične reakcije**“ govori o postojanju lakših i kratkotrajnih oblika poremećaja s boljom prognozom, pri kojima dominiraju razvojni konflikti adolescentnog razdoblja, nasuprot oblicima koji se kronificiraju i imaju ozbiljne posljedice (Bürgin 1993).

Pretpostavlja se da je **prognoza dječje AN** (ona koja se pojavljuje između 10. i 14. godine) slična onoj kod AN-a u adolescenciji. Niža stopa izlječenja u odra-

sloj dobi povezuje se s kasnijom primjenom prvoga stacionarnog liječenja. Pokatkad bolest prolazi tek nakon pet do sedam godina (Herpetz-Dahlmann i sur. 2001). U petine pacijenata poslije se razvije bulimija, a visok je i rizik od pojave drugih psihijatrijskih poremećaja. U najvećem postotku oboljelih riječ je o anksioznim poremećajima (uključujući socijalnu fobiju), poremećajima ličnosti (izbjegavajućem i opsesivnom) te o zloporabi sredstava ovisnosti. Pojedini autori govore o tzv. „**anorektičnoj ličnosti**“, pri čemu je osoba obuzeta opsesijama, sklona izbjegavanju rizika i sklona socijalnoj anksioznosti. Osnovno je pitanje jesu li mjerila povoljnog ishoda AN-a oporavak tjelesne mase (koja više nije manja od 15 % idealne mase) i pojava menstruacije (Morgan i Hayeard 1988; Morgan i Russel 1975) ili su to zahtjevniji kriteriji kao što je zadovoljstvo tjelesnim izgledom (Bachner-Melman 2006; Schulze i von Wietersheim 2009; Vidović 1998). U kliničkoj je praksi česta situacija u kojoj se postigne zadovoljavajuća tjelesna masa, no do pojave menstruacije prođe još dosta vremena (jedna do dvije godine). Štoviše, amenoreja može perzistirati i pri potpunom tjelesnom oporavku, što je frustrirajuće za mladu osobu koju se prije uvjeralo kako će doći do normalizacije ciklusa oporavkom tjelesne mase.

Dugotrajno praćenje pokazuje da oko 47 % pacijentica s AN u odrasloj dobi ima djecu (Herzog i sur. 1992). Nepovoljni prognostički čimbenici AN jesu vrlo rani početak bolesti (prije 12. godine), ITM pri hospitalizaciji manji od 13, prisutnost povraćanja, izraženost opsesivnih crta ličnosti, muški spol te kasniji početak liječenja s obzirom na nastup bolesti (Lempp 2014).

BN ima bolju prognozu od AN-a, a do remisije dolazi u 30 do 90 % slučajeva (Fairburn i sur. 2000; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U oko 30 % oboljelih poremećaj se kronificira, a stopa je mortaliteta 1,6 % (Nielsen 2003; Schulze i von Wietersheim 2009). Prijelaz u AN vrlo je rijedak, ali se zapaža povezanost s afektivnim i anksioznim poremećajima, zloporabom supstancija te poremećajima kontrole impulsa. Psihodinamski gledano, što je niža strukturna razina, prognoza je ozbiljnija (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Nepovoljni prognostički čimbenici jesu postojanje dodatnog OKP-a ili poremećaja ličnosti, dulje trajanje bolesti prije početka liječenja, pretjerano naglašavanje važnosti tjelesnog izgleda te pretilost u djetinjstvu (Fariburn i sur. 2003; Schulze i von Wietersheim 2009).

59.2. Poremećaj prejedanja u djece i adolescenata

59.2.1. Uvod, klasifikacija, epidemiologija

Poremećaj prejedanja u djece i adolescenata (engl. *binge eating disorder*, BED) u MKB-10 klasifikaciji označuje se kao nespecifični poremećaj jedenja, dok se u DSM-5 klasifikaciji izdvaja kao zaseban poremećaj kako bi se jasnije razlikovao od dosadašnjega nespecifičnog poremećaja jedenja iz DSM-4 klasifikacije (engl. *eating disorder not otherwise specified*, EDNOS) (Herpetz-Dahlmann 2015).

Kriteriji prema DSM-5 klasifikaciji jesu sljedeći (APA 2013): kriterij A: abnormalno jedenje: rekurentne epizode prejedanja velikom količinom hrane, s osjećajem gubitka kontrole nad jedenjem; kriterij B: specifičnosti epizoda prejedanja (barem tri): 1. brzo jedenje 2. jedenje dok se ne osjeti neugodna punoća, 3. jedenje velike količine hrane bez osjećaja gladi, 4. jedenje u samoći, 5. osjećaj gađenja, depresije ili krivnje nakon jedenja; kriterij C: značajan distres zbog prejedanja; kriterij D: prejedanje se pojavljuje u prosjeku najmanje jednom tjedno, tijekom tri mjeseca; kriterij E: isključuje se AN ili BN.

Prevalencija BED-a (12-mjesečna) u odraslih je ženskih osoba 1,6%, dok je u muških odraslih osoba 0,8 % (APA 2013). Slično ovomu, životna prevalencija (*lifetime prevalence*) za BED bila je za ženske osobe oko 3,5 %, a za muške osobe 2,0 % (Halmi 2018). BED je jedan od najčešćih poremećaja hranjenja, a pojavljuje se u oko 1,6 % adolescenata iz opće populacije te u više od 25 % adolescenata koji traže medicinsku pomoć zbog pretilosti (Schmidt i sur. 2015). Početak se obično vezuje uz kasnu adolescenciju (Marcus i Kalarchian 2003). U **tablici 59.1.** prikazani su sažeta klinička slika, klasifikacijski kriteriji te diferencijalna dijagnoza u odnosu prema drugim poremećajima hranjenja.

59.2.2. Klinička slika, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

BED je obilježen ponavljajućim epizodama prejedanja tijekom kojih osoba u kratkom roku pojede objektivno veliku količinu hrane, uz osjećaj gubitka kontrole (Schmidt i sur. 2015). Da bi se postavila dijagnoza, epizode prejedanja moraju se pojavljivati najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca, uz osjećaj gubitka kontrole te uz prisutnost barem triju od već prije navedenih pet simptoma. Usto, prisutan je izra-

žen osjećaj tjeskobe, odnosno nelagode. Epizode se ne povezuju s redovitom primjenom neprikladnih kompenzacijskih oblika ponašanja (npr. čišćenje laksativima, povraćanje, pretjerano vježbanje) i ne pojavljuje se za vrijeme AN-a ili BN-a (APA 2013). Dakle, tipično je da nema povraćanja, kao ni simptoma karakterističnih za AN i BN, kao što su „strah od biti debeo/debela” ili „poremećaj sheme tijela”. U djece i mladih pokazalo se da osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem može biti značajniji za postavljanje dijagnoze nego konzumiranje objektivno velike količine hrane, zato što je teško reći što je za njih velika količina hrane (Czaja i sur. 2009; Herpetz-Dahlmann 2015; Schmidt i sur. 2015). Osjećaj gubitka kontrole pri prejedanju povezuje se s oštećenom emocionalnom regulacijom, slično kao i kod BN-a (Czaja i sur. 2009).

Velik je broj osoba s BED-om pretio i u njih se pretilost češće pojavljuje u ranijoj dobi nego u osoba bez ovog poremećaja. Također, pacijenti češće imaju varijacije u tjelesnoj masi (dobivanje ili gubitak na TM-u veći od 10 kg) (Brewerton 1997).

Diferencijalnodijagnostički gledano, BED i BN dijele isto glavno obilježje – ponavljano prejedanje. Razlika je u tome što kod BED-a ne postoje oblici kompenzatornog ponašanja kao što su povraćanje, zloporeba laksativa (ponašanje čišćenja) ili prekomjerno vježbanje jer ne postoji strah od tjelesne mase i debljanja ili poremećaj sheme tijela kao kod BN-a. Kod BN-a u razdobljima između prejedanja osobe drže dijetu ili gladuju, dok kod izoliranog BED-a nastoje biti na dijeti, ali im to ne uspijeva (APA 2013). Načelno, prejedanje kod BN-a reakcija je na prethodno smanjen unos hrane, dok je kod BED-a znak općeg kaotičnog i nereguliranog obrasca jedenja (Fairburn 2008; Lock i La Via 2015, Wilfley i sur. 2000).

BED je potrebno razlikovati od pretilosti (lat. *adipositas*, engl. *obesity*) s kojom se često pojavljuje u komorbiditetu. U slučaju zajedničkog pojavljivanja postoji veća preokupacija tjelesnom shemom i veća učestalost drugih psihijatrijskih stanja, nego kod izolirane pretilosti. Načelno, dugoročna je prognoza bolja kod BED-a (uz eventualnu pretilost) nego kod izolirane pretilosti (APA 2013).

U 60 % djece i adolescenata BED se pojavljuje u **komorbiditetu** s različitim psihijatrijskim poremećajima. Prije svega to su poremećaji raspoloženja (depresija) i anksiozni poremećaji (do 40 %), zloporeba supstancija i ovisnosti (36 %) te poremećaji ličnosti (Brewerton 1997). Također se povezuje s ranijim

nastupom menarhe, različitim bolnim sindromima te metaboličkim poremećajima (Sadock i sur. 2014).

59.2.3. Etiopatogeneza, liječenje, tijek, prognoza

Kao i kod drugih poremećaja hranjenja, **uzrok je multifaktorijelan**. Pokazalo se da simptomi hiperaktivnosti / manjka pažnje u djece mogu pridonijeti razvoju ovog poremećaja u adolescenciji (Sonneville i sur. 2015). Djeca s osobnom ili obiteljskom anamnezom pretilosti pod povećanim su rizikom, a češće se pojavljuje i u osoba koje su na niskokaloričnoj dijeti (Marcus i Kalarchian 2003). Mnogi psihološki čimbenici, kao npr. impulzivni i ekstrovertni stil osobnosti, povezuju se s tim poremećajem. U pozadini se mogu nalaziti i disfunkcionalni obiteljski odnosi te određene karakteristike majčinstva (kritičizam, negativne emocije) (Schmidt i sur. 2015). Češće se pojavljuje u razdobljima stresa, sa svrhom smanjenja tjeskobe i olakšanja depresivnog raspoloženja (Sadock i sur. 2014).

Liječenje je slično onomu kod ostalih poremećaja hranjenja. Primjenjuju se različite psihoterapijske tehnike (kognitivno-bihevioralne, psihodinamske), psihofarmakoterapija te drugi oblici terapije. Simptomi poremećaja prejedanja mogu dobro odgovoriti na terapiju različitim selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina (SIPPS), pojedinim inhibitorima ponovne pohrane serotonina i noradrenalina te na antikonvulzivni lijek topiramet (Pull 2014). SIPPS-i su se pokazali učinkovitima u poboljšanju raspoloženja, kao i u smanjenju broja epizoda prejedanja. Neka su istraživanja pokazala da terapija visokim dozama (npr. fluoksetin u dozi od 60 mg) dovodi do početnog gubitka tjelesne mase.

Malo se zna o **tijeku** ovog poremećaja. Teška se pretilost pojavljuje u 3 % pacijenata kao dugoročna posljedica. Stopa remisije općenito je visoka (50 % i više kod primjene bihevioralno-kognitivne ili drugih vrsta terapija), a cjelokupna je prognoza bolja nego u pacijenata s BN-om (Zwaan i Friederich 2006).

59.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Potrebno je što prije otkriti i liječiti poremećaj hranjenja.
- ✓ Važno je ne optuživati djecu/adolescente ili roditelje za postojanje poremećaja hranjenja.

- ✓ Roditelje je potrebno educirati o ozbiljnosti poremećaja te o mogućim komplikacijama.
- ✓ Roditelji su saveznici u liječenju.
- ✓ Potrebno je razumijevanje intrapsihičke dinamike pacijenata s obzirom na obiteljski sustav.
- ✓ Potrebno je razumjeti roditelje s obzirom na bolest djeteta/adolescenta te na potrebu djeteta/adolescenta za vlastitom autonomijom.
- ✓ Roditelji trebaju naučiti ravnotežu između pokazivanja osjećaja zabrinutosti te davanja osjećaja povjerenja i autonomije djetetu/adolescentu.
- ✓ U etiopatogenezi poremećaja hranjenja sudjeluju različiti čimbenici koji se slažu poput mozaika.
- ✓ Liječenje poremećaja hranjenja treba trajati minimalno jednu do dvije godine, o čemu je već na početku potrebno informirati roditelje.
- ✓ U slučaju nepovoljnog tijeka bolesti opravdano je stacionarno liječenje, primjena lijekova te eventualno intenzivnih oblika liječenja (npr. upotreba nazogastrične sonde).
- ✓ U prvoj fazi liječenja najvažnija je somatska stabilizacija stanja koja uključuje oporavak tjelesne mase.
- ✓ Dugoročno gledano, najvažnija metoda liječenja jest psihoterapija (individualna i/ili obiteljska), uz somatsko praćenje. Potrebna je integracija psihoterapijskog i somatskog liječenja.
- ✓ Potrebno je uravnotežiti odnos između individualnih terapija i pristupa roditeljima/obitelji.

59.4. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Što kliničku sliku anoreksije nervoze čini dodatno složenom?

ODGOVOR: Kliničku sliku AN-a dodatno složenom čini velika raznolikost njezine prezentacije. U pojedinih je pacijenata riječ o AN-u u kombinaciji s OKP-om, pri čemu dominiraju opsesivne misli i rituali, dok je u drugih riječ o kliničkoj slici sumanutog (psihotičnog) tipa AN-a koji je karakteriziran negativizmom, sumanutim idejama, iskrivljenom percepcijom tijela, paranoidnošću, strahom od trovanja te nepovjerljivošću u socijalnim relacijama. Konačno, kod pojedinih pacijenata u kliničkoj slici AN-a, uz hipohondrijske i soma-

tizacijske ideje, dominiraju somatske pritužbe i strahovi. Pacijenti se žale na probavne probleme i orijentirani su na tjelesne simptome (npr. neprestano govore o opstipaciji ili osjećaju napuhnutosti).

■ PITANJE: Zašto je važna dijagnoza netipične anoreksije te supkliničkih formi bulimije i poremećaja prejedanja?

ODGOVOR: Netipične i supkliničke forme važne su radi ranog dijagnosticiranja te rane intervencije kako bi se prevenirao razvoj potpune kliničke slike. Poznata je činjenica da se osobe s poremećajima hranjenja obično javljaju stručnjacima u fazi kada je bolest već uznapredovala te su i mogućnosti izlječenja tada manje.

■ PITANJE: Što je novo u DSM-5 u odnosu prema DSM-4 klasifikaciji u vezi s poremećajima hranjenja?

ODGOVOR: Ukratko, kriteriji za AN i BN prošireni su kako bi u praksi bilo što manje slučajeva koji su se, prema DSM-4, definirali kao poremećaji jedenja ne pobliže određeni (engl. *EDNOS*). Slijedeći tu logiku, za postavljanje dijagnoze AN-a ukinut je kriterij amenoreje, čime se uzima u obzir činjenica da djevojka može imati AN i uz očuvan menstrualni ciklus ili uz uzimanje kontraceptivnih lijekova. U DSM-5 uvedena je i nova dijagnostička kategorija, poremećaj prejedanja, također sa svrhom izbjegavanja postavljanja dijagnoze ne pobliže označenih poremećaja. Nadalje, postavljanje dijagnoze AN-a dodatno je olakšano s obzirom na to da ne moraju biti prisutni jasni kognitivni simptomi, nego samo bihevioralni (engl. *non-fat phobic anorexia nervosa*).

■ PITANJE: U čemu se diferencijalnodijagnostički razlikuje izbjegavajuće/restriktivni poremećaj unosa hrane (IRPUH) od AN-a?

ODGOVOR: Važno je uzeti detaljnu anamnezu hranjenja i jedenja. IRPUH može nastupiti u dojenačkoj dobi, no može biti prisutan i tijekom odrastanja pa i u odrasloj dobi. DSM-5 klasifikacija uvrštava ga u skupinu poremećaja hranjenja i jedenja. Obilježavaju ga izbjegavanje uzimanja hrane te gubitak na tjelesnoj masi, što ga čini sličnim AN-u. Međutim, osobe s IRPUH-om nemaju strah od debljine, ni ostale kognitivne probleme povezane s AN-om (nezadovoljstvo vlastitim tijelom, precjenjivanje vlastite tjelesne mase, opsjednutost kalorijskom vrijednosti hrane). Kod IRPUH-a dominiraju senzitivnost na hranu, izbirlji-

vost, odugovlačenje tijekom jedenja ili pak strah od gutanja. Kod tzv. **anoreksije bez fobije od biti debeat/debela** (engl. *non fat phobia anorexia*) mogu biti prisutni samo bihevioralni simptomi, dok oni kognitivni nedostaju, što otežava diferencijalnu dijagnozu prema IRPUH-u. Pažljivim uzimanjem anamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka od roditelja moguće je razjasniti razloge odbijanja jela, a pokatkad tek tijekom praćenja postaje jasnije o kojem je poremećaju riječ. Uz IRPUH u adolescenciji mogu biti izražene interakcijske poteškoće s roditeljima ili obitelji.

■ **PITANJE: Kakav je odnos kognitivno-bihevioralnih i psihodinamskih terapija na području poremećaja hranjenja?**

ODGOVOR: Kognitivno-bihevioralne metode, kao i psihodinamske tehnike liječenja poremećaja hranjenja empirijski su utemeljene i provjerene u praksi. U početnim fazama liječenja (posebno u fazama somatskog oporavka) prednost se daje kognitivno-bihevioralnim metodama, pogotovo kada uključuju i roditelje ili cijele obitelji. Dugoročno gledano, psihodinamske su terapije pokazale svoju učinkovitost. Važne su educiranost terapeuta u tehnici koju primjenjuje te sigurnost u profesionalni identitet. Zbog geografskih barijera postavlja se pitanje dostupnosti educiranih terapeuta, te je opravdano primijeniti i strukturirano stacionarno psihoterapijsko liječenje. Pojedini terapeuti, bez obzira na to u kojoj su tehnici educirani, kombiniraju različite tehnike na dobrobit svojih pacijenata.

■ **PITANJE: Zašto se kaže da je liječenje poremećaja hranjenja jedno od najsloženijih u dječjoj psihijatriji?**

ODGOVOR: Poremećaji hranjenja jedan su od najvećih izazova za liječenje u dječjoj psihijatriji. Mnogi se stručnjaci izbjegavaju suočiti s ovom problematikom, bilo da je umanjuju i negiraju bilo da odbijaju istražiti složen međuodnos tijela i psihe (s obzirom na to da poremećaji hranjenja nose ozbiljne somatske posljedice, kao i mogući smrtni ishod). Međutim, istraživanja pokazuju da su rana detekcija i rana terapija izrazito važna. Ako poremećaj traje kraće od tri godine, izlječenje se postiže u do 80 % slučajeva. Ako pak poremećaj traje dulje od tri godine, prognoza je vrlo nepovoljna, no čak i u tim slučajevima moguća su poboljšanja nakon više godina. Liječenje poremećaja hranjenja zahtijeva timski rad, uz koordinaciju i usklađenost osoblja. Prije tri desetljeća trebalo je odlučiti hoće li se

primijeniti individualna ili obiteljska terapija, dok se danas primjenjuje multimodalna i multidisciplinarna terapija, uz usklađivanje individualnog, obiteljskog i grupnog pristupa. Odnos grupnog i individualnog liječenja zahtijeva posebnu raspravu te se na ovom mjestu neće u to ulaziti. Slično je i pitanje kako uskladiti odnos individualnih i obiteljskih intervencija. Tko će ih provoditi, na koji način, u kojem okviru (*settingu*)?

■ **PITANJE: Kakvu ulogu ima utjecaj kulture koja ističe ideal mršavosti, utjecaj vršnjaka te držanje dijete na pojavu poremećaja hranjenja?**

ODGOVOR: U vulnerabilnih pojedinaca držanje dijete može potaknuti pojavu AN-a ili BN-a te ju je zbog toga potrebno provoditi uz stručni nadzor. Ne preporučuje se rabiti riječi koje se odnose na izgled tijela, tzv. *body talk*. Potrebno je orijentirati se na zdrave načine života te na zajedništvo i ugodnu emocionalnu atmosferu u obitelji. Kulturološkom idealu mršavosti treba pridavati što manje pažnje, jer se ionako ne radi o realističnom prihvaćanju slike ženskog tijela, posebno što se tiče rizičnih skupina kao što su balerine ili manekenke. Utjecaj vršnjaka u vulnerabilnih pojedinaca također može imati važnu ulogu. Tako djevojka može imitirati simptome BN-a koje je vidjela kod prijateljice ili u nekog od pacijenata na stacionarnom odjelu (histerični modus).

■ **PITANJE: Koje su somatske posljedice poremećaja jedenja?**

ODGOVOR: Poremećaji jedenja mogu uzrokovati oštećenje svih organskih sustava. Potencijalno su smrtonosne posljedice na kardiovaskularnom sustavu, kao i neravnoteža elektrolita koja se može pojaviti i u fazi oporavka tzv. realimentacijski sindrom (*engl. refeeding syndrome*). Načelno, somatske su posljedice reverzibilne, no nakon duljeg trajanja postaju ireverzibilne, a to se posebno odnosi na koštani sustav. Od svih psihijatrijskih bolesti AN ima najveću smrtnost.

■ **PITANJE: Koje su indikacije za stacionarno liječenje pacijenata s poremećajima hranjenja?**

ODGOVOR: Niz je stanja opisanih prije u tekstu koja zahtijevaju stacionarno liječenje, a neka su od njih i potencijalno smrtonosna. Indikacija je svakako neuspjeh dotadašnjih terapija. Stacionarno liječenje može pomoći u prekidanju začaranog kruga poremećaja hranjenja, obiteljske disfunkcionalne dinamike te somatskih komplikacija. Kao što pacijent koji ima upalu pluća ne odlučuje o tome koji će antibiotik

dobiti, tako je i u ovim, iznimnim situacijama hrana „lijek“ o kojemu može odlučivati samo terapeut, radi primarne dobiti za svojeg pacijenta, a ne pacijent ili roditelj.

■ **PITANJE: Koje su sličnosti i razlike između pedijatrijskog i psihijatrijskog (psihoterapijskog) stacionarnog liječenja?**

ODGOVOR: Na to pitanje nema jednoznačnog odgovora jer sve ovisi o načinu organizacije odjela. Jedna je mogućnost postojanje integrativnog centra koji provodi i somatski i psihijatrijski dio liječenja, no to je teško ostvarivo. Realnija je opcija funkcionalna suradnja više odjela, pedijatrijskih i dječje psihijatrijskih. U tom se slučaju nakon somatske stabilizacije pacijenti upućuju na psihijatrijsko (psihoterapijsko) liječenje, pogotovo u slučajevima postojanja psihijatrijskih komorbiditeta. Ta se opcija pokazala odgovarajućom u hrvatskim uvjetima, točnije, u gradu Zagrebu. Treba imati na umu da su zbog osjećaja srama i stigme roditelji skloniji liječiti dijete na pedijatrijskim nego na dječje psihijatrijskim odjelima, no to je problem koji se pravilnim razjašnjavanjem može riješiti. Indikacije za pedijatrijsko liječenje jesu različite somatske posljedice, dok su indikacije za psihijatrijsko liječenje suicidalnost, samoozljeđivanje, komorbiditet s drugim psihijatrijskim poremećajima, izrazito disfunkcionalna obiteljska dinamika, socijalna izolacija pacijenta, neuspješnost ambulantnog liječenja, poremećaji kontrole impulsa, razvoj poremećaja ličnosti, zloraba psihoaktivnih supstancija, sumanuta (psihotična) razina poremećaja hranjenja itd.

■ **PITANJE: Kako se suočiti s ambivalencijom ili nedostatkom motivacije za liječenje u pacijenata ili roditelja?**

ODGOVOR: Riječ je o vrlo složenom pitanju. Prvi kontakt i razgovor s pacijentom trebao bi imati i terapijski cilj, a ne samo dijagnostičku svrhu. Navedeno se odnosi i na razgovor s roditeljima. Pokatkad je potrebno strpljenje terapeuta u nuđenju alternativnih vrsta terapija, kao što su individualna, grupna, ambulantna, stacionarna itd. Pojedininim je adolescenticama potrebno više vremena za uspostavljanje odnosa povjerenja. Na primjer, jedna je pacijentica odbijala tretman u dnevnoj bolnici, potom je prvo psihoterapijsko stacionarno liječenje trajalo samo tri dana, sljedeće je trajalo tjedan dana i konačno treće i zadnje stacionarno liječenje trajalo je desetak dana (isprobavanje vlastite mogućnosti upuštanja u nepoznate situacije). Nakon

toga, pacijentica je počela redovito dolaziti u dnevno-bolnički okvir i postupno sve bolje funkcionirati.

59.5. Pitanja

- 1 Navedite podatke iz anamneze koji bi govorili u prilog postojanja poremećaja hranjenja.
- 2 Navedite znakove i simptome koji mogu biti prisutni pri poremećaju hranjenja.
- 3 Sažeto opišite etiopatogenezu poremećaja hranjenja.
- 4 Koja je diferencijalna dijagnoza poremećaja hranjenja (somatska i psihijatrijska)?
- 5 Navedite osnovne simptome AN-a i BN-a?
- 6 Navedite DSM-5 kriterije za restriktivni i prejedajuće s čišćenjem tip AN-a, bulimiju nervozu, poremećaj prejedanja te za izbjegavajuće/restruktivni poremećaj unosa hrane.
- 7 Navedite somatske komplikacije poremećaja hranjenja.
- 8 Koje su diferencijalnodijagnostičke razlike između BN-a, poremećaja prejedanja i obične pretilosti?
- 9 Navedite indikacije za stacionarno liječenje pacijenata s poremećajima hranjenja.
- 10 Opišite faze liječenja poremećaja hranjenja.
- 11 Navedite čimbenike psihodinamske terapije poremećaja hranjenja.

59.6. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington: New School Library;2013.
2. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington: New School Library;1994.
3. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften- AWMF*. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen AWMF-Registernummer 051-026 Kurzfassung Version 1.1. 06. 2011. Dostupno na: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Esstoeerungen_2011-abge-laufen.pdf. Pristupljeno 1. 5. 2016.
4. *Arcelus J, Mitchell AJ, Nielsen S*. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68: 724-31.

5. *Attia E, Becker AE, Bryant-Waugh R i sur.* Feeding and Eating Disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013;170:11.
6. *Bachner-Melman R, Zohar AH, Ebstein RP.* An examination of cognitive versus behavioural components of recovery from anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:697-703.
7. *Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO i sur.* Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clin Psychol Rev* 2007;27(3):384-405.
8. *Beck-Dvoržak M.* Dječja psihijatrija. U: Lopašić, Betlheim S, Dogan S, ur.. Psihijatrija. Beograd/ Zagreb: Medicinska knjiga; 1959, str. 303- 30.
9. *Begovac I, Votava-Raić A.* Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi. *Liječ Vjesn* 2004;126:32-8.
10. *Betlheim S.* Neuroze. U: Lopašić, Betlheim S, Dogan S, ur. Psihijatrija. Beograd/ Zagreb: Medicinska knjiga; 1959, str. 105-38.
11. *Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA i sur.* The mortality rate from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;38(2):143-6.
12. *Bramon-Bosch E, Troop NA, Treasure JL.* Eating disorders in males: A comparison with female patients. *Eur J Eat Disord* 2000; 8: 321-8.
13. *Braun DL, Sunday SR, Halmi KA.* Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994;24:859-67.
14. *Brewerton TD.* Binge eating disorder: recognition, diagnosis and treatment. *Medscape psychiatry & Mental health eJournal* 2(3); 1997.
15. *Bruch H.* Essstorerungen. Zur Psychologie und Therapie von Uebergewicht und Magersucht. Frankfurt: Fischer; 1982.
16. *Bryant-Waugh R, Lask B.* Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36: 191-202.
17. *Brown JM, Mehler PS.* Medical complications occurring in adolescents with anorexia nervosa. *West J Med* 2000;172: 189-93.
18. *Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA.* Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40:310-20.
19. *Bürgin D.* Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
20. *Campbell K, Peebles R.* Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics* 2014;134(3): 582-92.
21. *Castro J, Lazaro L, Pons F i sur.* Adolescent anorexia nervosa: the catch-up effect in bone mineral density after recovery. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:1215-20.
22. *Chernin K.* The hungry self. London: Virago; 1986.
23. *Clausen L, Lübeck M, Jones A.* Motivation to change in the eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord* 2013;46(8):755-63.
24. *Culbert KM, Racine SE, Klump KL.* Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(11):1141-64.
25. *Czaja J, Rief W, Hilbert A.* Emotion regulation and binge eating in children. *Int J Eat Disord* 2009;42(4):356-62.
26. *Delsedime N, Nicotra B, Giovannone MC i sur.* Psychotic symptoms in a woman with severe Anorexia Nervosa : psychotic symptoms in Anorexia Nervosa. *Eat Weight Disord* 2013;18(1):95-8.
27. *Dancyger I, Krakower S, Fornari V.* Eating disorders in adolescents: review of treatment studies that include psychodynamically informed therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2013;22(1):97-117.
28. *Danziger Y, Mukamel M, Zeharia A i sur.* Stunting of growth in anorexia nervosa during the pubertal and prepubertal period. *Isr J Med Sci* 1994; 30:581-4.
29. *Divković M.* Latinsko- Hrvatski rječnik za škole. Zagreb: Kr. Zemaljska tiskara; 1900/reprint 1980.
30. *Ermann M.* Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
31. *Fairburn CG.* Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press; 2008.
32. *Fairburn CG, Beglin SJ.* Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990; 147:401-8.
33. *Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA i sur.* The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 659-65.
34. *Fichter MM, Herpertz S, Quadflieg N i sur.* Structured Interview for Anorexic and Bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10: updated (third) revision. *Int J Eat Disord* 1998;24(3):227-49.
35. *Fichter M, Keeser W.* Das Anorexia nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). *Arch Psychiatr Nervenheilk* 1980;288:67-89.
36. *Föcker M, Knoll S, Hebebrand J.* Anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22Suppl 1:29-35.
37. *Fraley RC, Waller NG & Brennan KA: An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment.* *J Pers Soc Psychol* 2000;78:350-65.
38. *Gander M, Sevecke K, Buchheim A.* Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Front Psychol* 2015;6:1136.
39. *Garner DM.* Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc; 2004.
40. *Garner DM, Garfinkel PE.* The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979;9:273-279.
41. *Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y i sur.* The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. The primary reference for the EAT. *Psychol med* 1982;12: 871-8.
42. *Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y i sur.* Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry* 2000; 15:38-45.
43. *Golden NH, Schneider M, Wood C.* Committee on adolescence; section on obesity. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics* 2016;138(3).
44. *Halmi KA.* Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur.. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. str. 548- 62.

45. Hay P, Morris J. Eating disorders update 2016. Dostupno na: <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
46. Herpetz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders. Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2015;24:177-196.
47. Herpetz-Dahlmann B. Ess-stoerungen. U: Herpetz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M i sur, ur. *Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer; 2003, str. 668-92.
48. Herpetz-Dahlmann B. Essstoerungen. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 277-86.
49. Herpetz-Dahlmann B, Müller B, Herpetz S i sur. Prospective ten-year follow-up in adolescent anorexia nervosa-course, outcome and psychiatric comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:603-12.
50. Herzog H, Deter C, Vandereyken W. *The course of eating disorders*. Berlin: Springer; 1992.
51. Hirsch M. Koerper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie. *Praxis der Kinder-psychologie und Kinder-psychiatrie* 1989;38:78-82.
52. Hoek HW. Incidence, prevalence, and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
53. Hudson LD, Nicholls DE, Lynn RM i sur. Medical instability and growth of children and adolescents with early onset eating disorders. *Arch Dis Child* 2012;97(9):779-84.
54. Jakovina T, Crnkovic Batista M, Ražić Pavičić A i sur. Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatr Danub* 2018; 30(1):72-8.
55. Jureša V, Kujundžić Tiljak M, Musil V. Hrvatske referentne vrijednosti antropometrijskih mjera djece i mladih: tjelesna visina, tjelesna masa, indeks tjelesne mase, opseg struka, opseg bokova. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“; 2011.
56. Jureša V, Musil V, Kujundžić Tiljak M i sur. Comparison of body mass index percentiles for schoolchildren in Croatia with international reference values. *Paediatr Croat* 2018; 62:1-8.
57. Kaye WH, Weltzin T, Hsu LKG. Anorexia nervosa. U: Hollander E, ur. *Obsessive-Compulsive-Related Disorders*. Washington DC, London: American Psychiatric Press; 1993, str. 49-70.
58. Katzman DK, Misra M. Bone health in adolescent females with anorexia nervosa: what is a clinician to do? *Int J Eat Disord* 2013;46(5):456-60.
59. Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013;46(5):433-9.
60. Klaić B. *Rječnik stranih riječi*. Zagreb: Nakladni zavod MH; 1986.
61. Klerman GL, Weissmann MM, Rounsaville BJ. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books; 1984.
62. Klump KL, Bulik CM, Pollice C i sur. Temperament and character in women with anorexia nervosa. *J Nerv ment Dis* 2000;188:559-67.
63. Knowles L, Anokhina A, Serpell L. Motivational interventions in the eating disorders: what is the evidence? *Int J Eat Disord* 2013;46(2):97-107.
64. Kuechenhoff J, Ahrens S. Psychosomatische Stoerungen. U: Ahrens S i Schneider W, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen medizin* 2.izd. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002, str. 399- 402.
65. Lempp T. *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
66. Lock J, La Via MC. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(5): 412-25.
67. Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2003;34:S47-57.
68. Mardešić D, Barić I. Prilozi. U: Mardešić D i sur. *Pedijatrija*. 8. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2016, str. 1099-119.
69. Matsunga H, Kiriike N, Miyata A i sur. Prevalence and symptomatology of comorbid obsessive-compulsive disorder among bulimic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999;53:661-6.
70. Mattejat F, Schulte-Markwort M. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
71. Miller KK. Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96(10):2939-49.
72. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
73. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment schedule. *Brit J Psychiatry* 1988;152:367-71.
74. Morgan HG, Russell G. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: a 4 year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med* 1975;5:355-71.
75. Nielsen S. Standardized mortality ratio in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:851,982.
76. Nikolić S. Smetnje funkcije psihičkog aparata. U: Nikolić S, ur. *Mentalni poremećaji u djece i omladine*. 2. izd. Zagreb: Školska knjiga; 1990, str. 103-56.
77. Norris ML, Pinhas L, Nadeau PO i sur. Delirium and refeeding syndrome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2012;45(3):439-42.
78. O'Shaughnessy R, Dallos R. Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2009;14(4):559-74.
79. Patton GC, Carlin JB, Shao Q i sur. Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:299-306.
80. Paszthy B. Medical complication of anorexia nervosa in children and adolescents. *Orv Hetil* 2007;148:405-12.
81. Pearson CM, Zapolski TC, Smith GT. A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *Int J Eat Disord* 2015;48(2):230-7.
82. Pinhas L, Morris A, Crosby RD i sur. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in chil-

- dren: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. Arch Pediatr Adolesc Med 2011;165(10):895-899.
83. Pull CB. Binge eating disorder. Current Opinion in Psychiatry 2004;17(1):43-48.
 84. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. Curr Opin Psychiatry 2014;27(6):426-30.
 85. Reinblatt SP, Leoutsakos JM, Mahone EM. Association between binge eating and attention-deficit/hyperactivity disorder in two pediatric community mental health clinics. Int J Eat Disord 2015;48(5):505-11.
 86. Robinson AL, Dolhanty J, Greenberg L. Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. Clin Psychol Psychother 2015;22(1):75-82.
 87. Rosen DS. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. Pediatrics 2010;126(6):1240-53.
 88. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014.
 89. Schmidt R, Tetzlaff A, Hilbert A. Perceived Expressed Emotion in Adolescents with Binge-Eating Disorder. J Abnorm Child Psychol 2015;43:1369-1377.
 90. Selvini-Palazzoli M. Self-Starvation – from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. 2.izd. New York: Jason Aronson; 1977.
 91. Senc S. Grčko-Hrvatski rječnik za škole. Zagreb: Kr. Zemaljska tiskara u Zagrebu; 1910.
 92. Schulze U, Holl RW, Goldbeck L. Essstörungen und Typ-1-Diabetes im Kindes und Jugendalter. Eine Übersicht zur Komorbidität. Monatsschr Kinderheilk 2008;156:887-892.
 93. Schulze U, von Wietersheim J. Essstörungen. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ, ur. Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer; 2009, str. 340-54.
 94. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ i sur. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. Int J Eat Disord 2014;47(6):610-9.
 95. Sonnevile KR, Calzo JP, Horton NJ i sur. Childhood hyperactivity/inattention and eating disturbances predict binge eating in adolescence. Psychological Medicine 2015;45(12):2511-2520.
 96. Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
 97. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 2002; 159: 1284-1293.
 98. Stice E, Marti CN, Shaw H i sur. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. J Abnorm Psychol 2009;118(3):587-97.
 99. Stierlin H. Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1975.
 100. Thelen MH, Farmer J, Wonderlich S i sur. A revision of the bulimia test: the BULIT. The primary reference for the development and validation of the BULIT-R. Psychol Assess 1991;3:119-24.
 101. Truglia E, Mannucci A, Lassi S i sur. Agressiveness, anger and eating disorders : a review. Psychopathology 2006; 39: 55-68.
 102. Vidović V. Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica. Zagreb: 4P d.o.o.; 1998.
 103. Vidović V, Majić G, Begovac I. Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. Paediatrica Croatica 2008;Suppl 52(1):106-10.
 104. Vlatković-Prpić M. Noviji pogledi na anoreksiju. Psihoterapija 1971; 1:51-62.
 105. von Ranson KM, Kaye WH, Weltzin TE i sur. Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1999;156(11):1703-8.
 106. Weaver L, Sit L, Liebman R. Treatment of anorexia nervosa in children and adolescents. Curr Psychiatry Rep 2012;14(2):96-100.
 107. Wilfley D, Schwartz M, Spurrell E i sur. Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. Int J Eat Disord 2000; 27:259-269.
 108. Winston AP, Paul M, Juanola-Borral Y. The same but different? Treatment of anorexia nervosa in adolescents and adults. Eur Eat Disord Rev 2012;20(2):89-93.
 109. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
 110. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA i sur. Guideline watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3 izdanje. Dostupno na: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf. Pristupljeno 1. 5. 2016.
 111. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA i sur. Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders Third Edition. 2006. Dostupno na: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf. 2006. Pristupljeno 1. 5. 2016.
 112. Zwaan M, Friederich HM. Binge eating disorder. Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique 2006;63(8): 529-533.

Pretilost u djece i adolescenata

Ivana Jedvaj Šumski, Ivan Begovac, Orjena Žaja

SADRŽAJ

60.1. Uvod, klasifikacije i epidemiologija	837
60.2. Klinička slika, psihički komorbiditeti, dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	837
60.3. Posljedice i/ili komorbiditeti	839
60.4. Etiopatogeneza	840
60.4.1. Psihodinamski aspekti	840
60.5. Klinička vinjeta	841
60.6. Prevencija, terapija, tijek	841
60.6.1. Preventivne mjere	841
60.6.2. Terapija, tijek	841
60.7. Upute za roditelje/nastavnike	843
60.8. Često postavljena pitanja	843
60.9. Pitanja	844
60.10. Literatura	844

60.1. Uvod, klasifikacije i epidemiologija

Možemo reći da se obrazac hranjenja u djeteta (fetusa) stvara već prenatalno. Rođenjem dijete prelazi na nove različite obrasce hranjenja, a fokus cjelokupnog somato-psihickog života jest na dojenju i hranjenju. Tako se već od najranije dobi dojenčad može klasificirati u svojim ekstremima kao „slabo jeduća i izbirljiva“ ili kao „proždrljiva i hrane željna“. Potrebna je stalna prilagodba djeteta na nove uvjete. Važna je nutritivna vrijednost hrane, ali vrlo važan je i kontekst u kojemu se hranjenje obavlja, odnosno interakcija između majke i djeteta, tj. emocionalni dijalog između njih. U tom smislu, majke se mogu doživljavati kao dobre ako dijete dobro jede, ali se isto tako mogu osjećati i loše ako dijete nema želje za jedenjem (Bürgin 1993). U prvim godinama života dominiraju procesi senzomotornog razvoja, individuacije, autonomije, odnosno oralne i analne faze (v. poglavlje 4 o razvoju), a oni se mogu zrcaliti preko akta jedenja. I dalje tijekom razvoja, dakle u predškolskoj i školskoj dobi, kao i u pubertetu jedenje može imati različita razvojna značenja (Bürgin 1993).

Pretilost se može definirati kao kronična, relapsirajuća, multifaktorijelna, neurobihevioralna bolest, pri kojoj prekomjerno nakupljanje masnog tkiva stimulira disfunkciju masnog tkiva i abnormalna fizička zbijanja masnog tkiva, a sve rezultira nepovoljnim metaboličkim, biomehaničkim i psihosocijalnim ishodima (The Obesity Medicine Association 2018). Dakle, pretilost je stanje prekomjernog nakupljanja masnoga tkiva u organizmu, s poremećajem sekretorne aktivnosti masnoga tkiva. U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) svrstana je u endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma pod šifrom E66 (Bralić 2014; Bralić i sur. 2010). Ne smatra se psihijatrijskim poremećajem (Volkmar i Martin 2011). Pretilost u dječjoj i adolescentnoj dobi zaslužuje posebnu pozornost kao „bolest sama po sebi“, ali i zbog brojnih zdravstvenih komplikacija s kojima je povezana (Bralić i sur. 2010). Pretilost je jedan od ključnih čimbenika rizika za razvoj šećerne bolesti tipa 2, arterijske hipertenzije, dislipidemije, ateroskleroze, nealkoholne bolesti jetre, policističnih ovarija, apneje u snu, astme, funkcionalnih poremećaja lokomotornog sustava, potencira psihološke probleme i socijalnu deprivaciju te porast troškova zdravstvenog sustava (Lobstein i sur. 2004).

Za procjenu i klasifikaciju pretilosti preporučuje se primjena indeksa tjelesne mase (ITM) koji dobro kore-

lira s ukupnom količinom masnoga tkiva u organizmu (Škrabić i Unić Šabašov 2014; Tješić- Drinković 2016). ITM se izračunava tako da se tjelesna masa u kilogramima podijeli s kvadratom visine izražene u metrima (kg/m^2). Međutim, u dječjoj je dobi važnija podjela prema centilima s obzirom na spol i dob nego prema apsolutnim vrijednostima ITM-a. Različiti autori navode ITM centile prema dobi te se uvriježila klinička praksa da se govori o prekomjernoj tjelesnoj masi (ili o riziku od razvoja pretilosti) iznad 85. – 90. centile, a o pretilosti kada je viša od 95. – 97. centile (Bralić i sur. 2010; Bralić 2014; Lempp 2014; Steinhausen 2010; Tješić-Drinković 2016). Centilne vrijednosti u dječjoj dobi dostupne su u drugim publikacijama (Jureša i sur. 2011; Jureša i sur. 2018; Mardešić i Barić 2016). Prema graničnim vrijednostima ITM-a razvijene su i internacionalne referentne vrijednosti *International Obesity Taskforce* (IOTF) prema spolu i dobi djece od 2. do 18. godine (apsolutne vrijednosti ITM-a), prema kojima povećan rizik za razvoj pretilosti imaju djeca s ITM-om 25 do 29,9 kg/m^2 (prekomjerna tjelesna masa), a pretela su djeca čiji je ITM jednak ili veći od 30 kg/m^2 u odnosu prema spolu i dobi (Bralić i sur. 2010; Bralić 2014).

Prevalencija debljine u djece u SAD-u i europskim zemljama iznosi od 17 do 22 % u dječaka i 12 do 20% u djevojčica s tendencijom povećavanja u posljednje vrijeme, a vjerojatno je takav trend i u Hrvatskoj (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Škrabić i Unić Šabašov 2014). Trendovi porasta učestalosti debljine nedvojbeno su prisutni i upozoravaju na potrebu sustavne intervencije (NCD Risk Factor Collaboration 2017).

60.2. Klinička slika, psihički komorbiditeti, dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

U uvodu je opisana klinička slika pretilosti sa somatske strane gledanja. U pravilu je cijela obitelj uključena u povećani unos kalorija, kao i u njihovo smanjeno trošenje. Pretelo dijete zapravo možemo smatrati kroničnim bolesnikom, što uz medicinski nadzor zbog komorbiditeta, zahtijeva i psihološku podršku stručnjaka (Bralić i sur. 2010). Tipično su pretela djeca prekomjerno razvijena i u svojem razvoju ubrzana.

Što se tiče povezanosti pretilosti i psihičkih simptoma i sindroma, odnosno prisutnosti psihičkih komorbiditeta, moguće su velike različitosti. Djeca obično poriču uzimanje velike količine hrane (Mattejat

i Schulte-Markwort 2013). Kako je već rečeno, pretilost nije psihički poremećaj, tako da se psihopatološki ne nalazi tipična klinička slika, već, u pravilu, postoje različiti nespecifični psihički simptomi koji se mogu shvatiti kao „sekundarni psihički simptomi“ ili pak kao komorbiditeti (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Tako npr. mogu biti prisutni emocionalni poremećaji, difuzni strahovi, emocionalna nezrelost, impulzivnost, depresija, školski neuspjeh, poremećaji ponašanja, lošija socijalna prilagodba, poremećaj doživljavanja vlastita tijela i drugo (Bürgin 1993).

U [tablici 60.1.](#) sažeto su prikazani čimbenici dijagnostike.

Tablica 60.1.

Dijagnostika pretilosti.

Modificirano prema Bralić i sur. 2010; Bürgin 1993; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

Anamneza (jedenje, stresori, „okidači“, uzimanje lijekova; tjelesna neaktivnost)
Obiteljska anamneza
Opservacija ponašanja
Mjerenje tjelesne mase, visine, pulsa, krvnog tlaka
Somatski pregled (npr. lokomotorni sustav, koža-hirzutizam, strije, akantoza)
Laboratorijski nalazi: KKS; CRP, GUK, urin, lipidogram, transaminaze, hormoni štitnjače, EKG, EEG
Psihološka i psihijatrijska dijagnostika (prema indikaciji)
Po potrebi pregled kod pedijatra; kardiologa; genetičara; endokrinologa; neuropedijatra

U **dijagnostici** se koristimo detaljnom anamnezom jedenja, utvrđujemo postoje li određeni psihološki stresovi i „okidači“ (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Važno je pitati uzima li dijete neke lijekove koji mogu potencijalno dovesti do pretilosti (antipsihotici, inzulin, valproati) (Lempp 2014). Treba uzeti podatke o tjelesnoj aktivnosti (Steinhausen 2010) te svakako u konačnici procijeniti djetetovu ličnost, način interakcije, kao i cjelokupnu obiteljsku situaciju, posebno s obzirom na motivaciju za smanjenje tjelesne mase (Bürgin 1993; Steinhausen 2010).

Preduvjet objektivnog dijagnosticiranja pretilosti, kao i rizika od pretilost jest prospektivno longitudinalno praćenje rasta i razvoja svakog djeteta. Osim kli-

ničkim pregledom (anamneza, inspekcija, fizikalni status), pretilost je potrebno objektivno dijagnosticirati izračunom antropometrijskih indeksa - ITM). Usto, važno je pratiti i vrijednosti arterijskoga krvnog tlaka i kliničke znakove razvoja komplikacija pretilosti i/ili pridruženih bolesti. Potrebno je i laboratorijsko praćenje vrijednosti KKS-a, CRP-a, glukoze u krvi, urina, lipidograma, hormona štitnjače, EKG-a, EEG-a. U slučaju indikacije potrebno je provesti dodatnu psihološku dijagnostiku, a po potrebi i druge testove (Bralić i sur. 2010; Lempp 2014).

Diferencijalnodijagnostički, dolaze u obzir različita stanja, kako je prikazano u [tablici 60.2.](#)

Tablica 60.2.

Diferencijalna dijagnoza pretilosti.

Modificirano prema Bralić i sur. 2010; Lempp 2014; Reinblatt 2015.

Somatski	Primarna pretilost Bolesti SZS-a Endokrini sindromi (hipotiroidizam, Cushingov sindrom itd.) Nasljedne bolesti ili sindromi (npr. Prader-Willyjev sindrom itd.) Nuspojave određenih lijekova
Psihički	Depresija Poremećaj jedenja (bulimija nervoza ili kompulzivno prejedanje) Hiperkinetski sindrom

Pretilost prema uzroku možemo podijeliti na primarnu i sekundarnu. **Primarna pretilost** jest ona u kojoj je povećanje mase masnoga tkiva u organizmu vodeći i uglavnom jedini simptom. Devedeset sedam posto pretilice djece pripada ovoj kategoriji. Uzrokovana je međudjelovanjem genskih, psiholoških, okolinskih i socijalnih čimbenika. **Sekundarna pretilost** (simptomatska) jest ona u kojoj je debljina dio spektra neke druge bolesti – monogenetske nasljedne bolesti ili sindroma (Prader-Willyjev sindrom, Laurence-Moon-Biedlov sindrom), stečene bolesti središnjega živčanog sustava ili endokrinih žlijezda (Cushingov sindrom, hipotireoza). Samo 3 % djece pretilo je zbog sekundarnih uzroka (Tješić- Drinković 2016). Sumnja na sekundarnu pretilost zahtijeva upućivanje djeteta odgovarajućem supspecijalistu (endokrinologu, neuropedijatru, genetičaru) na daljnju obradu i liječenje (Bralić i sur. 2010). Treba razmotriti i to postoji li uz pretilost i psihički poremećaji: depresija, poremećaj jedenja (buli-

mija nervoza ili kompulzivno prejedanje). U literaturi se navodi povezanost između pretilosti (i prejedanja) i hiperkinetskog sindroma (Reinblatt i sur. 2015). Konačno, važno je razlučiti je li pretilost uzrokovana uzimanjem lijekova (Lempp 2014).

60.3. Posljedice i/ili komorbiditeti

U **tablici 60.3.** prikazane su najčešće posljedice i/ili komorbiditeti.

Tablica 60.3.

Komplikacije i/ili komorbiditeti pretilosti

Modificirano prema Bralić 2014; Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011.

Somatske	ubrzani rast i razvoj kardiovaskularne bolesti cerebrovaskularne bolesti šećerna bolest tipa 2 metabolički sindrom kronične upalne bolesti nealkoholna bolest jetre (steatoza, steatohepatitis, ciroza) kolelitijaza poremećaji lokomotornog sustava opstruktivna apneja u snu glavobolje policistična bolest jajnika
Psihičke	anksioznost poremećaj raspoloženja školski neuspjeh problemi seksualnog razvoja

U pretile djece češće se pojavljuje preuranjeni pubertet, u dječaka dolazi do ginekomastije, penis „nestaje“ zbog naslaga masnog tkiva, dok se u djevojčica može razviti sindrom policističnih jajnika (Bralić 2014; Lempp 2014). Pretilost nije samo estetski problem već ozbiljno ugrožava zdravlje djeteta jer je rizični čimbenik za razvoj kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti, šećerne bolesti tipa 2, metaboličkog sindroma, pogoduje pojavi kroničnih upalnih bolesti, nealkoholne masne bolesti jetre, od steatoze, steatohepatitisa sve do ciroze, potom kolelitijaze, astme te konačno može uzrokovati poremećaje lokomotornog sustava (Acosta i sur. 2008; Bralić i sur. 2010; Bralić 2014; Katzmarzyk i sur. 2014; Pulgaron i Delamater 2014; Škrabić i Unić Šabašev 2014; WHO 2018). Pretila djeca češće pate od glavobolja i opstruktivne apneje u spavanju (Bralić 2014; Hart i sur. 2011). Brojni znan-

stveni dokazi govore u prilog jasne veze hipertenzije i prekomjerne tjelesne mase u djece i adolescenata. Rizik od hipertenzije u djece linearno raste porastom indeksa tjelesne mase (ITM) kroz čitav centilni raspon pa stoga pretila djeca imaju 4,5 puta veći rizik od povišenoga arterijskog tlaka. Prevalencija hipertenzije veća je 3 puta u pretilih u usporedbi s nepretilim adolescentima (Genovesi i sur. 2008; Parker i sur. 2016).

Važno je naglasiti rizik od razvoja **metaboličkog sindroma** u pretile djece s obzirom na značajan morbiditet i rizik od mortaliteta u ovom poremećaju. Učestalost metaboličkog sindroma među djecom i adolescentima, prema **International Diabetes Federation** kriterijima, kreće se od 0 do 2 %, a u populaciji prekomjerno teške i pretile djece od 5,3 do 33 %. (Alvarez 2011; Zimmet i sur. 2007). Iako je klinička manifestacija metaboličkog sindroma u dječjoj dobi rijetka, štetan učinak i interakcija između rizičnih čimbenika za njegov razvoj počinje u toj dobi. Intervencija u ranoj dobi stoga je ključna za smanjenje morbiditeta i mortaliteta u odrasloj dobi. Metabolički sindrom ili „sindrom X“, prema Reavenu (1988), koji ga je prvi opisao kao metaboličku komplikaciju inzulinske rezistencije, u literaturi navođen i kao „smrtonosni kvartet“ ili „sindrom inzulinske rezistencije“, skup je međusobno povezanih čimbenika rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti i šećerne bolesti tipa 2 koji čine pretilost, inzulinska rezistencija, povišen arterijski tlak i dislipidemija. Kriteriji za postavljanje dijagnoze razlikuju se u djece i odraslih s obzirom na specifičnosti rasta i razvoja te referentnih vrijednosti za arterijski tlak, indeks tjelesne mase i opseg struka u populaciji djece i adolescenata (Alberti i sur. 2006; Steinberger i sur. 2009). Osnovni patofiziološki mehanizam nastanka nije potpuno razjašnjen. Smatra se da je u podlozi interakcija nekoliko čimbenika: pretilost centralnog tipa s disfunkcijom adipocita, supklinička upala i inzulinska rezistencija perifernih tkiva (L'Allemand-Jander 2010). Zbog niza psihosocijalnih problema koji se pojavljuju uz pretilost (kritike odraslih, sniženo samopouzdanje, zadirkivanje i odbacivanje od vršnjaka), pretilost može uzrokovati razvoj anksioznosti i poremećaja raspoloženja (Acosta i sur. 2008; Bralić 2014; Dulcan i Martini 1999; Volkmar i Martin 2011), što može imati znatan utjecaj na školski i budući profesionalni uspjeh, kao i na probleme seksualnog razvoja (Bralić 2014; Dulcan i Martini 1999; Latzer i Stein 2013; Lempp 2014; Liang i sur. 2014).

60.4. Etiopatogeneza

U nastanku pretilosti kao multifaktorijelno uzrokovane bolesti isprepleću se genski i okolišni čimbenici (Bralić 2014; Škrabić i Unić Šabašev 2014; Tješić-Drinković 2016; Volkmar i Martin 2011). Genski čimbenici utječu na razvoj primarne pretilosti u oko 30 do 50 % slučajeva (Škrabić i Unić Šabašev 2014). Postoji znatna povezanost između pretilosti roditelja i djece (Hinney i sur. 2010; Volkmar i Martin 2011; Wilfley i sur. 2011), što se objašnjava djelovanjem nasljednih, ali i psiholoških i socioekonomskih čimbenika (Bralić 2014; Wilfley i sur. 2011). Dojenje djeteta protektivni je čimbenik za nastanak pretilosti, dok su velika porođajna masa i pušenje majke u trudnoći rizični čimbenici (Bralić i sur. 2010; Bralić 2014; Katzmarzyk i sur. 2014; Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011; WHO 2018). U literaturi se spominju fiziološke teorije nastanka pretilosti zbog prekomjernog broja masnih stanica nastalog prije u životu, kao i **set-point** teorija, koja navodi da postoji genski određena viša idealna tjelesna masa u pretilih nego u drugih osoba (Steinhausen 2010). Razmatraju se i različiti čimbenici koji mogu uzrokovati debljinu: jedenje i kad se ne osjeća glad, napadaji prejedanja (veza s gubitkom kontrole); kontrolirajuće jedenje; emocionalno jedenje; povezanost sa žudnjom i ovisnosti; debljina kao pokazatelj obiteljske disfunkcije (manjak zajedničkih obroka cijelih obitelji; jedenje uz gledanje TV-a ili uz računalo) ili komorbiditetne psihopatologije (Braet i sur. 2014; Lempp 2014; Mogul i sur. 2014; Steinhausen 2010).

Iako genski čimbenici, zasigurno, imaju važnu ulogu, fokus interesa istraživača usmjeren je na otkrivanje okolišnih i drugih negenskih čimbenika koji pridonose nastanku i progresiji bolesti. Imajući na umu kompleksan sustav kontrole apetita u kojemu važnu ulogu ima **os mozak – crijevo**, ali i obrnutim smjerom upravljani mehanizmi crijevo – mozak, brojni su istraživači krenuli putem rasvjetljavanja ovih mehanizama. Rastući je broj znanstvenih dokaza o ulozi **crijevne mikrobiote** u regulaciji metabolizma i u razvoju pretilosti. Jasno je potvrđeno kako određeni sojevi crijevne mikrobiote mogu izravno utjecati na adipoznost i regulaciju TM-a, iako stupanj i mehanizam tog utjecaja još uvijek nije potpuno razjašnjen (Million i sur. 2013).

Rano u djetinjstvu hranjenje može zrcaliti međusobni odnos majke i djeteta, odnosno reakciju na konflikte, stresove ili napetosti i posljedično tome jedenje može služiti smirivanju napetosti (Steinhausen 2010).

Okolišni čimbenici koji utječu na nastanak pretilosti uključuju dostupnost jeftinije visokokalorične hrane i njezin povećan unos te smanjenu potrošnju unesene energije (sjedilački način života, smanjenje tjelesne aktivnosti) (Dulcan i Martini 1999; Škrabić i Unić Šabašev 2014; Tješić-Drinković 2016; Volkmar i Martin 2011).

60.4.1. Psihodinamski aspekti

Razlikujemo više osnovnih tipova pretilosti. Jedan je tip pretilost bez drugih emocionalnih problema. Drugi bi tip bio pretilost kao posljedica traume; zatim pretilost kod intelektualnih teškoća i/ili emocionalne deprivacije; pretilost kod psihotičnih poremećaja te, konačno, pretilost uz razvojne poteškoće, najčešće uz razvojne narcističke poremećaje (Bürgin 1993) uz koje mogu biti prisutni i školski neuspjeh, enureza i drugi simptomi. U ovim slučajevima uzimanje hrane služi stabiliziranju krhke narcističke ravnoteže. U roditelja često postoji prekomjerno zaštićivanje (*overprotection*) koje umanjuje autonomiju djeteta (v. poglavlje 4 o razvoju) te se dijete nalazi u infantilnoj poziciji (Bürgin 1993).

Razvojno gledano, kako je prije navedeno, akt jedenja zrcali intrapsihičku (npr. pitanje individuacije, autonomije), ali i interpersonalnu i obiteljsku dinamiku. U najranijoj dobi jedenje služi smirivanju napetosti, međutim, s vremenom je potrebna veća diferencijacija različitih osjećaja. Požuda djeteta, kao i stalni strah da neće biti nahranjeno, uz potrebu da „sve pojede“ i na taj se način smiri, može se nastaviti i u kasnijoj dobi, posebno u situacijama odvajanja, gubitaka, ili kada dolazi do narušavanja vlastite autonomije (Bürgin 1993). U takvim stanjima osoba traži pomoć ili potporu, kada se ne može suočiti sa životnim zadacima ili kada poklekne u borbi s konkurencijom. Često se pretela djeca i osobe osjećaju kao „**marginalci**“, „**gubitnici**“, odnosno kao da su za nešto prikraćeni. U predškolskoj su dobi izraženije potrebe za samopoštovanjem, kao i za „željenim slikama o sebi“, odnosno veća je sklonost depresivnosti i posljedičnom prejedanju. U adolescenciji je tijelo u središtu psihičkog života. U pretilih adolescenata može biti u središtu nedostatan osjećaj doživljaja sebe, ne mogu kontrolirati unutarnje signale sitosti te katkad preuzimaju bez ikakve ograde stil obiteljske hiperfagije. Ne postoji ni unutarnja autoregulacija ni vanjska autonomija, nego samo infantilna pozicija (identifikacija) (Bürgin 1993).

60.5. Klinička vinjeta

Dječak od 12 godina dolazi na stacionarno psihijatrijsko liječenje kao dogovoreni prijam zbog pretilosti, nakon što je prethodno opširno obrađen pedijatrijski. Dodatno postoje internalizirajući i eksternalizirajući psihički komorbiditeti. U dotadašnjem psihološkom nalazu bilježe se depresivnost, tjeskobnost, regresivnost i emocionalna nezrelost. Već od dojenačke dobi imao je povećani apetit i majka je navodila da je stalno bio gladan. Već u drugom razredu osnovne škole je zabilježena hipertenzija, uz primjenu antihipertenziva. Više godina unatrag zbog debljine je bio izložen zadirivanju druge djece. Socijaliziran, međutim, to nije povezano sa školskim okruženjem. Obiteljska situacija diferentna, obitelj manjih socijalnih primanja, uz povremeni nadzor nadležnog centra za socijalnu skrb. U dječaka na početku liječenja nema motivacije za smanjenje tjelesne mase. Pri prijemu je TM=113,3 kg, TV=167 cm, a ITM=40,5, što je, prema centilnoj krivulji, daleko iznad 97. centile za dob dječaka (97. centila ITM za ovu dob dječaka jest oko 28). Tijekom stacionarnog liječenja je postignuto bolje ovladavanje emocijama i ponašanjem, ostvaruje dobre socijalne odnose s drugim pacijentima na odjelu. Uz dijetni režim prehrane na odjelu (ukupno oko 4 tjedana) te strukturirane aktivnosti ukupno gubi 3 kg. I dalje je preporučena strukturirana multimodalna terapija.

60.6. Prevencija, terapija, tijek

60.6.1. Preventivne mjere

Dramatičan porast učestalosti, vrlo siguran razvoj niza medicinskih i psihosocijalnih komplikacija pretilosti i pridruženih bolesti, ograničene mogućnosti liječenja, osobito tijekom dječje i adolescentne dobi potenciraju važnost prevencije. S obzirom na složenost patogenetskih mehanizama nastanka nužan je multidisciplinarni i individualno specificiran pristup. Pažljivom analizom anamneze, osobne i obiteljske, kliničkim pregledom i sagledavanjem rizika za razvoj komorbiditeta i komplikacija u svakodnevnoj se praksi nastoji razjasniti što je preciznije moguće etiologija nastanka debljine, rizika za nastanak debljine ili poremećaja u jedenju (Golden i sur. 2016). Program prevencije pretilosti iziskuje multidisciplinarni pristup obiteljima, a treba, osim obitelji, uključivati sve razine obrazovnog i zdravstvenog sustava, te širu društvenu zajednicu, medije i prehrambenu industriju (Bralić

2014; Škrabić i Unić Šabašov 2014). Fokus preventivnih programa trebao bi biti više na zdravim stilovima života, a ne toliko usmjeren prema pretilosti kao problemu jer treba biti oprezan da tijekom adolescentne dobi mladi ne bi iz problema pretilosti prešli u drugu krajnost – anoreksiju i bulimiju (Bralić 2014). Rizična razdoblja za razvoj pretilosti jesu prenatalna dob, rano djetinjstvo i adolescentna dob (Bralić 2014; Škrabić i Unić Šabašov 2014) pa s preventivnim mjerama treba započeti već u prenatalnom razdoblju poticanjem zdrave prehrane trudnica i kontrolom prirasta tjelesne mase u trudnoći, poticanjem dojenja, te usmjerenost na zdrave stilove življenja (Bralić 2014; Škrabić i Unić Šabašov 2014; WHO 2018). Osim edukacije, djeci treba osigurati zdrave jelovnike u vrtićima i školama, vodu za piće, emocionalno ugodnu atmosferu u vrtićima i školama, prostore za prikladnu tjelesnu aktivnost, sportske dvorane i biciklističke staze jer debljina se može prevenirati i preventivne mjere treba započeti što prije da bismo mogli očekivati pozitivne rezultate (Bralić 2014; Liang i sur. 2014; Škrabić i Unić Šabašov 2014; WHO 2018).

60.6.2. Terapija, tijek

U **tablici 60.4.** sažeto su prikazani najvažniji čimbenici liječenja.

Tablica 60.4.

Terapija pretilosti – strukturirani multidisciplinarni pristup

Psihoedukacija
Smanjeni energijski unos – regulirana prehrana
Poticanje tjelesne aktivnosti
Terapija posljedica i/ili komorbiditeta
Kognitivno-bihevioralne terapije
Psihodinamske terapije
Rad s roditeljima i obitelji

Liječenje pretilosti djeteta iziskuje individualno prilagođen **multidisciplinarni pristup** (Bralić i sur. 2010). Liječnik primarne zdravstvene zaštite koordinira cjelovitost dijagnostičko-intervencijskog postupka, a, ovisno o komorbiditetima, potrebno je u terapiju uključiti druge supspecijaliste i suradnike (gastroenterolog, kardiolog, endokrinolog, nutricio-

nist, profesor kineziologije, psiholog, dječji psihijatar) (Bralić i sur. 2010; Bralić 2014). Multimodalno liječenje pretilosti uključuje promjenu stila života čitave obitelji, smanjenje dnevnog energijskog unosa reguliranom prehranom, povećanje tjelesne aktivnosti, kognitivno-bihevioralnu terapiju, kao i psihodinamske terapije koje će se orijentirati na podizanje samopoštovanja i na prikladnije razrješavanje problema i konflikata, uz važnu napomenu da navedene mjere trebaju biti dugotrajnije (Acosta i sur. 2008; Dulcan i Martini 1999; Hebebrand 2011; Katzmarzyk i sur. 2014; Lempp 2014; Tješić-Drinković 2016; Wilfley i sur. 2011). Nikako nije dovoljno liječenje samo pretilosti ako se ne zahvate i mogući emocionalni problemi koji mogu biti u pozadini pretilosti (Bürgin 1993). Psihoterapijskim postupcima potrebno je postići relativnu stabilizaciju raspoloženja te je tek potom uputno provoditi nutritivne intervencije uz poticaj na tjelesne aktivnosti (Bürgin 1993).

Ključno je u terapiju uključiti i obitelj (Bralić 2014; Škrabić i Unić Šabašov 2014; Wilfley i sur. 2011; Wilfley i sur. 2011). Roditelji uglavnom ne prepoznaju pretilost svoje djece kao realan zdravstveni problem (Bralić i sur. 2010). Zato je potrebna edukacija o utjecaju pretilosti na zdravlje i o važnosti zdrave prehrane i stila života (Bralić 2014; Škrabić i Unić Šabašov 2014), ali i upozorenje da je riječ o kroničnom stanju te da kratkotrajne terapije neće imati uspjeha (Lempp 2014). Tjelesna aktivnost treba biti prilagođena djetetovim tjelesnim, ali i psihološkim ograničenjima, zbog čega je potrebno stručno vodstvo i nadzor (Bralić i sur. 2010; Gupta i sur. 2012). U adolescentnoj dobi odvojena terapija roditelja i adolescenta može biti učinkovitija (Dulcan i Martini 1999). Kognitivno-bihevioralnom terapijom nastoji se restrukturirati štetni obrasci ponašanja prisutni u svakodnevnom funkcioniranju te potaknuti vođenje zdravijih stilova života (Wilfley i sur. 2011). Promjenom životnih navika (prehrana i aktivnost) uspješno se liječi pretilost u djece (Wilfley i sur. 2011). Ovisno o djetetovoj dobi, primjenjuju se različiti načini poticanja samokontrole, smanjenje podražaja, nagrađivanja pozitivnih ponašanja i izbjegavanja negativnih i obeshrabrujućih stajališta o jednjenu i tjelesnoj masi (Dulcan i Martini 1999; Katzmarzyk i sur. 2014; Steinhausen 2010; Wilfley i sur. 2011). Razvoj novih tehnologija i mogućnosti nadzora i komunikacije preko mobilnih uređaja i računala omogućuje veću dostupnost i suradljivost djece i adolescenta u procesu gubljenja tjelesne mase (Acosta i sur.

2008; Katzmarzyk i sur. 2014). Nikako nije poželjno provoditi izolirane (i kratkotrajne) dijetne mjere bez nadzora stručnjaka, odnosno mjere koje nisu dio cjelovitijeg i dugotrajnijeg procesa liječenja (Lempp 2014). Kada se postigne ciljna tjelesna masa, potrebno je i dalje provoditi prije navedene mjere radi održavanja postignutog (Steinhausen 2010). Većinom se terapijske mjere provode ambulantno ili dnevno bolnički, ali u literaturi se raspravlja i o strukturiranim stacionarnim programima liječenja (Lempp 2014).

Promjena načina prehrane i intenziviranje tjelesne aktivnosti danas su temelj primarne i sekundarne prevencije te liječenja debljine u dječjoj dobi. Ovakav je terapijski pristup učinkovit ako se primjenjuje dosljedno i kontinuirano, uz visok stupanj motivacije djeteta i njegove obitelji. No u praksi svjedočimo kako su rezultati terapijskih intervencija relativno skromni i djeca uključena u ovakve programe u većini slučajeva ostaju pretila ili se vrlo brzo ponovno udebljavaju (Škrabić i Unić Šabašov 2014; Volkmar i Martin 2011). Pretili adolescenti imaju 28 puta veću šansu da će biti pretili i u odrasloj dobi (Steinhausen 2010).

Pretilost je danas prepoznata i jasno definirana kao kronična bolest koju je vrlo teško liječiti. Povratak na idealnu tjelesnu masu nerealan je cilj za većinu pretilih osoba. U smislu kardiometaboličke dobrobiti, poželjnim se smatra smanjenje tjelesne mase za 5 do 10 %. Promjenom načina prehrane i intenziviranjem tjelesne aktivnosti masa se u odraslih obično može smanjiti do 5 %. Ovakav tip intervencije najčešće je djelotvoran kratkoročno (Kelly i sur. 2016). Barijatrijskom kirurgijom, ovisno o vrsti zahvata, postiže se redukcija težine u rasponu od 15 do čak 35 %, nerijetko uz izlječenje pridruženih metaboličkih poremećaja. Kirurško liječenje, međutim, invazivan je terapijski pristup opterećen mogućim komplikacijama. Upravo nedostatan i prolazan terapijski učinak izolirane promjene životnih navika te agresivnost i skupoća kirurškog liječenja kojim se može liječiti zanemarivo mali udio pretilih otvaraju vrata farmakoterapiji. Premda ne postoje jasno definirane smjernice, većinom prevladava stajalište kako farmakoterapiju treba uključiti u djece i adolescenta s visokim ITM-om ako su se u njih već razvile komplikacije debljine. Iako postoje jasne potrebe, do danas na raspolaganju imamo isključivo jedan lijek – **orlistat**, koji je odobren za liječenje debljine u adolescenta u dobi od 12 do 16 godina, i to samo u SAD-u, dok nijedan lijek trenutačno nije odobren u spomenutoj indikaciji za djecu mlađu od 12 godina ni u Americi

ni u Europi (Sherafat-Kazemzadeh i sur. 2013; Styne 2017).

Budući da su farmakološke i kirurške mogućnosti liječenja pretilosti u djece ograničene, programi prevencije i psihosocijalnih terapija iznimno su važni (Bralić 2014; Katzmarzyk i sur. 2014; Škrabić i Unić Šabašov 2014; Tješić-Drinković 2016; Volkmar i Martin 2011). **Nepovoljni prognostički čimbenici** su raniji početak, stalno dobivanje na tjelesnoj masi, pacijenti sa smanjenom motivacijom, kroničnost, prisutnost pretilosti u obitelji, muški spol, prisutnost epizoda prejedanja, dodatne intelektualne teškoće, dodatni psihijatrijski komorbiditeti te prethodni neuspjeli pokušaji liječenja (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010).

60.7. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Djecu i adolescente koji su pretili ne smije se okrivljivati za njihovo stanje kao ni roditelje.
- ✓ Uputno je roditelje educirati o pretilosti, o njezinim posljedicama, odnosno o potrebi uključenja cijele obitelji u liječenje.
- ✓ Ne treba omalovažavati probleme pretilosti u djece.
- ✓ Potrebno je uspostaviti dobru terapijsku suradnju s roditeljima.
- ✓ Roditelji i nastavnici modeli su djetetu te bi vlastitim primjerom trebali dijete učiti zdravijim izborima.
- ✓ Roditelji nabavljaju i pripremaju hranu i utječu na oblikovanje djetetovih prehrambenih i životnih navika, pa bi tako trebali ukloniti visokokaloričnu, nezdravu hranu, zamijeniti je zdravijim opcijama i poticati dijete na aktivnosti u kojima po mogućnosti i oni sudjeluju.
- ✓ Uputno je poticati emocionalno opuštenu atmosferu u obitelji/školi.
- ✓ Poticati zajedničko blagovanje cijelih obitelji.
- ✓ Roditelji bi trebali djetetu ograničiti prekomjerno gledanje televizije i igranje igrice te mu osigurati dovoljno sna. Izbjegavati jedenje uz TV ili računalo.
- ✓ Ako su i roditelji i dijete pretili, djetetovo liječenje bit će uspješnije ako u procesu gubitka

kilograma sudjeluju i roditelji te u tome uspijevaju.

- ✓ Treba izbjegavati ekstremne roditeljske zabrane prema djeci, odnosno frustrirajuće dijetne mjere koje se ne mogu provesti.
- ✓ Treba strukturirano sudjelovati u terapijskim metodama liječenja pretilosti te izbjegavati kratke programe ili nagle prekide. Nikako nije poželjno provoditi izolirane kratkotrajne dijetne mjere bez nadzora stručnjaka, odnosno mjere koje nisu dio cjelovitijeg i dugotrajnijeg procesa liječenja.

60.8. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kako danas definiramo pretilost?

ODGOVOR: Autori navode ITM centile prema dobi i spolu, te se uvriježila klinička praksa da se govori o prekomjernoj tjelesnoj masi (ili u riziku za razvoj pretilosti) iznad 85. – 90. percentile, a o pretilosti kada je iznad 95. – 97. percentile. U dječjoj je dobi važnija raspodjela prema centilnim krivuljama s obzirom na dob i spol nego apsolutne vrijednosti ITM-a. Povećan rizik za razvoj pretilosti imaju djeca s ITM-om 25 do 29,9 kg/m² (prekomjerna tjelesna masa), a pretila su djeca čiji je ITM jednak ili veći od 30 kg/m² za spol i dob.

■ PITANJE: Je li pretilost psihički poremećaj?

ODGOVOR: Pretilost nije psihički poremećaj. Ona se može definirati kao kronična, relapsirajuća, multifaktorijska, neurobiheviorna bolest, pri kojoj prekomjerno nakupljanje masnoga tkiva stimulira disfunkciju masnoga tkiva i abnormalna tjelesna zbivanja masnoga tkiva, a sve to rezultira u nepovoljnim metaboličkim, biomehaničkim i psihosocijalnim ishodima. Dakle, pretilost je stanje prekomjernog nakupljanja masnoga tkiva u organizmu, s poremećajem sekretorne aktivnosti masnog tkiva. Zbog svojih somatskih i psihičkih posljedica i komorbiditeta zahtijeva veliku pažnju različitih stručnjaka.

■ PITANJE: Kako danas gledamo na pretilost djece i adolescenata?

ODGOVOR: Danas na pretilost gledamo kao na ozbiljnu kroničnu tjelesnu bolest. Ima svoje posebnosti, ali i dodatne somatske komplikacije i komorbiditete, kao i dodatne psihičke osobitosti. Posebno nas zabrinjavaju kardiovaskularne i psihičke posljedice

pretilosti. S obzirom na kroničnost stanja, korisno je psihološko i psihijatrijsko praćenje.

■ **PITANJE: Koje su psihičke specifičnosti pretile djece i adolescenata?**

ODGOVOR: Ne postoje posebne psihičke specifičnosti djece i adolescenata s pretilosti. Mogu dodatno imati loše samopoštovanje, depresiju, anksioznost, poremećaje jedenja te druge psihičke smetnje.

■ **PITANJE: Kakav je opći princip liječenja djece/adolescenata s pretilosti?**

ODGOVOR: Riječ je o strukturiranom, multidisciplinarnom i dugotrajnijem programu liječenja jer je riječ o kroničnom stanju i često nepovoljnoj prognozi. Terapijske su mjere psioedukacija, dijetne mjere, poticanje fizičke aktivnosti i zdravih stilova života, kognitivno-bihevioralna terapija koja je usmjerena na ponašanje i kognicije, psihodinamske terapije koje su usmjerene na loše samopoštovanje, te bolje suočavanje s konfliktima i stresovima; rad s roditeljima i cijelim obiteljima.

■ **PITANJE: Kakav je princip liječenja djece/adolescenata s pretilošću i dodatnim intelektualnim poteškoćama ili nekim drugim poremećajem, npr. iz autističnog spektra?**

ODGOVOR: Princip liječenja jest da se provodi primarno liječenje intelektualnih poteškoća / autističnog spektra strukturiranim terapijama, koje su najčešće multidisciplinarnе i multimodalne. Dodatno je potrebno napraviti strukturirani program liječenja pretilosti koji je multidisciplinarn, dugotrajan, koji uključuje obitelj i koji sadržava opće principe liječenja djece s pretilošću.

■ **PITANJE: Kakva je uloga roditelja i obitelji u liječenju pretilosti?**

ODGOVOR: Velika je uloga roditelja u liječenju djece s pretilosti, međutim, roditelje se ne smije okrivljivati. Oni su suradnici u strukturiranom programu liječenja, koje je dugotrajnije, a često su i sami roditelji pretili. S roditeljima se može provoditi velik raspon intervencija, od psioedukacije, do više strukturiranih razgovora i obiteljskih psihoterapija. U intervencijama neće biti samo naglasak na prehrani i pretilosti, već i na drugim temama, kao što su emocionalna klima u obitelji, dinamika u obitelji, različite uloge članova obitelji, poboljšanje komunikacije među članovima obitelji itd.

60.9. Pitanja

1. Definirajte pretilost u djece i adolescenata.
2. Koje su najčešće somatske komplikacije ili komorbiditeti pretilosti u djece i adolescenata?
3. Koje su najčešće psihičke komplikacije ili komorbiditeti pretilosti u djece i adolescenata?
4. Navedite najvažnije metode liječenja pretilosti djece.
5. Navedite ulogu roditelja u liječenju pretilosti djece.

60.10. LITERATURA

1. Acosta MC, Manubay J, Levin FR. Pediatric obesity: Parallels with addiction and treatment recommendations. *Harv Rev Psychiatry* 2008;16(2):80-96.
2. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome – a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med* 2006;23:469-80.
3. Alvarez MM. Prevalence of metabolic syndrome and of its specific components among adolescents from Niterói City, Rio de Janeiro State, Brazil. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2011;55:164-170.
4. Braet C, O'Malley G, Weghuber D i sur. The Assessment of eating behaviour in children who are obese: a psychological approach. A position paper from the European childhood obesity group. *Obesity Facts* 2014;7:153-64.
5. Bralić I. Pretilo dijete u pedijatrijskoj praksi. *Paediatr Croat* 2014;58 Suppl 1:233-237.
6. Bralić I, Jovančević M, Predavec S i sur. Pretilost djece: novo područje multidisciplinarnog preventivnog programa. *Paed Croat* 2010; 54: 33-42
7. Bürgin D. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
8. Dulcan MK, Martini DR. Concise guide to Child and Adolescent Psychiatry. 2.izd. American Psychiatric Press; 1999.
9. Genovesi S, Antolini L, Giussani M i sur. Usefulness of waist circumference for the indication of childhood hypertension. *J Hypertens* 2008;26:1563-1570.
10. Golden NH, Schneider M, Wood C. Committee on nutrition; committee on adolescence; section on obesity. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics* 2016;138(3).
11. Gupta N, Goel K, Shah P i sur. Childhood obesity in developing countries: Epidemiology, determinants, and prevention. *Endocrine Reviews* 2012; 33(1):48-70.
12. Hart CN, Cairns A, Jelalian E. Sleep and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2011;58(3):715-33.

13. *Hebebrand J*. Adipositas. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011. str. 287-95.
14. *Hinney A, Vogel CI, Hebebrand J*. From monogenic to polygenic obesity: recent advances. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(3):297-310.
15. *Jureša V, Kujundžić Tiljak M, Musil V*. Hrvatske referentne vrijednosti antropometrijskih mjera djece i mladih: tjelesna visina, tjelesna masa, indeks tjelesne mase, opseg struka, opseg bokova. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“; 2011.
16. *Jureša V, Musil V, Kujundžić Tiljak M i sur.* Comparison of body mass index percentiles for schoolchildren in Croatia with international reference values. *Paediatr Croat* 2018; 62:1-8.
17. *Katzmarzyk PT, Barlow S, Bouchard C i sur.* An evolving scientific basis for the prevention and treatment of pediatric obesity. *Int J Obes (Lond)* 2014; 38(7):887-905.
18. *Kelly AS, Fox CK, Rudser KD, Gross AC, Ryder JR*. Pediatric obesity pharmacotherapy: current state of the field, review of the literature and clinical trial considerations. *International Journal of Obesity* 2016;40:1043-1050.
19. *Latzer Y, Stein D*. A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of eating disorders* 2013;1:7.
20. *L'Allemand-Jander D*. Clinical diagnosis of metabolic and cardiovascular risks in overweight children: early development of chronic diseases in the obese child. *Int J Obes (Lond)* 2010;34Supl 2:S32-6.
21. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
22. *Liang J, Matheson BE, Kaye WH i sur.* Neurocognitive correlates of obesity and obesity-related behaviors in children and adolescents. *Int J Obes (Lond)* 2014;38(4):494-506.
23. *Lobstein T, Baur L, Uauy R*. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews* 2004;5: 4-104.
24. *Mardešić D, Barić I*. Prilozi. U: Mardešić D i sur. *Pedijatrija*. 8. izd., Zagreb: Školska knjiga; 2016, str. 1099-119.
25. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
26. *Million M., Angelakis E., Maraninchi M i sur.* Correlation between body mass index and gut concentrations of *Lactobacillus reuteri*, *Bifidobacterium animalis*, *Methanobrevibacter smithii* and *Escherichia coli*. *Int J Obes* 2013;37(11):1460-6.
27. *Mogul A, Irby MB, Skelton JA*. A systematic review of pediatric obesity and family communication through the lens of addiction literature. *Childhood obesity* 2014;10(3):197-206.
28. *NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)*. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390(10113): 2627-42.
29. *Parker ED, Sinaiko AR, Kharbanda EO i sur.* Change in weight status and development of hypertension. *Pediatrics* 2016;137(3):e20151662
30. *Pulgaron ER, Delamater AM*. Obesity and type 2 diabetes in children: Epidemiology and treatment. *Curr Diab Rep* 2014;14(8):508.
31. *Reaven GM*. Banting lecture 1988. Role of Insulin Resistance in Human Disease. *Diabetes* 1988; 37(12): 1595-607.
32. *Reinblatt SP, Leoutsakos JMS, Mahone EM i sur.* Association between binge eating and attention-deficit/ hyperactivity disorder in two pediatric community mental health clinics. *International journal of eating disorders* 2015;48(5):505-511.
33. *Sherafat-Kazemzadeh R, Yanovski SZ, Yanovski JA*. Pharmacotherapy for childhood obesity: present and future prospects. *Int J Obes (Lond)* 2013; 37(1):1-15.
34. *Steinberger J, Daniels SR, Eckel RH, i sur; American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism.* Progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2009;119:628-47.
35. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
36. *Styne D, Arslanian S, Connor E i sur.* Pediatric obesity—assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102(3):709-57.
37. *Škrabić V, Unić Šabašev I*. Učestalost i specifičnosti debljine u predškolskoj dobi. Znanstveni simpozij Debljina – javnozdravstveni problem i medicinski izazov. Rijeka: 2014, str. 3-17.
38. *The Obesity Medicine Association*. Dostupno na: <https://obesitymedicine.org/definition-of-obesity/>. Pristupljeno 1.5.2018.
39. *Tješić- Drinković*. Prehrana. U: Mardešić D i sur. *Pedijatrija*. 8. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2016, str. 231-307.
40. *Volkmar FR, Martin A*. Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Baltimore: Walters Kluwer and Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
41. *Wilfley DE, Kass AE, Kolko RP*. Counseling and Behavior Change in Pediatric Obesity. *Pediatr Clin North Am* 2011; 58(6): 1403-24.
42. *Wilfley DE, Kolko RP, Kass AE*. Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20(2): 271-285.
43. *World Health Organization (WHO)*. Commission on Ending Childhood Obesity. Facts and figures on childhood obesity. Dostupno na: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>. Pristupljeno 1.5. 2018.
44. *Zimmet P, Alberti KG, Kaufman F i sur.* IDF Consensus Group. The metabolic syndrome in children and adolescents — an IDF consensus report. *Lancet* 2007;369: 2059-61.

Enureza

Ivan Begovac

SADRŽAJ

61.1. Uvod, klasifikacija	847
61.2. Epidemiologija	847
61.3. Definicije, klinička slika	847
61.4. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza	848
61.5. Komorbiditeti	849
61.6. Etiopatogeneza	849
61.6.1. Psihodinamika	850
61.7. Klinička vinjeta	850
61.7.1. Primjer primarne enureze	850
61.7.2. Primjer sekundarne enureze	850
61.8. Liječenje	851
61.8.1. Uvodni aspekti	851
61.8.2. Algoritam liječenja pretežno noćne enureze temeljen na biološko-konstitucionalnim čimbenicima, bihevioralnim i kognitivnim metodama, kao i na farmakoterapiji	853
61.8.3. Algoritam liječenja temeljen na integrativnom pristupu koji uzima u obzir različite čimbenike, kao i psihodinamske čimbenike	854
61.9. Ishodi	855
61.10. Upute za roditelje/nastavnike	855
61.11. Često postavljena pitanja	856
61.12. Pitanja	858
61.13. Literatura	858

61.1. Uvod, klasifikacija

Razvojno gledano, ovladavanje urinarnim sfinkterom događa se postupno, postojano uz pozitivne nagrade. Proces je facilitiran motoričkom sposobnošću, kognitivnom sposobnošću djeteta da razumije što se od njega očekuje, kao i djetetovom željom da zadovolji svoje roditelje (emocionalna komponenta) (Volkmar i Martin 2011). Dijete prvo usvaja suhoću tijekom dana, a onda otprilike oko 4 mjeseca poslije usvaja kontrolu urinarnog sfinktera i noću. Postoje velike individualne varijacije glede vremena u kojemu dijete ovlada sfinkterom, ali to se, u pravilu, događa nakon treće godine života (Lempp 2014).

U ovom području postoji niz različitih gledišta na klinički sliku, kao i na način liječenja. Pojedini autori više zagovaraju jasan „organski“ pristup, da su poremećaji izraz somatskih i funkcionalnih somatskih zbivanja. Unutar tog pristupa također može biti različitih mišljenja. Drugi autori daju više naglasak na procese učenja (trening čistoće), dok pojedini autori zagovaraju psihodinamski pristup. Čak i unutar psihodinamskog pristupa postoje vrlo različita gledanja na ovu problematiku.

O (neorganskoj) enurezi možemo govoriti tek nakon pete godine života djeteta. Enureza se definira kao nevoljno ili voljno ispuštanje urina minimalno dvaput u mjesecu do dobi od 7 godina, ili jednom mjesечно iznad dobi od 7 godina, i to tijekom barem tri mjeseca (WHO 1993). Tada govorimo o klinički signifikantnoj enurezi (Resch i sur. 2012). Moglo bi se na drukčiji način reći da se dijete pomokri na „pogrešnom mjestu“ i u „pogrešno vrijeme“.

U **tablici 61.1.** navedene su različite podjele enureze, koje će poslije biti objašnjene u tekstu.

U MKB-10 definira se pod kategorijom F98.0 kao neorganska enureza, s mogućnošću kodiranja je li riječ o **noćnoj, dnevnoj ili o kombiniranom obliku (noćna i dnevna)** (WHO 1993). DSM-5 kriteriji stroži su glede frekvencije i navode da frekvencija enureze mora biti dva puta tjedno u posljednja tri mjeseca ili da izaziva kvalitativno značajni distress u djeteta ili pak da zahvaća različita funkcionalna područja. DSM-5 također dodatno kodira je li riječ o noćnoj, dnevnoj ili o kombiniranoj (APA 2013).

Pojedini autori, kada govore o **enurezi**, onda misle samo na noćnu enurezu, dok dnevno ispuštanje urina nazivaju funkcionalnom urinarnom inkontinencijom (Lempp 2014; Steinhausen 2010; Von Gontard 2013). Naime, pojedini autori odvajaju termin enureza (kada

Tablica 61.1.

Podjela neorganske enureze

Prema tipu	Noćna, dnevna, kombinirana (noćna i dnevna)
Prema tipu inkontinencije	Noćna – enureza; dnevna – funkcionalna urinarna inkontinencija
Prema vremenu pojavljivanja	Primarna, sekundarna
S obzirom na simptome	Monosimptomatska noćna enureza – nema nikakvih simptoma tijekom dana; Nemonosimptomatska noćna enureza – postoje drugi simptomi tijekom dana (npr. pritisak na mokrenje, diskoordinacija itd.), ali nema dnevne urinarne inkontinencije (dnevne enureze);
Psihoanalitička	Psihosomatska (razvojna – simptomi su ego-sintoni; poremećaj faze autonomije), ili psihogena (konfliktna – simptomi su ego-distoni)

dolazi do potpunog ispražnjavanja mjehura, misli se samo na noćnu pojavu), od funkcionalne inkontinencije mokraće, pri čemu bi ovaj, zadnji termin više implicirao djelomično ispražnjavanje mjehura tijekom dana, međutim, u tekstu će se ipak rabiti oba termina. Drugi autori terminom inkontinencija označuju zapravo organske ili funkcionalne poremećaje (Bürgin 1993).

61.2. Epidemiologija

Ukupno gledano, češće obolijevaju dječaci. U sedmogodišnjaka postoji prevalencija oko 10 % djece (od toga oko 2 do 3% otpada na dnevnu enurezu). Oko 14. godine 1 % dječaka i 0,5 % djevojaka ima enuretične periode tijekom noći (Volkmar i Martin 2011). Primarna noćna enureza pojavljuje se u oko 80 % slučajeva enureze (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Dnevna enureza (inkontinencija mokraće) rjeđa je od noćne. Sekundarna se enureza nalazi u 3,7 do 5,1 % djece. U oko 15 – 25 % djece postoji kombinacija noćne i dnevne enureze (Remschmidt i Quaschner 2011; Steinhausen 2010).

61.3. Definicije, klinička slika

O **teškoj enurezi** možemo govoriti ako dijete ima više od tri enuretične epizode tijekom jednog tjedna

(Bürgin 1993). O **primarnoj** je **enurezi** riječ kada dijete nije nikada ovladalo sfinkterom, a o **sekundarnoj enurezi** kada je dijete imalo period „suhoće” od barem 6 mjeseci (Caldwell i sur. 2013; Traisman 2015). Sekundarna enureza češće je povezana sa stresom i psihijatrijskim simptomima (npr. rođenje mlađeg brata/ sestre, boravak u bolnici, razvod roditelja itd.).

Pojedini autori noćnu enurezu dijele na **monosimptomatsku**, kada nema nikakvih simptoma tijekom dana, te na **nemonosimptomatsku noćnu enurezu**, kada postoje drugi simptomi tijekom dana (npr. urgencija, odgađanje mokrenja, učestalo mokrenje, dizurija, osjećaj nepotpuna izmokravanja itd.) (Traisman 2015), ali nema dnevne urinarne inkontinencije (enureze). **Primarna monosimptomatska noćna enureza** najčešći je oblik enureze, okarakterizirana je dubokim spavanjem, dijete se teško budi uz dobru arhitekturu spavanja, visoka je frekvencija enuretičnih perioda i poliurija, nema znakova disfunkcije mokraćnoga mjehura, ali tijekom dana nema odstupanja (Lempp 2014).

Razlikujemo nekoliko tipova **dnevne inkontinencije mokraćne (dnevne enureze)**: idiopatska inkontinencija s nagonom na mokrenje, koja je najčešća forma i kada postoje manjak kapaciteta mjehura, jaki nagon za mokrenjem, česta frekvencija mokrenja, i do sedam puta na dan, kao i manevri zadržavanja urina (križanjem nogu, pritiskanjem trbuha i genitalija, sjedenjem na petama, te pri uriniranju postoji samo mala količina urina) (von Gontard 2013). Drugi oblici dnevne inkontinencije mokraćne jesu urinarne inkontinencija sa zadržavanjem mikcije, kada dijete postupa po devizi: „toliko sam bio zaigran da nisam stigao otići na zahod” (mokrenje zbog posvećenosti igri); detruzorsfinkterna diskoordinacija, kada tipično na početku postoji velik pritisak, a tijekom mokrenja dolazi do „isprekidajućeg” mokrenja; inkontinencija pri smijehu i stresu, dekompenzacija detruzora (*lazy bladder syndrome*), a ovamo pojedini autori ubrajaju i konfliktno dnevno mokrenje, npr. nakon sukoba tijekom dana (Bürgin 1993; Von Gontard i Neveus 2006). „**Mokrenju zbog posvećenosti igri**” načelno se ne pridaje patološko značenje (Bürgin 1993).

Sveobuhvatno gledano, u kliničkoj su slici rijetki izolirani slučajevi bez dodatnih stresnih ili emocionalnih smetnji (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Djeca zbog bilo kojeg oblika enureze mogu imati sniženo samopoštovanje i biti vrlo zabrinuta kada trebaju otići nekamo drugamo, npr. na zajednički školski izlet s

cijelim razredom, gdje trebaju prenoćiti. Djetetova enureza može pokazivati i/ili pojačati sukobe između roditelja i djeteta. Ako se enureza promatra kao primarna dijagnoza, onda se može ustvrditi da postoje s vremenom često dodatni emocionalni problemi (Steinhausen 2010). Posebna je situacija kada postoje uzastopni neuspješni pokušaji liječenja enureze, što dijete i obitelj čini dodatno obeshrabrenima.

61.4. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza

U **tablici 61.2.** prikazana je osnova dijagnostike enureze koja će biti razjašnjena u tekstu.

Tablica 61.2.

Dijagnostika enureze

- Psihijatrijski intervju
- Anamneza, heteroanamneza, opservacija (npr. podjele enureze, postoji li u obitelji enureza, kakva je osobna anamneza usvajanja kontrole sfinktera, postoje li stresne ili traumatske okolnosti; mikcijski protokol; je li bilo neuspješnih pokušaja liječenja; procjena roditelja i obitelji u cjelini)
- Tjelesni i orijentacijski neurološki pregled
- Isključenje organske geneze
- Različite skale mjerenja mikcije
- Psihološka dijagnostika
- Obvezni laboratorijski nalazi
- Pregled kod pedijatra i drugih stručnjaka
- Neinvazivna dijagnostika; invazivna dijagnostika
- Razmotriti diferencijalnu dijagnozu i komorbiditete (posebno enkopreza)

Osnovu **dijagnostike** čini intervju s anamnezom, kao i opservacija djeteta i obitelji, uz tjelesni pregled. Treba pokušati isključiti „organske” uzroke. U prilog organskoj podlozi govori postojanje i dnevne i noćne enureze (Bürgin 1993; Volkmar i Martin 2011). Treba pokušati odrediti tip enureze, kako je prije bilo navedeno. Posebno su važna pitanja postoji li u obitelji enureza, kakva je osobna anamneza usvajanja kontrole sfinktera te postoje li stresne ili traumatske okolnosti (Lempp 2014). Kako je prije bilo rečeno dijagnoza enureze vrlo je heterogena dijagnoza, tako da je potrebno individualno razmotriti koji čimbenici sudjeluju u kliničkoj slici (Remschmidt i Quaschner 2011). Mogu se primjenjivati i upitnici za procjenu enureze, odnosno preporučuje se provesti **mikcijski protokoli** tijekom tri dana, gdje bi se bilježili podatci o mokrenju, uzimanju tekućine, odlascima na zahod, o tome koliko je

puta bila prisutna enureza, postoje li dodatni simptomi u vezi s mokraćnim mjehurom itd. (Vande Walle i sur. 2012). Važna pitanja mogu biti kako su se dotada pokušali riješiti problemi, je li bilo neuspješnih pokušaja te postoje li razočaranja zbog toga (Bürgin 1993; Steinhausen 2010). Posebno je važno procijeniti mogući psihijatrijski komorbiditet (v. poslije), kao i mogućnost enkopreze (Resch i sur. 2012). Zato se u dijagnostici preporučuje i primjena upitnika za probir djece s problemima u ponašanju i psihološkim problemima koji bi zahtijevali daljnje psihijatrijsko liječenje (Von Gontard i sur. 2011). Potrebno je učiniti i uobičajenu psihološku dijagnostiku (procjena razine inteligencije, projektivni testovi, liste anksioznosti itd.). Korisno je procijeniti roditeljski stil, roditeljski način odgajanja te obiteljsku dinamiku sukladno onomu kako je uobičajeno u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji (Steinhausen 2010). Dijagnostički je korisno već na početku procijeniti djetetov odnos prema svojem problemu te motivaciju djeteta i roditelja za liječenje.

Obvezni somatski pregledi jesu: KKS, biokemijski nalazi, GUK, EEG, EKG, hormoni štitnjače, urin, urinokultura, vođenje 24-satnog mikcijskog dnevnika (s podacima o volumenu dnevnog unosa tekućine, volumenu urina danju i noću, eventualnom nevoljnom otjecanju mokraće tijekom dana te o eventualnoj prisutnosti konstipacije, odnosno enkopreze). Daljnje preporučljive pretrage bile bi: UZV bubrega, uz mjerenje zadebljanje stijenke mjehura. U prvom dijagnostičkom koraku svakako se preporučuju somatske neinvazivne metode, dok se s vremenom treba procijeniti o daljnjim somatskim invazivnijim pretragama. Dodatne pretrage, koje bi najčešće indicirao pedijatar, bile bi: *uroflow*-metrija s EMG-om na sumnju o detruzor-sfinkternoj diskoordinaciji te cistoskopija s uretrografijom uz sumnju na vezikouretralni refluks. Invazivne metode kao što je cistouretrografija primjenjujemo samo u indiciranim slučajevima i ne treba je rabiti rutinski. Korisno je učiniti **pedijatrijski i neurološki pregled** da bi se isključila tzv. organska stanja, koji će dalje indicirati eventualne neke druge pretrage.

Najvažnija **diferencijalna dijagnoza** jesu utvrđeni somatski (anatomski), neurološki ili funkcionalni poremećaji, djelovanje nekih lijekova (diuretici, antipsihotici), infekcije mokraćnog trakta, epilepsija, spina bifida, diabetes mellitus, diabetes insipidus, i njih je potrebno isključiti. Za „organske i funkcionalne“ smetnje načelno govore dodatni simptomi urinarnoga trakta: napetosti, bolovi, povremeno povećana količina

urina i drugi simptomi (Bürgin 1993). Potrebno je također razmotriti krije li se iza enureze zanemarivanje ili zlostavljanje djeteta ili neki drugi psihički poremećaji. Svjesno je mokrenje rijetko, ali je moguće, pa je tada obično riječ o drugom, težem psihičkom poremećaju koji dominira kliničkom slikom (Lempp 2014).

61.5. Komorbiditeti

Mogući su komorbiditeti s anksioznim poremećajima, depresijom, hiperkinetskim sindromom, kao i s poremećajima ponašanja. Općenito gledano, čini se da su češći eksternalizirajući poremećaji (Steinhausen 2010). Od 20 do 40 % djece s dnevnim enurezom ima usto i probleme u ponašanju, a češći su i drugi psihološki problemi i psihički poremećaji (separacijska anksioznost, poremećaj pažnje, specifične razvojne smetnje, poremećaji spavanja) (APA 2013; Franco i sur. 2013; Von Gontard i sur. 2011). Od djece s poremećajima eliminacije, djeca s noćnom enurezom imaju najmanju prevalenciju psihijatrijskih komorbiditeta s 20 – 30 %, međutim, incidencija je i dalje veća nego u skupini zdravih kontrola (Franco i sur. 2013; Maternik i sur. 2015). Nije rijedak komorbiditet enureze i enkopreze. Treba također razmotriti eventualni komorbiditet s traumatskim stanjima.

61.6. Etiopatogeneza

Etiopatogeneza nije poznata i vjerojatno su u nju uključeni mnogi čimbenici. Najgrublja podjela može biti na biološko-konstitucionalne čimbenike te na psihološko-socijalne čimbenike (Remschmidt i Quaschner 2011). U biološko-konstitucionalne čimbenike ubrajamo genske čimbenike te nezrelost središnjega živčanog sustava. U prilog genskoj etiopatogenezi govori to da, ako je jedan roditelj imao enurezu, šanse da dijete razvije monosimptomatsku (noćnu) enurezu veće su za 43 – 44 %, a, ako su oba roditelja imala enurezu, za 77 % (Sinha i Raut 2016; Traisman 2015). Velik broj autora naglašava neurološku nezrelost različitih funkcija središnjega živčanog sustava (SŽS-a, a ne mokraćnog mjehura) (Bürgin 1993; Remschmidt i Quaschner 2011; Steinhausen 2010). Psihološke teorije temelje se na bihevioralnom modelu učenja, kognitivnim modelima te na psihodinamskim teorijama. Bihevioralni model učenja osniva se na postupnom ovladavanju sfinkterom tijekom djetetova razvoja. U literaturi postoje kontroverze o utjecaju roditeljskih

stilova na kasniju pojavu enureze, ali su se tradicionalno navodili prerani, odviše strogi ili nekonzistentni roditeljski stilovi pri usvajanju kontrole sfinktera (Remschmidt i Quaschner 2011). Psihodinamski modeli govore o psihosomatskoj bolesti (model razvojnog deficita) ili o psihološkom konfliktu (konfliktna patologija) (v. poslije). Mnogobrojni autori naglašavaju stresne i emocionalne čimbenike kod enureze, međutim, raspravlja se o tome jesu li oni uzročni, „okidači“ ili pak održavajući čimbenici, odnosno jesu li „primarni“ ili „sekundarni“, što je vrlo teško procijeniti. Evidentno je da kod sekundarne enureze više ulogu imaju konfliktni, stresni i traumatizirajući čimbenici, odnosno češće je povezana sa psihijatrijskim poremećajima (Resch i sur. 2012; Von Gontard 1998). Pojedine grupe autora zagovaraju više biološko-konstitucionalne čimbenike (von Gontard 1998), pojedini autori više bihevioralne i kognitivne čimbenike (Lempp 2014; Remschmidt i Quaschner 2011; Steinhäusen 2010), te konačno pojedina grupa autora više zagovara psihodinamske čimbenike (Heinemann i Hopf, 2015). Relativno je malo autora koji pokušavaju integrativno dovesti u vezu različite čimbenike, što može imati izravne implikacije za terapiju (Bürgin 1993; Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

61.6.1. Psihodinamika

Današnji psihoanalitičari shvaćaju primarnu enurezu kao razvojni poremećaj sa psihosomatskim simptomom, koji ima višestruko značenje (Heinemann i Hopf 2015; Schmidt-Boss i Kunze 2007). Psihosomatsko bi ovdje označivalo integrativni međutjecaj somatskog i psihičkog, pri kojemu dolazi do potiskivanja seksualnog te do premještanja u somatski simptom. Dijete jednostavno ne želi preuzeti inicijativu izlaska iz faze autonomije, odnosno kontrolu nad svojim tijelom (funkcijom mjehura) (dolazi do stagnacije). Prema ovom shvaćanju, dijete se nalazi u fazi autonomije, odnosno na umjereno neurotskoj razini. Dijete i majka nalaze se u intenzivnom dijadnom odnosu (oznake sadomazohističkog odnosa), bez mogućnosti triangulacije. Simptomi su kod ove vrste poremećaja ego-sintoni jer dijete ne osjeća potrebu izlaska iz svoje pozicije. U ovakve djece često postoji nedostatna simbolizacija, tako da djeci često nedostaje uvid u funkciju simptoma. Pojedini autori povezuju enurezu s bliskom perverzijom (parafilnim poremećajem) te se na taj način objašnjava dugotrajnost terapija. Enureza može imati značenje seksualizacije uriniranja. Kod enureze

imaju utjecaja i aspekti ugone, kao i aspekti agresije simptoma. Sekundarnu enurezu psihoanalitičari vide kao konflikt na „višoj razini“, kada dolazi do regresije (regresivna pozicija), kao i do prorade osjećaja koji su često povezani s rivalstvom, ljubomorom te osjećajima je li dijete dovoljno voljeno. Kod ove konstelacije dijete osjeća svoj simptom enureze kao ego-distone, srami ga se i skriva ga.

61.7. Klinička vinjeta

61.7.1. Primjer primarne enureze

Djevojčica dolazi na prvi pregled k dječjem psihijatru u dobi od 12 godina, uz prisutnost roditelja. Anamnestički se saznaje da ima primarnu enurezu (dakle bez perioda suhoće), enurezu teškog tipa, frekvencije gotovo svaku noć. Trudnoća i porođaj su protekli uredno. Rani psihomotorni razvoj, prema navodima uredan, međutim, bez uspostave kontrole urinarnog sfinktera do danas. Kao dojenče navodno bila normalno razvijena do operacija krajnika s oko šest godina, a od tada nastupaju problemi s hranjenjem, počela je mršavjeti i postala izbirljiva prema vrsti hrane. Nije pohađala vrtić, krenula u školu sa sedam godina. U školi po karakteru tiha, inače odličan učenik, ima prijateljice. Također se saznaje da unatrag oko godinu dana ima i manifestne separacijske strahove, te spava s majkom u krevetu. Obiteljska se dinamika čini diferentnom, a njezina je majka u ambulantnom tretmanu kod psihijatra. Stječe se dojam o emocionalnoj problematici u djevojčice, odnosno o psihosomatskom poremećaju, s nedostatnim razvojem ega (djelomično integrirana struktura). Isključena je organska etiologija enureze. Preporučuje se psihodinamska terapija.

61.7.2. Primjer sekundarne enureze

Neposredni razlog dolaska na liječenje dječaka od šest godina jest enureza po noći, u posljednje vrijeme i danju. Po tipu se čini da je enureza sekundarna. Postojalo je razdoblje od oko godine i pol da je bio ovladao kontrolom sfinktera, međutim, unatrag oko pola godine prisutna enureza. Trudnoća uredna, porod uredan, rani psihomotorni razvoj protekao uredno. U djetinjstvu više puta operiran radi korekcije penisa, a također izvedeni i operacija hernije te obrezivanje. Pri tom je bio nekoliko puta hospitaliziran, što je vrlo teško primio. U djetinjstvu više bio sklon plakanju. U obitelji nema psihičkih bolesti. Dječak je jedina. U

posljednje ga vrijeme čuva djed, u odgojnom stilu različitom od roditelja. Stječe se dojam o emocionalnoj podlozi smetnji, kao i kastracijski konflikt. Isključena je organska podloga smetnji. Psihodinamski se postulara „viša neurotska razina“, kao i bolje integrirana struktura ličnosti. Preporučuje se psihodinamska psihoterapija.

61.8. Liječenje

61.8.1. Uvodni aspekti

Činjenica je zapravo da se mali broj djece s enurezom liječi (Steinhausen 2010) i vjerojatno se podvrgavaju različitim neprovjerenim metodama liječenja. U liječenju se primjenjuju različite metode koje zagovaraju različite grupe autora. Možda kao ni na jednom području u dječjoj psihijatriji kao ovdje ne postoji toliko rasprava o tome koje su metode liječenja učinkovite. Pojedini autori pokatkad zagovaraju samo jednu metodu liječenja, sasvim odbacujući druge metode, navodeći argumente zašto se druge metode ne bi trebale primjenjivati, dapače, smatrajući te metode i štetnima. U ovom će se tekstu primijeniti umjereniji pristup, s uvažavanjem različitih metoda liječenja, ne prihvaćajući polarizaciju da neke metode „sigurno liječe“, a neke „nikako“. Izbor terapije treba pokušati prilagoditi željama i potrebama djeteta i obitelji da bi se osiguralo bolje pridržavanje terapije te u konačnici što povoljniji ishod za dijete (Perrin i sur. 2015; Von Gontard 1998). Pokatkad bi na početku primarno trebalo liječiti zapravo emocionalne ili druge (komorbiditetne) poremećaje, koji dominiraju kliničkom slikom, a ne enurezu (Steinhausen 2010).

Većina autora smatra da su „nesistematsko“ buđenje djeteta od roditelja i odlasci na zahod kao izolirana metoda liječenja enureze, kao i potpuno uskraćivanje djetetu tekućine prije odlaska na spavanje zapravo nekorisne metode liječenja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Eventualno buđenje djeteta ima logike ako je djetetov mjehur prepun te ako dijete nije uspostavilo kontrolu, ali to mora biti uključeno u širi terapijski kontekst. Eventualno se može uskratiti veća količina vode navečer, no to nikako ne može biti potpuna uskrata (Sprenger i Kölch 2013). Također se preporučuje izbjegavanje uroloških metoda liječenja koje su usmjerene isključivo samo na funkciju mjehura (Bürgin 1993; Steinhausen 2010).

U velikom brojem slučajeva **spontano** dolazi do maturacije (u 14 – 16 % oboljelih godišnje) (Sinha i

Raut 2016), što daje određenu optimističnost i umirenje djetetu i roditeljima. Na prvom mjestu stoga trebaju biti podupiranje motivacije, psihoedukacija, suportivna psihoterapija te eventualna terapija usmjerena na simptom.

Od **higijensko-dijetetičkih mjera** pojedini autori pri liječenju noćne enureze preporučuju isključiti iz djetetove prehrane gazirana pića i pića koja sadržavaju kofein, mliječne proizvode ne uzimati barem 4 sata prije spavanja, te smanjiti unos tekućine 2 sata prije spavanja (ali ne potpuno dokinuti). Također dijete treba potaknuti na mokrenje prije odlaska na počinak (Traisman 2015; Vande Walle i sur. 2012).

Sljedeća je metoda liječenje vođenjem „**mikcijskog kalendara**“, što po sebi ima određenu bihevioralnu komponentu, odnosno temelji se na **operantnom kondicioniranju** i osnaživanju (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Primjerice, dijete označuje suhe dane kao sunce, dok enuretične periode crta kao kišu i oblake. Ta metoda može dovesti do redukcije enureze do 15 % (Resch i sur. 2012; Von Gontard i Neveus 2006). Dakle, već i samo praćenje i bilježenje simptoma (učestalosti, težine, okolnosti pojavljivanja) ima terapijski učinak (Franco i sur. 2013). Ove se metode mogu primjenjivati i kod noćne, ali i kod dnevne enureze. Negativna strana označavanja enuretičnih perioda kao „kiša“ može nostiti sa sobom i negativne konotacije, u slučaju neuspjeha, jer dijete učvršćuju u negativnom samopoštovanju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Također, vođenje ovakvog kalendara može poremetiti emocionalni odnos između djeteta i skrbnika pa se stoga preporučuje da se ova metoda primjenjuje na vremenski ograničeni način, kao i u starije djece, da bi se prevenirala mogućnost razočaranja. Takva se metoda često kombinira s metodom „**uređajima (aparata) s alarmom**“ (v. poslije).

Primjena „**uređaja (aparata) s alarmom**“ su bihevioralne metode uređajima (instrumentima), odnosno „gaćama ili jastukom/madracem koje imaju zvonice/alarm“ i koje na male količine urina počinju zvoniti i bude dijete. Postoje i modeli koji se umjesto zvučnih signala koriste i vibracijom ili svjetlosnim efektima kao poticajem za buđenje djeteta (Maternik i sur. 2015). Takve su metode korisne, ako postoji hipoteza o nesposobnosti djece da uoče senzacije iz svojeg mjehura (Bürgin 1993). Ta se metoda temelji na **klasičnom kondicioniranju** i obično se primjenjuju dok dijete nije 14 dana zaredom suho, a to se obično postiže nakon dva mjeseca primjene. Metoda je učinkovita u

60 do 78 % slučajeva, odnosno u dvije trećine pacijentata; više od 50 % oboljelih dugoročno ostaje suho (Maternik i sur. 2015; Remschmidt i Quaschner 2011). Ova metoda liječenja ima više uspjeha ako postoji manji obiteljski stres i manje dodatnih (komorbiditetnih) poremećaja (Volkmar i Martin 2011). Ne preporučuje se primjena ove metode dulje od 16 tjedana (Caldwell i sur. 2013), niti ako obitelj nije dovoljno motivirana za liječenje tom metodom pa prekid terapije i perzistencija simptoma mogu dodatno narušiti djetetovo samopouzdanje (Bürgin 1993; Perrin i sur. 2015; Remschmidt i Quaschner 2011). Pojedina djeca visoko averzivno reaguju na ovu metodu, tako da je u takvim slučajevima ta metoda nekorisna (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Primjena alarma, prema nekim autorima, jedna je od najučinkovitijih metoda liječenja noćne enureze s najboljim dugoročnim rezultatima (Franco i sur. 2013) te se zbog toga, prema tim autorima, preporučuje kao terapija prvog izbora (Maternik i sur. 2015; Sinha i Raut 2016; Von Gontard 2013). Sljedeća slična metoda koja se može primjenjivati jest **trening podražljivosti (arousal trening)** pri kojemu se dodatno nagrađuje djetetov odlazak na zahod unutar tri minute otkako se oglasio alarm, a to poboljšava motivaciju i uspjeh liječenja (Caldwell i sur. 2013; Vande Walle i sur. 2012).

Farmakoterapija nikako nije prvi izbor liječenja i načelno nije preporučljiva (Sprenger i Kölch 2013). Ona može biti indicirana ako se nije postigao zadovoljavajući uspjeh psihoterapijom ili bihevioralnom metodom i/ili bihevioralnom terapijom uređajima, ako ne postoji dovoljna motivacija za taj postupak ili pak u nekim drugim slučajevima (Resch i sur. 2012). Načelne indikacije za primjenu lijekova jesu: 1. potreban je kratkotrajni učinak lijeka npr. prije odlaska na zajednički školski izlet; 2. potrebno naglo poboljšanje kod inače poremećenih obiteljskih odnosa; 3. ako se ne mogu tehnički provesti druge mjere, npr. dijete nema vlastitu sobu te 4. druge mjere nisu dovele do zadovoljavajućih rezultata (Steinhausen 2010). Posebno mali učinak lijekova može biti u djece koja imaju dodatne komorbiditetne smetnje: opće razvojno zaostajanje ili izražene poremećaje ponašanja (Remschmidt i Quaschner 2011).

Principi farmakoterapije slični su drugim principima liječenja u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji (v. posebno poglavlja 73 i 74). Naime, prvo treba početi s nekim psihosocijalnim metodama liječenja, te zatim eventualno dodati farmakološko liječenje. Dolaze u

obzir liječenje dezmopresinom i amitriptilnom, a eventualno dolaze u obzir i drugi lijekovi, međutim, tada je to *off label* primjena. Obično dezmopresin propisuju pedijatri. Prvi izbor liječenja bio bi **dezmopresin**, koji je sintetski analog vazopresina, a smanjuje produkciju urina povećavajući resorpciju vode u bubrežnim sabirnim kanalicima. Više autora nikako ne preporučuju doziranje intranazalnim uzimanjem kod enureze (Sprenger i Kölch 2013; Volkmar i Martin 2011). Zbog brzog učinka na simptome pogodan je u situacijama kad dijete ide npr. na školski izlet. Teške nuspojave (intoksikacija vodom, hiponatremija, konvulzije) iznimno su rijetke, ali su moguće, uz preporuku da se obustavi unos tekućine sat vremena prije, te 8 sati nakon uzimanja lijeka. Preporučljivo je da se uporabljaju oralni pripravci – liofilizirani pripravak koji se otopi na jeziku umjesto nazalnoga spreja (Vande Walle i sur. 2012). Načelno se dezmopresin ne treba davati kao dugotrajnija terapija, naime, više od 12 tjedana (Lempp 2014). Preporučuje se i prekid uzimanja lijeka periodično kako bi se ponovno procijenila potreba za njim nakon nekog vremena (tri mjeseca). Relapsi su česti, samo 18 – 38 % djece ostane suho nakon prekida terapije dezmopresinom (Caldwell i sur., 2013; Perrin i sur., 2015; Maternik i sur., 2015). U prošlosti su se rabili triciklični antidepressivi (amitriptilin), no danas je zbog potencijalno opasnih kardioloških nuspojava njihova upotreba ograničena na rezistentne slučajeve, može se upotrebljavati kao lijek drugog i daljnjeg izbora te se daje uz strogi nadzor. Dječji ga psihijatri mogu primjenjivati i kao lijek prvog izbora. I konačno, mogu se rabiti i drugi lijekovi, no tada se daju kao *off label* primjenom. Potrebno je kontinuirano praćenje medikacije (v. posebno poglavlja 73 i 74 o psihofarmakoterapiji).

Mogu se primjenjivati i **psihodinamske terapije**. Psihodinamska terapija ovisi o tome o kakvoj je strukturnoj razini ličnosti riječ, kakav je neurotski psihički konflikt te kakva je interakcija u obitelji. U slučaju manje strukturiranosti primijenit će se uobičajeni suportivni pristup, empatija, kao i poticanje razvojnih procesa u smjeru autonomije i triangularizacije, odnosno u jačanju ega. U slučaju „više neurotske razine“ uz navedene će se metode primjenjivati i postupne prijenosne interpretacije. Koristan je i **psihoterapijski rad s roditeljima**, kao i **obiteljska terapija**, ako postoje dodatne emocionalne smetnje ili obiteljska disfunkcija. Načelno, kod **dnevne enureze** koristimo se općim psihoterapijskim pristupom, može se primjenjivati

„mikcijski kalendar“, odnosno druge bihevioralne metode koje su navedene kod noćne enureze. Ako je riječ o komorbiditetu enkopreze/ konstipacije i enureze (nemonosimptomatska enureza), preporučuje se najprije rješavati problem konstipacije i/ili enkopreze jer se nakon toga često i simptomi enureze povuku.

61.8.2. **Algoritam liječenja pretežno noćne enureze temeljen na biološko-konstitucionalnim čimbenicima, bihevioralnim i kognitivnim metodama, kao i na farmakoterapiji**

Jedinstveni algoritam različitih autora zapravo ne postoji, jer se svaki način liječenja mora orijentirati prema individualnom djetetu. Uvodno se mora reći da prikazani algoritam uzima u obzir različite čimbenike: „biološko-funkcionalne“, kao i psihološko-bihevioralne i kognitivne. Više grupa autora zagovara algoritam u postupnim koracima kod dominantne noćne enureze (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Quaschner 2011; Sprenger i Kölch 2013; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011). Osnovne pretpostavke liječenja jesu minimalna dob od šest godina, da dijete ne nosi dalje pelene te da postoji suradnja od djeteta i roditelja.

Prvo, **ispravna dijagnostika** temelj je daljnjega planiranja liječenja. Treba razjasniti utjecaj različitih anamnestičkih čimbenika, stresova, obiteljske dinamike, a od toga može biti važna djetetova dob te dijagnostički „mikcijski protokol“. „Organski“ uzroci enureze trebaju se isključiti laboratorijskim pretragama, te po potrebi pregledom kod pedijatra ili neurologa. Pokatkad na početku, primat liječenja mogu biti zapravo emocionalni ili drugi (komorbiditetni) poremećaji, koji dominiraju kliničkom slikom, a ne enureza. Nije rijedak slučaj da zapravo teži bolesnici dođu do dječjeg psihijatra kada su već u većoj mjeri prisutni drugi poremećaji, koji prevladavaju kliničkom slikom.

Kao prva mjera liječenja važan je **opći suportivni psihoterapijski pristup** (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U drugom su koraku važne bihevioralne metode. Od **bihevioralnih metoda** primjenjuju se operantne metode, kao i druge slične metode pojačavanja poželjnog ponašanja (vođenje mikcijskog kalendara), te metode klasičnog kondicioniranja (medicinske metode uređaja s alarmom). Potrebno je da dijete vodi evidenciju s pomoću „mikcijskog kalendara“, koji

dijete potiče u koracima, a također se mjere količine izlučenog urina. Pojedini autori u ovoj fazi terapije preporučuju „psihijatrijske kontrole“ barem jednom u dva tjedna (Steinhausen 2010). U ovom smislu navodi se da bihevioralne metode s uređajima jesu prvi izbor kod noćne enureze, kao i u slučaju ako postoji enureza gotovo svaki dan. Ovakve bihevioralne metode treba primijeniti, ali uz jasne upute kako se ta terapija provodi, a posebno kod metoda medicinskim uređajima (medicinski aparati). Uz bihevioralne metode preporučuje se normalno uzimanje tekućine, više od litre i pol na dan. Kod bihevioralnih je metoda važno stalno pozitivno osnaživanje, a ne primjenjuju se metode kritike ili kazni (Steinhausen 2010). Bihevioralne metode čine se uspješnijima nego medikamentno liječenje, imaju manje relapsa od medikamentnog liječenja, a i sigurnije su od farmakološkog liječenja (Volkmar i Martin 2011). Kada se primijene prije navedeni postupci, a ne postignu se zadovoljavajući rezultati, konačno se može primijeniti **farmakoterapija**, koja, međutim, treba imati svoje vremensko ograničenje davanja, a treba poštovati i smjernice liječenja, koje se inače koriste u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. Najčešće je prvi izbor dezmpresin, drugi je izbor amitriptilin, a moguće je primjenjivati i druge lijekove, međutim, tada se oni daju *off label* primjenom. Dječji psihijatar može kao prvi lijek dati amitriptilin. Najopasnija nuspojava kod dezmpresina jest hiponatremija, a kod amitriptilina treba posebno voditi brigu o njegovoj kardiotoksičnosti (v. poglavlja 73 i 74 o farmakoterapiji). Na kraju, moguće je kombinirano liječenje prije navedenih metoda, dakle da se kombinira opća psihoterapija s bihevioralnim metodama ili da se pojedine bihevioralne metode kombiniraju, ili pak konačno da se kombiniraju bihevioralne metode s farmakoterapijom. Pojedini autori zagovaraju redovitu evaluaciju terapije. Kod recidiva simptoma mogu se ponoviti „metode s alarmom“. Kriteriji inicijalnoga uspješnog liječenja, prema sadašnjem stanju stvari, jesu kada je dijete suho 14 dana i noći i kada poboljšanje obično nastupa u drugom mjesecu primjene medicinskih metoda s alarmom (nakon 16 tjedana terapije). Dugotrajnim uspjehom označujemo kada je dijete 6 mjeseci „suho“, dok je kompletan uspjeh kada je dijete dvije godine „suho“. O recidivu govorimo kada se dijete opet pomokri jednom mjesečno (Sprenger i Kölch 2013).

Liječenje dnevne inkontinencije urina (dnevne enureze), u načelu je slično prije opisanom liječenju noćne enureze, a uključuje opći psihoterapijski pri-

stup, bihevioralne metode (npr. „mikcijski kalendar“), kognitivne terapije, a mogu se provoditi, osim u ambulantom, i u stacionarnom okviru (Steinhausen 2010).

61.8.3. **Algoritam liječenja temeljen na integrativnom pristupu koji uzima u obzir različite čimbenike, kao i psihodinamske čimbenike**

U **tablici 61.3.** prikazan je mogući integrativni terapijski algoritam enureze (uključujući i psihodinamske terapije), a koji biti razjašnjen u tekstu.

Dio psihološke etiopatogeneze enureze i srodnih poremećaja nije upitan te gotovo da i nema autora koji kod problema enureze nije spomenuo i emocionalne (ili stresne ili obiteljske čimbenike) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Quaschner 2011; Sprenger i Kölch 2013; Volkmar i Martin 2011). Međutim, u literaturi su relativno rijetki autori koji pokušavaju integrirati različite pristupe, uključujući i psihodinamski pristup, a jedan je od njih Bürgin (1993). Slično prije rečenome, ispravna **dijagnostika** temelj je planiranja liječenja. U anamnezi nam mogu biti važni već drugi opisani aspekti (stresovi, interakcije, obiteljska situacija), a posebno se može činiti korisnim procijeniti kako su tekli dosadašnji pokušaji liječenja. Naime, u praksi nije rijetkost da se djeca i roditelji nakon neuspješnih liječenja (npr. medicinskim metodom s alarmom), obraćaju sa zahtjevom za psihodinamsku terapiju (Schmidt-Boss 2007).

Ovaj se algoritam nastavlja na već prije naveden algoritam liječenja noćne enureze, uz važan dodatak, a to je primjena psihodinamske terapije. Prvo, potreban je opći suportivni psihoterapijski pristup, kako je već prije u tekstu bilo objašnjeno, odnosno uvodni rad na motivaciji pacijenta za liječenje (Bürgin 1993). Pokatkad je u uvodnim intervjuima potrebno dati osnovne informacije o enurezi, jer u ovom području mogu postojati različiti mitovi i predrasude, npr. da to dijete radi namjerno, da je dijete zločesto, da se to događa samo njemu itd. U početnim razgovorima eventualno treba odustati od neprikladnih praksi koje provode roditelji, a u svrhu liječenja djeteta (npr. dokidanje prakse o noćnim izoliranim buđenjima, dokidanje prakse o potpunoj uskrati uzimanja tekućine navečer itd.).

Kod izolirane enureze (noćne) u djeteta u predškolskoj dobi, ako se dijagnostikom ne nađu neka veća psihička odstupanja u djeteta i u roditelja, može se na

određeno vrijeme „pričekati“ s daljnjom dijagnostikom, npr. sljedeći kontrolni pregled dogovara se za nekoliko mjeseci. Ovdje se očekuje podupiranje progresivnih snaga djeteta, kao i cijele obitelji (Bürgin 1993). Slično se može primijeniti i kod dnevne enureze, kada djeca zbog zaigranosti nemaju vremena otići na zahod.

Kao prva mjera liječenja važan je jedan **opći suportivni psihoterapijski pristup** (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Kadšto je korisno s psihodinamske strane gledišta na početku dati lijek da bi se uopće prekinuo začarani krug enureze i emocionalnih smetnji / konstelacije, odnosno da uopće dođe do psihoterapijskog procesa. Lijek je također katkada opravdano dati kada dijete ide na neki školski izlet, što može pridonijeti većem samopoštovanju djeteta. Međutim, dijete i roditelje treba odmah na početku upozoriti na mogućnost recidiva simptoma unatoč davanju lijeka, ili odmah nakon dokidanja lijeka.

Bihevioralna terapija, npr. terapija s alarmom, može se primijeniti kada je riječ o monosimptomatskoj noćnoj enurezi, a posebno ako je visoke frekvencije, npr. gotovo svaki dan, te ako je dijete starije dobi, npr. školske dobi (Bürgin 1993; Remschmidt i Quaschner 2011). Mogu se primjenjivati i druge bihevioralne metode (mikcijski kalendar).

Načelno, treba sa psihodinamske strane pokušati psihoterapijski podupirati autonomiju i progresivne snage djeteta, a ne izlagati ga pasivnim metodama liječenja (npr. dijete može pasivno i u negativnom kontekstu doživjeti bihevioralnu metodu uređajima /aparatura/). Načelno, potrebno je sa psihodinamske točke gledišta ne gledati samo toliko na pojedini simptom, već na osjećaje i snage (nagone), strukturu ličnosti koja je u pozadini ovih fenomena. Središnje za provođenje psihoterapije jest poticanje razvojnih tendenciju, kako u djeteta, tako i u roditelja, te uspostava povjerljivog odnosa između djeteta / roditelja i terapeuta. Općenito stoji pravilo da je, ako postoji znatna intrapsihička patnja, kao i značajni interpersonalni problem, potrebna zahtjevnija psihoterapija, odnosno psihodinamska terapija. Indikacije za psihodinamsku terapiju bile bi dakle prisutne emocionalne poteškoće, stresna i traumatska problematika, negativno samopoštovanje, obiteljska disfunkcija, starija djetetova dob (školsko dijete i adolescent), kao i ako je posrijedi kombinirana noćna i dnevna enureza (Bürgin 1993). Sekundarna enureza sama po sebi često uključuje stresna i interpersonalna iskustva, tako da se ovdje psihodinamska terapija sama

Tablica 61.3.**Mogući integrativni terapijski algoritam enureze**

Modificirano prema Bürgerin 1993; Matthejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Quaschner 2011; Sprenger i Kölch 2013; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011.

Opći principi

- Mora biti individualno prilagođen
- Minimalna dob od šest godina, da dijete ne nosi dalje pelene, te da postoji suradnja od djeteta i roditelja
- **Pravilna dijagnostika** temelj je daljnijega planiranja liječenja (stresovi, obiteljska dinamika, dob djeteta te dijagnostički „mikcijski protokol”, prethodni pokušaji liječenja; psihijatrijski pregled, psihološka dijagnostika)
- „Organski” uzroci enureze trebaju se isključiti laboratorijskim i drugim pretragama, te po potrebi pregledom kod pedijatra ili neurologa
- Pokatkad na početku može biti primat liječenja zapravo emocionalni ili drugi (komorbiditetni) poremećaji, koji dominiraju kliničkom slikom
- Opći suportivni psihoterapijski pristup

Specifične terapije

- Vođenje „mikcijskog kalendara“ – bihevioralno operantno kondicioniranje (noćna enureza, dnevna enureza)
- „Uređaji (aparati) sa alarmom” – bihevioralno klasično kondicioniranje (za monosimptomatsku noćnu enurezu, a posebno ako je visoke frekvencije, npr. gotovo svaki dan te ako je dijete starije dobi, npr. školske dobi)
- Farmakoterapija dezmpresinom ili amitriptilnom (nije prvi izbor liječenja; korisno je katkada kratkotrajno liječenje radi odlaska djeteta na izlet ili radi podizanja samopoštovanja ili pak kod rezistentnijih slučajeva)
- Psihodinamske terapije (emocionalne poteškoće, stresna i traumatska problematika, negativno samopoštovanje, obiteljska disfunkcija, starija dob djeteta /školsko dijete i adolescencija/, kao i ako je riječ o kombiniranoj noćnoj i dnevnoj enurezi; sekundarna enureza)
- Psihoterapijski rad s roditeljima, kao i obiteljska terapija
- Kombinacija prije opisanih metoda

Druge mjere

- Procjena mogućnosti „čekanja”, ali uz obvezne kontrolne preglede dječjeg psihijatra
- Kognitivne terapije kod dnevne enureze
- Liječenje komorbiditeta (posebno dodatne enkopreze, kao i drugih poremećaja)
- Stacionarno liječenje

po sebi nameće. Međutim, i kod primarne se enureze može naći osnova za psihodinamsko liječenje u smislu razvojnog deficita (psihosomatski koncept). Ako se psihodinamski utvrdi razvojni deficit (psihosomatski poremećaj), principi terapije bit će usmjereni na poticanje razvoja i stvaranje pozitivnog odnosa putem empatije. Ako se psihodinamski radi o „višim” konfliktima i integriranoj strukturi (sekundarna enureza), koristit će se, osim prije navedenih metoda, i konfrontirajuće intervencije, kao i interpretacije prijenosa. Nastavno na ovo, Beck- Dvoržak (1992) opisuje izvanredni prikaz djevojčice Vesne od pet godina koja se liječi radi enureze koja je nastupila nakon rođenja tri i pol godine mlađeg brata, dakle simptom traje dulje od godinu dana. U terapiji je korištena psihoanalitička interpretacija koja je bila uspješna i dokinula simptom enureze. Integralni prikaz tog slučaja je prikazan u referenci (Beck- Dvoržak, 1992), a dio tog prikaza je prikazan u posebnom poglavlju (vidi posebno poglavlje 77 o terapiji igrom u ovoj knjizi).

Koristan je i **psihoterapijski rad s roditeljima**, kao i **obiteljska terapija**, ako postoje emocionalne smetnje ili obiteljska disfunkcija.

61.9. Ishodi

Načelno su ishodi enureze povoljni. Takozvane spontane remisije nastaju u oko 13 % slučajeva tijekom jedne godine. Međutim, ako postoje neuspješni pokušaji liječenja, može doći do kronificiranja stanja, odnosno do pojave drugih psihičkih poremećaja (Lempp 2014).

61.10. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Djecu nikako ne treba kažnjavati zbog simptoma enureze. Djeca nisu zločesta niti namjerno mokre.

- ✓ Enureza je heterogeni poremećaj, s različitim podtipovima, različitim kliničkim slikama, kao i različitim uzrocima nastanka.
- ✓ Najjednostavnija podjele enureze jest na noćnu, dnevnu i kombiniranu (noćna i dnevna). Također postoji podjela na primarne (nije se nikada uspostavila kontrola sfinktera) i sekundarne (enureza je nastala nakon perioda „suhoće” koji je trajao minimalno oko šest mjeseci).
- ✓ Treba izbjegavati pojednostavnjeno gledište na uzroke poremećaja usmjerujući se samo na pojedine čimbenike.
- ✓ Kod dijagnostičke procjene potrebno je uzeti u obzir različite čimbenike.
- ✓ Kod uzroka nastanka ne treba zanemariti niz čimbenika koji mogu sudjelovati u njemu: biološki, psihološki i socijalni čimbenici.
- ✓ Sama djeca mogu misliti da jedino ona imaju enurezu, te da je druga djeca nemaju.
- ✓ Kod enureze je potrebno i roditelje uključiti u terapiju, kao suradnike u liječenju.
- ✓ Kod enureze danas imamo na raspolaganju niz terapijskih postupaka, koje treba individualno razmotriti s obzirom na pojedino dijete.

61.11. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Što kada kažemo da je nešto „funkcionalno”? Postoji li tu razlika između gledanja dječjih psihijataru i pedijataru?

ODGOVOR: Ovo može biti nejasan termin u medicini. Dječji psihijatri obično pod funkcionalnim poremećajem razumijevaju psihosomatski ili psihogeni koncept i, posljedično tomu, smatraju da je riječ o utjecaju „mozga” i psihe na razvoj pojedinog simptoma na izvršni organ. S druge strane, pedijatri su, glede naziva funkcionalno, skloniji to povezivati s izoliranom poremećenom funkcijom npr. mjehura ili crijeva, koje je bliže „organskom shvaćanju” pojedinog organa, misleći pri tome da to „nema veze s mozgom”.

■ **PITANJE:** Treba li enurezu liječiti samo s obzirom na simptom ili pak primijeniti drukčije načine liječenja?

ODGOVOR: U literaturi u vezi s ovim pitanjem postoje vrlo različita stajališta pojedinih autora, ovisno

o njihovim teorijskim gledištima. Autori koji su isključivo organski bihevioralno orijentirani smatraju da je potrebno samo simptomatsko liječenje, te da nije potrebno kompleksnije liječenje. Prema tim autorima enureza je somatski funkcionalni poremećaj koji se isključivo treba liječiti na bihevioralni način. Same bihevioralne metode (operantnog i klasičnog kondicioniranja) utemeljene su na psihološkoj teoriji učenja. Ostaje nejasno kako spomenuti autori, s jedne strane, uvažavaju bihevioralne terapije, a ne uvažavaju bihevioralne komponentne u razvoju kontrole sfinktera u djeteta, npr. strogi i kažnjavajući roditeljski stil pri razvoju kontrole sfinktera u djeteta. Prema sadašnjem stanju stvari, čini se neprihvatljivim koristiti se isključivo samo pojedinim bihevioralnim metodama, a ne uzimajući u obzir druge metode liječenja, npr. opći psihoterapijski princip, kognitivne metode, psihodinamske metode, rad s roditeljima, obiteljski pristup itd. Pojedini psihoanalitičari mogu naglašavati isključivo psihogenetsku komponentu poremećaja, što također može biti pretjerivanje. Relativno malo autora u svijetu prihvaća integrativne psihodinamske i druge različite teorije (kognitivne, bihevioralne itd.). Psihoanalitičari zagovaraju gledanje na dijete s enurezom u njegovoj kompleksnosti, odnosno zanimaju se za osjećaje i zabrinutosti djeteta i njegovih roditelja. Psihoanalitičari ne preporučuju isključivo simptomatsko liječenje jer može tijekom vremena doći do premještanja na neki drugi simptom. Također, djeca bihevioralne mjere koje se nad njima provode mogu doživjeti kao određeno neprihvatanje njihove autonomije, kao kontrolu, odnosno kao određenu kaznu.

■ **PITANJE:** Prolazi li enureza sama od sebe, u pubertetu?

ODGOVOR: Česta je rečenica: „Enureza će proći u pubertetu.” To može biti vrlo opasno i neprihvatljivo je gledište da nešto jednostavno treba prepustiti vremenu i neizvjesnosti. Educirani dječji psihijatar rijetko će izreći takvu rečenicu. Naime, kako je navedeno, enureza je vrlo heterogeni sindrom, koji ne dopušta pojednostavnjivanje. Empirijski znanstvena medicinska disciplina kao što je dječja psihijatrija zahtijeva znanstveni pristup koji je utemeljen na dobrobiti pacijenta, i koja se koristi provjerenim metodama dijagnostike i terapije. Doduše, u literaturi se navodi pojam tzv. spontanog izlječenja, ali taj se pojam može lako zloupotrijebiti i pogrešno interpretirati. Ako postoji tzv. spontano izlječenje, to nikako ne znači potpuno pasivan stav da

se nešto prepusti slabo definiranom čimbeniku, kao što je „da će proći samo od sebe“.

■ **PITANJE: Što to znači tzv. spontana remisija kod enureze?**

ODGOVOR: Znanstveno gledano, u pozitivnom smislu ovaj pojam označuje progresivan psihološki razvoj i progresivne snage djeteta i cijele obitelji u nadvladavanju enureze, kao i kontinuirani progresivni razvoj središnjega živčanog sustava u djetinjstvu. Ovaj se pojam može zlorabiti kada se nešto ne može objasniti, odnosno kada kod terapeuta nastupi osjećaj bespomoćnosti. Znanstveni pristup zahtijeva i znanstveno objašnjenje fenomena u dječjoj psihijatriji.

■ **PITANJE: Povijesno gledano, kako se shvaćao problem enureze?**

ODGOVOR: Postoje reference da je enureza postojala i već prije 3500 godina. Često je u povijesti enureza liječena na magičan i ritualan način, što se pokatkad može reći da postoji trend da se i danas gleda na sličan način. Današnje neprovjerene metode liječenja mogu se temeljiti na sličnim principima kao i prije 3500 godina.

■ **PITANJE: Jesu li u Hrvatskoj dostupne bihevioralne metode uređaja s alarmom (aparatima)?**

ODGOVOR: Jesu. Takve, metode s uređajima slične su metodama liječenja u razvijenijem svijetu. U Hrvatskoj se nazivaju: „alarmom za odvikavanje od mokrenja“, „alarmom za noćno mokrenje“ itd.

■ **PITANJE: Da li kod dijagnoze noćnog mokrenja nije potrebno kontaktirati dječjeg psihologa ili dječjeg psihijatra?**

ODGOVOR: Ovo je vrlo važno pitanje. Enureza se s pravom definira kao psihijatrijska dijagnoza prema postojećim dijagnostičkim sustavima MKB-10 i DSM-5. MKB-10 klasificira je pod šifrom F98.0, označujući je jasno kao neorgansku enurezu. Nezamislivo je i znanstveno neutemeljeno ne kontaktirati dječjeg psihijatra i dječjeg psihologa u pitanjima enureze.

■ **PITANJE: Jesu li simptomi enureze isključivo nepsihogeni?**

ODGOVOR: Danas u dječjoj psihijatriji izbjegavamo pojednostavnjivanja. Pojednostavnjeno bi gledašite bilo da se danas kaže „organsko“, isključivo funkcionalno, nepsihogeno, kao i da se kaže isključivo psihogeno. Vjeruje se da su to dimenzionalni konstrukti koji u sebi uključuju različit spektar udjela „somatoge-

nog” i „psihogenog”. U neke bismo djece mogli reći da postoji „organsko razvojno kašnjenje središnjega živčanog sustava“. Za pojedine tipove enureze mogli bismo reći da su psihosomatski poremećaj, što znači ravnomjeran omjer somatskog i psihogenog. Termin psihosomatsko ne treba poistovjetiti sa psihogenim i to treba razlikovati. Pojedini tipovi enureze (sekundarna enureza) mogu biti pretežno psihogeni poremećaj.

■ **PITANJE: Jesu li simptomi mokrenja „primarni” te postoje li „sekundarni” psihički simptomi?**

ODGOVOR: U praksi je teško razlikovati jesu li su simptomi enureze „primarni”, pa postoji dodatak emocionalnog poremećaja. Ovo zastupaju biološko-bihevioralni autori. Integrativni autori, kao i psihoanalitički autori, govore više o komorbiditetu, kada se ne ulazi u međusobni odnos što je „primarno”, a što „sekundarno”. S druge strane spektra, postoje autori (pojedini psihoanalitičari) koji smatraju da postoji psihološki razlog da je enureza zapravo sekundarna posljedica unutarnjih konflikata ili deficitarne psihičke strukture. Dakle, važan je i odnos pojedinih teorijskih pravaca koji stoje u pozadini kod pojedinih autora.

■ **PITANJE: Koji je dijagnostički algoritam kod enureze?**

ODGOVOR: U tekstu je on opširno objašnjen, pa se ovdje on neće ponavljati. Važno je znati da je neorganska enureza psihijatrijska dijagnoza, tako da je teško zamisliti dijagnostiku bez dječjeg psihijatra, kao i uobičajene dijagnostičke metode koje se primjenjuju u dječjoj psihijatriji (npr. psihološka procjena). Osnova dijagnostike u dječjoj psihijatriji jest „romantični psihijatrijski intervju”, s anamnezom, heteroanamnezom, kao i opservacijom ponašanja (v. posebno poglavlje 14 o tome). Važno je isključenje somatskih stanja te je tu potrebna dobra suradnja s pedijatrima i neuropedijatrima.

■ **PITANJE: Koji je integrativni terapijski algoritam kod enureze?**

ODGOVOR: U tekstu je opširno naveden terapijski algoritam liječenja enureze, pa se ovdje neće ponavljati. Bitno za istaknuti je da je potrebno individualno se prilagoditi pojedinom djetetu i ne može se opći terapijski algoritam slijepo primijeniti u svakog djeteta. U liječenju enureze, kako je prikazano u tekstu, postoji niz empirijski utemeljenih metoda. Danas je neprihvatljivo sa znanstvenog gledišta zastupati tezu da je samo jedna (ili nekoliko metoda) važna, a da su druge nevažne.

61.12. **Pitanja**

- ❶ Navedite podjele neorganske enureze.
- ❷ U čemu je razlika između primarne i sekundarne enureze?
- ❸ Kako razlikujemo primarnu i sekundarnu enurezu prema psihodinamskom objašnjenju?
- ❹ Koji je dijagnostički algoritam neorganske enureze?
- ❺ Koji je integrativni terapijski algoritam neorganske enureze?

61.13. **LITERATURA**

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Beck-Dvoržak M*. Liječenje igrom (play therapy). U: Nikolić, ur. Mentalni poremećaji u djece i omladine 3. Zagreb: Školska knjiga; 1992, str. 121-9.
3. *Bürgin D*. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
4. *Caldwell PH, Deshpande AV, Von Gontard A*. Management of nocturnal enuresis. *BMJ* 2013;347:f6259.
5. *Franco I, von Gontard A, De Gennaro M*. International Children's Continenence Society. Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis: a standardization document from the International Children's Continenence Society. *J Pediatr Urol* 2013;9(2):234-43.
6. *Heinemann E, Hopf H*. Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. 5.izd. Stuttgart: Kohlhammer; 2015.
7. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
8. *Maternik M, Krzeminska K, Zurowska A*. The management of childhood urinary incontinence. *Pediatr Nephrol* 2015; 30(1):41-50.
9. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
10. *Perrin N, Sayer L, While A*. The efficacy of alarm therapy versus desmopressin therapy in the treatment of primary mono-symptomatic nocturnal enuresis: a systematic review. *Prim Health Care Res Dev* 2015;16(1):21-31.
11. *Remschmidt H, Quaschner K*. Störungen der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidungsfunktionen in früher Kindheit. U: Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einführung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 135-41.
12. *Resch F, Meyenburg K i Goldbeck L*. Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik sowie chronische somatische Erkrankungen mit psychischer Beteiligung. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2 izd. Berlin: Springer; 2012, str. 679- 715.
13. *Schmidt-Boss S, Kunze B*. Enuresis und Enkopresis. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinderjugendlichenpsychotherapie. Muenchen: CIP Medien; 2007, str. 385-402.
14. *Sinha R, Raut S*. Management of nocturnal enuresis - myths and facts. *World J Nephrol* 2016;5(4):328-38.
15. *Sprenger L, Kölch M*. Ausscheidungsstörungen. U: Fegert JM, Kölch M, ur. Klinikmanual Kinder-und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie. 2 izd. Berlin: Springer; 2013, str. 130-41.
16. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
17. *Traisman ES*. Enuresis: evaluation and treatment. *Pediatr Ann* 2015;44(4):133-7.
18. *Vande Walle J, Rittig S, Bauer S i sur*. Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr* 2012;171:971-983.
19. *Volkmar FR, Martin A*. Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
20. *Von Gontard A*. Annotation: day and night wetting in children- pediatric and child psychiatric perspective. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39(4): 439- 451.
21. *Von Gontard A*. The impact of DSM-5 and guidelines for assessment and treatment of elimination disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22Suppl 1:S61-7.
22. *Von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E i sur*. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *J Urol* 2011;185(4):1432-6.
23. *Von Gontard A, Neveus T*. The management of disorders of bladder and bowel control in childhood. London: Mac Keith Press; 2006.
24. *World Health Organization*. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Enkopreza

Ivan Begovac

SADRŽAJ

62.1. Definicija, klasifikacija	860
62.2. Epidemiologija	860
62.3. Klinička slika	860
62.4. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza	861
62.5. Komorbiditeti	862
62.6. Etiopatogeneza	862
62.6.1. Psihodinamika	863
62.7. Kliničke vinjete	864
62.7.1. Primjer primarne enkopreze	864
62.7.2. Primjer sekundarne enkopreze	864
62.8. Liječenje	864
62.8.1. Opći principi liječenja	864
62.8.2. Specifične metode liječenja	864
62.8.3. Integrativni algoritam liječenja enkopreze	865
62.9. Ishodi	866
62.10. Upute za roditelje/nastavnike	867
62.11. Često postavljena pitanja	867
62.12. Pitanja	868
62.13. Literatura	868

62.1. Definicija, klasifikacija

Razvojno gledano, dijete postupno usvaja kontrolu analnoga sfinktera putem sazrijevanja središnjega živčanog sustava, postupnim nagradama za svoju defekaciju (teorija učenja), pri čemu roditelji nagradama pozitivno pospješuju djetetovu samostalnost, kao i zbog psihodinamskih čimbenika. Naime, kada dijete sublimira svoju nagonsku potrebu („volim biti prljav i uživam u defekaciji”) u socijalnu prihvatljivu nagradu, tada na simbolički način zauzvrat dobiva „ljubav” i socijalno priznanje od svojih roditelja u slučaju kontrole analnoga sfinktera (omjer narcističkog i objektnog libida) (Schmidt-Boss i Kunze 2007). Istodobno, otprilike u drugoj godini života, postoji i interes prema vlastitu fecesu (izmetu) (Bürgin 1993). U tom bi se smislu analni stupanj razvoja mogao okarakterizirati kao simbolička vrijednost davanja ili zadržavanja (primanja). Na drugi bi se način moglo reći, dijete svoj feces doživljava ambivalentno, radije se njemu kao određenom postignuću, a, s druge strane, doživljava reakciju gađenja od okoline. Gađenje od okoline pospješuje konflikte srama, pojačava odvajanje selfa od objekata i pospješuje autonomiju (Heinemann i Hopf, 2015). S vremenom, dolazi do prorade analne faze i manjka interesa prema svojem fecesu, odnosno do drugih integrativnih razvojnih procesa, koji uključuju razvijenije mehanizme obrane (npr. reaktivna formacija i potiskivanje umjesto poricanja) (Bürgin 1993). Drukčije rečeno, dijete napreduje u svojoj fazi individualizacije i autonomije (v. poglavlje 4 o razvoju).

U MKB-10 neorgansku enkoprezu označujemo s F98.1 (WHO 1993). Neorgansku enkoprezu definiramo kao učestalu nevoljnu ili voljnu defekaciju u neprikladna mjesta (odjeća, podovi) djeteta dobnog ili mentalno (razvojno) starijeg od četiri godine, a da je pritom isključen neki organski uzrok. Simptomi se najčešće pojavljuju tijekom dana (za razliku od enureze), a za definiciju nije presudna količina fecesa (Lempp 2014; Resch i sur. 2012). Simptomi enkopreze moraju biti barem jednom mjesečno tijekom barem šest mjeseci (WHO 1993). Prema MKB-10, može se dodatno kodirati na tri načina: s manjkom razvoja fiziološke kontrole crijeva (F98.10); defekacija normalnog fecesa na neprikladna mjesta kod prikladne fiziološke kontrole crijeva (F98.11); enkopreza kod vrlo tekućeg fecesa, kao što je „prelijevajuća“ enkopreza pri konstipaciji (retenciji) (F98.12). Pojedini autori razlikuju konstipaciju od opstipacije, navodeći prvi termin kao

lakši oblik, međutim, u tekstu će se navoditi termin konstipacija, koji uključuje oba pojma, a tako ga rabi i DSM-5 (APA 2013).

DSM-5 navodi blaži kriterij frekvencije, da se mora pojaviti barem jednom mjesečno u posljednja tri mjeseca. Isključuju se fiziološki učinci različitih somatskih stanja, osim mehanizama koji mogu biti povezani s konstipacijom. DSM-5 enkoprezu s konstipacijom i „prelijevajućom“ inkontinencijom razlikuje od enkopreze bez konstipacije i bez „prelijevajuće inkontinencije“ (APA 2013).

Pojedini autori radije uporbaju termin funkcionalna fekalna inkontinencija (van Dijk i sur. 2007), implicirajući ulogu funkcionalno-bioloških čimbenika. Posebno se može navoditi u literaturi „fekalna inkontinencija zbog prekomjernog nagomilavanja fecesa u crijevu – prelijevajuća“ (konstipacija) (WHO 1993). U ovom će se tekstu ipak preferirati naziv enkopreza.

62.2. Epidemiologija

Češće obolijevaju dječaci, otprilike 4 prema 1. Prevalencija je 1,3 % dječaka i 0,3 % djevojčica u dobi od 10 do 12 godina (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Quaschner 2011). Postotak primarne i sekundarne enkopreze otprilike je podjednak (Volkmar i Martin 2011).

62.3. Klinička slika

U **tablici 62.1.** prikazane su različite podjele enkopreze.

O **primarnoj enkoprezi** govorimo ako dijete nije nikada ovladalo analnim sfinkterom, a o **sekundarnoj**

Tablica 62.1.
Podjele neorganske enkopreze

Prema vremenu pojavljivanja	Primarna, sekundarna
S obzirom na konstipaciju	S konstipacijom (češće); bez konstipacije
S obzirom na komorbiditete	S komorbiditetom; bez komorbiditeta
Psihoanalitički pristup	Psihosomatska (razvojna – simptomi su ego-sintoni; poremećaj faze individualizacije), ili psihogena (konfliktna – simptomi su ego-distoni)

enkoprezi ako je dijete imalo period kada je ovladalo sfinkterom tijekom barem šest do dvanaest mjeseci (Bürgin 1993; Heinemann i Hopf 2015; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Quaschner 2011; Steihausen 2010). Enkopreza se najčešće pojavljuje tijekom dana. Može uključivati manje količine fecesa, ali i veće.

Uz enkoprezu potrebno je definirati i konstipaciju. Konstipaciju definiramo nagomilavanjem fecesa, tvrdom stolicom, bolnošću pri defekaciji, uz ispražnjavanje manje od tri puta tjedno, manjkom apetita te nesposobnošću da se evakuira cijeli sadržaj iz završnog crijeva (Lempp 2014; Van Dijk i sur. 2007). Za konstipaciju je tipično da dijete može dodatno aktivno zadržavati stolicu te biti anksiozno pri defekaciji. Razlikujemo enkoprezu s konstipacijom (češće, oko 80 %) ili bez konstipacije (Volkmar i Martin 2011). Kod enkopreze bez konstipacije ne postoje prije navedeni dodatni simptomi konstipacije. Moguća je i treća podgrupa, konstipacija bez enkopreze (Van Dijk i sur. 2007) i tada je princip liječenja opisan u posebnom poglavlju 33 u ovoj knjizi kod poremećaja u dojenačkoj dobi.

Potrebno je razlikovati postoji li u kliničkoj slici izolirana enkopreza, ili pak postoje komorbiditeti (v. poslije). Naime, enkopreza je česta zajedno s enurezom, depresijom, anksioznim poremećajima, poremećajima ponašanja, hiperkinetskim sindromom (Lempp 2014). U oko 40 % pacijenata postoji dodatni/komorbiditetni prije navedeni poremećaji, što može imati važne implikacije za liječenje.

Dijete se može činiti indiferentno prema enkoprezi, kao da ga se to uopće ne tiče (Remschmidt i Quaschner 2011), no često je ovaj problem izvor osjećaja krivnje i srama te ima znatan utjecaj na kvalitetu života i socijalno funkcioniranje i djeteta i roditelja (Koppen i sur. 2016). U usporedbi s enurezom kod enkopreze postoji veći psihički stres u djeteta i cijele obitelji zbog prisutnog simptoma. Često su prisutni osjećaji srama i stida. Na početku poremećaja mogu postojati samo male količine fecesa na gaćicama, međutim, s vremenom mogu postojati i cijeli formirani fecesi (teža forma enkopreze). Djeca zbog srama često skrivaju svoj simptom, kao i svoje donje rublje. Kod enkopreze bez konstipacije može postojati i analna masturbacija, što upućuje na aspekt ugone. Mazanje fecesom je rjeđe, ali također može imati aspekt regresivne ugone. Izravna defekacija u stanu vrlo je rijetko i tada se obično radi o težim psihičkim poremećajima, kao što su intelek-

tualne teškoće ili opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U kliničkoj slici često se u ovakve djece nalaze teškoće u regulaciji vlastite agresivnosti, a stanje može biti povezano i s različitim promjenama raspoloženja i osjećaja (Steihausen 2010). Nisu rijetki ni drugi nespecifični simptomi kao što je eksperimentiranje s paljevinom, krađe, grizenje noktiju, izljevi emocionalnih reakcija, različiti nespecifični strahovi, kao i zastoji u razvoju govora (Bürgin 1993).

Zanimljivost kliničke slike jest da u pojedine djece enkoprezi prethode funkcionalna opstipacija i zadržavanje stolice, ili sindrom odbijanja defekacije na zahodu, odnosno drugi funkcionalni GI poremećaji u dojenačkoj dobi i u dobi „trčkarala“ (v. posebno poglavlje 33). U kliničkoj slici nisu rijetki ni manifestni poremećaji roditeljstva kod roditelja, psihički poremećaji roditelja, kao i disfunkcionalni obiteljski sustavi (Steihausen 2010).

62.4. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza

U **tablici 62.2.** sažeto je prikazana dijagnostika enkopreze, koja će se u tekstu detaljnije objasniti.

Tablica 62.2.

Dijagnostika enkopreze

- Psihijatrijski intervju
- Anamneza, heteroanamneza, opservacija (npr. podjele enkopreze, postoji li u obitelji, kakva je osobna anamneza usvajanja kontrole sfinktera, postoje li stresne ili traumatske okolnosti; dijagnostički defekacijski protokol; postoji li konstipacija; je li bilo neuspješnih pokušaja liječenja; procjena roditelja i obitelji u cjelini)
- Tjelesni i orijentacijski neurološki pregled
- Isključenje organske geneze;
- Različite skale mjerenja defekacije
- Psihološka dijagnostika
- Obvezni laboratorijski nalazi
- Pregled kod pedijatra i drugih stručnjaka
- Neinvazivna dijagnostika; invazivna dijagnostika
- Razmotriti diferencijalnu dijagnozu i komorbiditete (posebno internalizirajući poremećaji i enurezu)

Pri postavljanju **dijagnoze** najvažnija metoda jest uzimanje detaljne anamneze, u kojoj se pažnja posvećuje pitanjima o defekaciji od najranije dobi, načinu ovladavanja sfinkterima, roditeljski stil u odnosu prema kontroli sfinktera u djeteta, dijetama, uzimanju tekućine tijekom dana, obiteljskoj anamnezi, važnim

životnim događajima (razvod roditelja, gubitak bliske osobe, rođenje mlađeg brata ili sestre) te opisima socijalnih situacija u kojima se zbivala defekacija. U djeteta je potrebno dobiti uvid u normalnu frekvenciju te način defekacije, tzv. **dijagnostički protokol defekacije** unatrag tjedan dana, odnosno dijagnostiku potencijalne konstipacije (Lempp 2014).

Dijagnostička pitanja mogu imati određeni slijed. Što se tiče anamnestičkih pitanja prvo se utvrđuje postoji li defekacija koje je dnevno i/ili noćno. Na početku je potrebno isključiti organska stanja, to upućuje na daljnju pedijatrijsku obradu. Na početku se može razmotriti je li potrebnije liječiti prisutne dominantne (komorbiditetne) psihičke poremećaje (npr. hiperkinetski sindrom, sindrom zlostavljanja itd.). Što se tiče frekvencije defekacije, potrebno je utvrditi je li je ona rjeđa od tri puta u tjednu (uz otežanu defekaciju) uz neke druge simptome? Konačno, daje se procjena postoji li enkopreza s konstipacijom ili bez nje? Važno je uzeti u obzir moguće tjelesno i/ili seksualno zlostavljanje djeteta (Koppen i sur. 2016). Nadalje, primjenjuje se uobičajena psihološka procjena (testovi inteligencije, projektni testovi, drugi testovi) (Lempp 2014; Steinhausen 2010).

Dječji psihijatri mogu obaviti orijentacijski somatski pregled (dječji psihijatri nikako neće raditi diferencijalniji somatski pregled, npr. digitorektalni pregled), međutim, detaljniji somatski pregled provest će pedijatar. Potrebno je pedijatrijskom anamnezom i fizičkim pregledom isključiti niz organskih uzroka: anatomski, metabolički, endokrinološki, neurogeni, medikamentni i infektivni uzroci. Pedijatar će obaviti somatski pregled na obziran način, upoznavajući prethodno dijete i roditelje s tim kako će biti proveden somatski pregled, pri čemu treba biti posebno osjetljiv, jer npr. digitorektalni pregled djeteta može shvatiti kao vrlo traumatsku proceduru. Noćna enkopreza govori više u prilog organskom uzroku. Stolica je obično normalne konzistencije kod enkopreze, a, kada nije, obično su posrijedi organski uzroci. Po potrebi može biti koristan i neuropedijatrijski pregled (Steinhausen 2010).

Obvezni pregledi jesu: KKS, GUK, EEG, EKG, hormoni štitnjače, pretraga urina. Preporučene daljnje pretrage uključuju UZV abdomena, biokemijske i elektrolitske pretrage itd. Od dodatnih se pretraga prvo preporučuju neinvazivne, te potom po potrebi i invazivne pretrage. Dodatne pretrage indicira pedijatar prema jasnoj indikaciji, npr. radiološke pretrage, slikovni prikazi, endoskopija, sfinkteromanometrija itd.

Diferencijalnodijagnostički, potrebno je isključiti druge psihičke poremećaje: intelektualne teškoće – IT (kod IT-a važno je procijeniti mentalnu /razvojnu/ dob, a ne kronološku, tako da ovdje ne mora biti važna dob od četiri godine), sindrom odbijanja defekacije na zahodu (v. posebno poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi); fobija od zahoda (rijedak emocionalni poremećaj pri kojemu dijete ima fobiju od odlaska na zahod); mogućnost zanemarivanja i zlostavljanja djeteta, hiperkinetski sindrom, opsesivno-kompulzivni poremećaj, kao i druge poremećaje. Zanimljivo je da pojedini autori sindrom odbijanja defekacije na zahodu, kao i fobiju od zahoda ubrajaju u podtipove enkopreze (Steinhausen 2010), dok ih drugi autori ubrajaju među poremećaje koji prethode enkoprezi. Rjeđe organske diferencijalne dijagnoze mogu biti analne fistule; Hirschprungova bolest (megacolon congenitum); spina bifida occulta; nuspojava lijekova (npr. antidepresivi); akutna upalna bolest crijeva (infektivna); kronične upalne bolesti crijeva (Crohnova bolest; colitis ulcerosa); hipotireoza (Lempp 2014). Svjesna je enkopreza rijetka, ali je moguća i tada je obično riječ o opozicionalno-agresivnom ponašanju (poremećaju ponašanja), gdje može dominirati uloga treninga na čistoću (Lempp 2014).

62.5. Komorbiditeti

Češći su komorbiditetno internalizirajući poremećaji nego eksternalizirajući (Steinhausen 2010). Naime, 30 – 50% djece s enkoprezom ima i psihijatrijski komorbiditet (npr. separacijska anksioznost, specifične fobije, generalizirana anksioznost, enureza, ADHD, opozicionalni /suprotstavljajući/ poremećaj, ali i teški karakter djeteta i interakcijske poteškoće u odnosu djeteta – roditelj) (Lempp 2014; von Gontard i sur. 2011; van Dijk i sur. 2007). U 47% djece s primarnom enkoprezom i u 24% djece sa sekundarnom enkoprezom postoji enureza (Heinemann i Hopf 2015). Kod prisutne enkopreze s enurezom prioritet se daje liječenju enkopreze.

62.6. Etiopatogeneza

Etiopatogeneza enkopreze nije poznata i u nastanku enkopreze sudjeluju vjerojatno mnogi čimbenici. Slično kao kod enureze općenito se etiopatogenetski čimbenici kod enkopreze mogu podijeliti u biološke (gensko-funkcionalno / razvojni) i psihosocijalne.

Načelno govoreći, biološki su razlozi od manje važnosti nego psihosocijalni (Steinhausen 2010). Kod najčešće forme, enkopreze s konstipacijom, pojedini biološki autori pretpostavljaju gensko- funkcionalno / razvojne čimbenike. Ovdje se obično misli također na usporeno sazrijevanje središnjega živčanog sustava. Naime, prema pojedinim autorima, pojavljuje se sklonost konstipaciji, kada dolazi do nagomilavanja tvrde stolice u debelom crijevu, uz dodatnu enkoprezu koja nastaje zbog pretjerane količine fecesa. Također češće pojavljivanje u obitelji prema tim autorima govori više u prilog genskih čimbenika (Lempp 2014).

Od **psihosocijalnih čimbenika** treba spomenuti razvojne poteškoće (poremećaj individuacije i autonomije), bihevioralnu nesukladnost (greška) u ovladavanju analnog sfinktera (odviše strogo i kontrolirajuće nametanje kontrole sfinktera od roditelja – nedostatno bihevioralno učenje kontrole sfinktera), zanemarujuće roditeljstvo, interakcijske poteškoće (mikrotraume, rivalstvo), stresne i traumatske okolnosti, psihodinamski i kognitivni modeli, kao i disfunkcionalna obiteljska dinamika (Lempp 2014; Remschmidt i Quaschner 2011).

Pojedini autori postuliraju **multietiopatogenetsko** objašnjenje nastanka enkopreze, prema kojemu bi svi prije navedeni čimbenici zajednički imali utjecaj (Bürgin 1993; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Reid i Bahar 2006; Remschmidt i Quaschner 2011; Resch i sur. 2012; Steinhausen 2010). Dakle, ovdje bi se uključivali i biološki čimbenici, kao i okolišni, psihosocijalni čimbenici, npr. roditeljski čimbenici (trening čistoće u djeteta), te drugi psihosocijalni čimbenici, koji bi onda bili „predisponirajući“, „okidači“ ili podržavajući. Međutim, teško je tada procijeniti ovu podjelu na različite čimbenike.

62.6.1. Psihodinamika

Današnji psihoanalitičari shvaćaju primarnu enkoprezu kao razvojni poremećaj sa psihosomatskim simptomom, koji ima višestruko značenje (Heinemann i Hopf 2015; Schmidt-Boss i Kunze 2007). Psihosomatski bi ovdje značilo integrativni međutjecaj somatskog i psihičkog, kod kojega dolazi do premještanja simptoma u jasno somatski simptom. Nedostatna je individuacija, dijete se nalazi na nestrukturiranoj razini, uz „nižu neurotsku“ razinu. Dominira nesvjesni konflikt privrženosti, odnosno nesvjesni separacijski strahovi. Dakle, ova strukturna dezintegrir-

ranost uzrokuje prezentiranu simptomatologiju, nema autonomije i kasnije triangularizacije (nedostatnost funkcije trećeg, odnosno oca). Dijete feces vrednuje kao dio svojeg tijela te ga onda, posljedično tomu, ili „zadržava“ ili ga „izbacuje“ iz sebe. Akt defekacije može se shvatiti kao gubitak dijela svojeg tijela (odnosno gubitak majke), jer nije došlo do integracije psihe i tijela. Razvojno gledano, enkopreza se često nastavlja na dojenačku konstipaciju (v. posebno poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi). Dakle, konstipacija i enkopreza mogu se promatrati kao dva ekstremna pola konflikta individuacije (poricanje nesvjesnoga separacijskog konflikta). Konstipacija bi označivala čuvanje objekta („priljepljivanje“ ovakve djece na svoju majku; introvertiranost); dok bi enkopreza značila bespomoćno otpuštanje izgubljenog objekta (ali je moguć i agresivni aspekt simptoma). Pojedini autori stoga govore da su djeca s enkoprezom duboko regredirala, odnosno kao da su odustala od razrješavanja konflikta privrženosti i nesvjesne separacijske anksioznosti, te su apatično kapitulirala. Drugi autori, u sličnom tonu zbog prije navedene konstelacije, navode da djeca s primarnom enkoprezom svoju simptomatologiju doživljavaju kao ego-sintonu, odnosno zbog intenzivnog poricanja djeluju „pseudodebilno“, bez srama i gađenja (Schmidt-Boss i Kunze 2007).

Tipično je da djeca imaju problem iskazivanja i regulacije svoje agresije, koji se može manifestirati i svojim „smradom“, koji pobuđuje reakciju gađenja kod drugih. S druge strane, sama enkopreza također se može razumjeti kao akt agresije sa svojim smradom (izaziva reakciju gađenja). Moglo bi se reći na drukčiji način da simptom nema **nikakvu simbolizirajuću funkciju**, odnosno nema razumijevanja za psihičke procese (**začepljenost psihičkog**) (Schmidt-Boss i Kunze 2007). Manjak simbolizacije također se može očitovati dodatnim mutizmom, zastojem razvoja govora i jezika, kao i potrebom za skupljanjem stvari (Bürgin 1993). I konačno, simptomatologija se može okarakterizirati tako da ima autoerotski, masturbatorni karakter (povezanost s nesvjesnim osjećajima ugone). Dijete i majka se nalaze u intenzivnom simbiotsko-monadnom odnosu (oznake perverzno sado-mazohističkog odnosa), bez mogućnosti izlaska iz dijade i uspostavljanja triangularizacije.

Sekundarnu enkoprezu psihoanalitičari vide kao konflikt na „višoj razini“, kada dolazi do regresije (regresivna pozicija), kao i do prorade osjećaja koji su često povezani s rivalstvom, ljubomorom te osjećajima

je li dijete dovoljno voljeno, a obično su „okidači“ realna iskustva separacije. Kod ovakve konstelacije dijete osjeća svoj simptom enkopreze kao ego-diston, srami ga se i skriva ga.

Roditeljski stil kod primarne enkopreze obično se navodi da je odviše zapuštajući, odbijajući i manje orijentiran na uspjeh, dok bi kod sekundarne enkopreze bio rigidan, autoritaran, opsesivan i zahtijevajući (Schmidt-Boss i Kunze 2007). Međutim, ovakve se karakteristike mogu naći kod različitih poremećaja, tako da je teško govoriti o tipičnim konstelacijama (Bürgin 1993). Ipak, često se navodi nepovoljna interakcija između roditelja i djeteta, dok su očevi odsutni. Gledano u odnosu prema obitelji kao sustavu, simptom u djeteta može imati karakteristiku apela za pomoć kada je obiteljska dinamika poremećena.

62.7. Kliničke vinjete

62.7.1. Primjer primarne enkopreze

Dječak od 13 godina. Od djetinjstva ima različite psihosomatske smetnje: probavne smetnje, bolove u trbuhu, bolne stolice, povremeno zatvor i enkoprezu, pokazuje emocionalnu osjetljivost, tikove. Isključena je organska geneza. Postulira se psihodinamski psihosomatski poremećaj. Terapijsku situaciju dijete dobro prihvaća i dobro se uspostavlja kontakt. Postupno se razvija sve veće povjerenje. Dijete je tijekom terapijskog razdoblja relaksiranije, komunikativnije.

62.7.2. Primjer sekundarne enkopreze

Prvi put djevojčica se na našu kliniku javlja u dobi od 12 godina. Sekundarna enureza traje od pete godine, a sekundarna enkopreza od osme godine. Nerazjašnjeni vtiligo postoji od njezine 10 godine. Po karakteru od djetinjstva povučeni, emocionalni razvoj bio pod utjecajem stalnih hospitalizacija i stresova. U prvi se razred krenula godinu ranije. Socijalna situacija skromna, roditelji su se više puta selili, a sada smješteni u skućenom prostoru. U obiteljskoj anamnezi postoje višestruki stresori. Isključena je organska geneza. Ovdje je bila riječ o mnogostrukim problemima. Psihodinamski se postulira umjerena neurotska razina, uz djelomično integriranu ego-strukturu. Preporučena je psihodinamska terapija s djevojčicom, kao i rad s roditeljima.

62.8. Liječenje

62.8.1. Opći principi liječenja

Kako je prije navedeno, teško je odvojiti etiopatogenetske čimbenike, utvrditi jesu li uzročni, „okidači“ ili pak održavajući, što može imati važne implikacije za primijenjenu terapiju (Bürgin 1993). Danas se smatra da je najpovoljnije koristiti se multiplim modalitetima liječenja: općim suportivnim psihoterapijskim pristupom, psihoedukacijom, vođenjem bihevioralnog protokola o defekaciji, bihevioralnim toaletnim treningom, eventualnim medikamentnim liječenjem konstipacije, specifičnim psihoterapijskim metodama (kognitivnim i psihodinamskim), kreativnom i artterapijom, kao i radom s roditeljima te obiteljskom terapijom (Bürgin 1993; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Quaschner, 2011). Prva bi mjera trebao biti **opći suportivni psihoterapijski pristup**, koji služi redukciji srama i osjećaja krivnje. Pokatkad na početku mogu biti primat liječenja zapravo emocionalni ili drugi (komorbiditetni) poremećaji, koji dominiraju kliničkom slikom. Općenito se za bolju regulaciju stolice preporučuje povećan unos tekućine, uzimanje vlaknaste hrane, te veća motorička aktivnost (posebno je korisno kod enkopreze s konstipacijom). **Psihoedukacija** je usmjerena na davanje informacije o enkoprezi, a uključuje u sebi **kognitivne aspekte**, kao i upućivanje na potrebnu suradnju djeteta i roditelja (Lempp 2014).

62.8.2. Specifične metode liječenja

Bihevioralno vođenje dnevnika defekacije o navikama pražnjenja crijeva pomaže stvaranju objektivnijeg uvida u problem, ali omogućuje i praćenje napretka i pridržavanja terapije (Koppen i sur. 2016). Primjenjuju se i druge bihevioralne metode, npr. vježbe analnog sfinktera itd. (Van Dijk i sur. 2007; Von Gontard i Neveus 2006).

Kod **bihevioralnoga toaletnog treninga** dijete se nakon jela (triput na dan) u relaksirajućoj sredini stavi na zahod, na kojem mora biti oko 10 minuta. Na početku se dijete stavlja kraće vrijeme, manje od 10 minuta. U prvom koraku nije potrebno poticati defekaciju ili uriniranje, već se trenira postprandijalni refleksa ispražnjivanja (gastrokolični refleks). Cijeli kontekst stavljanja na zahod treba biti u pozitivnoj atmosferi, dijete se tijekom sjedenja na zahodu može koristiti nekom igračkom ili „game boyem“, ili mu se

može dati neka knjiga. Recidivima ne treba posvećivati mnogo pažnje. U drugom koraku (ukoliko je potreban) može se primijeniti **bihevioralni plan enkopreze**, koji je temeljen na **operantnom kondicioniranju** s nagrađivanjem uspješnog odlaska na zahod (u prvoj fazi ne mora biti defekacije ili uriniranja); u drugoj se fazi nagrađuje defekacija na zahodu, a u trećoj se fazi dijete nagrađuje zbog čistog rublja navečer (Lempp 2014).

Razlikuje se liječenje **enkopreze s konstipacijom i bez konstipacije**. Kod enkopreze s konstipacijom, osim prije opisanih bihevioralnih metoda, na početku se primjenjuje **klistiranje i laksancije**, dok se kod enkopreze bez konstipacije nikako ne smiju poduzimati klistiranje i primjena laksativa, jer oni mogu još i više pogoršati kliničku sliku (Lempp 2014; Koppen i sur. 2016). Dakle, pojedini autori preporučuju kod enkopreze s konstipacijom odstranjenje rektalnog nakupljenog fecesa s pomoću rektalnog klistiranja (Lempp 2014). Nakon ove procedure preporučuje se dalje bihevioralni toaletni trening (v. prije), uz kombinaciju s manjim dozama laksancijama, da bi se dugotrajnije održao mekani sadržaj stolice. Za izbor pojedinih laksancija u dječjoj dobi vidjeti pripadajuće udžbenike iz pedijatrije.

Pojedini autori nikako ne preporučuju isključivo samo bihevioralne terapije već moraju biti u kombinaciji sa psihoterapijom (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Specifičnom psihoterapijom koristimo se posebno kada je prisutan manjak samopoštovanja ili u slučaju komorbiditetnih problema (Bürgin 1993).

Cilj **psihodinamske terapije** može biti poticanje razvojnih procesa u smislu veće individuacije i autonomije (Bürgin 1993; Heinemann i Hopf 2015). U tom smislu, jedan od fokusa može biti smanjenje autoerotске aktivnosti, kao i veća strukturna integriranost ličnosti, tako da dijete shvati i emocionalno prihvati funkciju svojeg simptoma. Na drugi bi se način moglo reći, cilj bi bio da dođe do većeg poticanja simbolizirajućih procesa. U tom je smislu korisna i terapija igrom, gdje se upotrebljavu materijali kao što su crtanje vodenim bojama, glinamol i slično, pri čemu se na sublimatorni način mogu iskazati analno-erotični impulsi. Slično može biti i u primjeni kompetitivnih igara (npr. „čovječe, ne ljuti se“ i druge slične igre), gdje se na simbolizirajući način dolazi do kanalizacije agresivnih očitovanja. Nije rijetkost da se tijekom psihoterapije, kada dođe do veće kanalizacije iskazivane agresije, smanje simptomi enkopreze, međutim, to može

onda biti praćeno s više verbalnih emocionalnih izljeva bijesa ili povećanom impulzivnosti, te s time treba unaprijed upoznati roditelje (Sprenger i Kölch 2013).

Važan dio terapije može biti **rad s roditeljima**, kao i eventualna **obiteljska psihoterapija**, u slučaju obiteljskih disfunkcija (Bürgin 1993; Lempp 2014). U slučaju roditeljskog zanemarivanja, potrebno je primijeniti druge različite mjere (v. posebna poglavlja 30 i 31 o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju). Ako je roditeljski stil izrazito rigidan, treba upozoravati roditelje na toleranciju prema iskazivanju djetetovih osjećaja (Sprenger i Kölch 2013).

62.8.3. Integrativni algoritam liječenja enkopreze

U **tablici 62.3.** prikazan je sažeti mogući integrativni terapijski algoritam enkopreze, o kojem je već bilo riječi.

Kako se vidi u tablici, terapija mora biti individualno prilagođena svakomu pojedinom djetetu. Pravilna dijagnostika temelj je daljnjeg planiranja liječenja i tu su nam vrlo važne anamneza, heteroanamneza, kao i opservacija ponašanja tijekom intervjua. „Organiski“ uzroci enkopreze trebaju se isključiti laboratorijskim pretragama, te po potrebi pregledom kod pedijatra ili neurologa. Pokatkad na početku, primat liječenja mogu zapravo biti emocionalni ili drugi (komorbiditetni) poremećaji, koji dominiraju kliničkom slikom (npr. hiperkinetski sindrom, depresija, traumatska stanja). Kao prvu mjeru primjenjujemo **opći suportivni psihoterapijski pristup**, uz empatičan pristup terapeuta. **Psihoedukacija** može biti korisna, uz **kognitivne aspekte**, da bi se poboljšala suradljivost. Specifične su terapije usmjerene na **bihevioralne metode**, koje se temelje na bihevioralnom operantnom kondicioniranju (vođenje kalendara defekacije; bihevioralni toaletni trening). U prethodnom je dijagnostičkom procesu važno razdvojiti **enkoprezu s konstipacijom od enkopreze bez konstipacije**. Kod konstipacije s enkoprezom može se na početku eventualno primijeniti liječenje klizmom te laksativima, potom druge bihevioralne metode, koje su prije bile navedene. Terapija klizmom i laksativima primjenjuje se samo na početku liječenja i treba biti ograničena trajanja (obično traje u maksimalnoj dozi oko tjedan dana). Nakon ispražnjavanja fecesa slijedi dugotrajnija terapija laksancijama, minimalnim dozama, tako da dijete ima svaki dan stolicu. Kod enkopreze bez konstipacije

Tablica 62.3.**Mogući integrativni terapijski algoritam enkopreze**

Modificirano prema Bürgin 1993; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Quaschner 2011; Steinhausen 2010; Volkmar i Martin 2011.

Opći principi

- Mora biti individualno prilagođen
- **Pravilna dijagnostika** temelj je daljnjeg planiranja liječenja (stresovi, obiteljska dinamika, dob djeteta, te „dijagnostički protokol defekacije”, postoji li konstipacija?; psihijatrijski pregled, psihološka dijagnostika)
- „Organski” uzroci enkopreze trebaju se isključiti laboratorijskim i rendgenološkim pretragama, te po potrebi pregledom kod pedijatra ili neurologa
- Pokatkad na početku primat liječenja mogu zapravo biti emocionalni ili drugi (komorbiditetni) poremećaji, koji dominiraju kliničkom slikom (npr. hiperkinetski sindrom, traumatska stanja)
- Opći suportivni psihoterapijski pristup
- Psihoedukacija

Specifične terapije

- Bihevioralne metode: vođenje kalendara defekacije i bihevioralni trening defekacije – bihevioralno operantno kondicioniranje, vježbe analnog sfinktera
- Kod konstipacije s enkoprezom – na početku eventualno liječenje klizmom te laksativima, potom druge bihevioralne metode (kod enkopreze bez konstipacije ova je metoda štetna); terapija klizmom i laksativima samo na početku liječenja i treba biti ograničena trajanja (do tjedan dana maksimalne doze te potom minimalne doze laksativa)
- Psihodinamske terapije (emocionalne poteškoće, stresna i traumatska problematika, negativno samopoštovanje, obiteljska disfunkcija)
- Kognitivne terapije
- Kreativne terapije, npr. art-terapije
- Psihoterapijski rad s roditeljima, kao i obiteljska terapija
- Kombinacija prije opisanih metoda, odnosno multidisciplinarna terapija

Druge mjere

- Liječenje komorbiditeta
- Stacionarno liječenje

primjena klizme i laksancija je štetna! Većina autora danas smatra da nisu dovoljne samo bihevioralne metode (uz eventualnu primjenu klizme i laksancija) već da je potrebno i specifično psihoterapijsko liječenje (kognitivno ili psihodinamsko). Psihodinamske terapije razlikuju terapije koje se primjenjuju kod dezintegrirane strukture (enkopreza kao psihosomatski poremećaj), kao i terapije kod „više neurotske razine”. Kod prve mogućnosti potreban je suportivan pristup, kao i orijentacija na razvojnim procesima individuacije i autonomije. Ovdje također mogu biti važni protuprijenosni osjećaji terapeuta gađanja u odnosu prema djetetovu smradu. Kod više neurotske razine i bolje integrirane djetetove strukture ličnosti, osim prije navedenih metoda, mogu se primjenjivati i prijenosne interpretacije (npr. biti dovoljno voljen od terapeuta). Psihoterapijski rad s roditeljima, kao i obiteljske terapije imaju svoje važno mjesto u liječenju, ovisno o roditeljskom stilu ili obiteljskoj disfunkciji. Konačno, moglo bi reći da se danas zagovara multimodalno lije-

čenje, koje kombinira prije navedene terapije. Primjerice, uz bihevioralne metode vođenja kalendara defekacije može se kombinirati i psihodinamska terapija. Ili drukčiji primjer: jednokratno davanje klistira i kratkotrajno davanje laksancija može se kombinirati s bihevioralnim metodama. Važno je spomenuti i liječenje komorbiditeta, o kojem je već prije bilo riječi. Zanimljivost komorbiditeta jest povezanost enkopreze i enureze, pri čemu se svakako prednost daje liječenju enkopreze. Općenito se preferira ambulantno i dnevno-nobolničko liječenje, međutim, ne treba odbaciti ni mogućnost stacionarnog (psihoterapijskog) liječenja da bi se prekinuo začarani krug poremećaja i različitih drugih štetnih čimbenika.

62.9. Ishodi

Enkopreza često zahtijeva dugotrajnije liječenje. Nakon dvije godine liječenja u nekim centrima 29 % pacijenata bilo je izliječeno, u većine se simptomi

povuku do odrasle dobi, no 15 % pacijenta imalo je simptome i u 18. godini života (Koppen i sur. 2016). Lošije prognoza povezana je s komorbiditetima (Lempp 2014). Negativan je ishod također moguć u smislu razvoja perverzne strukture ličnosti (v. poglavlje 69 o parafilicnim poremećajima) ili manifestnog antisocijalnog ponašanja (Bürgin 1993).

62.10. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Djecu nikako ne treba kažnjavati zbog simptoma enkopreze. Djeca nisu zločesta, riječ je o psihičkom poremećaju. Potrebno je u djece umanjivati osjećaje krivnje za poremećaj, odnosno izbjegavati omalovažavanja.
- ✓ Enkopreza je heterogeni poremećaj, s različitim podtipovima, različitim kliničkim slikama, kao i različitim uzrocima nastanka.
- ✓ Najjednostavnija podjela enkopreze jest na primarnu ili sekundarnu, te na onu s konstipacijom ili bez nje, kao i prema tome je li izolirana ili postoje dodatni komorbiditeti.
- ✓ Kod enkopreze vjerojatno veću ulogu imaju psihosocijalni čimbenici (intrapsihički, interpersonalni, stresni, traumatski, roditeljski, obiteljski). Bila bi velika greška ako se kod enkopreze ne bi uzeli u obzir interpersonalni odnosi (odnos djeteta – roditelj, odnosi unutar obitelji), kao i intrapsihički čimbenici (djetetova razvojna potreba za individuacijom, autonomijom itd.).
- ✓ Kod dijagnostičke procjene potrebno je uzeti u obzir različite čimbenike.
- ✓ Kod enkopreze je potrebno i roditelje uključiti u terapiju, kao suradnike u liječenju.
- ✓ Kod zanemarujućih roditelja treba utjecati na povećanje roditeljskih kompetencija, a eventualno se mogu primijeniti i druge mjere. Kod odviše restriktivnih roditelja potrebno je radom s roditeljima umanjivati kažnjavajući stil.
- ✓ Kod enkopreze danas imamo na raspolaganju niz terapijskih postupaka, koje treba individualno razmotriti s obzirom na pojedino dijete.

62.11. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Što kada kažemo da je nešto „funkcionalno”? Postoji li tu razlika između gledišta dječjih psihijatarata i pedijatarata?

ODGOVOR: Sličan odgovor je kao i kod enureze. Ovo može biti nejasan termin u medicini. Dječji psihijatri obično pod funkcionalnim poremećajem razumijevaju psihosomatski ili psihogeni koncept i, posljedično tomu, smatraju da se radi o utjecaju „mozga” i psihe na razvoj pojedinog simptoma kod izvršnog organa (u ovom slučaju se radi o analnom sfinkteru). S druge strane, pedijatri su u vezi s nazivom funkcionalno skloniji to povezivati s izoliranom poremećenom funkcijom, npr. mjehura ili crijeva, koje je bliže „organskom shvaćanju” pojedinog organa, misleći pri tome da to „nema veze s mozgom”.

■ **PITANJE:** Kako se dijagnostički razlikuje enkopreza s konstipacijom od enkopreze bez konstipacije?

ODGOVOR: Kod enkopreze s konstipacijom postoji mala frekvencija defekacije u tjednu, manje od tri puta. Dijete ima različite simptome konstipacije, napetosti u abdomenu, bolove pri defekaciji i druge simptome. Sam je fesec vrlo tvrde konzistencije, kao „kamenje“, tvorba u abdomenu „kao glavica djeteta“ itd. Konstipacija se također može utvrditi tjelesnim pregledom, palpacijom abdomena, kao i različitim laboratorijskim i radiološkim pretragama.

■ **PITANJE:** Zašto je važno razlikovati enkoprezu s konstipacijom i bez konstipacije u vezi s terapijskim pristupom?

ODGOVOR: Vrlo je važno zato što je terapijski pristup drukčiji i to se tiče davanja klizme i laksancija. Kod enkopreze s konstipacijom na početku liječenja može biti korisna eventualna klizma, uz kratkotrajno davanje laksancija. Kod enkopreze bez konstipacije primjena klizme i laksancija može biti štetna.

■ **PITANJE:** Kako možemo psihodinamski razlikovati enurezu od enkopreze?

ODGOVOR: Enkopreza je regresivniji poremećaj. Kod enkopreze se postulira poremećaj individuacije (niža neurotska razina), dok se kod enureze postulira poremećaj autonomije (umjeren neurotska razina). Za razliku od djece s enurezom, djeca s enkoprezom manifestno se zbog prisutne psihodinamike opisuju ili kao introvertirana, manje dostupna ili pak da su pona-

šajno agresivna. Može se reći da je problem agresije dominantan kod enkopreze jer je i struktura ličnosti više dezintegrirana.

■ **PITANJE: Što to znači da se prevalencija enkopreze smanjuje u adolescenciji?**

ODGOVOR: Ovo se može pogrešno razumjeti. Naime, može se misliti da nije potrebno enkoprezu liječiti jer da ona sama od sebe prolazi. To nije nikako prihvatljivo stajalište. Enkopreza je psihijatrijski poremećaj koji je potrebno intenzivno liječiti. Također postoji mogućnost kronificiranja stanja, kao i prelaska u neke druge poremećaje kao što je antisocijalni poremećaj ličnosti ili seksualne perverzije (parafilni poremećaj).

■ **PITANJE: Koji je dijagnostički i terapijski algoritam kod enkopreze?**

ODGOVOR: Neorganska enkopreza jest psihijatrijska dijagnoza, tako da je teško zamisliti dijagnostiku bez dječjeg psihijatra, kao i uobičajenih dijagnostičkih metoda koje se primjenjuju u dječjoj psihijatriji (npr. psihološko testiranje). Osnova dijagnostike u dječjoj psihijatriji jest „romantični psihijatrijski intervju“, s anamnezom, heteroanamnezom, kao i opservacijom ponašanja (v. posebno poglavlje 14 o tome). Važno je isključenje somatskih stanja te je tu potrebna dobra suradnja s pedijatrijama i neuropedijatrijama. Terapija mora biti individualno prilagođena pojedinom djetetu. U liječenju enkopreze, kako je prikazano u tekstu, postoji niz empirijski utemeljenih metoda. Većina autora danas smatra da nisu dovoljne samo bihevioralne metode (uz eventualnu primjenu klizme i laksancija) već da je potrebno i specifično psihoterapijsko liječenje (kognitivno ili psihodinamsko). Zato mnogi autori govore o multidisciplinarnom liječenju enkopreze.

■ **PITANJE: Zašto je moguće da se tijekom psihoterapijskog liječenja smanje simptomi enkopreze, a da se poveća manifestna agresivnost djeteta?**

ODGOVOR: Ovo je vrlo izgledna mogućnost. Naime, djeca s enkoprezom nalaze se na dezintegriranoj strukturnoj razini ličnosti, ili, drukčije rečeno, postoji slabost ega, tako da su funkcije kontrole agresije manjkave. S obzirom na psihodinamsku strukturu ličnosti i konflikt koji je u pozadini, moguće je da tijekom psihoterapije dođe do smanjivanja simptoma enkopreze, dakle smanjuje se potreba da dijete svoje konflikte razrješava na tjelesnoj razini. Međutim, dijete postaje svjesnije vlastite agresivnosti, te su moguće manifestacije otvorenije agresije. Roditelji mogu nega-

tivno reagirati na ovu mogućnost. Stoga se ta mogućnost treba uzeti u obzir na početku liječenja te se može i unaprijed priopćiti roditeljima.

62.12. Pitanja

- 1 Navedite podjele neorganske enkopreze.
- 2 U čemu je razlika između primarne i sekundarne enkopreze?
- 3 U čemu je razlika između enkopreze s konstipacijom i bez konstipacije?
- 4 Kako razlikujemo primarnu i sekundarnu enkoprezu prema psihodinamskom objašnjenju?
- 5 Koji je dijagnostički algoritam neorganske enkopreze?
- 6 Koji je integrativni terapijski algoritam neorganske enkopreze?

62.13. LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.izd. Washington: New School Library; 2013.
2. Bürgin D. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer; 1993.
3. Heinemann E, Hopf H. Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. 5. izd. Stuttgart: Kolhammer; 2015.
4. Koppen IJ, von Gontard A, Chase J i sur. Management of functional nonretentive fecal incontinence in children: Recommendations from the International Children's Continence Society. J Pediatr Urol 2016;12(1):56-64.
5. Lempp T. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
6. Reid H, Bahar RJ. Treatment of encopresis and chronic constipation in young children: clinical results from interactive parent-child guidance. Clin Pediatr (Phila) 2006; 45(2):157-64.
7. Matthejat F, Schulte-Markwort M. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
8. Remschmidt H, Quaschner K. Störungen der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidungsfunktionen in früher Kindheit. U: Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einführung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 135-41.
9. Resch F, Meyenburg K i Goldbeck L. Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik sowie chronische somatische Erkrankungen mit psychischer Beteiligung. U Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2.izd. Berlin: Springer; 2012, str. 679- 715.

10. Schmidt-Boss S, Kunze B. Enuresis und Enkopresis. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. Muenchen: CIP Medien; 2007, str. 385-402.
11. Sprenger L, Kölch M. Ausscheidungsstoerungen. U Fegert JM, Kölch M, ur. Klinikmanual Kinder-und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie. 2 izd. Berlin: Springer; 2013, str. 130-41.
12. Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
13. Van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA i sur. Chronic childhood constipation: a review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program. Patient Educ Couns 2007;67(1-2):63-77.
14. Volkmar FR, Martin A. Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
15. Von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E i sur. Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. J Urol 2011;185(4):1432-6
16. Von Gontard A, Neveus T. The management of disorders of bladder and bowel control in childhood. London: Mac Keith Press; 2006.
17. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Poremećaji spavanja

Ivan Begovac, Lena Santrić

SADRŽAJ

63.1. Uvod	871
63.2. Klasifikacije, epidemiologija	871
63.3. Klinička slika pojedinih poremećaja, diferencijalna dijagnoza	873
63.3.1. Insomnija	873
63.3.2. Opstruktivna apneja u spavanju	873
63.3.3. Hipersomnolencija	873
63.3.4. Poremećaj cirkadijurnog ritma budnost – spavanje	873
63.3.5. Parasomnije	873
63.4. Dijagnostika	874
63.5. Dobna pojavnost, komorbiditetna stanja	874
63.6. Etiopatogeneza	875
63.7. Terapija, prognoza	875
63.8. Upute za roditelje/nastavnike	876
63.9. Često postavljena pitanja	877
63.10. Pitanja	878
63.11. Literatura	878

63.1. Uvod

Spavanje je fiziološko, visoko strukturirano stanje neuralne mreže, a označuje privremeni i periodični prekid budnosti. Kao što postoji stanje budnosti, tako postoji i stanje spavanja, i to je tako, niti manje niti više. Spavanje je važno za sazrijevanje mozga i razvoj djeteta, kao i za ravnotežu mentalnih procesa i proradu iskustava (Hill 2011). Ciklično smjenjivanje spavanja i budnosti u 24-satnom razdoblju čini tzv. **cirkadijurni** (cirkadijalni ili cirkadijani) ritam (Begić 2015), i on je vjerojatno evolucijski zadan takav kakav jest. Od budnoga stanja razlikuje se po načinu prorade informacija, a nakon buđenja postoji djelomično sjećanje za ovu aktivnost. S jedne strane, u spavanju postoji **snažna barijera prema perceptivnim doživljavanjima**, dok, s druge strane, postoji **aktivnost osjećajnih struktura i struktura sjećanja** (Resch i sur. 2012). Dakle, svakako se može reći da, koliko je urođeno važno budno stanje, tako je i spavanje važno za razvoj jedinke i funkcioniranje mozga. Posebno je važno naglasiti i važnost **sanjanja** tijekom spavanja (u REM-fazi spavanja – v. poslije u tekstu) u djece i adolescenata (v. posebno poglavlje 78 o snovima). Spavanje je potrebno razlikovati od poremećaja svijesti pri kojima je riječ o oštećenju budnosti, a ne o fiziološkom stanju. S obzirom na aktivnost mozga (zabilježenu elektroencefalografijom), tonus mišića (zabilježen elektomiografijom) te pokrete očiju (zabilježene elektrookulografijom), razlikujemo stupnjeve budnosti i spavanja: **aktivno budno stanje, relaksirano budno stanje, REM-stadij (engl. rapid eye movement) te četiri NREM-stadija (non-rapid eye movement)** (v. [tabl. 63.1.](#)).

Prema arhitektonici, spavanje se dijeli u cikluse kojih tijekom noći ima četiri do sedam, a svaki se ciklus sastoji od ortodoksnog (NREM) i paradoksnog (REM) spavanja. Pojedine faze spavanja čine **ultradijurni ritam**. **NREM-stadiji** karakterizirani su sinkronizacijom u EEG-u, smanjenom metaboličkom aktivnošću, autonomnim usporivanjem, povremenim nenamjernim pokretima, sporim pokretima očiju, i definirano je kao tiho spavanje dojenčadi. **REM-spavanje** obilježeno je desinkronizacijom u EEG-u, povećanom metaboličkom aktivnošću, autonomnom aktivacijom, mišićnom hipotonijom, brzim pokretima očiju, limbičkom aktivnošću, vividnim (živopisnim) snovima, erekcijom penisa, vaginalnom vlažnošću (lubrikacijom), i definirano je kao aktivno spavanje dojenčadi (Bardoni i Anders 2017; Begić 2015). Ciklusi spavanja

karakterizirani su povremenim kratkotrajnim buđenjima, najčešće na prijelazima REM/NREM-faza. Iako su takva buđenja dio normalne fiziologije, u djece mogu dovesti do noćne budnosti ako nakon njih ne uspijevaju samostalno usnuti (Bardoni i Anders 2017).

Ciklus budnost – spavanje reguliran je dvama glavnim procesima. Prvi je **homeostatski**, a vidljiv je kroz povećanje potrebe za spavanjem s obzirom na duljinu trajanja budnosti. Drugi je **cirkadijurni**, reguliran kombinacijom unutarnjih i vanjskih čimbenika. Unutarnji čimbenici uključuju aktivnost suprahijazmatske jezgre (tjelesni sat) i njezin učinak na sekreciju melatonina, dok je glavni vanjski čimbenik izmjena svjetlosti i tame. Na cirkadijurni ritam utječu i okolišni zvukovi, vrijeme jedenja, kao i fizička i psihička aktivnost (Bardoni i Anders 2017; Hill 2011). Tijekom razvoja djeteta događaju se određene promjene u arhitektonici spavanja koje se odnose na duljinu spavanja i na pojedine faze (v. [tabl. 63.2.](#)).

Kao što se vidi u tablici, dojenčad spava i do 18 sati na dan, dok odrasla osoba spava 7 do 8 sati. U djece mlađe od 9 godina ciklusi spavanja traju 45 do 60 minuta, a u starije djece i odraslih 90 do 110 minuta. U novorođenčadi, udio REM i NREM-spavanja približno je jednak, dok se odrastanjem udio REM-spavanja smanjuje te kod odraslih obuhvaća samo 25 %. Vretena spavanja i K-kompleksi u potpunosti se formiraju između 3. i 4. godine (Cortese i sur. 2011). U drugoj polovici prve godine dojenče uči samo usnuti, a sposobnost samostalnog uspavlivanja potpuno se usvaja oko treće godine. Usporen razvoj ove vještine može se vidjeti kod poremećaja interakcije djeteta – skrbnik, kao i u slučajevima „teškog temperamenta“ djeteta (v. poglavlje 7 o razvoju djeteta i poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi).

63.2. Klasifikacije, epidemiologija

Postavlja se pitanje zaslužuju li poremećaji spavanja našu pozornost ili je važnije usmjeriti se na kognitivne i ponašajne aspekte djece u budnom stanju (npr. agresivno ponašanje). S obzirom na to da se sve više naglašava povezanost ovih stanja (poremećaji u budnom stanju mogu biti odraz poremećaja spavanja, kao i obrnuto), potrebno je njihovo integralno promatranje (Hill 2011). Poremećaji spavanja u djetinjstvu relativno su česti, s prevalencijom u predškolskoj i školskoj dobi od 25 do 40 % i češćom pojavnosti u dječaka (Lehmkuhl i sur., 1998; Hill, 2011). Nerijetko su udruženi s drugim psi-

Tablica 63.1.**Stadiji budnosti i spavanja**

Modificirano prema Bardoni i Anders 2017; Begić 2015; Rechtschaffen i Kales 1968; Resch i sur. 2012.

Budno stanje		Stadiji spavanja				
aktivno budno stanje (niskovoltažna, visokofrekventna beta-aktivnost)	relaksirano budno stanje (alfa-aktivno stanje)	REM spavanje; niskovoltažna (visokofrekventna aktivnost slična budnom stanju)	stadij uspavlivanja (NREM 1) (raspad alfa-aktivnosti; theta-aktivnost)	lagano spavanje (NREM 2) (mješovita aktivnost, uz vretena spavanja i K-komplekse)	umjereno spavanje (NREM 3) (delta-aktivnost od 20 do 50 %)	duboko spavanje (NREM 4) (delta-aktivnost više od 50 %)
Desinkronizirani EEG, budno i svjesno stanje; više moždane funkcije; percepcija, motorika		Desinkronizirani EEG, povećana metabolička aktivnost, autonomna aktivacija, mišićna hipotonija, brzi pokreti očiju, limbička aktivnost i vividni (živopisni) snovi; erekcija penisa; vaginalno vlaženje (lubrikacija); definirano kao aktivno spavanje dojenčadi	Sinkronizacija u EEG-u; smanjena metabolička aktivnost, autonomno usporivanje, povremeni nenamjerni pokreti, spori pokreti očiju; definirano kao tiho spavanje dojenčadi			

Tablica 63.2.**Promjene u arhitektوني spavanja tijekom odrastanja**

Modificirano prema Bardoni i Anders 2017; Fricke i Lehmkuhl 2006; Lempp 2014; Resch i sur. 2012.

Dob	Dojenčad	Odrasle osobe
Trajanje spavanja	16 – 18 sati	7 – 9 sati
Izmjena REM i NREM-faza (ultradijurni ritam)	45 – 60 minuta	90 – 110 minuta
Stadiji spavanja	izmjena REM i NREM	diferencirana 4 stadija NREM-spavanja
Omjer REM i NREM-spavanja	50 % : 50 %	20 % : 80 %
Zastupljenost stadija spavanja tijekom noći	ravnomjerno raspoređeni stadiji spavanja tijekom noći	u prvoj trećini noći više zastupljeni NREM 1 i 2 stadiji, a u zadnjoj trećini noći više REM-stadij; REM-faze postaju dulje tijekom noći
Cirkadijurni ritam	polifazični	dijurni

hičkim i somatskim bolestima. Prema internacionalnoj klasifikaciji (ICSD-3), svrstavaju se u 6 glavnih kategorija unutar kojih su pojedinačni entiteti (AASM 2014).

Modificirana podjela prema međunarodnoj klasifikaciji (ICSD-3):

1. insomnija (nesanica);
2. poremećaji disanja u spavanju (npr. opstruktivna apneja u dječjoj dobi);

3. centralni poremećaji hipersomnolencije (npr. idiopatska hipersomnija, narkolepsija);
4. poremećaji cirkadijurnog ritma budnost – spavanje (npr. zamjena noći i dana);
5. parasomnije (npr. hodanje u spavanju, noćni strahovi, noćne more);
6. poremećaji pokreta u spavanju (npr. sindrom nemirnih nogu, škripanje zubima);
7. ostali poremećaji spavanja;

MKB-10 (WHO 1993) i DSM-5 (APA 2013) klasifikacije na različit način definiraju poremećaje spavanja, međutim, oni se ovdje neće iscrpnije elaborirati jer je opisana već prije navedena klasifikacija.

63.3. Klinička slika pojedinih poremećaja, diferencijalna dijagnoza

63.3.1. Insomnija

Insomnija (neorganska nesanica) stanje je smanjene količine i/ili kvalitete spavanja koje se pojavljuje usprkos adekvatnim okolnostima za spavanje, a dovodi do pojave dnevnih simptoma, npr. pospanosti, oscilacija raspoloženja, iritabilnosti, oštećenja pažnje, koncentracije ili pamćenja, zabrinutosti oko nemogućnosti spavanja, manjka socijalnog ili školskog učinka itd. (Bardoni i Anders 2017; Begić 2015). Može se očitovati teškoćama usnivanja i/ili prosnivanja, a u djece i kao odbijanje odlaska na počinak i teškoće usnivanja bez prisutnosti skrbnika. Prema međunarodnoj klasifikaciji poremećaja spavanja, za postavljanje dijagnoze insomnije potrebno je pojavljivanje problema najmanje 3 puta tjedno tijekom tri mjeseca (AASM 2014). Insomnija može započeti u bilo kojoj dobi, premda se dijagnoza obično ne postavlja prije 6. mjeseca života, jer su noćna hranjenja i neregularan obrazac spavanja tipični za dojenčad i manju djecu. Prevalencija u djece i mladih kreće se od 10 do 30 %. Važno ju je diferencijalnodijagnostički razlikovati od ostalih poremećaja spavanja (npr. opstruktivne apneje, poremećaja cirkadijurnog ritma, parasomnija), kao i od psihijatrijskih poremećaja (npr. depresije, anksioznosti) s kojima se može pojaviti u komorbiditetu (tada je riječ o sekundarnoj nesanicu) (Bardoni i Anders 2017).

63.3.2. Opstruktivna apneja u spavanju

Opstruktivna apneja u spavanju jedan je od poremećaja disanja tijekom spavanja značajan za pedijatrijsku populaciju, s prisutnošću od 1 do 5 %. Učestalija je u djece s prekomjernom tjelesnom težinom te u onih s neurorazvojnim poremećajima. Simptomi uključuju kronično hrkanje, otežano disanje ili gušenje tijekom spavanja, apneje (stanke u disanju) i često buđenje s negativnim osjećajima. Može se pojaviti i noćna enureza. Pretjerana dnevna pospanost manje je uočljiva nego u odraslih, ali se mogu razviti simptomi koji imitiraju druge psihičke bolesti (ADHD, emocionalni problemi). U težim slučajevima moguće su kardiopul-

monalne komplikacije, zaostajanja u rastu te kognitivni i bihevioralni problemi, kao i iznenadna smrt. Za postavljanje dijagnoze potrebna je polisomnografija (Bardoni i Anders 2017).

63.3.3. Hipersomnolencija

Hipersomnolencija (pretjerana dnevna pospanost) glavno je obilježje nekoliko poremećaja spavanja, prije svega hipersomnije i narkolepsije. Danja pospanost očituje se nemogućnošću osobe da ostane budna i pažljiva, rezultirajući razdobljima pospanosti ili spavanja tijekom dana. Pretjerana pospanost nije posljedica poremećena noćnog spavanja ili poremećena cirkadijurnog ritma (Zucconi i Ferri 2014). Prevalencija je 0,5 do 1 %, s početkom tipičnim za adolescenciju ili mlađe odraslo doba (Bardoni i Anders 2017). **Idiopatska hipersomnija** odnosi se na produljenje noćnoga sna uz danju pospanost, bez katapleksije (iznenadne slabosti mišićnog tonusa). **Periodična hipersomnija** (Klein-Levinov sindrom) obilježena je epizodama pretjerane pospanosti, uz pojačan tek i povećan seksualni nagon (Begić 2015). Kod **narkolepsije** se radi o teškoj i kroničnoj hipersomnolenciji i kratkotrajnim intruzijama REM-faza nalik spavanju u budno stanje. Te faze odgovorne su za većinu simptoma narkolepsije, kao što su katapleksija, paraliza spavanja (oduzetost tijekom noćnih buđenja) i hipnagogne halucinacije. Pretjerana pospanost može pratiti i afektivne poremećaje, posebno depresivne epizode (Bardoni i Anders 2017).

63.3.4. Poremećaj cirkadijurnog ritma budnost – spavanje

Poremećaj cirkadijurnog ritma budnost – spavanje odnosi se na neusklađenost endogenog cirkadijurnog ritma s vanjskim okruženjem (socijalno očekivanim vremenom), s posljedicama u socijalnom, akademskom i drugim područjima funkcioniranja (Zucconi i Ferri 2014). Većina adolescenata prirodno doživljava pomak u fazi spavanja, odlazeći na počinak i ustajući kasnije nego u djetinjstvu, a o poremećaju govorimo tek ako navedeno utječe na funkcioniranje (Bardoni i Anders 2017).

63.3.5. Parasomnije

Parasomnije su poremećaji karakterizirani ponavljajućim i neželjenim ponašanjima ili osjećajima koji se pojavljuju tijekom spavanja ili na prijelazima između

budnosti i spavanja. S obzirom na fazu pojavljivanja, dijele se na REM (npr. noćne more, povratna paraliza spavanja) NREM (npr. hodanje u snu, noćni strahovi) i ostale parasomnije (npr. enureza, halucinacije povezane sa spavanjem), a govorenje u snu može se pojaviti u bilo kojoj fazi (Bardoni i Anders 2017). Najčešće klinički relevantne parasomnije u djece jesu hodanje u snu (somnambulizam), noćni strahovi (pavor nocturnus) i noćne more (v. [tabl. 63.3](#)) (Bardoni i Anders 2017; Froehlich i Lehmkuhl 1998; Resch i sur. 2012).

Hodanje u snu i noćni strahovi pojavljuju se tijekom NREM-faze i označuju stanje pobuđenosti i motoričke i/ili autonomne aktivacije. Obično postoji potpuna amnezija, osim ako se dijete ne razbudi. Tijekom epizoda **hodanja u snu**, dijete napušta krevet i može sudjelovati u potencijalno opasnim aktivnostima. Doima se zbunjeno, uz tek djelomičan odgovor na verbalni ili fizički podražaj. Epizode obično traju od nekoliko minuta do pola sata. **Noćni strahovi** obilježeni su naglim buđenjem u prvoj polovici noći te vikanjem i autonomnom aktivacijom (tahikardijom, tahipnejom, pojačanim znojenjem). Epizode su obično kratkotrajne, između 30 sekundi i 5 minuta. NREM parasomnije u djece su česte, a učestalost im se smanjuje s dobi. Obično su povezani s neurorazvojnim problemima.

Noćne more mogu se definirati kao snovi praćeni negativnim, intenzivnim emocijama kao što su strah, ljutnja i tuga koje dovode do buđenja u drugoj polovici noći. Za razliku od njih, „loši snovi“ ne dovode do prekida spavanja. Nakon buđenja iz noćne more, dijete je preplašeno, ali budno, orijentirano i sposobno prepričati sadržaj sna, što čini razliku prema noćnim strahovima. Noćne more mogu biti udružene s akutnim ili posttraumatskim stresnim poremećajem, anksioznošću, konfliktnom patologijom, depresijom, kao i ostalim poremećajima spavanja. Najčešće se pojavljuju nakon 3. godine, a u nekom razdoblju života mogu biti prisutne u čak 50 % djece (Bardoni i Anders 2017). Potrebno je isključiti noćnu epilepsiju.

Od ostalih parasomnija izdvajamo **pseudohalucinacije** koje se pojavljuju na prijelazima između budnosti i spavanja i ne čine psihotične fenomene. Ako se pojave prije usnivanja, riječ je o hipnagognim halucinacijama, a, ako se pojave prije buđenja, nazivaju se hipnopompnim halucinacijama (Begić 2015).

63.4. Dijagnostika

Prije svega potrebno je uzeti detaljnu anamnezu koja uključuje podatke o samom poremećaju, kao i o mogućim uzročnim i održavajućim čimbenicima (Hill 2011). Moguće je primijeniti i specifične upitnike za roditelje i/ili djecu, kao i dnevnik spavanja. Slijede tjelesni pregled i traganje za rizičnim čimbenicima kao što su pretilost, deformacije usne šupljine ili teškoće disanja. Probirne (skrining) metode za otkrivanje poremećaja spavanja trebale bi se primjenjivati kod svake evaluacije, čak i u odsutnosti pritužbi o spavanju. Pitanja koja je važno postaviti odnose se na rutinu uspavlivanja i teškoće usnivanja, pretjeranu danju pospanost, noćno buđenje ili neuobičajeno ponašanje tijekom noći (noćni strahovi, hodanje u snu, noćne more i sl.), cirkadijurni ritam i dužinu spavanja te poteškoće disanja, hrkanje ili škrgutanje (Bardoni i Anders 2017). U sljedećem koraku dolaze u obzir laboratorijski nalazi, uključujući neuropedijatrijski pregled, EEG i polisomnografiju. Indikacije za daljnje laboratorijsko ispitivanje i preglede jesu sumnja na sindrom opstruktivne apneje, noćne cerebralne napadaje, somnambulizam, izraziti umor tijekom dana, nejasne teškoće koncentracije, kao i zaostajanje ili nazadovanje u razvoju (Resch i sur. 2012). Kod nejasnih hipersomnija potrebna je detaljnija laboratorijska dijagnostika spavanja, ORL pregled, dijagnostika fiziologije disanja radi isključenja apneje u spavanju, eventualno HLA tipiziranje kod narkolepsije itd. (Lempp 2014).

63.5. Dobna pojavnost, komorbiditetna stanja

Poremećaji spavanja mogu se promatrati i s obzirom na dob pojavljivanja. U dojenačkoj dobi i dobi „trčkarala“ često su udruženi s poremećajima hranjenja, infantilnim kolikama ili somatskim problemima (npr. otitis media), u predškolskoj i školskoj dobi s obiteljskim čimbenicima i stresnim okolnostima, dok se u adolescenciji najčešće povezuju sa stilom života ili prisutnošću drugih psihijatrijskih poremećaja.

Djeca s neurorazvojnim poremećajima, kao što je autizam, spavaju kraće, češće se bude i imaju teškoća s ponovnim usnivanjem, vjerojatno zbog poremećene sekrecije melatonina. Hiperkinetski poremećaj može biti udružen s teškoćama usnivanja i prosnivanja, većim brojem apneja u spavanju, sindromom nemir-

nih nogu i smanjenom kvalitetom spavanja. Elektrofiziološki postoji veći udio delta-dubokog spavanja i REM-spavanja, kao i brzo izmjenjivanje REM i NREM-faza. Poremećaji spavanja, uključujući insomniju, hipersomniju i noćne more, mogu biti pokazatelj težine depresije, a polisomnografski može biti prisutna skraćena REM latencija. Usko su povezani i s anksioznim poremećajima, bilo da su posljedica ili rizični čimbenik za njihovu pojavnost. Ograničen broj istraživanja usmjerio se na spavanje u djece i mladih sa psihotičnim poremećajima, ali zna se da poremećaji spavanja mogu činiti prodromalne simptome (v. poglavlje 54 o shizofreniji i psihotičnim poremećajima). Mogu biti prisutni i pri nizu drugih stanja, kao što su epilepsija, bolesti ovisnosti, bolni sindromi (npr. somatoformni bolni sindrom), kod primjene različitih lijekova, kao i kod kroničnih tjelesnih bolesti (npr. reumatoidni artritis) (Bardoni i Anders 2017; Resch i sur. 2012; Valrie i sur. 2013).

63.6. Etiopatogeneza

Etiopatogeneza nastanka poremećaja spavanja nije do kraja poznata, no vjeruje se da je riječ o kombinaciji bihevioralnih, razvojnih (razvojno sazrijevanje, konflikti, stres, traume) i obiteljskih čimbenika te čimbenika vezanih za djetetov temperament.

Insomnija, kao najčešći neorganski poremećaj spavanja, multifaktorijelne je etiopatogeneze. Na njezinu pojavnost, kao i na održavanje simptomatologije, mogu utjecati djetetovi individualni čimbenici (emocije i kognicija, temperament, ponašanje, napetost zbog školskih obveza, neredovita prehrana i tjelesna aktivnost, noćno jedenje, konzumiranje kofeinskih pića, danje spavanje), individualni čimbenici skrbnika (fizičko i mentalno zdravlje, strahovi i unutarnji nemir), dijadna i obiteljska interakcija (odgoj, konflikti, separacijska problematika), ponašanje u grupi vršnjaka (večernji izlasci, uporaba interneta i mobitela) te vanjske okolnosti (svjetlo i buka) (Resch i sur. 2012). Navedeni čimbenici mogu biti prisuti i kod **ostalih poremećaja spavanja**. Etiopatogeneza hipersomnolencije također je nepoznata i multifaktorijelna, a govori se o značajnom doprinosu genskih čimbenika (HLA DQB1). U prilog genskoj podlozi parasomnija (posebno se to odnosi na hodanje u snu i noćne strahove) govori povećana pojavnost unutar obitelji, a epizode mogu biti potaknute deprivacijom spavanja, bukom, povišenom tjelesnom temperaturom, te pojedininim lijekovima.

63.7. Terapija, prognoza

Pojedini aspekti pristupa i terapije prikazani su kod poremećaja spavanja u dojenačkoj dobi (v. poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi). Na prvom su mjestu u liječenju **psihoterapijske metode**. U djece i adolescenata mogu se primjenjivati suportivna psihoterapija, kognitivno-bihevioralne metode ili tehnike relaksacije. Psihodinamske terapije također se mogu primijeniti, a opisane su u poglavlju o poremećajima u dojenačkoj dobi, kao i u poglavlju o anksioznim poremećajima. Preventivne mjere uključuju edukaciju roditelja o poznavanju fiziologije spavanje te o mogućim odstupanjima. Važno je znati da je spavanje u velikom dijelu naučeno ponašanje, odnosno da dijete uči samo usnuti već u dojenačkoj dobi. Tijekom ciklusa spavanja događaju se fiziološka buđenja, pogotovo u drugoj polovici noći, a plač i traženje roditeljske blizine također su većinom naučeni (Hill 2011).

Roditelje i djecu potrebno je educirati o **higijeni spavanja**, tj. o zdravim navikama. Kako bi se stabilizirao cirkadijurni ritam, djeca bi trebala održavati regularan obrazac budnost – spavanje tijekom radnog tjedna i vikenda, imati pravilan dnevni raspored, uključujući obroke i tjelesnu aktivnost, izbjegavati jako svjetlo i ekrane najmanje sat vremena prije počinaka, izlagati se prirodnom svjetlu tijekom jutra te ograničiti unos kofeinskih pića i drugih supstancija koje utječu na san. Za uspostavljanje cirkadijurnog ritma važnije je održavati stalno vrijeme buđenja, nego odlaska na počinak. Mogu se primjenjivati različite rutine uspavlivanja kako bi se stvorila pozitivna povezanost između odlaska na počinak i pripreme tijela i uma za spavanje (npr. kupanje, maženje, čitanje priče). Idealno bi bilo da se rutine ne mijenjaju te da se obavljaju uvijek istim redom, ne dulje od 30 minuta. Također je potrebno izbjegavanje svakodnevnih aktivnosti u krevetu, kao što je pisanje zadaće ili gledanje televizije (Bardoni i Anders 2017). Već od najranije dobi važno je poticati dijete da samo zaspi, što se postiže ograničavanjem roditeljske prisutnosti. Jedna od najradikalnijih tehnika jest **nemodificirana bihevioralna eliminacija (ekstinkcija)** (engl. *cry it out* ili *cold turkey*), pristup u kojem se roditelje uči ne reagirati na djetetov plač tijekom noći (Hill 2011). Druge bihevioralne tehnike jesu modifikacije ekstinkcije, kao npr. **postupna eliminacija (ekstinkcija)**, pri čemu roditelj provjerava dijete, ali bez afektivne interakcije.

Insomnije se liječe psihoterapijom, bihevioralnim metodama i održavanjem **higijene spavanja**. Primjena

Tablica 63.3.**Najvažnije parasomnije**

Modificirano prema Bardoni i Anders 2017; Froehlich i Lehmkuhl 1998; Resch i sur. 2012.

	Hodanje u snu (somnambulizam)	Noćni strahovi (pavor nocturnus)	Noćne more
Klinička slika	kompleksno ponašanje s ustajanjem i hodanjem, obično nema buđenja	naglo buđenje praćeno vikanjem i intenzivnim strahom, tipično kratkotrajno (od 30 sekundi do 5 minuta)	snovi praćeni intenzivnim negativnim emocijama, npr. snovi o ozljeđivanju, o separaciji, o čudovištima
Orijentiranost i prateći simptomi	osobu je teško probuditi, dezorijentirana je, može biti prisutno govorenje, vikanje, vegetativni simptomi, amnezija		osoba je blaže dezorijentirana, naglo se razbuđuje i ima očuvano prisjećanje
Faza spavanja	prva trećina spavanja		zadnja trećina spavanja
Stadiji spavanja	NREM (3. i 4. stadij)		REM
Etiopatogeneza	razvojne varijante SŽS-a, ali i drugi čimbenici, od genskih do okolišnih		većinom konfliktna, stresna i traumatska etiologija
Specifično liječenje	izbjegavanje pretjerane pospanosti, osiguravanje dovoljno sna, liječenje mogućih anksioznih simptoma, prevencija ozljeđivanja		liječenje strahova, suportivno okruženje

psihofarmakoterapije nije indicirana, osim u slučajevima postojanja dodatnih psihijatrijskih poremećaja ili izostanka odgovora na bihevioralne tehnike (Bardoni i Anders 2017, Resch i sur. 2012). Lijek prvog izbora za insomniju najčešće je melatonin s obzirom na relativno siguran profil nuspojava, međutim, on je primjenjiv samo kao *off-label* primjena. Mogu se eventualno rabiti i drugi lijekovi.

Temeljni tretman **parasomnija** uključuje psihoterapiju, edukaciju roditelja i djece te osiguravanje sigurnosti u okolini (v. [tabl. 63.3.](#)).

S obzirom na to da manjak sna može potaknuti epizode, važno je održavanje **higijene spavanja**, uz mogućnost popodnevnog odmora. Ako je riječ o težem poremećaju koji ne odgovara na navedene metode, u obzir dolazi i davanje malih doza dugodjelujućih benzodiazepina, ne dulje od 2 do 3 mjeseca. Kod noćnih mora potrebno je misliti na mogućnost anksiozne, konfliktna i/ili traumatske etiologije. U terapiji mogu poslužiti tehnike vizualizacije ili crteža, u kojima dijete svjesno mijenja sadržaj sna u manje zastrašujuć, analiza snova, terapija igrom itd. (Bardoni i Anders 2017).

Općenito govoreći, neorganski poremećaji spavanja dobro reagiraju na terapiju, prije svega djelovanjem na etiopatogenetske čimbenike. Primarno je potrebno

liječiti somatska i psihijatrijska komorbiditetna stanja, ako ona postoje. Ako ne postoje komorbiditeti, što je rijetko u praksi, prognoza je dobra (Lempp 2014).

63.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Spavanje je fiziološko, visoko strukturirano stanje neuralne mreže, a označuje privremeni i periodični prekid budnosti. Važno je za sazrijevanje mozga i razvoj djeteta, kao i za ravnotežu mentalnih procesa i prorađivanje iskustava.
- ✓ Spavanje se od budnog stanja razlikuje po načinu prorađivanja informacija, a nakon buđenja postoji djelomično sjećanje za ovu aktivnost. S jedne strane, u spavanju postoji snažna barijera prema perceptivnim doživljavanjima, dok, s druge strane, postoji aktivnost osjećajnih struktura i struktura sjećanja.
- ✓ Danas se zna da su spavanje, kao i sanjanje djece važni.
- ✓ Najčešći poremećaji spavanja u dječjoj dobi jesu insomnija (nesanica), a u dječjoj su dobi važne parasomnije (somnambulizam, noćni strahovi i noćne more).

- ✓ Roditelje i djecu potrebno je educirati o higijeni spavanja, tj. o zdravim navikama. Kako bi se stabilizirao cirkadijurni ritam, djeca bi trebala održavati regularan obrazac budnost – spavanje tijekom radnog tjedna i vikenda, imati pravilan svakodnevni raspored, uključujući obroke i tjelesnu aktivnost, izbjegavati jako svjetlo i ekrane najmanje sat vremena prije poćinka, izlagati se prirodnom svjetlu tijekom jutra te ograničiti unos kofeinskih pića i drugih supstancija koje utječu na spavanje.

63.9. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Zašto uopće postoji spavanje?

ODGOVOR: Možda se pitanje čini suvišnim, ali ipak se može postaviti. Kao što postoji budnost, tako je nerazdvojno od njega i spavanje, to su različiti evolutivno-biološki načini funkcioniranja mozga i uma, odnosno cijelog organizma. Čini se slično kao što postoji dan, tako postoji i noć. Slično kao što postoji 24 sata u jednom danu. Kao što postoji sedam dana u tjednu, te kako postoji ukupno 365 dana u jednoj godini, gledano s pozicija fizike. Biblija i Talmud govore o sedam dana i noći na planetu Zemlji, koja je od Boga dodijeljena čovjeku da vlada njome. Vjerojatno je to tako kako jest, vjerojatno se to može objasniti na homeostatsko-evolutivni način, kao i cirkadijurno (postoji 24-sata na planetu Zemlji u jednom danu). Primjerice, da jednom ljudi nasele planet Merkur (zanemarit ćemo pitanje je li to uopće moguće), tamo jedan Zemljin dan (24 sata) traje zapravo 58,65 zemaljskih dana (ili ukupno 1407 sati), a, prema nekim drugim izvorima, traje i dulje. Kakav bi nam tada bio cirkadijurni ciklus? Neka ova pitanja ostanu neodgovorena. Ili, malo realnije, kakav će biti cirkadijurni ritam i spavanje ljudi kada nasele planet Mars? Tamo će biti 37 minuta više u jednom 24-satnom danu.

■ PITANJE: Zašto uopće postoji izmjena budnosti i spavanja?

ODGOVOR: Slično prije navedenom pitanju, gledano (neuro)biološki i psihološki, koliko je važno budno stanje, toliko je važno i spavanje. U budnom stanju postoji svjesno stanje, percepcija, motorika, autonomne aktivnosti, više moždane funkcije (osjećanje, mišljenje, sjećanje). U stadijima spavanja spavanje se od budnog stanja razlikuje po načinu prorade informacija i a nakon buđenja postoji djelomično sjećanje

za ovu aktivnost, a postoji i značajna osjećajna dimenzija („baš sam se dobro naspavao“; „imao sam loše snove i nisam se dobro osjećao“ itd.). S jedne strane, u spavanju postoji snažna barijera prema perceptivnim doživljavanjima, motorika je smanjena na najmanju mjeru, dok, s druge strane, postoji aktivnost osjećajnih struktura i struktura sjećanja (npr. dokazana je važnost snova za razvoj djeteta koja daje uvid u djetetovo funkcioniranje). Gledano evolucijsko-antropološki i paleopsihološki, budno bi stanje bilo važno za povećanu percepciju (oprez prema neprijatelju, zamjećivanje gdje ima hrane, zamjećivanje buduće partnerice kod muškaraca; zamjećivanje potreba djeteta kod žena), povećanu motoriku (ubijanje neprijateljskih plemena, priskrblijvanje hrane i seksualna aktivnost kod muškaraca; seksualna aktivnost i briga za djecu i obiteljsko gnijezdo kod žena), za kogniciju (planiranje opstanka; planiranje produljenje vrste rađanjem), dok bi spavanje i snovi bili važni za vraćanje svojim osjećajima (osjećajna prorada percepcije, vlastitih akcija, vlastitih svjesnih odluka i kognicije). Snovi se također navode i u Bibliji i u Talmudu kao važni fenomeni (v. posebno poglavlje 78 o snovima).

■ PITANJE: Postoje li u praksi izolirani poremećaji spavanja, bez drugih komorbiditeta?

ODGOVOR: Na ovo je pitanje teško odgovoriti. Kako je već prije u tekstu rećeno, poremećaji spavanja mogu djelovati na različito funkcioniranje tijekom dana (kao i obratno), tako da se preferira integralni pristup. Kod parasomnija obično je riječ o vrlo jasno definiranim kliničkim slikama, tako da se ove dijagnoze u praksi češće postavljaju. Nadalje, teško se u praksi nalaze parasomnije a da nemaju svoje komorbiditete.

■ PITANJE: Može li se lako odrediti diferencijalna dijagnoza od komorbiditeta kod poremećaja spavanja?

ODGOVOR: Nikako nije lako dati jasan odgovor. Jasna diferencijalna dijagnoza mogla bi se postaviti ako postoje jasni poremećaj interakcije dijete – skrbnik, jasni anksiozni poremećaj (koji se očituje i tijekom dana), autistični spektar poremećaja, depresivni poremećaj, manija, jasne nuspojave nekih lijekova, ovisnosti, alergije na hranu te epilepsija. Ili, s druge strane, ako postoji izolirani somnambulizam, koji se viđa u praksi, a ne može se vidjeti druga patologija. Veća je mogućnost za komorbiditete kod noćnih strahova uz anksiozni poremećaj, ili kod noćnih mora koji su

komorbiditetno povezani sa stresnim ili traumatskim poremećajima. Kako je već prije rečeno u tekstu, primarno se liječe diferencijalnodijagnostički entiteti, odnosno komorbiditetna stanja.

■ PITANJE: Mogu li se poremećaji spavanja liječiti psihoterapijski?

ODGOVOR: Čak i ako je riječ o „primarnim poremećajima spavanja“, bez evidentne druge psihopatologije, uz druge mjere higijene spavanja, danas smatramo da je potrebno koristiti se psihoterapijom. Veći uspjeh psihoterapijskog liječenja bit će kod insomnija, kao i kod noćnih mora. Kod noćnih mora mogu biti posebno korisne psihodinamske terapije, koje se mogu koristiti ego podupirućim intervencijama, analizom snova (v. poglavlje 78 o snovima), analizom igre i crteža, verbalizacijom te drugim tehnikama uspostavljanja prijenosa.

63.10. Pitanja

- 1 Navedite stadije budnosti i spavanja, te ukratko opišite njihova obilježja.
- 2 Navedite promjene u arhitektonici spavanja tijekom odrastanja.
- 3 Navedite najvažnije parasomnije i ukratko ih opišite.
- 4 Koji su najčešći komorbiditeti uz poremećaje spavanja?
- 5 Navedite principe liječenja poremećaja spavanja.

63.11. LITERATURA

1. American Academy of Sleep Medicine (AASM), ICSD-3, Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2014.
2. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.izd. Washington: New School Library; 2013.
3. *Bardoni A, Anders TF*. Sleep Disorders. U: Martin A, Volkmar FR i Bloch MH, ur. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. 5.izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 580-91.
4. *Begić D*. Poremećaji spavanja. U: Begić D, Jukić V, Medved V, ur. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2015, str. 232-40.
5. *Cortese S i sur*. Sleep disorders in children and adolescents: A practical guide. U: Rey JM i Martin AS, ur. *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Copyright 2011. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2018.
6. *Fricke L, Lehmkuhl G*. Schlafstoerungen im Kindes- und Jugendalter: Ein Therapiemanual fuer die Praxis. Goettingen: Hogrefe; 2006.
7. *Froehlich J, Lehmkuhl G*. Diagnostik und Differenzialdiagnostik von Schlafstoerungen im Kindesalter. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998;66(12): 553- 569.
8. *Hill C*. Practitioner review: effective treatment of behavioural insomnia in children. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52(7):731-40.
9. *Lehmkuhl G, Döpfner M, Plueck J i sur*. Haeufigkeit psychischer Auffaelligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjaherigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern- ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierten Modelle. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1998; 26 (2): 83- 96.
10. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
11. *Rechtschaffen A, Kales A, ur*. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Bethesda MD: U.S. Dept. Of Health, education, and Welfare; 1968.
12. *Resch F, Meyenburg K i Goldbeck L*. Psychische Stoerungen mit koerperlicher Symptomatik sowie chronische somatische Erkrangen mit psychischer Beteiligung. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2.izd. Berlin: Springer; 2012, str. 679- 715.
13. *Valrie CR, Bromberg MH, Palermo T i sur*. A systematic review of sleep in pediatric pain populations. *J Dev Behav Pediatr* 2013;34(2):120-8.
14. *World Health Organization*. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
15. *Zucconi M, Ferri R*. Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures: Classification of sleep disorders. U: Bassetti C, Dogas Z, Phillippe Peigneux P, ur. *Sleep medicine textbook*. Regensburg: European Sleep Research Society (ESRS); 2014, str. 97-100.

Poremećaj ponašanja, delinkvencija

Ivan Begovac

SADRŽAJ

64.1. Poremećaj ponašanja	880
64.1.1. Uvod	880
64.1.2. Definicija, klasifikacije	880
64.1.3. Prevalencija	881
64.1.4. Klinička slika, podtipovi poremećaji ponašanja	882
64.1.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	884
64.1.6. Komorbiditet	885
64.1.7. Etiopatogeneza	885
64.1.8. Klinička vinjeta	887
64.1.9. Liječenje	888
64.1.9.1. Uvod, prevencija	888
64.1.9.2. Terapija hitnih stanja	888
64.1.9.3. Principi liječenja	888
64.1.10. Tijek, prognoza	889
64.2. Delinkvencija	890
64.3. Upute za roditelje/nastavnike	891
64.4. Često postavljena pitanja	891
64.5. Pitanja	892
64.6. Literatura	893

64.1. Poremećaj ponašanja

64.1.1. Uvod

Agresivnost možemo definirati kao svako nasilno ponašanje koje uključuje misli, osjećaje i postupke. Vjerojatno se može razumjeti kao prirođeni nagon, koji se može mobilizirati putem frustracije jedne želje ili potrebe. Nije uvijek manifestna, može biti nesvjesna kao npr. u psihosomatskom poremećaju ili somatizacijskom poremećaju. Može se očitovati prema vanjskim osobama ili prema samom sebi (autoagresija) (Peters 1990).

Možemo reći da je agresija dio ljudske prirode i da ima pozitivnu adaptacijsku svrhu (Buitelaar i sur. 2013). Pozitivan aspekt agresivnosti pojedini autori nazivaju **asertivnošću**. Mnoga opozicionalna (suprotstavljajuća) ponašanja ili simptomi poremećaja ponašanja, poput laganja, manje krađe ili pojedinog agresivnog ponašanja, razvojne su osobitosti i ne moraju biti znak patologije (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Primjerice, jedan izolirani incident, npr. krađa kioska, ne mora biti odmah doveden u vezu s poremećajem ponašanja. S vremenom ovakva djeca i adolescenti uspijevaju postići kontrolu nad svojim ponašanjem, što je posljedica socijalizacijskog, interpersonalnog, kao i intrapsihičkog razvoja. Međutim, ako ne dođe do razvojne kanalizacije agresije u socijalno prihvatljivo ponašanje, tada govorimo o poremećaju.

Ovdje se koristimo terminom poremećaj (socijalnog) ponašanja u njegovu užem smislu, u smislu jasno određene dijagnostičke kategorije, kako je navedeno u MKB-10 klasifikaciji (WHO 1993). U tekstu nikako nećemo tvrditi da su svi psihički poremećaji u dječjoj dobi zapravo poremećaji u ponašanju. Prema ovome, potonjem stavu moglo bi onda biti da npr. kod fobije postoji izbjegavajuće ponašanje pa da onda to, posljedično također okarakteriziramo kao poremećaj ponašanja, što je nepravilno, jer se fobije ubrajaju u anksiozne (emocionalne) poremećaje (v. posebno poglavlje 56 o anksioznim poremećajima). Termin sličan poremećaju ponašanja jesu eksternalizirajući problemi, dok kod internalizirajućih problema sličnim terminom označujemo anksiozne i depresivne poremećaje.

Terminima poremećaj ponašanja, antisocijalno ponašanje, agresivno ponašanje, disocijalno (nedruštveno) ponašanje i opozicionalno ponašanje koristimo se više u medicinskom smislu, dok pod delinkventnim ponašanjem razumijevamo ponavljano izvr-

šenje kaznenih djela i pravni aspekt. Agresivno ponašanje je ono pri kojemu postoji izravna konfrontacija zlostavljača sa žrtvom. Nije svako dijete s poremećajem ponašanja delinkventno, no svako delinkventno dijete ima poremećaj ponašanja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Poremećaji ponašanja uključuju niz multidisciplinarnih sektora, a, osim medicinskog, u njih su uključeni i obrazovni, socijalni sektor, pedagoški, psihološki, zakonodavni i drugi sektori (NICE 2013; Steinhausen 2010). Važna je tranzicija poremećaja ponašanja između dječje, adolescentne i odrasle dobi jer postoji velika predikcija kontinuiteta razvoja od djetinjstva u odraslu dob (NICE 2013).

64.1.2. Definicija, klasifikacije

Poremećaj (socijalnog) ponašanja definiramo kao vremenski trajnu nesposobnost da se kontrolira vlastito ponašanje unutar socijalno definiranih pravila (Lempp 2014). **Riječ je o ponavljanom (repetitivom) i stalnom obliku disocijalnog (nedruštvenog), agresivnog ili izazivajućeg (prkosnog, opozicionalnog / suprotstavljajućeg/)** ponašanja, koji narušava za dob očekivana ponašanja (NICE 2013; WHO 1993). Posrijedi je široka i heterogena skupina poremećaja, što komplicira klasifikaciju, dijagnostiku i terapiju (Schmeck i Stadler 2012).

Prema znanstvenim kriterijima MKB-10, navedena su ukupno 24 kriterija, od čega minimalno 4 moraju biti prisutna da bi se postavila dijagnoza poremećaja ponašanja, stoga je ovdje riječ o jasno definiranom poremećaju (WHO 1993). Prema DSM-5, kriteriju A., označuju ponavljajući i stalan obrazac ponašanja u kojem se krše temeljna prava drugih ili društvene norme i pravila prikladna za dob, koje se prezentiraju s minimalno 3 od ukupno 15 kriterija prisutnih u posljednjih 12 mjeseci (APA 2013). Barem jedan kriterij mora biti prisutan u posljednjih 6 mjeseci. Kriteriji su sljedeći: **Agresivnost prema ljudima i životinjama:** 1. učestalo zlostavljanje, prijetnje i zastrašivanje drugih; 2. učestalo iniciranje fizičkih sukoba; 3. uporaba oružja koje može ozbiljno fizički naštetiti drugima (npr. palica, cigla, razbijena staklena boca, nož, pištolj); 4. postojanje fizičke okrutnosti prema drugim osobama; 5. postojanje fizičke okrutnosti prema životinjama; 6. krađa koja uključuje suočavanje sa žrtvom (npr. napad i krađa, krađa torbe, iznuđivanje, oružana pljačka); 7. prisiljavanje nekoga na seksualni odnos;

Oštećenje imovine: 8. namjerno sudjelovanje u izazivanju požara s namjerom uzrokovanja ozbiljne štete; 9. namjerno uništavanje tuđe imovine (osim izazivanja požara); **Obmanjivanje ili krađa:** 10. provala u nečiju kuću, zgradu ili automobil; 11. učestalo laganje s namjerom dobivanja dobara, usluga ili da se izbjegnu obaveze (npr. „varanje“ drugih); 12. krađa netrivialnih predmeta bez konfrontacije sa žrtvom (npr. krađa u dućanu, ali bez provale; krivotvorenje); **Ozbiljno kršenje pravila:** 13. često ostajanje vani noću unatoč roditeljskim zabranama, početak prije 13. godine; 14. bježanje od kuće preko noći barem dvaput u vrijeme stanovanja kod roditelja ili udomitelja, ili jedanput, bez povratka dulje vrijeme; 15. često izostajanje iz škole, s početkom prije 13. godine.

MKB-10 (WHO 1993) razlikuje sljedeće entitete:

- F91.0 Poremećaj ponašanja, koji je ograničen na obiteljsko okruženje. Simptomi su isključivo prisutni kod kuće.
- F91.1 Poremećaj ponašanja, kod kojega nema socijalnih veza s drugima. Osim poremećaja ponašanja ova djeca/adolescenti nemaju prijatelje, niti se druže s drugima.
- F91.2 Poremećaj ponašanja, uz održane socijalne kontakte. Osim poremećaja ponašanja, ova djeca /adolescenti dobro su integrirani sa svojim vršnjacima.
- F91.3 Poremećaj ponašanja s opozicionalnim (suprotstavljajućim) i prkosnim ponašanjem (opisano je u posebnom poglavlju 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi, /podnaslov 33.3.4/, jer može uključivati i malu djecu). Prekomjerno provokativno, negativističko i prkosno ponašanje, uz afektivnu nestabilnost (izljevi bijesa) i iritabilnost uz manjak težih agresivnih ili disocijalnih (nedruštvenih) ponašanja npr. u djece do 10 godina. Ovo se smatra „blažim“ oblikom poremećaja (Steinhausen 2010), odnosno, prema DSM-5, opozicionalni poremećaj prethodi poremećaju ponašanja.

Ako postoje zajedno poremećaj ponašanja i hiperkinetski poremećaj, kodira se sa F90.1; ako zajedno postoje poremećaj ponašanja i depresivni poremećaj, kodira se s F92.0, te, ako postoji kombinacija poremećaja ponašanja i drugih emocionalnih poremećaja, onda se kodira s F92.8.

DSM-5 u ovom području razlikuje više entiteta, koje skupno naziva „ometajućí poremećaj, poremećaj

kontrola impulsa i poremećaj ponašanja“ (*engl. disruptive, impulse control and conduct disorder*) (APA 2013). **Opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje** označuje ponašanje u kojem se nalazi opozicija, nema izravne agresije, postoji emocionalna disregulacija (koja ne postoji kod poremećaja ponašanja) i blaže je od poremećaja ponašanja (*conduct disorder*). **Ometajući poremećaj disregulacije raspoloženja** (*engl. disruptive mood dysregulation disorder*) sličan je opozicionalnom poremećaju, međutim, poremećaj raspoloženja (izljevi bijesa) jače su izraženi i poremećaj raspoložena pokazuje tendenciju stalnosti (vidi poglavlje 55 o afektivnim poremećajima). Kod „**intermitentnog /koji se javlja na mahove/ eksplozivnog poremećaja**“ riječ je o izrazitim izljevima bijesa, međutim, postoji i izravna agresija, dakle riječ je o impulzivnoj agresiji, koja ne postoji kod opozicionalnog poremećaja. Intermitentni eksplozivni poremećaj na neki način sličí impulzivnom tipu agresije (v. poslije) te se ne odnosi na dosezanje nekog cilja svoje agresije, kao pri **poremećaju ponašanja** (*engl. conduct disorder*).

Sveukupno gledano agresija je vremenski stabilna bihevioralna dimenzija koja je povezana s više negativne emocionalnosti (Klahr i Burt 2014), dakle eksteralizirajući problemi mogu često biti povezani i s internalizirajućim smetnjama (anksioznost, depresija) (Loeber i sur. 2009).

64.1.3. Prevalencija

Gotovo do 90 % adolescenata imalo je pojedinačan ponašajni simptom (npr. oštećenje stvari ili imovine, fizičko ozljeđivanje drugih, pojedinačno sudjelovanje u krađi), no svakako postojanje takvog, pojedinačnog simptoma, ne označuje da je riječ o poremećaju (Schmeck i Stadler 2012). Učestalost poremećaja varira od 2 do 10 % (APA 2013; Lempp 2014), a, s obzirom na to da postoji raniji i kasniji početak poremećaja, oko 17. godine nalazi se vrh prevalencije. Mladići imaju poremećaj ponašanja 2 do 4 puta češće od djevojaka, a pri ranom početku ta je razlika veća nego u adolescentnoj dobi (s kasnijim početkom), ali je ipak prisutna. Dijagnoza se postavlja samo do 18. godine života (Lempp 2014). U dječjoj psihijatrijskoj praksi nalazi se do 50 % slučajeva (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011), te je jedan od najčešćih razloga upućivanja u službe mentalnoga zdravlja (NICE 2013). Smatra se da, međutim, samo oko 15 do 25% djece i adolescenata s poremećajem ponašanja dobiva terapiju (Steinhausen 2010).

64.1.4. Klinička slika, podtipovi poremećaji ponašanja

Sve se manifestacije poremećaja socijalnog ponašanja odnose na kratkotrajnu dobit kroz agresivno ili antisocijalno ponašanje na račun nekoga trećega, uz manjak socijalnih kompetencija, s negativnim stajalištima prema drugima, kao i sa smanjenom spremnošću na reakciju u slučaju socijalnog odobravanja ili neodobravanja (Steinhausen 2010). Ovaj je poremećaj mnogo ozbiljniji od „dječjeg nestašluka” ili adolescentne pobune i uključuje: svadljivost, izazivajuće i provokativno ponašanje, stalnu i tešku neposlušnost, teške izljeve bijesa, tiraniziranje drugih, ponavljano laganje, verbalno i fizičko nasilništvo, teške tučnjave, okrutnost prema životinjama i/ili ljudima, paljevine, krađe, česte izostanke iz škole i bježanje od kuće, a nadilaze uobičajeno ponašanje vršnjaka i ne odgovaraju djetetovoj razvojnoj razini (Lempp 2014; Schmeck i Stadler 2012; Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Ponašanje mora trajati minimalno šest mjeseci i oštećivati djetetovu svakodnevicu u smislu npr. smanjenja socijalizacije ili prorade razvojnih zadataka (Lempp 2014; Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Postoji svjesna namjera činjenja lošega drugima. Prisutna je duboka narcistička orijentacija. Često nedostaje uvid u počinjena djela, prisutan je manjak tolerancije na frustraciju, kao i površnost u odnosima (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Za prognozu je važna težina pojedinih simptoma, odnosno ukupan broj različitih simptoma (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Danas smatramo da je ovdje riječ o heterogenoj skupini poremećaja i stoga je korisno razlikovati različite podtipove poremećaja (Klahr i Burt 2014) te nam to može biti od pomoći kod terapijskog pristupa (Blair i sur. 2014). Međutim, pojedini od ovih tipova ne bi se trebali shvatiti usko kategorijalno, nego više dimenzionalno, npr. instrumentalno-agresivni tip *versus* impulzivno-agresivni tip ili u djetinjstvu započeti i perzistentni tip *versus* samo na adolescenciju ograničeni tip (Burt 2012; Fairchild i sur. 2013).

U **tablici 64.1.** navedene su različite podjele ili podtipovi poremećaja ponašanja.

Kao što se vidi u tablici, prva podjela može biti prema tome pojavljuje li se poremećaj samo unutar obitelji ili i izvan nje. Ako se poremećaj nalazi samo unutar obitelji, intervencije će, naravno, više biti usmjerene na obitelj. Nadalje, podjela može biti prema tome postoje li socijalne veze ili ne. Općenito je dojam da je prognoza bolja kod poremećaja pri kojemu

Tablica 64.1.

Različite podjele ili podtipovi poremećaja ponašanja.

Modificirano prema Fairchild i sur. 2013; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010.

- Je li samo unutar obitelji ili i izvan nje?

- Postoje li socijalne veze s vršnjacima ili ne?

Prema skupovima (klasterima):

1. disocijalni (nedruštveno kršenje pravila – neagresivan tip, nema izravne konfrontacije sa žrtvom),
2. opozicionalni (suprotstavljajući);
3. agresivni tip (postoji izravna konfrontacija sa žrtvom): instrumentalno agresivni (beščutno bezosjećajni /*callous unemotional*/; proaktivni); impulzivno agresivni (reaktivni); anksiozno agresivni.

Prema vremenskom tipu i perzistenciji:

1. rano započeti (perzistirajući tip),
2. za adolescenciju ograničeni tip,
3. za djetinjstvo ograničeni tip,
4. adolescentno započeti i perzistirajući tip.

Prema spolu (djevojke su više verbalno i indirektno agresivne)

Prema otvorenom tipu (fizički sukobi, krađe u dječjoj dobi) ili prikrivenom tipu (laganja, bjegovi, krađe tipične za adolescente)

Prema komorbiditetu:

- hiperkinetski poremećaj
- depresija
- anksiozni (emocionalni) poremećaj
- specifični razvojni poremećaji
- uzimanje psihoaktivnih supstancija

postoje održane vršnjačke veze. Prema skupovima (klasterima) pojedini ih autori dijele na tri grupe: 1. disocijalni sindrom (neprihvatanje socijalnih pravila; nema izravne konfrontacije sa žrtvom; nedruštveno); 2. prkosno opozicionalno ponašanje (suprotstavljanje ili prkos prema odraslima), te 3. agresivno ponašanje (postoji izravna konfrontacija sa žrtvom), pri kojemu razlikujemo načelno tri tipa: instrumentalni, impulzivni i anksiozni tip (Lempp 2013; Schmeck i Stadler 2012).

U **tablici 64.2.** prikazan je klinički opis sljedećih podtipova: instrumentalno agresivni, impulzivno agresivni i anksiozno agresivni, premda vjerojatno u kliničkoj praksi ima preklapanja.

Kao što se vidi u tablici, instrumentalno agresivni vjerojatno ne postoje u svojoj čistoj formi, oni se približavaju konceptu beščutno bezosjećajnih crta (*callous*

Tablica 64.2.

Klinički opis različitih podtipova poremećaja ponašanja

Modificirano prema Dutschmann 2000; Hare i sur. 1991; Lempp 2014; Schmeck i Stadler 2012; Vitiello i Stoff 1997.

	Instrumentalno agresivno ponašanje	Impulzivno agresivno ponašanje	Anksiozno agresivno ponašanje
Dominantnost i motivacija za djelovanje	agresivno ponašanje (otvoreno agresivno); dobivanje koristi za sebe	neagresivno kršenje pravila (<i>Rule breaking behavior</i>); prikriveno impulzivno ponašanje	dominira anksioznost
Izazivač i posljedice	proaktivno, prema cilju orijentiran „hladno”, ima za sebe koristi	reaktivna agresija i „vruće”; nema za sebe koristi; bez racionalne koristi	
Otvorenost, kontrola	skriveno i kontrolirano	otvoreno i nekontrolirano	
Afektivna pratnja i autonomna pobuđenost (reaktivnost)	niska (bez emocija), nema patnje	visoka, uz patnju	
Glavni afekti	sigurnost u sebe; osjećaji moći	nervoza, „slijepi bijes”	anksioznost, depresivnost, prekomjerna kontroliranost
Dominantni simptomi	delinkventno ponašanje (krađe, ucjene, preprodavanje droge)	agresivna djela prema tijelu (tučnjava)	agresivna djela prema tijelu (tučnjava), kao i delinkventno ponašanje
Karakteristike ličnosti i sličnosti	„konstrukt psihopatije”: vanjski šarm, nema stalnih odnosa, bez empatije, bez osjećaja krivnje, nema straha, antisocijalni način života - beščutno bezosjećajne crte (engl. <i>callous unemotional traits</i>)	„teški temperament od djetinjstva”	poremećaj emocionalne regulacije od djetinjstva
Empatija, osjećaji krivnje i strah, razvoj savjesti	nedostatak	prisutno u određenoj mjeri ili oštećeno	
Motivacija za promjenom	niska, ne smatraju da je riječ o poremećaju	postoji želja za promjenom	
Etiopatogeneza	psihosocijalni i socijalni čimbenici	biološki (visoka senzitivnost na strah) i psihobiološki čimbenici	psihobiološki čimbenici; traumatska iskustva
Roditeljski stil	distancirani roditelji	prekomjerne iritabilne reakcije na minimalne simptome	anksiozni roditelji
Terapija	socijalnopedagoške mjere; fokus je na sigurnoj privrženosti, razvoju empatije te na poticanju razvoja savjesti	rad na smanjenom samopoštovanju; stvoriti sigurnu terapijsku klimu; medikamentna terapija	kreirati sigurnu klimu; rad na traumati; psihodinamske terapije
Prognoza i prelazak	teža, prelazak u disocijalni (antisocijalni poremećaj ličnosti)	bolja, prelazak u emocionalno nestabilnu ličnost, impulzivni tip	bolja

unemotional traits); kada postoji poremećaj razvoja savjesti, odnosno „psihopatije“ u odrasloj dobi (Frick i sur. 2014; Hare i sur. 1991). Djeca s bešćutno bezosjećajnim crtama (*callous unemotional traits*) pokazuju težu simptomatologiju i perzistenciju u odraslu dob (Klahr i Burt 2014). Kod instrumentalno agresivnog tipa obično postoje nepovoljni okolišni i obiteljski čimbenici, pa su stoga dominantne socijalnopedagoške mjere, te mjere izgradnje privrženosti i savjesti. Impulzivni tip agresije često je povezan s nepoštovanjem pravila, kao i s početkom u adolescenciji (Klahr i Burt 2014). Ovdje često postoji „**slijepi bijes**“, u etiopatogenezi su češći psihobiološki čimbenici, a dominantne su terapije na uspostavljanju boljeg samopoštovanja i sigurne terapijske klime. Agresivno-anksiozni tip sličan je impulzivnom tipu, međutim dominiraju anksioznost i depresija, poremećaj emocionalne regulacije, u etiopatogenezi su prisutni psihobiološki i traumatski čimbenici, a u terapiji se primjenjuju psihodinamske terapije, te druge vrste terapija.

Pojedini autori, prema razvojno-psihopatološkom tipu, navode sljedeće podjele: rano započeti (perzistirajući tip) te za adolescenciju ograničeni tip (Buitelaar i sur. 2013; Steinhausen 2010). Kod rano započeto tipa poremećaj počinje u djetinjstvu, često uz hiperkinezu, specifične razvojne poteškoće, deficitarne socijalne sposobnosti; veći je genski rizik; često je izražena obiteljska disfunkcija, visoka je frekvencija disocijalnih (nedruštvenih) radnji; remisija je u samo oko 50 %, te je češći u dječaka (4 : 1). Kod adolescentno ograničenog tipa nastup je u adolescenciji, rjeđe se nalaze hiperkineza i specifične razvojne smetnje; u većoj su mjeri prisutne socijalne sposobnosti, veći je utjecaj vršnjaka na devijantno ponašanje, manje je poremećena obiteljska sredina; manji je genski rizik; niža je frekvencija disocijalnih (nedruštvenih) radnji, frekvencija remisije je do 90 %; dječaci češće obolijevaju nego djevojke (2 : 1) (Buitelaar i sur. 2013; Steinhausen 2010). Pojedini autori stoga nazivaju započeti tip iz djetinjstva kao neurorazvojni poremećaj, dok se kod adolescentnog tipa pretpostavlja imitacija vršnjaka i odraslih osoba (mimikrija), međutim, u posljednje vrijeme istraživanja govore i o neurorazvojnim promjenama i pri adolescentno započetoj poremećaju (Fairchild i sur. 2013). Nastavljajući se na ovu podjelu, pojedini autori dodaju još sljedeća tri tipa: normativno eksperimentiranje, što i nije poremećaj ponašanja; na djetinjstvo ograničen i, konačno, na adolescentno započeti perzistentni tip (Fairchild i sur. 2013).

Može postojati različita simptomatologija s obzirom na spol. Kriteriji poremećaja ponašanja više su bili predviđeni za muški spol, npr. u klasifikaciji nema toliko riječi o indirektnoj i verbalnoj agresiji. Rezultat je toga da se danas općenito govori o većoj prevalenciji u muškoga spola, premda je ovdje potreban oprez u njegovoj interpretaciji (Schmeck i Stadler 2012).

Može se također napraviti podjela s obzirom na otvoreni i prikriveni oblik (Lempp 2014). Kod otvorenog tipa riječ je o jasnim manifestacijama u obliku fizičkih sukoba te o krađi u dječjoj dobi. Kod prikrivenog tipa radi se o laganjima, bjegovima te o krađama tipičnima za adolescente. Podjela podtipova prema komorbiditetu navedena je već i u [tablici 64.1.](#), a biti će i poslije u tekstu o tome riječi.

64.1.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

Anamneza se, u pravilu, provodi odvojeno s djetetom/adolescentom, te zajedno s njegovim roditeljima/skrbnicima, a konačno može i odvojeno samo s roditeljima/skrbnicima (Lempp 2014). Posebno je pitanje odnosi li se poremećaj samo na obiteljsku sredinu ili postoji i izvan obitelji, npr. u školskoj sredini. Sljedeće pitanje može biti u vezi s tim postoje li socijalne veze s vršnjacima ili ne. Važno je i pitanje jesu li sadašnji simptomi posljedica aktualnih odgojnih roditeljskih stilova. Pitanje može biti o tome jesu li su smetnje nastale nakon nekog životnog događaja ili trauma. Većinom djeca i adolescenti umanjuju važnost vlastita ponašanja. Provodi se multiinformativna anamneza o različitim funkcionalnim područjima djeteta/adolescenta. S obzirom na to da djeca/adolescenti obično dolaze na pregled protiv svoje volje, stvaranje **terapijskog saveza** u početnom kontaktu, kao i u početku terapije čini se od odlučujuće važnosti. Potrebno je anamnestički dobiti podatak kada su smetnje počele (raniji ili kasniji početak), jer to ima utjecaja na prognozu (bolju prognozu imaju oni s kasnijim početkom) (Schmeck i Stadler 2012). Važna je osobna anamneza, a ovdje se posebno fokusiramo na mogućnost hiperkinetskog sindroma, tjelesnog i seksualnog zlostavljanja, bolesti SŽS-a i na razvoj simptoma (Steinhausen 2010). Kod obiteljske anamneze fokus stavljamo na roditeljske stilove odgajanja te na moguće psihopatološke smetnje u roditelja (Steinhausen 2010). Također se možemo orijentirati na to postoje li kajanje, empatija, kontrola emocija, odnosno emocionalni dio, te na način privrženosti i odnos povjerenja (Schmeck i

Stadler 2012; Steinhausen 2010). Potrebno je detaljno anamnestički pitati za nepovoljne psihosocijalne okolnosti (peta os multiaksijalne klasifikacije MKB-10- vidi posebno poglavlje 25 o klasifikaciji). Važne teme pojedinačne anamneze mogu biti delinkventno ponašanje, uzimanje psihoaktivnih supstancija, seksualni razvoj, korištenje internetom i pitanja suicidalnosti (Lempp 2014). Osim psihopatologije, treba pitati i za pozitivne sposobnosti, npr. je li dijete/adolescent član nekog sportskog kluba. Preporučuje se i psihološka procjena (razvojni testovi, projektivni testovi, testovi inteligencije) i defektološka (edukatora rehabilitatora, socijalnog pedagoga) dijagnostika zbog čestih problema sa školom te prisutnih razvojnih smetnji. Pri tjelesnom pregledu treba obratiti pozornost na eventualnu mogućnost tjelesnog i seksualnog zlostavljanja, znakove ovisnosti, na samoozljeđujuće ponašanje i prisutne neurološke otklone (Lempp 2014). Može biti koristan i test probira na droge u urinu (Lempp 2014). Uobičajeno se primjenjuju laboratorijski testovi, EKG, i EEG. Mogu se rabiti skale psihopatologije (npr. Achenbachove liste), specifične skale za agresiju ili skale za bešćutno bezosjećajne crte (*callous unemotional trait scale*) (Buitelaar i sur. 2013).

Diferencijalnodijagnostički, treba isključiti normalnu djecu/adolescente, koji katkada imaju probleme s vlastitom agresijom, ali takva ponašanja nisu trajna i repetitivna. U slučaju prisutne shizofrene psihoze (F20) ili dubokoga razvojnog poremećaja (F84) isključuje se dijagnoza poremećaja ponašanja. Posebno se kod prodroma shizofrene psihoze ili manične epizode mogu pojavljivati nerazjašnjeni poremećaji ponašanja npr. nejasni agresivni ispadi (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Diferencijalnodijagnostički gledano također je potrebno razlikovati poremećaj ponašanja od epilepsije, hiperkinetskog sindroma, intelektualnih teškoća, organski uzrokovanih poremećaja, kao i od poremećaja prilagodbe (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

64.1.6. Komorbiditet

Postoji čest komorbiditet poremećaja ponašanja s drugim poremećajima. Suprotno običaju klasifikacije, MKB-10 daje mogućnost komorbiditetnih dijagnoza. Kod dijagnoze F90.1 nalaze se u komorbiditetu hiperkinetski poremećaj i poremećaj ponašanja. U djece s poremećajem ponašanja u do 50 % slučajeva može postojati komorbiditet s hiperkinetskim sindromom i

tada je prognoza lošija u usporedbi s djecom koja imaju samo poremećaj ponašanja. Može postojati i komorbiditet s drugim specifičnim razvojnim poremećajima. Kod F92 i F92.8 u komorbiditetu je poremećaj ponašanja s depresijom ili nekim drugim emocionalnim poremećajem (internalizirajući problemi). Nekada je postulirana teorija o podležućoj depresiji pri poremećaju ponašanja te se tijekom terapijskoga procesa pojava depresije karakterizirala kao povoljan terapijski tijek (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Istodobno se, međutim, može dogoditi pojava opasnosti od destabilizacije jer je agiranje svojih konflikata/deficita (depresivnih i emocionalnih) putem ponašanja imalo svoju stabilizirajuću funkciju (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Načelno, ako postoji dodatni emocionalni poremećaj, prognoza može biti povoljnija (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Ako se poremećaju ponašanja pridoda još i zloupotreba sredstava ovisnosti, postoji veća vjerojatnost za razvoj izrazitijeg poremećaja ponašanja i posljedične delinkvencije. Oko 50 % osoba s poremećajem ponašanja koji se dijagnosticiraju do 18 godina u odrasloj dobi dobije dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti (NICE 2013).

64.1.7. Etiopatogeneza

Na slici 64.1. prikazana je sažeta etiopatogeneza poremećaja ponašanja

Kako se vidi na slici, danas se smatra da je riječ o multifaktorijskom konceptu, koji uključuje biološke, psihobiološke, psihosocijalne i socijalne čimbenike (Schmeck i Stadler 2012). Pojedini su čimbenici različito uključeni u pojedine tipove poremećaja ponašanja (v. tabl. 64.2.).

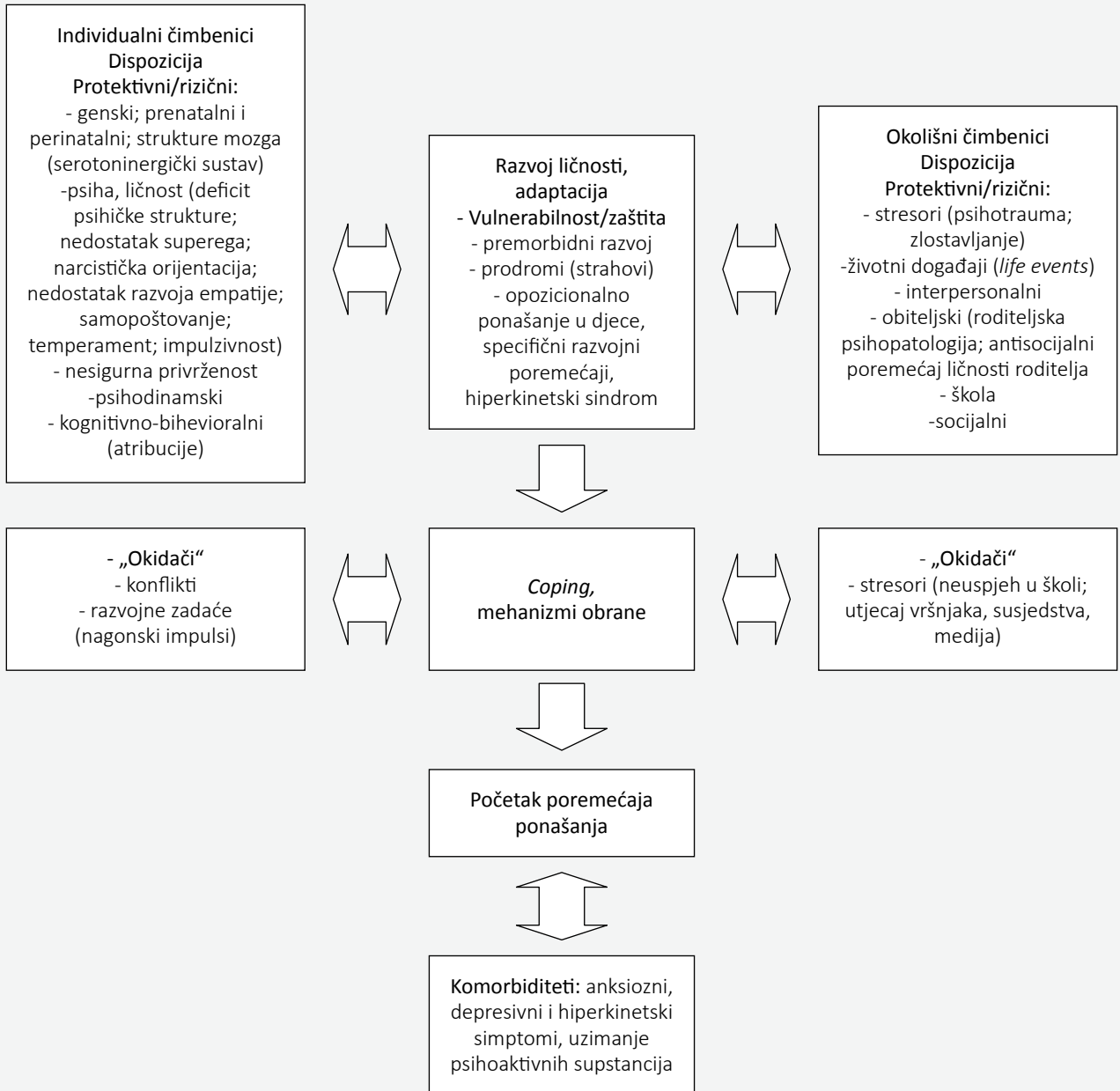
Čimbenike možemo podijeliti na različite načine. Pojedini autori razlikuju: čimbenike koji potječu od djeteta (biološki, psihobiološki /impulzivnost, temperament/), čimbenike iz okoline (abnormalne psihosocijalne životne okolnosti; roditeljski stil odgoja; utjecaj vršnjaka, sociološki čimbenici), psihodinamski i kognitivni model, te ostale čimbenike.

Od **bioloških čimbenika** važni su genski čimbenici, koji sami za sebe ne uzrokuju poremećaj ponašanja, međutim, mogu značiti određenu vulnerabilnost za razvoj, odnosno indirektno se moderiraju preko karakteristika ličnosti i kognitivnih varijabli. Studije pokazuju ulogu serotonina, kao i gensku kontrolu serotonina koje mogu zajedno imati utjecaj na razvoj impulzivno- agresivnog tipa poremećaja (Craig i Hal-

Slika 64.1.

Integrativni etiopatogenetski model poremećaja ponašanja.

Modificirano prema Cloninger 1987; Craig i Halton 2009; Fonagy 1998; Lempp 2014; Schmeck i Stadler 2012; Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011.



ton 2009). Moždane strukture koje se povezuju najčešće su oštećenje desnog orbitofrontalnog režnja, koje sudjeluje u blokadi socijalno nepoželjnog oblika ponašanja; nadalje, redukcija volumena limbičkih struktura, posebice amigdala, prednje inzule, te redukcija volumena temporalnih i orbitofrontalnih regija. Centralni patogeni mehanizam mogao bi biti neurobiološki poremećaj emocionalnih procesa (manjak empa-

tije, oštećen razvoj savjesti ili nezadovoljavajuća kontrola emocija i ponašanja). Neurokemijski i hormonalni nalazi govore da postoji niži funkcijski status serotoninergičkih puteva koji rezultira smanjenom inhibicijom impulzivnosti i agresivnosti. Psihofiziološki nalazi povezuju periferne psihofiziološke mjere, kao što je aktiviranje ili reaktivnost (pobuđenost) kardiovaskularnih i elektrodermalnih parametara, sa psi-

hopatološkim simptomima. Posebno se s poremećajem ponašanja povezuju smanjenje psihofiziološke aktivnosti i reaktivnosti (podražljivosti), povezane s nižom bazalnom srčanom frekvencijom i smanjenom provodnošću putem kože, odnosno manjim brojem spontanih fluktuacija provodnosti kože. Kod **psihobioloških čimbenika** važna je impulzivnost u predškolskom razdoblju, koja je jedan od prediktora razvoja kasnijeg poremećaja ponašanja. Temperament označuje osnovne dimenzije ličnosti, koje se mogu opaziti rano u djetinjstvu i koje imaju relativnu stabilnost u razvoju. Cloninger (1987) navodi temeljne dimenzije temperamenta u svojim suprotnostima „znatiželja“ (traženje novoga, aktivacija ponašanja) *versus* „izbjegavanje povrede“ (inhibicija ponašanja). Kod poremećaja ponašanja nalazimo visoku znatiželju, što može dovesti do rizičnih situacija, uz manjak izbjegavanja povrede, odnosno manjak straha od nepoznatih situacija. Neuropsihološki deficiti upućuju na to da kod poremećaja ponašanja češće nalazimo slabiju verbalnu inteligenciju.

Abnormalne psihosocijalne životne okolnosti poznati su rizični čimbenik: siromaštvo, nedostatni odgoj, tjelesno i seksualno zlostavljanje i zanemarivanje, traumatske okolnosti, roditeljski konflikti i razdvojenosti, antisocijalni poremećaj kod roditelja, psihicka bolest roditelja, promjena bliske osobe koja se brine za dijete, socijalno izolirane obitelji (Lempp 2014; Schmeck i Stadler 2012). Roditeljski stil odgoja upućuje na nekonzistentno i neadekvatno roditeljsko ponašanje, dakle neprikladno discipliniranje djece (nedostatak davanja granica djeci), ali i odviše kažnjavajući odgojni stil, jedan je od rizičnih čimbenika nastanka eksternalizirajućeg ponašanja (agresivnog). Utjecaj vršnjaka također može biti važan. Adolescenti s poremećajem ponašanja osjećaju se magično dobro uz druge vršnjake koji imaju slične probleme kao i oni sami. Dodatno mogu biti prisutni smetnje učenja te školski neuspjeh. Od socioloških čimbenika treba spomenuti toleranciju nasilja u okolini te utjecaj medija, kao što su TV, videoigrice i računalne igrice, s obzirom na agresivno ponašanje. Za ovu temu može se reći da je kontroverzna (mediji i agresivnost), međutim, prevladava mišljenje da povezanost postoji.

Psihodinamski modeli govore o deficitu psihičke strukture. Nadalje, sustav privrženosti omogućuje malom djetetu da može regulirati vlastite osjećaje. Privrženost potiče razvoj prosocijalnih sposobnosti kao što su moral, empatija, briga i zauzetost za drugoga.

Fonagy (1998) opisuje da se u djece s nesigurnom privrženosti razvijaju eksternalizirajući problemi. Može se postulirati i deficit empatije. Empatija označuje mogućnost da se jedna osoba može uživjeti u položaj druge osobe, a čini se da postoji manjak empatije kod poremećaja ponašanja. Nezrela i nedostavno izgrađena savjest (superego patologija) može biti jedna od važnih kliničkih značajki djece s poremećajem ponašanja. **Pogreška u procjeni (atribuciji)** namjere drugih sljedeći je kognitivni mehanizam koji se može naći u djece s poremećajem ponašanja.

Ostali čimbenici mogu biti različiti. Situacijski (neposredni) čimbenici mogu neposredno pospješivati razvoj pojedinog agresivnog čina. U ovo ubrajamo: kršenje normi, frustracije, razočaranja, interpersonalne sukobe, stresore (vrućina, buka, bol), kao i korištenje droga ili alkoholom. Od **protektivnih čimbenika** (otpornost; *resilience*) možemo navesti pozitivnu povezanost s jednom bliskom odraslom osobom, prijateljstvo sa socijaliziranim vršnjacima, manje „traženje novoga“ kao crtu ličnosti, bolju kontrolu impulsa, bolje socijalne sposobnosti, npr. u školi ili na poslu, te prosječna ili iznadprosječna inteligencija (Vloet i Hertz-Dahmann 2011).

64.1.8. Klinička vinjeta

Na pregled k dječjem psihijatru dolazi 11-godišnji dječak. U kliničkoj slici dominira ukupno tri simptoma za poremećaj ponašanja prema DSM-5 kriterijima. U kliničkoj slici postoji stalan obrazac neprimjerna ponašanja, koji traje dulje od 12 mjeseci. Prema drugim osobama postoji verbalno zastrašivanje i vrijeđanje, kao i učestalo fizičko obračunavanje, uz često izostajanje iz škole, navodeći da je odlazak u školu nepotreban. Postoje dodatni simptomi nesocijaliziranosti s vršnjacima, učestala dosada, odlazak u virtualni svijet igrice, kao i prikriveni emocionalni problemi koji traju više godina unatrag (manjak emocionalne regulacije). Djelomično u dječaka postoji želja za promjenom svojeg ponašanja. Skrbnička je okolina relativno nepovoljna, uz manjak osjećajne brige od skrbnika, često s nekonzistentnim stilom odgajanja. U kliničkoj slici prevladava manji broj simptoma za poremećaj ponašanja, što inicira stacionarno psihoterapijsko liječenje. Usporedo je u slučaj uključen i nadležni centar za socijalnu skrb, sa svojim pedagoškim mjerama. Tijekom nastavne ambulantanje terapije planira se daljnja individualna terapija djeteta, uz rad s roditeljima, kao i nastavak pedagoškog praćenja od nadlež-

nog centra za socijalnu skrb. Predviđa se bolja prognoza ovog slučaja s obzirom na manji broj izraženih simptoma, kao i započetu multidisciplinarnu terapiju.

64.1.9. Liječenje

64.1.9.1. Uvod, prevencija

U tablici 64.3. sažeto su prikazani principi terapije.

Kao što se vidi u tablici, preventivne mjere potrebno je početi primjenjivati što prije. Primarna bi se prevencija odnosila na prenatalne mjere, kao npr. savjetovanje i praćenje žena s različitom problematikom (uporaba droga, nikotina, alkohola u trudnoći; davanje socijalne i psihološke potpore itd.). Preventivne bi mjere mogle uključivati i savjetodavni rad i terapije poremećaja u dojenačkoj dobi (npr. regulacijskih poremećaja), vidi o tome u poglavlju o poremećajima u dojenačkoj dobi, u vezi s poticanjem roditeljskih kompetencija, kao i na neki oblik probira (skrininga) ponašanja u vrtiću. Mogu se provoditi i preventivne intervencije nasilnog ponašanja u školama (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011).

Tablica 64.3.

Terapija poremećaja ponašanja.

Modificirano prema Buitelaar i sur. 2013; Dutschmann 2000; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; NICE 2013; Schmeck i Stadler 2012; Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011.

Preventivne mjere
Terapija hitnih stanja
Opći principi liječenja (primarno se primjenjuju psihosocijalne terapije, te usporedne pedagoške mjere, multimodalne i multidisciplinarnu terapije)
Specifični terapijski postupci
Rad s roditeljima
Medikamentna terapija
Druge pedagoške mjere

64.1.9.2. Terapija hitnih stanja

Potrebni su procjena i liječenje sljedećih situacija: 1. akutna opasnost za druge osobe; 2. akutna suicidalnost; 3. akutna sumnja na zlostavljanje djeteta/adolescenta; 4. potreba opterećenja roditelja/skrbnika (Lempp 2014). Povremeno je potrebno hitno izdvajanje djeteta/adolescenta iz obitelji (Lempp 2014).

64.1.9.3. Principi liječenja

Općenito se primarno primjenjuju psihosocijalne metode liječenja (Buitelaar i sur., 2013). Načelno, promjena (socijalnog) poremećaja ponašanja teže je dostupna (Lempp 2014). Zbog ovog se razloga često primjenjuju multimodalne i multidisciplinarnu terapije (Buitelaar i sur. 2013; Lempp 2014). Multimodalna terapija može biti usmjerena na dijete, obitelj, ili na okolinu djeteta (grupa vršnjaka, škola). Što je teži poremećaj, to se više koristimo različitim terapijama i mjerama: pedagoškim mjerama, psihoterapijom, farmakoterapijom, savjetovanjem roditelja, intervencijama u školama itd. (Schmeck i Stadler, 2012). Svrha je pedagoških mjera osvješćivanje adolescenta da se mora pridržavati nekih pravila kao dio socijalne sredine u kojoj živi, te da mora dobiti poruku kako njegovo dotadašnje ponašanje nije prihvatljivo. Za razliku od toga, svrha psihoterapijskih tehnika bit će rad na sebi. Težište liječenja može biti na stimulaciji neposredne svakodnevne djeteta/adolescenta u smislu pozitivnih sposobnosti u konkretnim životnim situacijama (Lempp 2014). Liječenje komorbiditetnih poremećaja također može biti važan cilj terapije. Ovdje se orijentiramo na mogući depresivni, hiperkinetski i anksiozni poremećaj, kao i na specifične razvojne poremećaje. Preporučuje se rabiti pozitivne pojačivače (nagrađivanja za male pomake), više nego primjenjivati averzivne mjere (kazne). Treba uzeti u obzir da će liječenje biti dugotrajnije. S obzirom na čestu nesigurnu privrženost, važnim se čini stvaranje kontinuiranog i stalnog odnosa s terapeutom/terapeutima, te se smatra da su ovdje dnevno-bolnički koncepti posebno korisni. Budući da je riječ o djeci s deficitarnom strukturom ličnosti, potrebno je omogućiti strukturirajući vanjski okvir terapije (*setting*). Dakle, potrebno je razviti odnos međusobnog pozitivnog, suportivnog povjerenja i s punim dostojanstvom (NICE 2013). Nadalje, zbog velikog opterećenja terapeuta ovakvim pacijentima, potrebne su kontinuirane supervizije cijelog tima (NICE 2013).

Specifični terapijski koncepti jesu bihevioralno-kognitivne terapije (rad s roditeljima, kognitivno rješavanje problema), multisistemske mjere, kao i psihodinamske terapije. Ciljevi tih terapija jesu kontrola agresije, relaksirajući treninzi, pojačavanje deficitarnih struktura selfa, komunikacijski treninzi, osnaživanje pozitivnih iskustava odnosa s drugima, te stimulacija prosocijalnog ponašanja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Dutschmann (2000) opisuje različite vrste tretmana s obzirom na pojedine podtipove poremećaja ponašanja. Kod instrumentalno agresivnog ponašanja više se primjenjuju socijalnopedagoške mjere. Stacionarno se liječenje ne preporučuje jer ovakvi pacijenti mogu naštetiti drugim pacijentima. Fokus je na sigurnoj privrženosti, emocionalnoj zrelosti te na poticanju razvoja savjesti. Farmakoterapija nikako nije prvi izbor, međutim, u slučaju drugih komorbiditetnih poremećaja jest indicirana. Kod impulzivno-agresivnog ponašanja primjenjuje se rad na smanjenom samopoštovanju te na negativnom začaranom krugu između osjećanja i ponašanja. Potrebno je kreirati sigurnu terapijsku klimu, da bi pacijenti što prije percipirali znakove koji prethode iritaciji. Medikamentna terapija može biti od koristi. Kod anksiozno-agresivnog ponašanja primjenjuje se većinom rad na traumi te emocionalnoj regulaciji. Korisne su psihodinamske terapije.

Individualne terapije s djecom/adolescentima nisu zasada pokazale povoljne rezultate, mada se primjenjuju (Lempp 2014). Individualne terapije češće se primjenjuju u kombinaciji s drugim terapijama, npr. terapijama roditelja, ili grupnim terapijama (Lempp 2014). Kod grupnih se terapija ne preferiraju homogene grupe adolescenata s poremećajima ponašanja, već heterogene grupe s drugim psihičkim poremećajima (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011).

Pri **radu s roditeljima** fokus je na pojačavanju roditeljstva, na ojačavanju obiteljskog sustava u cjelini, povećanju zajedničkih aktivnosti s djecom, primjeni strukturiranja svakodnevice, balansu između povjerenja, nagrade i davanja granica, povećanju roditeljskih kompetencija te na poboljšanju obiteljske klime i komunikacije među članovima obitelji (Lempp 2014; Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Roditelji mogu imati osjećaje srama, nelagode i stigme zbog djetetove dijagnoze (NICE 2013).

Medikamentno liječenje nikako se ne primjenjuje kao jedina terapija. Pri hitnim stanjima, kao što su primjerice agresivno-impulzivna stanja, preferira se davanje niskopotentnih antipsihotika (Lempp 2014; Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011) ili drugih antipsihotika (npr. risperidon) kao prvi izbor, u načelu se daje do šest tjedana, a može biti izbor i kod dugotrajnije uporabe (Lempp 2014). Posebno se čini prikladan kod poremećaja ponašanja, uz autodestruktivno ili heterodestruktivno ponašanje, kod intelektualnih teškoća, te u djece nakon pete godine života (Lempp 2014; Vloet i

Herpertz-Dahlmann 2011). U slučaju daljnje potrebe može se odvagnuti dodatna uporaba psihostimulancija (ako je u komorbiditetu s hiperkinetskim sindromom) ili stabilizatora raspoloženja. Ako se primjenjuje medikamentna terapija, prema nekim autorima, više se na nju usmjerujemo kod impulzivno agresivnog podtipa (ovdje dolaze u obzir i lijekovi za liječenje hiperkinetskog sindroma). Unatoč saznanjima o etiopatogenetskoj ulozi serotonina, nije se pokazala velika učinkovitost selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina. Ako medikamentna terapija nije dala rezultat u redukciji agresivnosti, treba je što prije dokinuti. Kod uspješne redukcije agresivnog ponašanja te nakon stabilne remisije u trajanju od šest mjeseci, treba pokušati reducirati lijekove, razmatrajući potpuno dokidanje ili određenu minimalnu dozu.

U slučaju perzistiranja tegoba u ovakve djece/adolescenata, kao i u „multiproblematičnim obiteljima“ potrebni su uključivanje nadležnog centra za socijalnu skrb, primjena odgojnih mjera, kao i primjena drugih mjera, npr. smještaj u odgojnu ustanovu i slično (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011).

64.1.10. Tijek, prognoza

Tijek pokazuje veliku heterogenost (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Ako se poremećaj ponašanja pojavi prije 10. godine (**tzv. early onset typ ili early starters**) ima lošiju prognozu. Načelno, vjerojatno je da kod ovih ranih oblika, poremećaju ponašanja u adolescenciji prethodi opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj u dječjoj dobi (Schmeck i Stadler 2012). Ako se pojavi poremećaj ponašanja nakon 13. godine (*late-onset typ*), on ima općenito bolju prognozu i obično se gubi u punoljetnosti. Djevojke (imaju inače kasniji početak, otprilike u dobi od 11. do 13. godine) imaju slično lošiju prognozu kao i dječaci s ranijim početkom. Sveukupno gledano, manje od 50 % osoba s poremećajem ponašanja u djetinjstvu pokazuje i dalje simptomatologiju u mlađoj odrasloj dobi (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Ako poremećaj ponašanja perzistira u odrasloj dobi, onda se obično dijagnosticira kao disocijalni (antisocijalni) tip poremećaja ličnosti (Lempp 2014). Nadalje, antisocijalni poremećaj ličnosti u odrasloj dobi je često udružen s ovisnosti o alkoholu i/ili psihoaktivnih droga (Lempp 2014). Terapijski pristupi u dječjoj i adolescentnoj dobi mogu prevenirati kriminalno ponašanje u odrasloj dobi (Lempp 2014).

64.2. Delinkvencija

Poremećaji ponašanja, antisocijalno i delinkventno ponašanje termini su koji se rabe u sličnom smislu. Poremećaji ponašanja i antisocijalno ponašanje spominju se više u medicinskom smislu, a pod delinkvencijom razumijevamo osobe počinitelje kaznenih djela, te time obuhvaćamo više pravni i socijalni aspekt (Erdelja i sur. 2013; Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Osnove pristupa koje u vezi s poremećajima ponašanja odnose se i na delinkvenciju (v. prije). Epidemiološka istraživanja pokazuju da mala grupa djece/adolescenta očituje relativno trajna i ozbiljna kriminalna ponašanja (Farrington i Loeber 2000).

Pojam delinkvencije (tal. *delinque* – pogriješiti, činiti kaznena djela) obuhvaća teže oblike asocijalnog, antisocijalnog, socijalnopatološkog i kriminalnog ponašanja (uz iznimku ubojstva), kao što su krađa, pljačke i prijestupništva. Dakle, ovdje delinkvenciju promatramo u njezinu užem smislu, kada stalna poremećena ponašanja imaju obilježja kaznenih djela (Turčin i Goreta 1992). Pojam kriminalitet (lat. *crimen* – kaznena aktivnost, zločinstvo) obično se rabi kad je riječ o odraslima, a delinkvencija kada je riječ o maloljetnim počiniteljima kaznenih djela (Erdelja i sur. 2013).

Dijagnostički, u anamnezi se mogu često naći različiti rizični čimbenici: obiteljska disfunkcija, somatski problemi, ozljeđivanja i druge somatske bolesti te različiti komorbiditeti koji su već prije opisani kod poremećaja ponašanja (Steinhausen 2010).

Čimbenici koji mogu utjecati na razvoj trajne i ozbiljne delinkventne aktivnosti mladih slične su onima koje nalazimo u **etiopatogenezi** drugih poremećaja djece i adolescenta (Begovac i Votava-Raić 2004), odnosno poremećaja ponašanja, dakle koje uključuju biopsihosocijalne čimbenike (Erdelja i sur. 2013).

Klasično, pojedini autori kod delinkvencije navode ove **rizične čimbenike**: obiteljski čimbenici, socijalni rizici, individualni tjelesni čimbenici te individualni psihički čimbenici, a, analogno tomu, mogu postojati i **protektivni čimbenici** (Schepker i Fegert 2012). U rizične obiteljske čimbenike ubrajaju se: disocijalno ponašanje roditelja/ braće, roditelji koji su ovisnici, siromaštvo i nezaposlenost roditelja, manjak roditeljskog odgoja, manjak roditeljske brige, zanemarivanje i deprivacija, stil roditeljstva koji je zlostavljajući ili kažnjavajući, narcistička gratifikacija te socijalna izola-

cija roditelja. Pod socijalnim rizicima razumijevaju se: nezadovoljavajući stambeni uvjeti, tako da djeca provode vrijeme „na ulici”, kontakt s drugim delinkventnim vršnjacima, besposlenost i manjak dnevne struktuiranosti, prekid školovanja te korištenje agresivnim medijima. U rizične individualne tjelesne čimbenike ubrajaju se: naglo tjelesno sazrijevanje, specifične razvojne smetnje, poremećaji funkcije mozga, pojedini genski poremećaji, pojedine metaboličke bolesti, povećana opća tjelesna napetost te zloupotreba alkohola i droga. Rizični individualni psihički čimbenici jesu: intelektualne teškoće, povećana impulzivnost, poremećaji privrženosti, posljedice trauma, poremećaji interakcije s drugima, poremećaji kontrole impulsa, ovisnosti, neprimjereni odnos prema predmetima, nestrukturirano slobodno vrijeme te manjak planiranja budućnosti. Protektivni obiteljski čimbenici svakako su dobra povezanost s roditeljima, dobra obiteljska kohezija, kao i obiteljsko neprihvatanje devijantnog ponašanja. Protektivni socijalni čimbenici jesu i dobro uspostavljen odnos s važnim osobama (npr. učiteljima), dobro prijateljstvo s vršnjacima koji imaju prosocijalne vještine, kvalitetno roditeljstvo, uspješni završetak školovanja, zadovoljavajuće zaposlenje, pripadnost grupama u slobodno vrijeme (npr. sportske grupe) te spremnost okoline za socijalnu pomoć. Protektivni individualni čimbenici jesu različiti interesi, motivacija za uspjehom, sposobnost samo-zbrinjavanja, stil traženja pomoći od drugih, prikladna prorada traumatskih situacija, sudjelovanje u terapijskim programima, kao i sposobnost za empatiju i socijalnu izmjenu s drugim osobama (Schepker i Fegert 2012). Od prije navedenih čimbenika posebno se navodi izloženost traumi u djetinjstvu i njezina povezanost s eventualnom kasnijom pojavom delinkvencije (Erdelja i sur. 2013). U okviru adolescentnih reakcija delinkventno se ponašanje može razumjeti i kao pokušaj prevladavanja krize autoriteta i krize identiteta.

Poznavanje **psihodinamike** omogućuje nam potpunije razumijevanje strukture ličnosti i eventualne psihopatologije delinkventnih adolescenta. U adolescenta koji pokazuju delinkventno ponašanje često nalazimo razvijenu nesigurnu privrženost, koja je rizičan čimbenik za razvoj delinkventnog ponašanja. Naime, osobe s razvijenom nesigurnom privrženosti ne doživljavaju primarnog skrbnika kao sigurnu osobu. Kako je odnos s primarnim skrbnikom prototip kasnijih socijalnih odnosa, ovakve osobe ni vanjski svijet ne doživljavaju kao siguran, a delinkventno im ponašanje služi kao obrana od nesigurnog i neprijateljskog svi-

jeta. Također, adolescenti s delinkventnim ponašanjem pokazuju značajnu patologiju objektnih odnosa, deformacije u razvoju ega i superega te patološki narcizam (Turčin i Goreta 1992). Razumijevanje psihodinamike i postavljanje psihodinamske dijagnoze važno je u pristupu. Često se delinkvencija u adolescenata može shvatiti kao poziv u pomoć (Steinhausen 2010).

Različiti **terapijski postupci** primjenjuju se u pristupu delinkventnim adolescentima i sve su veći izazov i slični su liječenju poremećaja ponašanja (Erdelja i sur. 2013; Florsheim i sur. 2000). Najčešće se primjenjuju multimodalni pristupi koji primjenjuju multidisciplinarni stručnjaci (Steinhausen 2010). Opći ciljevi liječenja jesu: poboljšanje interpersonalnih odnosa, nadvladavanje konflikata, razvoj u smislu realističnijeg self-koncepta, prorada mogućnosti rješavanja problema; rad na edukaciji i obrazovanju; prekid s disocijalnim grupama i integracija u grupe s prikladnijim ponašanjem; razvoj novih perspektiva i razvoj savjesti (Steinhausen 2010). Posebno je važno kombinirati pedagoške mjere sa psihoterapijskim mjerama.

Nepovoljni **prognostički čimbenici** maloljetničke delinkvencije jesu: raniji početak, široki spektar i visoka frekvencija i težina nedjela, kao i obiteljska disfunkcija (Vloet i Herpertz-Dahlmann 2011). Suzbijanjem maloljetničke delinkvencije suzbija se i kriminalitet odraslih osoba (Turčin i Goreta 1992).

64.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Potrebno je informiranje o potrebi rane dijagnostike i rane intervencije.
- ✓ Potrebna je koordinacija različitih stručnjaka i institucija tijekom intervencija djece/adolescenata s poremećajima ponašanja.
- ✓ Potrebno je odvagati koje se odgojne mjere trebaju primijeniti u konkretnom slučaju, odnosno prema potrebi primijeniti i smještaj u odgovarajuću instituciju.
- ✓ Potrebno je balansirati između odnosa povjerenja i ljubavi (psihoterapijski rad) i davanja strukturiranih granica (pedagoške mjere).
- ✓ Kod intervencija se primjenjuje uobičajeno različiti raspon intervencija, od biheioralnih, kognitivnih, sistemnih, psihodinamskih, pedagoških, usmjerenih prema roditeljima, okolini i druge terapije.

- ✓ S obzirom na čestu nesigurnu privrženost, važnim se čine stvaranje kontinuiranog i stalnog odnosa s terapeutom/terapeutima.
- ✓ U radu s roditeljima potrebno je ojačavati njihovu roditeljsku ulogu.
- ✓ Pri sumnji na tjelesno i seksualno zlostavljanje potrebno je primijeniti hitne mjere zaštite djeteta/adolescenata.

64.4. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Jesu li poremećaji ponašanja „pravi psihički poremećaji“?

ODGOVOR: Mi ih danas s pravom ubrajamo u psihičke poremećaje, jer imaju svoje jasne kriterije dijagnosticiranja. Međutim, povijesno se vodila dulja rasprava o tome jesu li oni zaista „pravi psihički poremećaji“, jer su se dijagnostički odnosili više na djecu koju njihovi roditelji nisu kvalitetno odgajali, odnosno smatralo se da su ta djeca „odgojno zapuštena“. Povijesno gledano, slično ovome, pojedine sveučilišne bolnice u svijetu iz područja dječje i adolescentne psihijatrije nisu bile voljne primati na stacionarno liječenje pacijente s poremećajem ponašanja jer su oni ometali rad s „pravim pacijentima sa psihičkim poteškoćama“, odnosno bili su primani samo ako su imali dodatni komorbiditet, npr. emocionalni poremećaj.

■ PITANJE: Ubrajamo li među poremećaje u ponašanju fobije jer kod njih postoji izbjegavajuće ponašanje, ili dječji autizam jer kod njega također postoji odstupanje u ponašanju (stereotipije itd.)?

ODGOVOR: Poremećaje (socijalnog) ponašanja u užemu smislu u ovom tekstu definiramo onako kako je definira MKB-10 sa svojim simptomima i sindromima (klasterima). Fobije se ubrajaju u anksiozne (emocionalne) poremećaje, dok se dječji autizam danas ubraja u autistični spektar poremećaja. Slično prije rečenome, ako postoje simptomi shizofrenog poremećaja (npr. bizarno ponašanje), onda nećemo govoriti o poremećaju ponašanja.

■ PITANJE: Kakva je predikcija kontinuiteta agresivnog ili eksternalizirajućeg ponašanja od djetinjstva u odraslu dob?

ODGOVOR: Tradicionalno su istraživanja u dječjoj psihijatriji govorila o velikoj predikciji kontinuiteta agresivnosti iz djetinjstva u odraslu dob, za razliku od

anksioznih (emocionalnih) poremećaja. Oko 50 % poremećaja ponašanja u djetinjstvu nastavlja se u odraslu dob.

■ **PITANJE:** Kakva je uloga eksternalizirajućih i internalizirajućih simptoma pri poremećaju ponašanja?

ODGOVOR: Pri poremećaju ponašanja ne moraju, prema definiciji, biti prisutni samo eksternalizirajući simptomi (agresija, opozicija) nego može biti kompliciran i dodatnim internalizirajućim simptomima (anksioznost, depresija). Eksternalizirajući i internalizirajući simptomi nisu isključive kategorije, već mogu i koegzistirati.

■ **PITANJE:** Kakva je uloga komorbiditeta u etiopatogenezi poremećaja ponašanja?

ODGOVOR: Pitanje nema jednostavan odgovor. Načelno se može reći da pojedini komorbiditeti prethode poremećajima ponašanja (npr. opozicionalno ponašanje, hiperaktivnost, anksiozni poremećaji), međutim, postoji mogućnost i da pojedini komorbiditeti nastaju istodobno ili kao posljedica poremećaja ponašanja (npr. zloraba sredstava ovisnosti).

■ **PITANJE:** Koji bi mogao biti diferencijalnodijagnostički algoritam s obzirom na terapijske mogućnosti poremećaja ponašanja?

ODGOVOR: Prvo, važno je ustanoviti postojanje komorbiditetnih poremećaja, koje, ako postoje, treba liječiti. Nadalje, potrebno je utvrditi postoje li u obitelji agresivni stilovi ili druge disfunkcije; u tom slučaju potrebno je primijeniti intervencije usmjerene prema roditeljima i obitelji. Sljedeće pitanje može biti postoji li poremećaj ponašanja koji se odnosi na agresivno ponašanje u vrtiću ili školi; u tom slučaju treba primijeniti intervencije u takvom okolišu. U slučaju specifičnih deficita, npr. socijalno-kognitivno područje, manjak kontrole impulsa, manjak socijalnih sposobnosti, mogu se primijeniti usmjerene intervencije i treninzi.

■ **PITANJE:** Kakav je odnos između poremećaja ponašanja i traumi doživljenih u djetinjstvu?

ODGOVOR: Kod poremećaja ponašanja moramo svakako diferencijalnodijagnostički pomisliti i na doživljene traumatske okolnosti u djeteta/adolescenta. U tom smislu pokatkad je potrebno razmotriti hitne mjere zaštite djeteta/adolescenta. Općenito se čini da se u liječenju djece/adolescenta s poremećajima ponašanja premalo primjenjuju terapije koje su usmjerene na doživljene traumatske okolnosti.

■ **PITANJE:** Zašto kod terapija poremećaja ponašanja mora postojati kombinacija pedagoških i psihoterapijskih metoda?

ODGOVOR: S jedne strane, moraju postojati pedagoške terapije koje govore o strukturi, pravilima i načinima ponašanja kakva se očekuju kada pojedinac živi s drugima u socijalnoj zajednici. Dijete/adolescent mora dobiti jasnu uputu o tome koja su ponašanja prihvatljiva, a koja nisu, odnosno ne smije dobiti upute da su njegova devijantna ponašanja prihvatljiva (npr. činjenje lošeg drugima, heteroagresivnost). S druge strane, moguće je da isti taj adolescent ima potrebe za psihoterapijom zbog traumi pretrpljenih u djetinjstvu. Može se dogoditi da kod njega ne postoji dovoljno povezanosti između onoga što je traumatski doživio u djetinjstvu, između vlastita ponašanja, kao i da nije potpuno svjestan kako šteti i čini zlo drugima. Za stjecanje uvida u to potrebno je da uđe u psihoterapijski proces. Psihoterapija bi trebala dovoditi do uvida u njegovo ponašanje, međutim, ne bi nikako smjela biti „izlika“ ili „opravdanje“ za njegovo „devijantno ponašanje“. U ovom bi slučaju bilo korisno da jedan terapeut provodi pedagoške terapije, a drugi terapeut da provodi psihoterapiju. Sličan princip liječenja može biti učinkovit i kod drugih poremećaja u dječjoj dobi, npr. kod parafilčnih poremećaja, drugog agresivnog ponašanja itd.

■ **PITANJE:** Zašto se ne preporučuje stacionarno psihijatrijsko liječenje u djece/adolescenta s instrumentalno agresivnim tipom poremećaja ponašanja?

ODGOVOR: Kod instrumentalno agresivnog ponašanja više se primjenjuju socijalnopedagoške mjere. Stacionarno se liječenje ne preporučuje jer ovakvi pacijenti mogu naštetiti drugim pacijentima. Fokus je na sigurnoj privrženosti, emocionalnoj zrelosti te na poticanju razvoja savjesti. Farmakoterapija nikako nije prvi izbor, no u slučaju drugih komorbiditetnih poremećaja jest indicirana.

64.5. **Pitanja**

- 1 Koji su različiti opći podtipovi poremećaja ponašanja?
- 2 Koji su različiti podtipovi s obzirom na sindrome (klastere) poremećaja ponašanja?
- 3 Koji su podtipovi poremećaja ponašanja s obzirom na agresivno ponašanje?

- 4 Kakav je princip liječenja kod različitih podtipova poremećaja ponašanja s obzirom na agresivno ponašanje?
- 5 Koji su podtipovi poremećaja ponašanja s obzirom na dob početka poremećaja?
- 6 Koji su podtipovi poremećaja ponašanja s obzirom na komorbiditet?
- 7 Navedite sažetu etiopatogenezu poremećaja ponašanja.
- 8 Navedite sažeto terapijske mogućnosti kod poremećaja ponašanja.
- 9 Definirajte maloljetničku delinkvenciju.

64.6. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Begovac I, Votava-Raić A*. Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi. *Liječ Vjesn* 2004;16: 32-8.
3. *Blair RJ, Leibenluft E, Pine DS*. Conduct Disorder and Callous-Unemotional Traits in Youth. *N Engl J Med* 2014;371: 2207-16.
4. *Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P*. Conduct disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22(1):S49-S54.
5. *Burt SA*. How do we optimally conceptualize the heterogeneity within antisocial behavior? An argument for aggressive versus non-aggressive behavioral dimensions. *Clinical Psychology Review* 2012; 32:263-279.
6. *Cloninger CR*. A systematic method for clinical description and classification of personality. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(6):573-88.
7. *Craig IW, Halton KE*. Genetics of human aggressive behaviour. *Hum Genet* 2009;126(1):101-13.
8. *Dutschmann A*. Verhaltensstörung bei aggressiven Kindern und Jugendlichen. Tuebingen: dgvt-Verlag; 2000.
9. *Erdelja S, Vokal P, Bolfan M i sur*. Delinquency in incarcerated male adolescents is associated with single parenthood, exposure to more violence at home and in the community, and poorer self-image. *Croatian medical journal* 2013; 54: 460-8.
10. *Frick PJ, Ray JM, Thornton L i sur*. Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *J Child Psychol Psychiatr* 2014;55(6):532-48.
11. *Fairchild G, HM van Goozen, Calder AJ i sur*. Research Review: Evaluating and reformulating the developmental taxonomic theory of antisocial behaviour. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(9):924-40.
12. *Farrington DP, Loeber R*. Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000; 9(4): 733-748.
13. *Florsheim P, Shotorbani S, Guest-Warnick G i sur*. Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000; 29: 94-107.
14. *Fonagy P*. Fruehe Bindung und die Bereitschaft zu Gewaltbrechen. U: *Streeck- Fischer*, ur. *Adoleszenz und Trauma*. Goettingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1998, str. 91-127.
15. *Hare RD, Hart SD, Harpur TJ*. Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *J Abnormal Psychol* 1991;100(3):391-8.
16. *Klahr AM i Burt SA*. Practitioner Review: Evaluation of the known behavioral heterogeneity in conduct disorder to improve its assessment and treatment. *J Child Psychol Psychiatr* 2014;55(12):1300-10.
17. *Lempp T*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
18. *Loeber R, Burke J, Pardini DA*. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50(1-2):133-142.
19. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
20. *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Clinical guideline. 2013. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
21. *Peters UH*. *Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*. 4. izd. Muenchen, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1990.
22. *Schepker R, Fegert JM*. Begutachtung. In: *Fegert JM, Eggers C, Resch F*. *Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 267-308.
23. *Schmeck K, Stadler C*. *Störungen des Sozialverhaltens*. U: *Fegert JM, Eggers C, Resch F*. *Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 911-35.
24. *Steinhausen HC*. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
25. *Turčin R, Goreta M*. Forenzična psihijatrija dječje i adolescentne dobi. U: *Nikolić S*, ur. *Mentalni poremećaji u djece i omladine 3*. Zagreb: Školska knjiga; 1992, str. 233- 53.
26. *Vitiello B, Stoff DM*. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(3):307-15.
27. *Vloet T, Herpertz-Dahlman B*. *Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Delinquenz*. U: *Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 316-26.
28. *World Health Organization*. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.

Poremećaji ličnosti

Ivan Begovac

SADRŽAJ

65.1. Uvod	895
65.2. Definicija, klasifikacije	895
65.3. Klinička slika i podtipovi	896
65.4. Epidemiologija i prevalencija	897
65.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza	897
65.6. Komorbiditet	898
65.7. Etiopatogeneza	898
65.7.1. Psihodinamika, privrženost	898
65.8. Terapija	902
65.8.1. Rana terapija, opći terapijski principi	902
65.8.2. Specifični terapijski postupci	903
65.9. Tijek, prognoza	903
65.10. Upute za roditelje/nastavnike	904
65.11. Često postavljena pitanja	904
65.12. Pitanja	906
65.13. Literatura	906

65.1. Uvod

Preporučuje se nakon ovog poglavlja pročitati poglavlje o *borderline* poremećaju ličnosti jer postoje sličnosti u pristupu. **Ličnost** se izražava posebno u prvih 20 godina života pojedinca i definira se u kasnijem tijeku života kao skup stabilnog načina ponašanja i obrazaca reakcija jedne ličnosti, koja uključuje i vlastiti identitet, interpersonalne odnose i sociokulturalna očekivanja (Lempp 2014; Peters 1990). Ovom se pojmu pridodaje nešto statično (Peters 1990). S druge strane, neki autori navode procesne promjene novih karakteristika kod ličnosti (Peters 1990). Drugi autori slično definiraju pojam ličnosti. Naime, prema njima, **ličnost** je sveobuhvatna cjelina, integracija osobina pojedinca u relativno stabilnu i jedinstvenu organizaciju koja determinira njegovu aktivnost u promjenjivoj okolini i oblikuje se i mijenja pod utjecajem te aktivnosti (Petz 2005). Vođeni različitim teorijskim pristupima, neki kliničari ličnost promatraju kao organizirani skup crta, dok je drugi vide kao dinamične odnose između intrapsihičkih sila, ponavljajuće obrasce naučenih ponašanja ili percepcija svijeta (Nietzel i sur. 2002). Psihodinamski se pojam ličnosti povezuje s ego-razvojem, razvojem selfa ili razvojem identiteta, dok se u kognitivnoj psihologiji povezuje s terminima self-koncepta (Resch 1996). Termin **karaktera** sličan je pojmu ličnosti, međutim, karakter je pojam koji je više povezan s određenim vrijednostima, kao i s voljnim (intencionalnim) dijelovima ličnosti (Peters 1990; Resch 1996). Obično u vezi s karakterom navodimo pojmove: sposobnost upravljanja sobom, kooperativnost, samotranscendiranje (spiritualnost) itd. **Temperament** definiramo kao nešto konstitucionalno, a odnosi se na individualne reakcije u području osjećanja, volje i nagona, te se smatra kao nešto energetsko, biotonusno (Peters 1990), što znači nešto što je bliže nagonskom i osjećajnom nego kognitivnom (Resch 1996). Obično u literaturi navodimo termine kao što su „traženje novoga“, odnosno „radoznalost“; „izbjegavanje povreda“ te „ovisnost o nagradama“ (Resch 1996), ili pak oznake kao što su introverzija i ekstroverzija (Schmeck i sur., 2012). Temperament se ne treba poistovjetiti s terminom karaktera (Peters 1990). Dakle, moglo bi se reći da ličnost definiramo kao rezultat individualne povijesti nastao međusobnim utjecajem prirođenog temperamenta i utjecaja okoline (Lempp 2014).

Poremećaji ličnosti nastaju u djetinjstvu, te se smatra da dječji i adolescentni psihijatri trebaju biti

upoznati s ovom problematikom. Neki kliničari ne dijagnosticiraju poremećaje ličnosti u adolescenciji zbog različitih razloga. Prvo, takve su preporuke međunarodne klasifikacije (WHO 1993); drugo, dijagnoza poremećaja ličnosti upućuje na nešto stabilno, što bi onda impliciralo da se ništa ne može ili tek malo može promijeniti u životu. Nadalje, pojedini se autori pitaju je li moguće uopće dati dijagnozu poremećaja ličnosti adolescentu, kojemu je ličnost u mijenjanju. I konačno, neki se autori boje da bi dobivanje ove dijagnoze bilo stigmatizirajuće za pacijenta (Kaess i sur. 2014). Međutim, u literaturi je danas aktualno shvaćanje da se u adolescenciji mogu dijagnosticirati poremećaji ličnosti (Kaess i sur. 2014; Sharp i Fonagy 2015), što izravno implicira ranu intervenciju, ali nikako se dijagnoza ne postavlja prije 16. godine života (Lempp 2014), uz iznimku antisocijalnog poremećaja ličnosti koji nikako ne dijagnosticiramo prije 18. godine života (do 18 godina može biti prisutna dijagnoza poremećaja ponašanja) (Streeck- Fischer 2007; Streeck- Fischer i Freyberger 2009). DSM-5 dopušta da se dijagnoza poremećaja ličnosti da i djeci i adolescentima, ako se radi o stalnom poremećaju (pervazivnom), koji odstupa od uobičajenog razvoja te koji traje minimalno jednu godinu (APA 2013).

Pojedini se autori stoga više koriste terminom **razvojni poremećaj ličnosti** ili **rizici za razvoj poremećaja ličnosti, odnosno *borderline* rizici** (Schmeck i sur. 2009; Streeck-Fischer 2007). U tom se slučaju govori o djeci i adolescentima, mlađima od 16 godina, koji pokazuju već ustaljene obrasce cjelokupnog ponašanja i doživljavanja, međutim, nije nužno da tijekom pokaže prelazak u poremećaj ličnosti odrasle dobi. Okvirno, *borderline* razvojni poremećaj odnosi se na dob mlađu od 16 godina i orijentacijski odgovara terminu ***borderline* organizacija ličnosti** kojim se koristi Kernberg (1978). U tekstu će se stoga rabiti oba izraza: poremećaj ličnosti, kao i razvojni poremećaj ličnosti, te na to treba obratiti pozornost u tekstu.

65.2. Definicija, klasifikacije

Poremećaje ličnosti možemo definirati kao ekstremno izražene, duboko ukorijenjene i kronično stalne karakteristike ličnosti, koje uključuju doživljavanje i ponašanje koje je izvan neposrednog konteksta (situacije), dakle, s otklonom u percepciji, mišljenju, osjećanju (u svim domenama ličnosti), koje uzrokuju

subjektivnu patnju pojedinca i/ili poremećaj socijalne funkcionalnosti i nisu uzrokovane drugim psihičkim ili medicinskim (tzv. psihoorganskim) poremećajem (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Schmeck i sur. 2009; Tress i sur. 2002). Riječ je o crtama ličnosti sa sljedećim karakteristikama: 1. početak je u djetinjstvu ili adolescenciji, dok se potpuna klinička slika razvija u ranoj odrasloj dobi; 2. visoka vremenska stabilnost tijekom godina; 3. pojavnost u različitim osobnim i socijalnim životnim situacijama (visoka rigidnost); 4. izražavaju se kao poremećaji odnosa prema drugim osobama iz okoline (Lempp 2014). Na početku tijeka poremećaja može nedostajati subjektivna patnja, koja se pojavljuje kasnije tijekom razvoja poremećaja (Lempp 2014).

U svijetu se poremećaji ličnosti dijagnosticiraju prema MKB-10 i DSM-5. MKB-10 ima opće kriterije za poremećaje ličnosti, pa kad se ispune ovi opći kriteriji, dalje se procjenjuju posebnosti za svaki pojedini entitet. Klasificiraju se pod kodovima F60.

DSM-5 u odjeljku II. dijeli sve poremećaje ličnosti u tri skupine (klastera): A, B, i C (v. tabl. 65.1.), a MKB-10 slično navodi pojedine entitete, međutim, s bitnim razlikama koje će biti navedene poslije u tekstu.

Tablica 65.1.

Tipovi poremećaja ličnosti prema DSM-5.

Modificirano prema DSM-5 i MKB-10.

Skupina (klaster) A: neobični ili ekscentrični
 - paranoidni
 - shizoidni
 - shizotipni (MKB-10 ga ubraja u poglavlje shizofrenije)

Skupina (klaster) B: dramatični, emocionalni i nestabilni
 - disocijalni (antisocijalni)
 - emocionalno nestabilni
 - narcistički (MKB-10 ga ubraja u druge poremećaje ličnosti); depresivni poremećaj nije u klasifikaciji, ali je vrlo sličan narcističkom;
 - histrionski

Skupina (klaster) C: tjeskobni i strašljivi
 - anankastični
 - anksiozno-izbjegavajući
 - ovisni

DSM-5 u odjeljku III. daje dodatnu alternativnu klasifikaciju poremećaja ličnosti temeljeći je na dimenzionalnom modelu i uzimajući u obzir psihičko funkcioniranje i patološke crte ličnosti, međutim, u ovom se tekstu neće dublje ulaziti u ove dimenzije.

65.3. Klinička slika i podtipovi

Paranoidni poremećaj ličnosti: dominira nepovjerenje prema drugima. Diferencijalnodijagnostički, potrebno ga je razlučiti od sumanutih poremećaja i shizofrenije.

Shizoidni poremećaj ličnosti: riječ je dominantno o ograničenom emocionalnom doživljavanju, kao i o ekspresiji osjećaja, uz izbjegavanje bliskosti s drugim ljudima. Diferencijalnodijagnostički gledano, trebalo bi se razmišljati o Aspergerovu sindromu, koji uključuje poremećaj socijalnog kontakta, suženo područje interesa, kao i određeno stereotipno ponašanje. Potrebno je također uzeti u obzir početnu shizofreniju simpleks, kao i afektivne psihoze.

Shizotipni poremećaj ličnosti: MKB-10 ubraja ga među poremećaje povezane sa shizofrenijom, dok ga DSM-5 ubraja u poremećaje ličnosti. Odnosi se na neugodu u bliskim odnosima, odstupanja u kogniciji i percepciji te ekscentričnosti u ponašanju.

Disocijalni (antisocijalni; asocijalni) poremećaj ličnosti: stalna potreba za devijantnim ponašanjem, uz manjak tolerancije na frustraciju, nizak prag za agresivno ponašanje, optuživanje drugih za svoje propuste ili racionaliziranje vlastita ponašanja. Čest je u pojedinačima koji su prije imali poremećaj ponašanja (*early starters*). Pacijenti pokazuju manjak empatije, hladnoću osjećaja, egocentrizam, kao i deficitarnu savjest. Česta je zlouporaba supstancija. Streeck-Fischer (2007) navodi sljedeće osobine bolesnika s **razvojnim antisocijalnim poremećajem**: „kao da ličnost“ ili **mimikriju**, uz laganja i zavaravanja (prema van su prilagođeni, ali zapravo vode dvostruki život); destrukcija tuđe imovine, krađa, nasilništvo prema osobama i životinjama, manjak empatije, nedostatak osjećaja odgovornosti (izrabljivanje drugih, manipulacije, parazitarni način života), kriminalna ponašanja, specifični poremećaji školskih vještina, aktivnosti protiv postojećih normi i vrijednosti (svađe, tiraniziranja, izostanci iz škole, bjegovi od kuće). Međutim, može se, s druge strane, reći da postoji zablude da iza svakog delinkventnog ponašanja postoji antisocijalni poremećaj ličnosti (Schmeck i sur. 2012).

Emocionalno nestabilna ličnost obuhvaća dva tipa. Impulzivni tip i borderline. Prvi se tip nalazi u adolescentnih delinkvenata, dok se drugi tip više uočava u djevojaka. Impulzivni tip dominantno nema sposobnosti kontrole impulsa. *Borderline* se pokazuje kao postojani tip nestabilnosti, što se manifestira u ras-

položenju, interpersonalnim odnosima i krizama identiteta. Mogu biti prisutne agresivne manifestacije, kao i drastični autoagresivni simptomi. Treba razlučiti eventualne organske čimbenike. *Borderline* tip, u pravilu, nema prijelaza prema afektivnim ili shizofrenim psihozama.

Histrionski poremećaj ličnosti. Riječ „histrion“ na grčkom znači glumac; osobe se prezentiraju „da su drukčije nego što zapravo jesu“. Ovisno o vanjskoj pažnji, potvrđivanju i priznanju. Afekt je površan, tendira drammatizaciji, uz neautentičnost i koketeriju. Tipično su okupirani vlastitim tjelesnim izgledom, kao i povremeno seduktivnim djelovanjem.

Narcistički poremećaj ličnosti: nije posebno naveden u MKB-10, a označuje se kao drugi poremećaji ličnosti. U DSM-5 se nalazi kao zasebna kategorija. Obilježen je grandioznošću, potrebom da im se druge osobe dive te manjkom empatije. Streeck-Fischer (2007) navodi sljedeće karakteristike osoba s **razvojnim narcističkim poremećajem:** poremećaj interpersonalnih odnosa, osjećaji grandioznosti i važnosti (ovamo se uključuje pripadanje radikalnim desničarskim ideologijama, nasilju, uniformiranim pripadnostima /pankeri/ itd.); tjelesni nemir, potreba za autonomijom, omalovažavanje ili slijepi bijes, manjak empatije, osjećaji nepovjerenja, posramljivanje ili ponižavanje drugih, poricanje ili konfuzije realnosti, poteškoće učenja, kao i visoka socijalna prilagodba, bolja školska i radna postignuća, bolja kontrola impulsa i bolja tolerancija anksioznosti. Zanimljivost je povezanost razvojnog narcističkog poremećaja i hiperkinetskog sindroma (Streeck-Fischer 2007).

Anankastički (opsesivno-kompulzivni) poremećaj ličnosti: rijetko se viđa u adolescenciji. Dominantno je obilježen preciznošću, perfekcionizmom, urednošću i držanjem pravila. Diferencijalnodijagnostički, potrebno ga je odvojiti od opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP), koji ipak ima ograničene i ego-distone simptome.

Anksiozno (izbjegavajući) poremećaj ličnosti: dominantno se nalaze nesigurnost, manjak samopoštovanja i tjeskoba. Diferencijalnodijagnostički, potrebno ga je razlikovati od socijalne fobije, međutim, poremećaj ličnosti je trajan i odnosi se na vrlo mnogo situacija.

Ovisni (astenični; pasivni) poremećaj ličnosti: osoba nije sposobna samostalno voditi svoj život. Osjeća se bespomoćno i slabo, ne želi preuzeti odgovornost za svoje postupke, stalno traži podršku od dru-

gih. U dijadnom odnosu postoji stalni strah od gubitka te da će ostati sama.

Kategoriji **drugih poremećaja ličnosti** pripadaju druge kategorije, a koje prije nisu obuhvaćene.

65.4. Epidemiologija i prevalencija

U odraslih pacijenata poremećaji ličnosti jedni su od najčešćih poremećaja, učestalost je od 5 do 10 %. U psihijatrijskim je ambulantom postotak osoba s poremećajima ličnosti i do 50 % (Herpertz i Herpertz-Dahlmann 2011; Tress i sur. 2002). Nema podataka o prevalenciji u djetinjstvu i adolescenciji, ali se pretpostavlja da odgovara brojkama u odraslih pacijenata, međutim, potreban je oprez u interpretaciji tih podataka (Schmeck i sur. 2012). Osim disocijalnog poremećaja ličnosti (dominira muški spol), kod drugih poremećaja ličnosti otprilike je ravnomjerna raspodjela na muški i ženski spol (Herpertz i Herpertz-Dahlmann 2011).

65.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza

U MKB-10 nalazimo odvojene pojedine entitete, no oni se u praksi često preklapaju, tako da postoji mogućnost ispunjavanja kriterija za više poremećaja. Postoji opći klinički konsenzus da je poremećaje ličnosti bolje opisati dimenzionalno negoli kategorijalno (Herpertz i Herpertz-Dahlmann 2011; Schmeck i sur. 2009). Pojedini autori predlažu davanje dijagnoze „generalnog poremećaja ličnosti“ uz dimenzionalno specifično opisivanje patologije ličnosti (APA 2013; Livesley 2007). Trenutačno se poremećaji ličnosti dijele u tri skupine (klastera) prema DSM-5, kako je prije bilo navedeno.

Pojedini autori ipak zagovaraju oprezniji pristup pri dijagnostici u dječjoj i adolescentnoj dobi zbog razloga koji su navedeni prije u tekstu. Primjenjuju se psihijatrijski intervjui s pacijentom, njegovim roditeljima, promatranje pacijenta te procjena tijeka i duljine trajanja smetnji. Ako postoji samoozljeđivanje i/ili suicidalnost, potrebno je na to posebno obratiti pozornost (v. posebna poglavlja 28 i 29 o tome). Mogu se također primjenjivati i polustrukturirani intervjui, dijagnostički intervjui za *borderline* poremećaj ličnosti (Gunderson i Kolb 1978; Gunderson i sur. 1981; Sharp i sur. 2012; Zanarini i sur. 1989; Zanarini, 2003), ili neki projekтивni testovi (v. poglavlje o psihološkoj procjeni), koji mogu bilježiti fantastično, kombinatorno i kon-

fabulirajuće mišljenje. Na njemačkom govornom području postoji operacionalizirana psihodinamska dijagnostika (Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016), koja može biti korisna u dijagnostici (v. posebno poglavlje 20). Također se upotrebljavaju i različite simptomatske liste (v. poglavlje 66 o *borderline* poremećaju ličnosti).

Kod **diferencijalne dijagnoze** treba isključiti različite pojedine poremećaje ličnosti, poremećaje ličnosti zbog neke moždane bolesti (F07); poremećaje uzrokovane psihotropnim supstancijama (F1); shizofreni spektar (F2); afektivne poremećaje (F3) te neurotske, sa stresom i somatiformne poremećaje (F4) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Posebno se čini važna diferencijalna dijagnoza s obzirom na zadnje navedene anksiozne (neurotske) poremećaje, jer je kod njih riječ o jasnijemu psihičkom konfliktu, kao i s obzirom na jedno pojedinačno, a ne cjelokupno ponašanje (Streeck- Fischer 2007).

65.6. Komorbiditet

Komorbiditet je značajan, uključeni su također eksternalizirajući (agresivno ponašanje, poremećaj ponašanja, kršenje pravila, hiperkinetski sindrom), kao i internalizirajući problemi (depresija, anksioznost, socijalno povlačenje), a mogu biti prisutni i poremećaji jedenja, PTSP, zlouporaba supstancija te pojedini psihotični simptomi (Barnow i sur. 2010; Kaess i sur. 2014; Sharp i Fonagy 2015). Samoozljeđujuće ponašanje i suicidalnost značajniji su u adolescenciji negoli u odrasloj dobi (Kaess i sur. 2014). Nisu rijetki ni drugi tipovi poremećaja ličnosti (Lempp 2014). Rizično je ponašanje također posebno često u adolescenata, uključujući uporabu droga i alkohola i seksualno rizično ponašanje.

65.7. Etiopatogeneza

Na [slici 65.1.](#), [slici 65.2.](#) te na [slici 66.1.](#) (v. posebno poglavlje 66 o *borderline* poremećaju) prikazana je moguća sažeta etiopatogeneza.

Kao što se vidi u slikama, aktualni koncepti u ovom kao i u srodnim područjima uzimaju u obzir međuigru bioloških (predispozicija), psihosocijalnih stresora (model dijateza – stres), koja dovodi do vulnerabilnosti, što konačno dovodi do poremećaja. Djetetov razvoj sastoji se od fino unutarnje moduliranog razvojnog procesa, ali uz bitne utjecaje iz okoline, što se posebno tiče odnosa koje dijete ima prema bliskim osobama iz

okoline. Dodatno, razvojne zadaće, kao i nepovoljne životne okolnosti utječu na ličnost u razvoju, na vještine copinga koje se manifestiraju oštećenjima u afektivnoj regulaciji, modulaciji impulsa, sposobnosti privrženosti, kao i lošijim samopoštovanjem (Schmeck i sur. 2009).

Kod **neurobiološke vulnerabilnosti** dolaze u obzir različiti čimbenici, koji su u začetku istraživanja. Značenje genskih čimbenika zasad je malo poznato. Poznato je da određeni čimbenici ličnosti (npr. ekstroverzija, introverzija, neuroticizam, izbjegavanje ozljede), kao i karakteristike ličnosti (npr. afektivna labilnost, socijalno izbjegavanje) mogu biti genski determinirani (Cloninger i sur. 1994; De Fruyt i De Clerq 2014). Oštećene su i egzekutivne funkcije (Streeck-Fischer 2007). Koncept multiploga kompleksnog razvojnog poremećaja pojedinih autora upućuje na oštećenje psihoneurobiološke regulacije, koja se različito manifestira (Streeck- Fischer 2007). Kod *borderline* poremećaja ličnosti nalazi se disfunkcija kortikalno-limbičkih krugova, u što je uključena afektivna regulacija (Soloff i sur. 2000), dok kod shizotipnog poremećaja nalazimo neurobiološke sličnosti sa shizofrenim poremećajem.

Što se tiče **abnormalnih psihosocijalnih okolnosti**, istraživanja pokazuju povezanost s teškim stresom kao i s kroničnim negativnim interpersonalnim iskustvima te ponavljajućim traumatskim situacijama (Tress i sur. 2002). Ovdje se posebno kao važan mehanizam navodi disocijacija (Streeck- Fischer 2007). Doživljeno tjelesno i seksualno zlostavljanje više je od prosjeka utvrđeno u osoba koje imaju poremećaj ličnosti. Kod roditelja su također češći poremećaji ličnosti, slom obiteljske strukture, patološki odgoj, zanemarivanje (kod skupine /klastera/ B), kao i hiperprotektivnost (kod skupine /klastera/ C). Interakcijska perspektiva uključuje mogućnost da pojedinac aktivno svojim karakternim osobinama (npr. temperament) i psihopatologijom sebi modelira okolinu koja odgovara njegovim karakternim osobinama (Rutter 1989).

65.7.1. Psihodinamika, privrženost

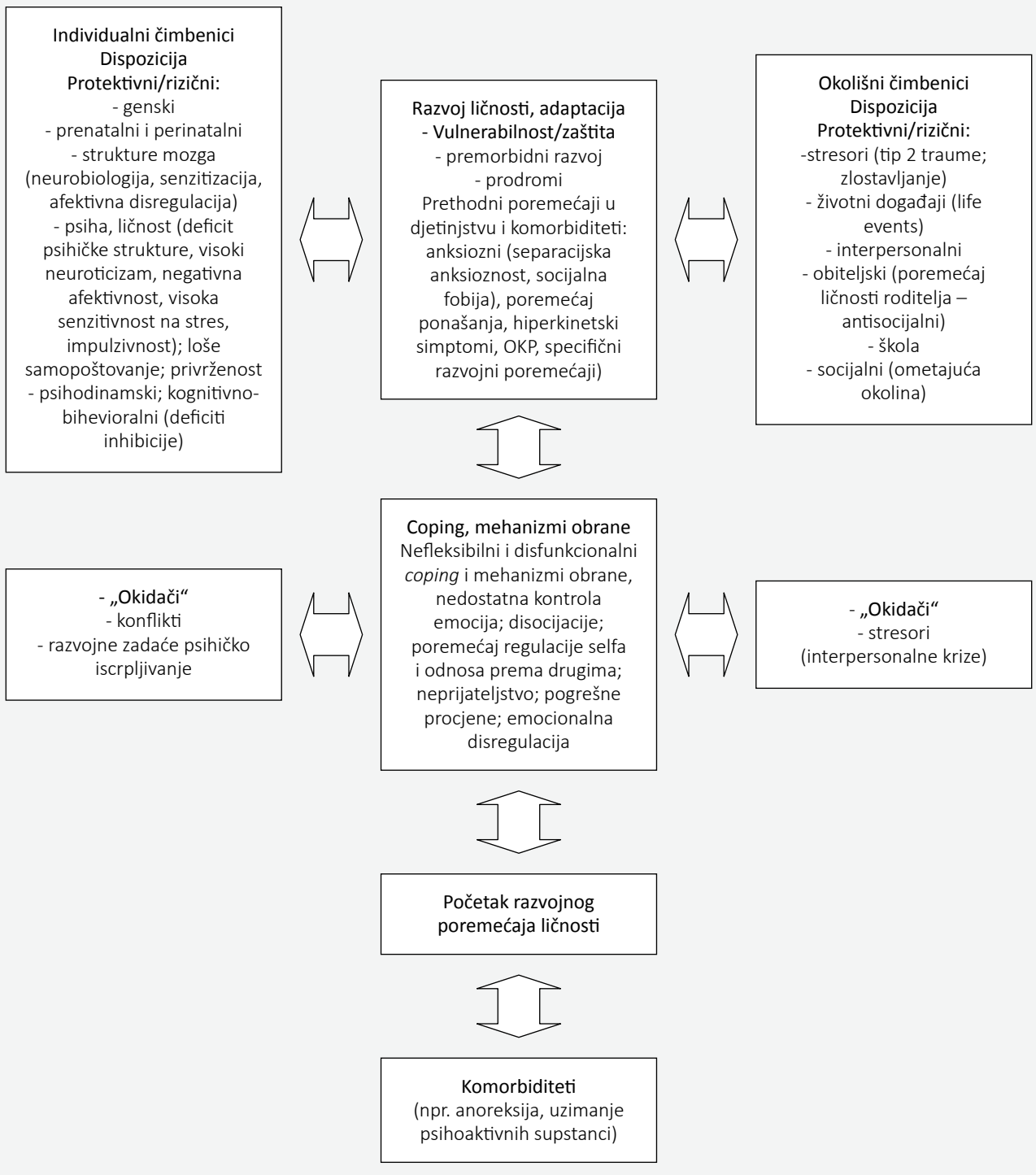
Značajka skupine (klastera) A, B i C poremećaja kod DSM-5 klasifikacije jest od djetinjstva introjeksijska duboko poremećenih patoloških odnosa prema objektima (APA, 2013).

Skupina (klaster) A (paranoidni i shizoidni) s jedne je strane bliži psihotičnim poremećajima. Obi-

Slika 65.1.

Integrativni etiopatogenetski model kod razvojnog poremećaja ličnosti.

Modificirano prema Barnow i sur. 2010; Crowell i sur. 2009; Jakovina i sur. 2018; Schmeck i sur. 2009; Schmeck i sur. 2012; Sharp i Fonagy 2015.



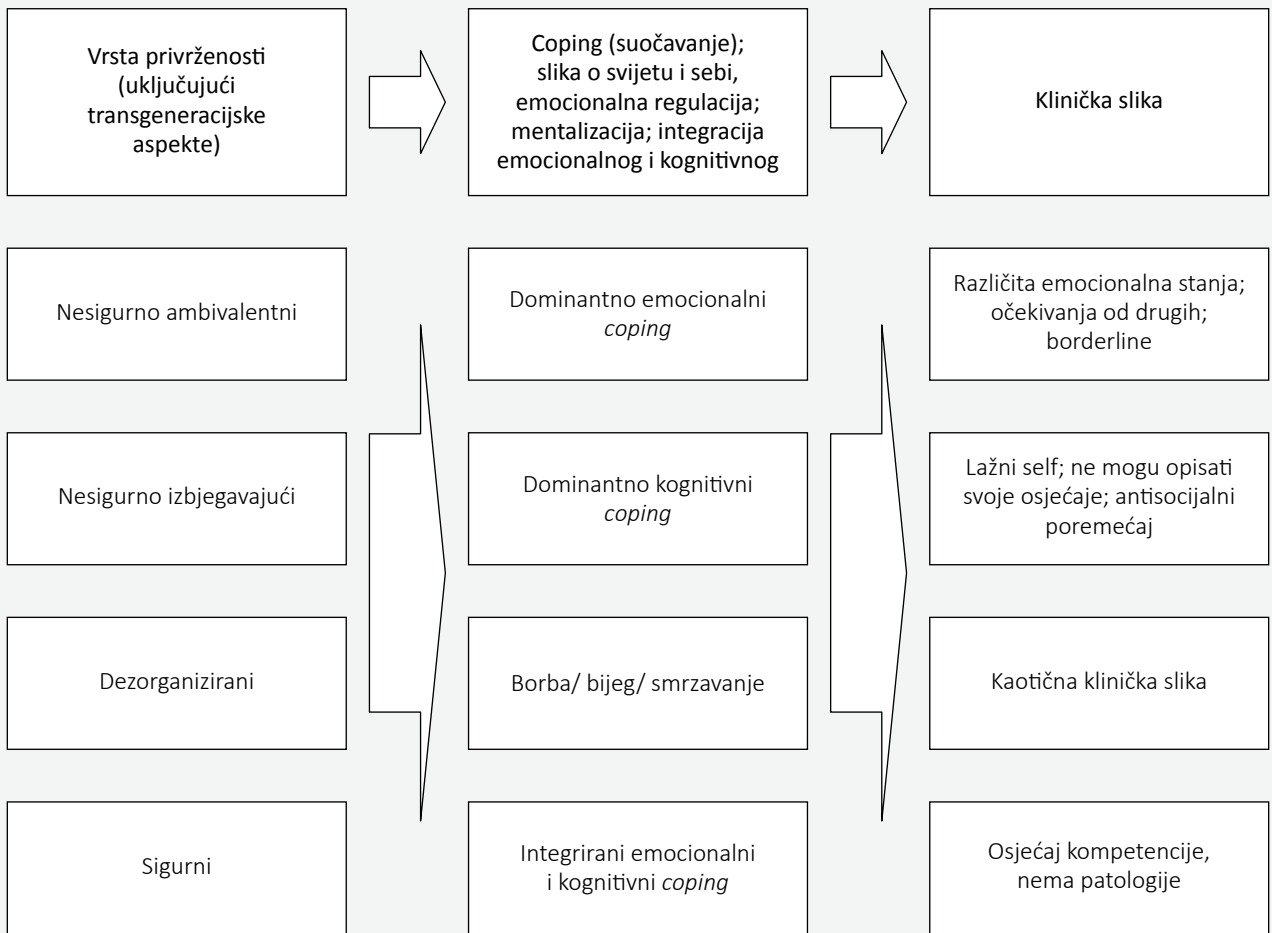
lježe mu je smanjena introjkcija objektnih odnosa. Način je odnošenja prema objektima površan i afektivno je vrlo malo zaposjednuto. Opažanje je kritično

distancirano do paranoidno. Temeljni osjećaj jest osjećaj posebnosti. Stabilizirajuće djeluje patološko grandiozni self, kao i omalovažavanje drugih osoba iz oko-

Slika 65.2.

Moguća etiopatogeneza kod razvojnih poremećaja ličnosti.

Modificirano prema Jakovina i sur. 2018; Sharp i Fonagy 2015; Sharp i sur., 2009; Streeck-Fischer 2007; Streeck-Fischer i Freyberger 2009.



line. Dobivanje narcističke sigurnosti kod paranoidnog je poremećaja ličnosti na štetu gubitka realiteta i razvoja sumanutih simptoma. Kod shizoidnog se poremećaja u slučaju stresa osoba odriče odnosa prema drugima i povlači se u vlastite ideje veličine. I ovdje granica između realnosti i fantazije nije uvijek jasna. Shizotipni je poremećaj po psihodinamici sličan prije rečenome (Schmeck i sur. 2009). Ermann (2007) smatra da se poremećaji ove skupine (klastera) nalaze na niskoj strukturalnoj razini, gdje je došlo do fiksacije u ranoj fazi individuacije, kada dominiraju konflikti/deficiti individuacije (regulacija blizina *vs.* distanca), ego je vrlo slab, postoji deficitarna patologija ličnosti, kao i mehanizmi obrane rascjepa, projekcije, racionalizacije i potiskivanja emocija (v. poglavlja 4 i 20 o razvoju i psihodinamskoj dijagnozi) (Erman 2007).

Skupina (klaster) B uključuje emocionalno nestabilne, disocijalne, narcističke i histrionske poremećaje ličnosti. Kernberg (1978) i Kernberg i Hartmann (2006) posebno su psihodinamski pokušali objasniti skupinu (klaster) B. Ti autori opisuju *borderline* organizaciju ličnosti s jednom fiksacijom na specifične selfobjektne konfiguracije. Ermann (2007) navodi da je ovdje riječ o niskoj strukturalnoj razini, na kojoj nije došlo do individuacije i koherentnog osjećaja sebe; dominira rascjep kao mehanizam obrane, odnosno ego je vrlo slab i postoji deficitarna patologija ličnosti. Tipični *borderline* poremećaj nalazi se na prije navedenoj niskoj strukturalnoj razini, prevladavaju emocionalna nestabilnost, impulzivnost i nesigurnost. O ovom će se poremećaju govoriti u posebnom poglavlju 66.

Antisocijalni poremećaj sa psihodinamske točke gledišta teško je opisati jer uključuje široki spektar

poremećaja, kao što je antisocijalno ponašanje kod drugih poremećaja ličnosti (npr. kod narcističkog poremećaja ličnosti) pa sve do poremećaja koje nazivamo psihopatijom. Kod psihopatije riječ je o površnim pseudonormalnim interpersonalnim odnosima, uz izrazitu nesposobnost empatije u odnosima i s obzirom na osjećaje i brigu za druge. U posljednje vrijeme čini se da sinergistički djeluju i genska vulnerabilnost kao i okolišni utjecaji (Caspi i sur. 2002). Ermann (2007) ga ubraja u poremećaje niske strukturne razine ličnosti. Tipično kod antisocijalnog razvojnog poremećaja dolazi do aktualne prilagodbe na vanjski opasni objekt (identifikacija s agresorom ili, bolje rečeno, naslanjanje na agresora) kod rascjepa vlastitih nesocijaliziranih dijelova (Streeck-Fischer 2007).

Narcistički poremećaj ličnosti stalni je obrazac problema samopoštovanja i ovisnosti o vanjskim objektima; postoji obrazac veličine u fantaziji i ponašanju, uz stalnu potrebu za divljenjem, kao i s manjkom empatije. S obzirom na grandiozni self, koji uključuje patološko sljepljivanje idealnog selfa, idealnog objekta i realnog selfa, koji se ipak doživljava kao manje vrijedan i koji skriva sram, mlada osoba posjeduje veću koheziju selfa, veću socijalnu prilagođenost, veću školsku i radnu sposobnost, bolju kontrolu impulsa, kao i toleranciju anksioznosti (Kernberg 1978; Kernberg i Hartmann 2006; Kohut 1973). Ermann (2007) smatra da su tipični narcistički poremećaji na srednjoj strukturnoj razini ličnosti (višoj nego *borderline* poremećaj ličnosti), kada je već došlo do povoljne individuacije i koherentnog osjećaja sebe, međutim, nisu uspjeli u konfliktu autonomije, dok se kao mehanizmi obrane uporabljaju i rascjep, ali i potiskivanje kao napredniji mehanizam. Ovdje je ego jači nego pri niskoj strukturnoj razini pa može biti prisutna i konfliktna, kao i deficitarna patologija. Dalje ovaj autor dodaje prije navedenim poremećajima ličnosti **depresivni poremećaj ličnosti**, koji definira na srednjoj strukturnoj razini kao i narcistički poremećaj ličnosti, sa sličnom psihodinamikom. Prema njemu, kod depresivnog poremećaja ličnosti dominiraju ovisnost, podložnost i stalne altruistične samozadaće.

Kod **histrionskog (histeričnog) poremećaja ličnosti** postoji bescilnost, nedostaju objektne izmjene, osoba traži pažnju, manipulativnog je ponašanja, pretjerane emocionalnosti, sugestibilna je i naivne iskrenosti, seksualno seduktivna, međutim, nesposobna za dublje intimne odnose. Ermann (2007) smatra da se tipični histrionski poremećaj ličnosti nalazi na višoj

strukturnoj razini, dominira edipski konflikt te potiskivanje kao mehanizam obrane, ego je dovoljno jak, razriješene su faze individuacije i autonomije te dominira konfliktna psihopatologija.

Skupina (klaster) C sa psihodinamske je strane teško odvojiti od neurotskih (anksioznih) poremećaja. Ovakve poremećaje ličnosti pojedini autori nazivaju karakternim poremećajima, a njihovo je obilježje da ovakve osobe uvlače druge osobe u rješavanje svojih konflikata. U adolescenciji takvi se poremećaji rijetko dijagnosticiraju te se ovdje neće detaljnije o njima govoriti. Ermann (2007) smatra da je kod anankastičnog poremećaja ličnosti riječ o **višoj strukturnoj razini**, kada dominira edipski konflikt, a dominira kao mehanizam obrane potiskivanje (Ermann 2007). Kod anksioznog (izbjegavajućeg) i ovisnog tipa riječ je o **srednje strukturnoj razini**, gdje dominiraju modusi narcističkog i depresivnog poremećaja ličnosti.

Za razliku od Kernberga i Hartmanna (2006), koji u prvi plan stavljaju kroničnu agresiju, Fonagy i njegovi suradnici (2004) navode nedostatak ili poremećaj **mentaliziranja**. Koncept mentalizacije obuhvaća mogućnost osobe da reflektira vlastite misli i osjećaje, kao i misli i osjećaje drugih osoba. Što su slike bogatije i fleksibilnije, to je veća sposobnost mentaliziranja. U konceptu mentalizacije ujedinjaju se koncepti psihanalize, istraživanja teorije uma (*theory of mind*), kao i teorije privrženosti. Ovi autori navode važnost najranije interakcije između dojenčeta i majke. Dojenče odašilje svoje signale prema majci, majka ih markira i afektivno ih zrcali, dakle vraća ih djetetu.

Pojedini tipovi privrženosti (dezorganizirani i nesigurni) kao rizični čimbenici više su povezani s razvojem pojedinih poremećaja ličnosti (Streeck-Fischer 2007). Teorija **privrženosti** temelji se na radnim modelima koji su u kontekstu socijalne (interpersonalne) interakcije majka – dijete kao neka vrsta zemljopisnih karti o okolnom svijetu; ovi se radni modeli internaliziraju i vode do različitih tipova privrženosti (Bowlby 1980). Oni u idealnom slučaju pokazuju uravnoteženost između privrženosti i eksploracije. Na [slici 65.2.](#) prikazan je odnos tipova privrženosti, načina suočavanja (emocionalni i kognitivni *coping*), te odnos prema kliničkoj slici (Jakovina i sur., 2018; Sharp i sur., 2009; Streeck-Fischer, 2007). Drugim riječima moglo bi se reći da privrženost sudjeluje u kreiranju emocionalnih i kognitivnih modela o odnosima i o svijetu koji okružuje dijete (Crittenden 1995). Osjećaji služe kao „prevoditelji“ sadašnje situacije u odnosu prema pro-

šlosti. Nadalje, kognicija služi tomu da se osjećaji moduliraju, pa su stoga važne obje (emocije i kognicija). Idealna je dakle ravnomjerna integracija emocionalnog i kognitivnog, koja pojedincu daje osjećaj kompetencije, a u suprotnom dolazi do pojave različitih kliničkih slika. Dezorganizirana privrženost može dovesti do kaotične kliničke slike. Izbjegavajuća privrženost koristi se većinom kognitivnim *copingom* (kognitivne vještine suočavanja) te pacijenti ne mogu opisati svoje osjećaje (npr. antisocijalni razvojni poremećaj). Ambivalentna privrženost dovodi većinom do emocionalnog *copinga*, dolazi do emocionalnog preplavlivanja, što može uzrokovati *borderline* razvojni poremećaj (Mosquera i sur. 2014; Sharp i Fonagy 2015). **Klinička vinjeta** razvojnog poremećaja ličnosti prikazana je u poglavlju o *borderline* poremećaju ličnosti (v. posebno poglavlje 66).

65.8. Terapija

65.8.1. Rana terapija, opći terapijski principi

U **tablici 65.2.** prikazane su različite metode liječenja.

Tablica 65.2.

Terapija razvojnih poremećaja ličnosti

Opći terapijski principi

Kognitivno-bihevioralna terapija
 Psihodinamska terapija
 Medikamentna terapija
 Rad s roditeljima i obitelji
 Multimodalna terapija
 Stacionarno (psihoterapijsko) liječenje
 Specifični specijalizirani i/ili odgojni postupci

Specifični terapijski postupci

1. dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT)
2. prijenosno fokusirana psihoterapija (TFP)
3. na mentalizaciji utemeljena terapija (MBT)
4. shema-fokusirana terapija (SFT)
5. na strukturi temeljena psihodinamska psihoterapija
6. psihoanalitičko-interakcionalna psihoterapija

U literaturi se navodi potreba što ranije intervencije (Kaess i sur. 2014; De Fruyt i De Clerq B 2014). Načelno, mogu se iskoristiti dosadašnja iskustva iz kognitivno-bihevioralne (posebno za disocijalni poremećaj ličnosti) i psihoanalitičke terapije (posebno za *borderline*, narcistički poremećaj ličnosti, anksiozni poremećaj ličnosti), kao i druge metode koje se inače primjenjuju u dječjoj psihijatriji. U slučajevima u

kojima dominiraju subjektivna patnja i nezadovoljstvo vlastitom osobom više su indicirane psihodinamske terapije, dok tamo gdje prevladavaju ponašajne teškoće više će biti indicirana kognitivno-bihevioralna terapija (Ermann 2007). Rad s roditeljima i obiteljska terapija mogu biti korisni u liječenju obiteljskih disfunkcija (Larrivee 2013). Treba pokušati razlikovati pojedinačne intervencije i multimodalne terapije. U **tablici 66.2.** (v. posebno poglavlje 66 o *borderline* poremećaju) prikazane su moguće faze multimodalnog i/ili stacionarnog liječenja *borderline* razvojnog poremećaja i srodnih razvojnih poremećaja ličnosti, odnosno poremećaja ličnosti.

Eventualno će se primijeniti **psihofarmakoterapija**, i to posebno ako postoje drugi komorbiditetni poremećaji (Herpertz i Herpertz-Dahlmann 2011). Pokatkad je potrebno primijeniti lijekove da bi se uopće moglo doći do psihoterapijskog liječenja (Lempp 2014). Obično se tada rabe atipični antipsihotici ili antidepresivi. Potrebno je izbjegavati lijekove s velikim potencijalom za ovisnosti (npr. benzodiazepini), kao i lijekove s uskom terapijskom širinom, jer nose veću opasnost za mogućnost suicida (Lempp 2014).

Indikacije za stacionarno liječenje prikazane su u **tablici 66.1.** (v. posebno poglavlje 66 o *borderline* poremećaju) i slične su liječenju *borderline* poremećaja (Ermann 2007). Posebno se može naglasiti da su u stacionarnom okviru važne paralelne pedagoške mjere (jasno pridržavanje pravila, jasne granice, kao i nemogućnost korumpiranosti), uz psihoterapijski rad (Schmeck i sur. 2012).

O liječenju poremećaja ličnosti u dječjoj i adolescentnoj dobi ima vrlo malo kontroliranih studija, tako da se trebamo osloniti na kliničko iskustvo te na istraživanja provedena u odraslih. Bateman i Fonagy (2000) daju preporuke za liječenje odraslih: 1. uspostava dobrog odnosa između terapeuta i pacijenta; 2. terapeut treba dugotrajno biti na raspolaganju pacijentu; 3. treba imati jasan terapijski fokus; 4. treba izabrati aktivni i strukturirani pristup. Jedan od glavnih problema u osoba s poremećajima ličnosti jest uspostavljanje i održavanje dobrog terapijskog odnosa. Dakle, potrebno je raditi na terapijskom savezu, a treba uzeti u obzir i to da će on tijekom terapije biti stalno na iskušenju te da će biti prijatniji u vezi s prekidom terapije. Mnogo je važnije kako je pacijent shvatio vlastiti terapijski savez od toga kako ga vidi terapeut. Ako se čini da je ova tema aktualna, onda treba o tome popričati s pacijentom. Prihvatanje pacijenata (validacija)

bit je svake psihoterapije, a kod terapije poremećaja ličnosti to nam je posebno važno. Nadalje, potrebno je stimulirati pacijentovu motivaciju za promjenom (Schmeck i sur. 2009).

Konačno, korisne mogu biti i intervencije usmjerene na okolinu, naime, dugotrajnije liječenje adolescenata u nekim specijaliziranim i/ili odgojnim institucijama mogu djelovati stabilizirajuće (Lempp 2014).

65.8.2. Specifični terapijski postupci

U posljednje vrijeme u svijetu je kreiran niz manualiziranih i evaluiranih psihoterapijskih postupaka za liječenje poremećaja ličnosti, posebno za *borderline* poremećaj ličnosti. Ovi su postupci modifikacija postojećih psihoanalitičkih i kognitivno-bihevioralnih terapija.

1. **Dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT)** (Linehan 1989; Linehan 1998; MacPherson i sur. 2013). U takvoj se terapiji integriraju kognitivno-bihevioralne metode, s elementima zen-budizma i humanističkih terapijskih postupaka. Posebno se čini indicirana pri samoozljeđujućem ponašanju i kod *borderline* poremećaja ličnosti. Individualna terapija (dva puta tjedno) uz povremene grupne terapije ciljaju na poboljšanje pažnje, emocionalne regulacije, toleranciju stresa i socijalne kompetencije. Važan dio terapije jesu i krizne telefonske individualne mogućnosti.

2. **Prijenosno fokusirana psihoterapija (TFP)**. Takva se terapija temelji na Kernbergovu psihoanalitičkom objektom modelu poremećaja ličnosti (Clarkin i sur. 2007; Clarkin i sur. 2008). Analizira se prijenos i protuprijenos, fokus je na „ovdje i sada“ te na klarifikacijama, konfrontacijama i interpretacijama. Ovdje treba biti oprezan u interpretacijama u dječjoj i adolescentnoj dobi jer one mogu dovesti do nepoželjnog regresa (Streeck-Fischer 2007).

3. **Na mentalizaciji utemeljena terapija (MBT)**. Na osnovi psihoanalitičkih teorija i teorije privrženosti Bateman i Fonagy (2000) razvili su terapiju u kojoj se povećava sposobnost mentalizacije. Dakle, potiču se identificiranje, modeliranje i verbaliziranje osjećaja da bi se poboljšala stabilizacija reprezentacija radnih modela privrženosti i povećala sposobnost da se prepoznaju namjere drugih, kao i da se ovo iskoristi za vlastito ponašanje.

4. **Shema-fokusirana terapija (SFT)** (Young i sur. 2005). Oslanja se na kognitivno-bihevioralnu terapiju, uz elemente humanističkih i psihodinamskih principa.

Središnji terapijski princip jest identifikacija emocionalno opterećujućih shema koje utječu na ponašanje, a koje je onda potrebno mijenjati u terapiji. Temeljni princip takve terapije jest da su se razvile maladaptivne sheme zbog posljedice traumatizacije u djetinjstvu ili izraženih situacija deficita ličnosti. Ovdje je riječ o načinu koji se sastoji od sjećanja, emocija, kognicija i tjelesnih osjećanja, koji su nastali tijekom razvoja i koji su izrazito disfunkcionalni. Primjenjuju se različiti „shema-modusi“ koji se nazivaju prema dominantnom kontekstu nastanka: „napušteno dijete“, „ljutito dijete“, „kažnjavajući roditelj“ ili „zaštićujuća distanca“. Ovakva terapija integrira kognitivno-bihevioralni pristup, model privrženosti, podupiruće modele, psihodinamski i humanistički pristup.

U njemačkom govornom području postoje još barem dvije terapijske tehnike.

1. Na **strukturi temeljena psihodinamska psihoterapija**. Ovakva terapijska forma temelji se na strukturnoj osi operacionalizirane psihodinamske dijagnoze njemačkih autora (v. posebno poglavlje 20). Ciljevi su terapije usmjereni na strukturu ličnosti, kao što su self i objektne percepcije, modulacija reguliranja i obrana, kao i područje unutarnje privrženosti i vanjskih odnosa s drugima (Rudolf 2004).

2. **Psihoanalitičko interakcionalna psihoterapija**. Proizašla je iz grupne psihoterapije osoba s *borderline* poremećajem (Heigl Evers i Ott 2002). Temelji se na principu „odgovora“. Naime, s obzirom na vlastite primitivne objektne odnose i mehanizme obrane pacijenti nisu kadri reflektirati vlastito ponašanje te dobivaju detaljnije odgovore od terapeuta, koji stvaraju ili potiču ego strukturirajuće sposobnosti (Streeck 2007).

65.9. Tijek, prognoza

Poremećaji ličnosti povezuju se već dulje sa stabilnim tijekom, lošom prognozom, kao i s nemogućnošću liječenja. Međutim, u posljednje vrijeme ima sve više saznanja o mogućnosti terapijske promjene (Schmeck i sur. 2009). Perry (1993) je naveo da poremećaji ličnosti imaju visoku kratkoročnu stabilnost, međutim, da nakon desetak godina mogu nastupiti znatnije promjene. U jednom je istraživanju čak pokazano izlječenje do oko 50 %. Sljedeće pitanje pri promatranju tjeka jest i pitanje promjene manifestnog ponašanja, s obzirom na promjenu unutarnje (intrap-sihičke) strukture/deficita. Vjerojatno lakše dolazi do

promjene manifestnog ponašanja, dok je otvoreno pitanje promjene strukture ličnosti. Rizik je od suicida cijele grupe poremećaja ličnosti triput veći nego u općoj populaciji. Najveća frekvencija suicidalnog ponašanja nalazi se kod *borderline* i narcističkih poremećaja ličnosti (Herpertz i Herpertz-Dahlmann 2011).

65.10. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Potrebno je što prije početi liječenje poremećaja ličnosti.
- ✓ Cijeli tijek razvoja poremećaja ličnosti vrlo je kompleksan i dugotrajan i uključuje niz etiopatogenetskih čimbenika koji su rizični i/ili protektivni, tako da se na različite načine može prevenirati i liječiti.
- ✓ Danas se dijagnoza poremećaja ličnosti ne shvaća statično, kako je to bilo prije, niti se treba širiti terapijski nihilizam.
- ✓ Potrebna je pomoć roditeljima/nastavnicima u prihvaćanju određenih crta ličnosti djeteta/adolescenta, kao i njihova ponašanja.
- ✓ Pokatkad su potrebne dugotrajnije i/ili stacionarne terapije.
- ✓ Treba izbjegavati okrivljavanje roditelja za poremećaj u djeteta/adolescenta.
- ✓ U pristupu treba imati ravnotežu između precjenjivanja, kao i podcjenjivanja dijagnoze poremećaja ličnosti.
- ✓ Danas postoji niz novijih terapijskih postupaka koji se provode u liječenju poremećaja ličnosti.

65.11. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Dijagnosticiraju li se poremećaji ličnosti premalo ili previše u mlađoj odrasloj dobi?

ODGOVOR: Postoje razni neistiniti mitovi u području poremećaja ličnosti i velike kontroverze. Čini se da su u praksi manje prisutni poremećaji ličnosti nego što se inicijalno misli, npr. u forenzičkom kontekstu. Primjerice, kriminalno ponašanje ne mora biti povezano s antisocijalnim poremećajem ličnosti, osim ako ta osoba ne ispunjava kriterije za poremećaj ličnosti. Čini se da kod stručnjaka postoji trend učestalijeg davanja dijagnoze *borderline* poremećaja ličnosti, kao

što se katkada pretjerano rabio termin hysterije. S druge strane, mnoge osobe s ovim poremećajem dobivaju neke druge dijagnoze.

■ PITANJE: Kakav je odnos termina ličnosti, *ega*, identiteta, *self-koncepta*, karaktera i temperamenta?

ODGOVOR: Vjerojatno je termin ličnosti najširi pojam i rabi se više u psihologiji. U psihodinamskoj psihijatriji koncepti slični terminu ličnost koji se upotrebljavaju jesu *ego* i *identitet*, dok se u kognitivnoj psihologiji više rabi termin *self-koncepta*. Pojam karaktera vrlo je sličan terminu ličnosti, međutim, taj je pojam više povezan s određenim vrijednostima, kao i s voljnim (intencionalnim) dijelovima ličnosti. Temperament je vjerojatno najuži termin s obzirom na ličnost i karakter. Definiramo ga kao nešto konstitucionalno, što se odnosi na individualne reakcije u području osjećanja, volje i nagona te se smatra nečim energijskim, biotonusnim i više se odnosi na emocionalno nego na kognitivno.

■ PITANJE: Kakav je odnos termina ličnosti (karakter i temperament) i tipova privrženosti?

ODGOVOR: Termin ličnosti i njegovi srodni termini (karakter, temperament) odnose se na cjelokupnost doživljavanja i ponašanje pojedine ličnosti, dok se termin privrženosti više odnosi na način socijalnog (interpersonalnog) odnošenja prema drugima, odnosno na način interakcijskog matriksa prema drugim osobama. Privrženost također može biti nešto temeljno, motivacijsko, slično nagonskom, transgeneracijsko, ali se ipak znatno odnosi na nešto interakcijsko. Tipovi privrženosti više su rizični/protektivni čimbenici za eventualnu određenu patologiju poslije, odnosno imaju povezanosti s *copingom* (emocionalnim i kognitivnim), odnosno s emocionalnom regulacijom.

■ PITANJE: Koji su mogući poremećaji u djetinjstvu koji prethode pojedinim poremećajima ličnosti?

ODGOVOR: OKP u djetinjstvu može prethoditi kasnijemu anankastičnom i anksiozno (izbjegavajućem) poremećaju ličnosti. Anksiozni (emocionalni) poremećaj (a posebno separacijski anksiozni poremećaj i socijalna fobija) mogu prethoditi anksiozno (izbjegavajućem) poremećaju ličnosti. Poremećaj ponašanja, a posebno uz komorbiditet s hiperkinetskim sindromom i početkom tipičnim za dječju dob, može prethoditi disocijalnom (antisocijalnom) poremećaju ličnosti. Hiperkinetski sindrom može prethoditi *borderline* poremećaju ličnosti (posebno impul-

zivni tip). Anoreksija nervoza može prethoditi anksioznom (izbjegavajućem) ili anankastičnom poremećaju ličnosti.

■ **PITANJE:** Navedite diferencijalnu razliku između shizoidnog poremećaja ličnosti i Aspergerova sindroma?

ODGOVOR: Kod shizoidnog poremećaja ličnosti riječ je o dominantno ograničenu emocionalnom doživljavanju, kao i o ekspresiji osjećaja, uz izbjegavanje bliskosti s drugim ljudima. Načelno kod Aspergerova sindroma, koji ima dublji poremećaj socijalnog kontakta, postoji suženo područje interesa te stereotipno ponašanje, uključujući i stereotipnu verbalizaciju (što nije tipično za shizoidni poremećaj ličnosti).

■ **PITANJE:** Opišite psihodinamski histrionski (histerični) poremećaj ličnosti (HPL) i vezu s prijašnjim terminom histerije?

ODGOVOR: Prije u tekstu navedeni su kriteriji za histrionski poremećaj ličnosti, a navedeni su i od MKB-10 i DSM-5. Riječ je o poremećaju ličnosti na tipično višem strukturalnom razvoju. Ego je dovoljno jak, uspješno je razriješena individuacija i autonomija osobe, potiskivanje i zreliji mehanizmi obrane dominantni su mehanizmi obrane, tipično postoji konfliktna patologija u smislu edipskog kompleksa. Konflikt se ne izražava pojedinim simptomom, već cjelokupnih ponašanjem i doživljavanjem. Prije se histrionski poremećaj ličnosti zajedno s disocijativnim i somatoformnim poremećajima ubrajao u histeriju. Tipični mehanizam obrane kod HPL-a jest histerična disocijacija (dio percepcije, misli, sjećanja, emocija i identiteta se potisne). Zbog toga se čini kao da postoji vanjska fasada, „igrajuće“ i neistinito ponašanje. Temeljni konflikt jest edipski konflikt. Liječi se psihodinamskom i kognitivno-bihevioralnom terapijom.

■ **PITANJE:** Opišite psihodinamski narcistički poremećaj ličnosti.

ODGOVOR: Prije su u tekstu navedeni kriteriji za narcistički poremećaj ličnosti, a postoje i u važećim klasifikacijama. Psihodinamski je riječ o poremećaju ličnosti kao prototipu poremećaja umjerene strukturne razine (zajedno s depresivnim poremećajem ličnosti). Došlo je do određene prorade faze individuacije (za razliku od *borderline* poremećaja ličnosti), međutim, fiksacija se nalazi u fazi autonomije. Karakteristična je nesigurnost s obzirom na sebe, a osobe se trude suočavati putem idealiziranja ili razočaranja sebe samoga i drugih; postoje kompenzatorne omnipotentne fanta-

zije i odnosi prema drugima. Načelno, smatra se da su u etiopatogenezi više prisutni poremećaji odnosa u primarnoj obitelji (mikrotraume), negoli izravnije doživljene traume. U literaturi postoji zanimljivost komorbiditeta razvojnog narcističkog poremećaja i hiperkinetskog sindroma.

■ **PITANJE:** Koja je razlika između *borderline* poremećaja i narcističkog poremećaja ličnosti (NPL)?

ODGOVOR: Klinički, u usporedbi s *borderline* poremećajem ličnosti, kod narcističkog poremećaja ličnosti postoji veća stabilnost slike o sebi, relativni manjak autodestrukcije, manjak impulzivnosti i manji osjećaj odbačenosti. Psihodinamski gledano, *borderline* poremećaj ličnosti nalazi se na niskom strukturalnom stupnju, kada je nedostatna individuacija ličnosti, ego je slab i nema svoje koherencije. Zbog toga postoje i različiti simptomi tipični za *borderline* poremećaj: afektivna nestabilnost, impulzivnost te nesigurnost u sebe i u vanjski svijet. Pri narcističkom poremećaju ličnost tipično postoji prorada faze individuacije i zato je ego stabilniji. Međutim, postoji fiksacija na fazu autonomije, odnosno tipično se poremećaj nalazi na srednje strukturalnoj razini. Stoga su obilježja NPL-a relativna socijalna prilagodba, uz problem samopoštovanja.

■ **PITANJE:** Možemo li reći da su terapije neuspješne u liječenju poremećaja ličnosti?

ODGOVOR: Danas smatramo da dijagnoza poremećaja ličnosti više nije toliko statična, a također da ne treba širiti terapijski nihilizam. U slučajevima u kojima dominiraju subjektivna patnja i nezadovoljstvo samim sobom, više su indicirane psihodinamske terapije, dok će tamo gdje dominiraju ponašajne teškoće više biti indicirana kognitivno-bihevioralna terapija. Psihodinamske se metode fokusiraju na liječenje strukture ličnosti / deficita ličnosti, odnosno na temeljne psihičke konflikte ili dominantnu temu poremećaja, kao i uzimanje u obzir mehanizama obrane, uključujući i prijenosno-protuprijenosne osjećaje. Važno je u tome smislu liječenje razine strukture/deficita. Općenito govoreći, narcistički poremećaji imaju bolju prognozu nego *borderline* poremećaji ličnosti. Kognitivno-bihevioralne metode djeluju na slabost ega i ponašajne simptome. U tom se smislu primjenjuju različite terapije: treninzi samopoštovanja, postupci učenja i ekspozicije, strukturirajuće mjere, trening socijalnih vještina i druge mjere. U tekstu je naveden niz multidisciplinarnih terapija, kao i niz manualiziranih terapija, tako da nikako nema mjesta terapijskom nihilizmu.

65.12. **Pitanja**

- 1 Definirajte poremećaje ličnosti.
- 2 Koja je najniža dob za postavljenje dijagnoze poremećaja ličnosti?
- 3 Objasnite razlike između skupine (klastera) A, B i C poremećaja ličnosti.
- 4 Navedite sažetu etiopatogenezu poremećaja ličnosti.
- 5 Navedite psihodinamiku poremećaja ličnosti.
- 6 Navedite povezanost različitih formi privrženosti s različitim *copingom* i kliničkim slikama.
- 7 Koji su opći principi liječenja poremećaja ličnosti?
- 8 Koje specifične terapije poremećaja ličnosti postoje?

65.13. **LITERATURA**

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Arbeitskreis OPD-KJ-2*. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
3. *Barnow S, Arens EA, Sieswerda S i sur*. Borderline Personality Disorder and Psychosis: A Review. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:186-195.
4. *Bateman AW, Fonagy P*. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177:138-43.
5. *Bowlby J, ur*. Attachment and loss. Vol 3. New York: Basic Books; 1980.
6. *Caspi A, McClay J, Moffitt TE i sur*. The role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297:851-854.
7. *Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF i sur*. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):922-8.
8. *Clarkin JF, Yeomas F, Kernberg O*. Psychotherapie der Borderline- Persönlichkeit- Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart: Schattauer; 2008.
9. *Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM i sur*. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development nad use. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality; 1994.
10. *Crittenden PM*. Attachment and Psychopathology. U: Goldberg S, Muir R i Kerr J, ur.. Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 1995, str. 367-406.
11. *Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM*. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychol Bull* 2009;135(3):495-510.
12. *De Fruyt F, De Clerq B*. Antecedents of Personality Disorder in Childhood and Adolescence: Toward an Integrative Developmental Model. *Annual Review of Clinical Psychology* 2014; 10:449-76.
13. *Ermann M*. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W. Kohlhammer; 2007.
14. *Fonagy P, Gergeley G, Jurist EJ i sur*. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett- Cotta; 2004
15. *Gunderson JG, Kolb J*. Discriminating features of borderline- patinets. *Am J Psychiatry* 1978;135:792- 6.
16. *Gunderson JG, Kolb JE, Austin V*. The diagnostic interview for boorderline patients. *Am J Psychiatry* 1981;138(7): 896-903.
17. *Heigl Evers A, Ott J, ur*. Die psychoanalytisch- interaktio- nelle Methode: Theorie und Praxis, Goettingen: Vandenhoeck; 2002.
18. *Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B*. Persoenlichkeitsstoerungen und Stoerungen der Impulskontrolle. U: Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2011, str. 295-303.
19. *Jakovina T, Crnkovic Batista M, Ražić Pavičić A i sur*. Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatr Danub* 2018;30 (1):72-8.
20. *Kaess M, Brunner R, Chanen A*. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics* 2014;134:782-793.
21. *Kernberg OF*. Borderline-Stoerungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt: Suhrkamp; 1978.
22. *Kernberg OF, Hartmann HP, ur*. Narzissmus, Grundlagen- Stoerungsbilder- Therapie. Stuttgart: Schattauer; 2006.
23. *Kohut H*. Narzissmus- Eine Theorie der Behandlung narzistischer Persoenlichkeitsstoerungen. Frankfurt: Suhrkamp; 1973.
24. *Larrivee MP*. Borderline personality disorder in adolescents: The He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2013;15(2):171-179.
25. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
26. *Linehan MM*. An Illustration of Dialectical Behavior Therapy. In *Session: Psychotherapy in Practice* 1998;4(2):21-44.
27. *Linehan MM*. Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline- Persoenlichkeitsstoerungen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 1989;2:220-7.
28. *Livesley J*. Debate on DSM-V. The Hague: 10. ISSPD Congress; 2007.
29. *MacPherson HA, Cheavens JC, Fristad MA*. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2013;16:59-80
30. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.

31. Mosquera D, Gonzalez A, Leeds AM. Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disord Emot Dysregul* 2014; 1:15.
32. Nietzel MT, Bernstein DA, Milich R. Uvod u kliničku psihologiju. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
33. Perry JC. Longitudinal studies of personality disorders. *J personal Disord* 1993;7suppl:63-85.
34. Peters UH. Woerterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 4 izd. Muenchen, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1990.
35. Petz B. Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
36. Resch F. Entwicklungspsychopathologie des Kindes und Jugendalters. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1996.
37. Rutter M. Temperament: Conceptual Issues and Clinical Implications. U: Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK, ur. Temperament in childhood. New York: Wiley; 1989. str.464- 79.
38. Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer; 2004.
39. Schmeck K, Schlüter-Müller S, Resch F. Persönlichkeitsstörungen. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F. Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 717-34.
40. Schmeck K, Streeck-Fischer A, Herpetz SC. Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsstörungen. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ. Adoleszenzpsychiatrie- Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer; 2009, str. 386-398.
41. Sharp C, Ha C, Michonski J i sur. Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV borderline personality disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comp psychiatry* 2012;53(6):765-774.
42. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015;56(12): 1266–1288.
43. Sharp C, Williams LL, Ha C i sur. The development of a mentalization- based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bulletin of the Menninger* 2009;73(4):311-38.
44. Soloff PH, Meltzer CC, Greer PJ, Constantine D, Kelly TM. A fenfluramine- activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biol psychiatry* 2000; 47: 540-7.
45. Streeck- Fischer A. Borderline-Risiken- Persönlichkeitentwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie. Muenchen: CIP Medien; 2007, str. 483-505.
46. Streeck-Fischer A, Freyberger HJ. Borderline-Persönlichkeitsstörung. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ. Adoleszenzpsychiatrie- Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer; 2009, str. 399- 410.
47. Streeck U. Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett Cotta; 2007.
48. Tress W, Woeller W, Hartkamp W i sur. Persönlichkeitsstörungen- Leitlinien und Quellentext. Stuttgart, New York: Schattauer; 2002.
49. Young J, Klosko J, Weishaar MF. Schematherapie. Eine praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann; 2005.
50. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
51. Zanarini MC. The childhood interview for DSM-IV Borderline personality Disorder (CI-BPD). Belmont, MA: McLean Hospital and Harvard medical School; 2003.
52. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR i sur. The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders* 1989;3(1):10-8.

Borderline poremećaj ličnosti

Ivan Begovac

SADRŽAJ

66.1. Uvod	909
66.2. Definicija, klasifikacije	909
66.3. Epidemiologija	910
66.4. Razvoj simptoma, klinička slika	910
66.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet	911
66.6. Etiopatogeneza	911
66.6.1. Psihodinamika, traumatska iskustva, privrženost	912
66.7. Klinička vinjeta	913
66.8. Terapija	913
66.8.1. Prevencija, rana intervencija, opći terapijski principi	913
66.8.2. Specifični terapijski postupci	914
66.9. Tijek, prognoza	916
66.10. Upute za roditelje/nastavnike	916
66.11. Često postavljena pitanja	917
66.12. Pitanja	918
66.13. Literatura	918

66.1. Uvod

Preporučuje se prije čitanja ovog teksta pročitati poglavlje 65 o poremećajima ličnosti. Kernberg (1978) sedamdesetih je godina prošloga stoljeća bio autor koji je liječio ovakve poremećaje kao „borderline“, označujući time da su „negdje između“ psihotičnih i neurotskih poremećaja. Često se o takvim poremećajima govori kao o razvojno „deficitarnoj patologiji ličnosti“, kada nije došlo do dostatnog razvoja ega, odnosno kada prevladavaju primitivni osjećaji poput agresije, bijesa, zavisti i srama. Danas se smatra da se *borderline* poremećaj ličnosti (BPL) može dijagnosticirati već u adolescenciji te je riječ o valjanom (validnom) i pouzdanoj (relijabilnoj) dijagnozi (Kaess i sur. 2014; Sharp i Fonagy 2015). BPL uključuje akutna rizična stanja i oštećenja, kao i dugotrajne posljedice u obliku psihosocijalnog oštećenja i visokog morbiditeta i mortaliteta, te zbog tog razloga treba započeti sa što ranijom terapijom.

Pojedini autori više govore o „*borderline* razvojnom poremećaju ličnosti“ ili o „*borderline* rizicima“ u djetinjstvu, pod kojima se razumijeva psihodinamska „*borderline* organizacija ličnosti“ (Kernberg 1978; Kernberg i Hartmann 2006), međutim, ne podrazumijeva se da će to nužno imati progresiju u BPL u odrasloj dobi (Streeck 2007; Streeck-Fischer i Freyberger 2009). U ovom će se poglavlju stoga rabiti termin BPL ili *borderline* razvojni poremećaji te na to treba obratiti pozornost. U literaturi se upotrebljavaju različiti termini koji mogu imati šire i uže značenje, a odnose se na *borderline* tip u najširem smislu: rani poremećaji, strukturni poremećaji, *borderline* razvojni poremećaji, kompleksni neurotski razvojni poremećaji, kronični posttraumatski razvojni poremećaji, narcistički poremećaji, disocijalni (antisocijalni) razvojni poremećaji, kompleksni poremećaji pažnje itd. (Streeck 2007). Često u praksi ovakva djeca/adolescenti zapravo dobivaju različite dijagnoze, najčešće iz kategorije F9, F4, i F6, prema MKB-10 klasifikaciji.

66.2. Definicija, klasifikacije

Uvodno bi se moglo reći da je neizostavno poglavlje bilo kojega svjetskog udžbenika iz dječje psihijatrije i psihoterapije poglavlje o *borderline* poremećaju ličnosti, koji se razvija u djetinjstvu. Središnje obilježje BPL-a jest stalni obrazac nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, vlastitoj slici o sebi i osjećajima, uz

obilježje impulzivnosti, što se već očituje u djetinjstvu (APA 2013; Streeck-Fischer i Freyberger 2009). Različiti autori definiraju tipične simptome razvojnog BPL-a. Tako Streeck (2007) navodi karakteristike **razvojnoga *borderline* poremećaja**: nestabilni, brzo mijenjajući odnosi prema objektima, destrukcija prema drugima i samoozljeđivanje, impulzivnost, manjak strategija rješavanja problema, poremećaj identiteta, nestabilan afekt i podržljivost, povećana pobuđenost, te manjak tolerancije anksioznosti.

Sharp i Fonagy (2015) i Fossati (2014), slično prije rečenom upućuju na simptome kod BPL-a, međutim, daju preporuke o temeljnim simptomima BPL-a u adolescenata: 1. poremećaj identiteta (posebno u djetinjstvu); 2. neprimjereni i intenzivni bijes; 3. paranoidne ideacije (u dječaka); 4. kronični osjećaj praznine uz sklonost namjernom samoozljeđivanju, impulzivnosti i disocijativnim stanjima.

Kod MKB-10 emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti (F60.3) dijeli se u impulzivni tip (F60.30) i u *borderline* tip (F60.31), uz napomenu da ovaj, posljednji zahtijeva više kriterija (WHO 1993).

DSM-5 (301.83) navodi da treba biti prisutno barem pet od devet karakteristika (APA 2013).

1. Dramatični napor za izbjegavanje realnog ili fantaziranog gubitka.
2. Oblik nestabilnih i intenzivnih interpersonalnih odnosa koji su karakterizirani oscilacijama između ekstremne idealizacije i obezvrjeđivanja.
3. Poremećaj identiteta, koji se očituje značajnom i stalnom nestabilnom slikom o sebi ili osjećajem sebe.
4. Impulzivnost u barem dvama područjima koja su potencijalno autodestruktivna (trošenje novca, seksualna aktivnost, uporaba sredstava ovisnosti, nemarna vožnja, prejedanje).
5. Stalna suicidalna ideacija, geste ili prijetnje te samoozljeđujuće ponašanje.
6. Afektivna nestabilnost kroz značajnu podražljivost (reaktivnost) raspoloženja (intenzivne epizodične disforije, iritabilnost, anksioznosti koje traju nekoliko sati, ali ne više dana).
7. Kronični osjećaj praznine.
8. Neprimjereni, intenzivni bijes ili poteškoće kontrole bijesa (izljevi bijesa, stalni bijes, ponavljajući fizički obračuni).
9. Povremene, sa stresom povezane, paranoidne ideacije ili teški disocijativni simptomi.

66.3. Epidemiologija

Kumulativna prevalencija iznosi oko 1,4 % u adolescenata, dok se u ambulantnoj psihijatrijskoj populaciji nalazi prevalencija između 10 i 20 %, a na stacionarnim odjelima i do 50 %. Češće se dijagnosticira u žena nego u muškaraca (3 : 1) (Kaess i sur. 2014).

66.4. Razvoj simptoma, klinička slika

Simptomatologija je u dječjoj i adolescentnoj dobi šarolika i promjenjiva (polisimptomatska), kao što se to vidi i iz klasifikacija. Za sada nema specifične simptomatologije koja bi se odnosila samo na djecu i adolescente. Klinička slika obično započinje već oko 14. godine (Lempp 2014).

Adolescenti s **razvojnim BPL-om** pokazuju sljedeća obilježja (Schmeck i sur. 2009; Streeck 2007; Streeck-Fischer i Freyberger 2009):

- disharmoničan razvoj: mogu oscilirati između različitih razvojnih razina. U jednom trenutku razvoj može odgovarati dobi, međutim, u drugom momentu adolescenti mogu biti naglo regresivni s bizarnim mišljenjem, velikim poremećajima u ponašanju i preplavljujućom anksioznošću. Mogu oscilirati između različitih ego-stanja ili self-stanja (dobro dijete / loše dijete ili agresivno / depresivno).

- Poremećaj testiranja realnosti: tendencija projektnim idejama (do sumanutog), potiskivanje realnosti i njezini otkloni. Sposobnost ostajanja u kontaktu s realnošću ostaje prisutna, unatoč regresiji i mikropsihotičnim epizodama. Regresija na psihotičnu razinu nije pasivni raspad kao kod shizofrenije, već privremena i reverzibilna *coping* vještina (vještina suočavanja) radi adaptacije na neku konfliktnu situaciju.

- Poremećaj agresivnosti i impulzivnosti: pokazuju manjak tolerancije na frustraciju te na neispunjavanje njihovih želja reagiraju izljevima bijesa. Agresivno i impulzivno ponašanje je nemodulirano i nije socijalno prihvatljivo. Agresija služi obrani od osjećaja straha i proganjanja. Može postojati hiperkinetski sindrom (s impulzivnošću) te on može biti važan prediktor daljnje perzistencije poremećaja u adolescenciji. Alkohol i droge mogu se rabiti ili kao sredstva za samoregulaciju ili kao sredstva za unutarnju stimulaciju, zbog osjećaja manjka vlastite strukture.

- Autoagresije, samoozljeđivanje: opasnosti se u vanjskom svijetu ne mogu prikladno percipirati, a posljedice vlastita djelovanja ne mogu se predvidjeti. S

opažanjima tjelesnih senzacija iz vlastita tijela adolescent se teško nosi. Tendiraju nesrećama i/ili samoozljeđivanju te se u stresnim situacijama mogu čupati, rezati ili spaljivati. Samoozljeđivanje u ovom smislu ima različite funkcije, od samopomoći do samoreguliranja, ili pak može biti jedna mogućnost da se prekinu disocijativna stanja.

- Multipli strahovi (slobodno flotirajući i difuzni) ili pak potpuno isključenje strahova. Nedostaje ego-funkcija signalne anksioznosti. Nema sposobnosti prilagodbe na tjeskobu, kao ni vezanja za objekte. Strahovi uzrokuju masivne gubitke orijentacije i konfuzna stanja, dolazi do različitih stanja selfa.

- Poremećaj seksualnosti s bizarnim i sadomazohističkim fantazijama. Nema dominacije određene faze seksualnog razvoja.

- Poremećaj osjećaja identiteta i osjećaja selfa. Nema osjećaja vlastite kohezije, osciliraju između osjećaja veličine i manje vrijednosti. Zbog osjećaja manje vrijednosti mogu bježati od realnosti u udaljene fantazije.

- Mehanizmi *splittinga* (rascjepa). Oni dovode do rascjepa selfa i objekta, tako da se promatra svijet, objekti ili self ili kao dobar ili kao loš. Može se razviti lažni self, može se razviti „kao da“ ličnost, koja se dekompenzira tijekom adolescencije.

- Prekomjerna ovisnost o vanjskim objektima. Izbor osoba orijentiran je prema vlastitim potrebama i promjenljiv. Bliske se osobe ili idealiziraju ili ih se ponižava. Separacije pojačavaju strahove. Povremeno se adolescenti uobičajeno ponašaju, međutim, pri odbijanju mogu naglo burno reagirati s velikim strahom, velikim izljevom bijesa i bizarnim načinom mišljenja.

- Problemi u interpersonalnim odnosima s vršnjacima. Često mogu biti marginalizirani.

- Poteškoće u školi i poremećaji socijalne prilagodbe. Mogu biti prisutne smetnje koncentracije, učenja, razvojne smetnje, nespecifične neurološke smetnje, kao i razlika između želja, odnosno mogućnosti i ocjena u školi.

- Poremećaj emocionalne regulacije. Imaju poteškoća s razlikovanjem osjećaja i afekta te s njihovom primjerenom verbalizacijom. Mogu postojati narcistički izljevi bijesa, osjećaji osamljenosti, nevažnosti ili pak obratni osjećaji, kao da se svi događaji odigravaju upravo radi njih.

- Funkcionalni poremećaji, npr. poremećaji spavanja, enureza itd.

- Prisutni autoagresivni simptomi – ekvivalenti poput: pokušaja suicida, anoreksije/bulimije, zlopore sredstava ovisnosti, opsesivnih rituala, konverzivnih simptoma, agorafobije i klaustrofobije, nasilnog ponašanja.

- Manjak integracije dobrih i loših self-objekata. Ovo dovodi od pretjerano strogoga do sadističkog superega, kao i određenoga nedosegnutog ego-ideala. Nedostaje razlikovanje između selfa i objekta, realnosti i fantazije, između dimenzija vremena: prošlosti, sadašnjosti i budućnosti. Teški poremećaj simbolizacije dovodi do manjka sposobnosti introspekcije i refleksije. Postoji stalna infiltracija primarnog procesa mišljenja u sekundarni proces mišljenja.

- Dominacija primitivnih mehanizama obrane: projektivna identifikacija, rascjep, idealiziranje, stalno negiranje i poricanje. Mehanizmi regulacije, *copinga*, prilagodbe i obrana su ili žestoki, rigidni i arhaični (psihotični pol) ili su fragilni, labilni i fluktuirajući (atipično neurotski pol).

66.5. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet

BPL je važan poremećaj u adolescenciji pa se stoga velika važnost pridaje ranoj dijagnostici, koja je, međutim, povezana s velikom stigmatizacijom (Kaess i sur. 2014). Načelno se u adolescenciji, u usporedbi s odraslim osobama, nalazi više akutnih kliničkih slika sa samoozljeđivanjem, suicidalnim ideacijama, impulzivnošću i rizičnim ponašanjem (Kaess i sur. 2014). Posebno se čine specifičnima „stabilnost u nestabilnosti“, rascjep na dobro i loše, impulzivnost i afektivna nestabilnost. Svakako su važni kriteriji kroničnosti i izrazito teško izražene kliničke slike, u odnosu prema inače normativnim odstupanjima adolescentnog razvoja (Streeck-Fischer i Freyberger 2009). Slično opisanom, kod drugih poremećaja ličnosti (v. poglavlje 65 o poremećajima ličnosti) primjenjuje se psihijatrijski intervju s pacijentom (temeljen na postojećim klasifikacijama), roditeljima, promatranje pacijenta te procjena tijeka i duljine trajanja smetnji. Pri planiranju terapije, prema Streeck-Fischer i Freyberger (2009), posebno je potrebna procjena cjelokupne socijalne situacije: kakav je odnos prema vršnjacima i školi, kakva je obiteljska situacija, postoji li indikacija za stacionarnu psihoterapiju te ima li uopće indikacije za psihoterapiju. Kod procjene roditelja potrebno je uzeti u obzir činjenicu jesu li roditelji motivirani za pro-

mjenu, žele li surađivati, ponavlja li se traumatska situacija ili će se primijeniti neke druge mjere zaštite djece? Mogu se također rabiti i polustrukturirani intervjui (Gunderson i Kolb 1978; Gunderson i sur. 1981; Sharp i sur. 2012; Zanarini i sur. 1989; Zanarini 2003), ili neki projektivni testovi (v. poglavlje 21 o psihološkoj procjeni), koji mogu upućivati na fantastično, kombinatorno i konfabulirajuće mišljenje (Schmeck i sur. 2009). U njemačkom govornom području postoji operacionalizirana psihodinamska dijagnostika, koja može biti korisna u dijagnostici (Arbeitskreis OPD-KJ-2 2016) (vidi posebno poglavlje 20 u knjizi). Postoje također određeni drugi algoritmi i simptom liste, koji se mogu primjenjivati u dječjoj i adolescentnoj dobi (Chanen i sur. 2008; Chang i sur. 2011; Linde i sur. 2013; Morey 2007; Noblin i sur. 2013; Poreh i sur. 2006; Sharp i sur. 2011; Schuppert i sur. 2012).

Diferencijalnodijagnostički, BPL se razlikuje od drugih stanja, npr. depresivnih epizoda, u svojoj trajnosti. Potrebno ga je razlikovati od bipolarnog afektivnog poremećaja, jer je kod BPL-a riječ više o interpersonalnim problemima. Diferencijalnodijagnostički gledano, mogu doći u obzir psihotična stanja (Barnow i sur., 2010), zloupotreba psihoaktivnih supstancija, PTSP (kod PTSP-a postoje vremenska povezanost traume i kliničke slike), drugi poremećaji ličnosti, hiperkinetski sindrom i druga stanja. U usporedbi s emocionalno impulzivnim tipom, kod ovog, potonjeg tipa nalazi se impulzivno ponašanje, koje je više usmjereno prema drugima. Konačno, BPL treba razlikovati od prolaznih adolescentnih normativnih stanja (Lempp 2014).

Komorbiditet BPL-a je značajan i slično je već opisano u poglavlju o poremećajima ličnosti (v. posebno poglavlje 65). Samoozljeđujuće ponašanje i suicidalnost značajniji su u adolescenciji nego u odrasloj dobi (Kaess i sur. 2014). Životna prevalencija izvršenih suicida kod BPL-a jest oko 8 % (Kaess i sur. 2014). Posebno se čini zanimljiva povezanost s hiperkinetskim sindromom (Streeck 2007).

66.6. Etiopatogeneza

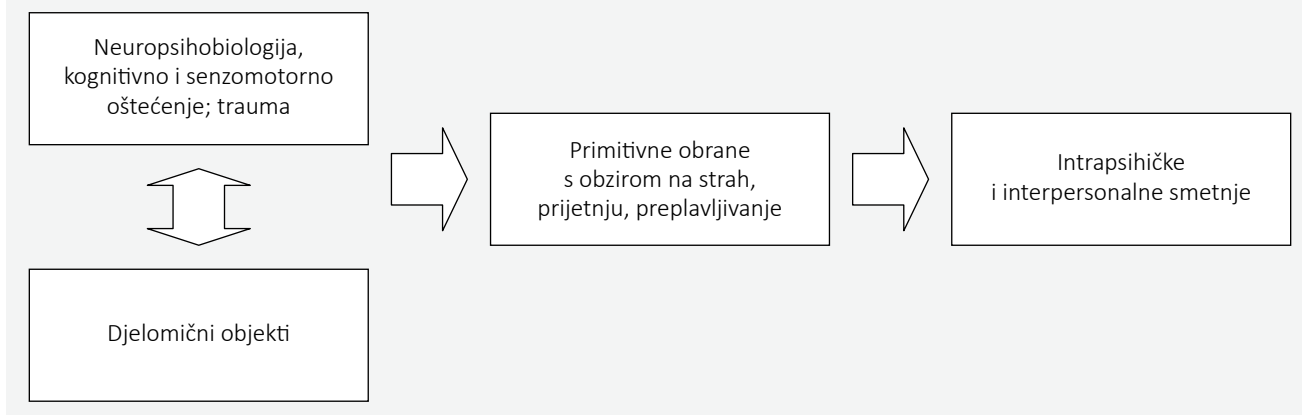
Na [slici 65.1.](#) i [slici 65.2.](#) (v. posebno poglavlje 65) te na [slici 66.1.](#) sažeto je prikazana etiopatogeneza.

Kod BPL-a riječ je o multifaktorijskoj etiologiji, dakle radi se o kombinaciji bioloških, psiholoških (psihodinamskih), razvojnih i socijalnih čimbenika. Ili drukčije rečeno, općenito se smatra da je riječ o

Slika 66.1.

Pojednostavnjeni integrativni etiopatogenetski model objašnjenja borderline razvojnog poremećaja, kao i drugih srodnih razvojnih poremećaja ličnosti.

Modificirano prema Kernberg 1999; Sharp i Fonagy 2015; Streeck 2007; Streeck-Fischer i Freyberger 2009.



kompleksnoj interakciji između genskih čimbenika, temperameta, stresnih i/ili traumatskih okolnosti u djetinjstvu, poremećaja privrženosti, emocionalne disregulacije, te suptilnih formi neuroloških i biokemijskih disfunkcija (Streeck-Fischer i Freyberger 2009; Mosquera i sur. 2014; Vermetten i Spiegel 2014). Adolescencija je posebno pogodna za razvoj borderline poremećaja zbog važne razvojne zadaće socijalizacije s vršnjacima, koja može biti poremećena (Sharp i Fonagy 2015). Nadalje, adolescenti su skloniji impulzivnosti (Newnham i Janca 2014). Genska istraživanja govore o važnosti temperameta (visoko „traženje novoga“ i visoko „izbjegavanje ozljede“) (Kaess i sur. 2014), kao i važnosti emocionalne regulacije te njihovom mogućem utjecaju na razvoj poremećaja ličnosti (Jakovina 2018). Od psihosocijalnih rizičnih čimbenika važni su stresori i traume u djetinjstvu koje su bile kronično difuzne ili ponavljajuće. U posljednje vrijeme dodatno se naglašavaju psihosocijalni stresori u adolescenciji kao razvojnoj fazi, a koji uključuju vršnjačko nasilje (Crowell i sur. 2009; Kaess 2014). Mnoga istraživanja govore da negdje od 70 do 90 % odraslih pacijenata s BPL-om ima traumatska iskustva iz djetinjstva, a posebno seksualna zlostavljanja (Zanarini i sur. 1997).

66.6.1. Psihodinamika, traumatska iskustva, privrženost

Mnogi su se autori bavili psihodinamikom BPL-a, a ovdje će biti navedeni samo neki od njih. Chethik (1986) navodi četiri aspekta koji karakteriziraju BPL:

deficit u području nagona s dominantnom pregenitalnom agresijom, ego-deficiti, deficiti u području objektivnih odnosa, kao i razvojni deficiti zbog fiksacija na prijašnje razvojne stupnjeve (oralno narcističke fiksacije). Kernberg (1978) i Kernberg i sur. (2001) opisuju „**borderline organizaciju ličnosti**“ s fiksacijom na specifične self i objektne konfiguracije. U takvih osoba postoji svijet parcijalnih objekata, koji se doživljavaju ili kao dobri ili kao loši, naime, nema dostignute faze cjelovitosti objekta (u kojoj objekt ima zajedno dobra i loša obilježja). U fazi parcijalnog objekta dominiraju primitivni mehanizmi obrane kao što su rascjep (*splitting*), projekcija i projektivna identifikacija. Posljedica ovakvih zbivanja jest da se druge osobe idealiziraju ili opet naglo potpuno obezvrjeđuju (devaluiraju), a slično se događa i prema sebi: ili se sebe prekomjerno cijeni ili se potpuno mrzi. Kernberg (1999) smatra da BPL nastaje na bazi doživljavanja teške kronične agresije. On povezuje ovaj bijes (kao temeljni osjećaj) s prirođenom dispozicijom ili pak s traumatskim stanjima iz djetinjstva. Dakle, doživljeni bijes i agresivne primitivne organizacije onemogućuju razvoj normalne integracije idealiziranih i proganjanih dijelova objekta.

Ermann (2007) smatra da se fiksacija kod *borderline* poremećaja ličnosti nalazi na niskoj razini ličnosti, tj. da se razvojni zastoj dogodio u fazi individuacije, ego je deficitaran, a obrane su primitivne (v. poglavlje 4 o razvoju). U fazi individuacije u literaturi se posebno navodi neuspjeh „faze ponovnog približavanja“ slično drugim autorima koji su to opisivali u svojim radovima

(Mahler i sur. 1978; Masterson 1972). Dakle, nije došlo ni do sigurnosti unutarnjeg ni do dovoljno sigurnoga vanjskog objekta, odnosno postoji opasnost od regresivnog ponovnog potpunog sjedinjenja (s gubitkom vlastitog identiteta) ili pak do potpunog gubitka objekta (ako se odluči na samostalnost). Moglo bi se stoga reći da dominira konflikt između blizine *versus* distance, odnosno između fuzije i odvojenosti.

Kernberg (1999) je naglašavao ulogu traumatskih iskustava, međutim, nikako nije smatrao da se BPL treba promatrati isključivo kao kompleksni posttraumatski poremećaj, što potvrđuju i novija istraživanja, da je uloga traumatskih iskustava u etiologiji BPL nespecifična (Fossati i sur. 1999). Kernberg (1999) je smatrao da ova teška iskustva pridonose prirođenoj i primitivnoj agresiji. Traumatska iskustva u osoba s BPL-om obično su kronična, duljeg trajanja, kompleksna i često su kombinacija različitih oblika: emocionalno zanemarivanje, seksualno i drugo zlostavljanje. Takva traumatska iskustva remete mogućnosti integracije parcijalnih objekata.

Kod BPL-a može biti oštećena neuropsihobiološka regulacija stresa, poremećaji sjećanja i „rupe“ u sjećanju mogu voditi do toga da se čine kao da su u prošlosti, a ne u sadašnjosti (Fonagy i sur. 2004). Poremećaj mentalizacije dovodi do toga da se ne mogu verbalno izražavati, nego više djeluju (agiraju – odigravaju) svojim ponašanjem. Štoviše, danas se ne govori toliko o manjku mentalizacije, nego o „hipermentalizaciji“, što znači da ove osobe „previše“ interpretiraju događaje oko sebe (Sharp i sur. 2011; Sharp i sur. 2013). Majka nije imala neuropsihobiološku ulogu u ravnoteži u njihovu razvoju u smislu psihološke njege (*engl. holdinga-handlinga*) (Winnicott 1965; Winnicott 1987), odnosno nema dovoljno dobro uspostavljene konstantnosti objekta ili na drugačiji način rečeno, nema dovoljno dobre intrapsihičke reprezentacije objekta. Disocijativni simptomi mogu objasniti afektivnu sljepoću, poremećaje učenja te poremećaje tjelesnih percepcija. Shore (1994) u sličnom tonu navodi da BPL nastaje ako osoba koja se brine za dijete ne preuzme funkciju self-objekta koji ima ulogu psihobiološke regulacije. Ogden (1985) kod *borderline* tipova, koristeći se Winnicottovim terminom potencijalnoga mentalnog prostora, vidi dijalektičku oscilaciju između različitih polova: realiteta i fantazije, ega i neega, simbola i „simboliziranoga“ (Streeck 2007). O teoriji privrženosti i povezanosti s *copingom* (emocionalnim i kognitivnim) već je bilo govora u poglavlju o poremećajima ličnosti (v. tamo).

66.7. Klinička vinjeta

Djevojka od 14 godina dolazi na stacionarno psihoterapijsko liječenje zbog osjećaja praznine i odbacivosti i suvišnosti koji osjeća dulje vrijeme, uz afektivnu nestabilnost, impulzivnost, te samoozljeđujuće ponašanje za koje navodi da traje unatrag tri godine, dakle od svoje 11 godine. U posljednje je vrijeme sve prisutnija suicidalna ideacija. Učestalo se samoozljeđuje žiletom, posebno često nakon svađe s roditeljima, koje pokatkad dobiva karakter pokušaja suicida, uz dodatno nekoliko intoksikacija lijekovima, koji su se morali zbrinjavati na akutnim pedijatrijskim odjelima. Majka je brižna, no bespomoćna. Otac je brižan, međutim povremeno sklon burnim osjećajima ljutnje s obzirom na simptome u djevojke. Ima vrlo problematične vršnjačke odnose. Sklapa prijateljstva na „prvi pogled“ visoko intenzivno, a nakon nekoliko dana dolazi do potpunog razlaza i razočaranja s istom vršnjakinjom. Nema dobru sliku o sebi, dodatno su prisutni simptomi bulimije. Impulzivnost se sastoji u seksualnom rizičnom ponašanju u alkoholiziranom stanju, s partnerima koje tek površno poznaje, konzumacijom alkohola, kao i simptomima bulimije. Na odjelu se opservira afektivna nestabilnost koja traje po nekoliko sati. Djevojka se pokušava uklopiti u odjelnu grupu vršnjaka, međutim, i dalje prevladava nestabilnost u interpersonalnim odnosima, kao i nestabilna slika o sebi i oscilirajući afektivni obrazac. Sugerira se intenzivna psihijatrijska i psihoterapijska terapija.

66.8. Terapija

66.8.1. Prevencija, rana intervencija, opći terapijski principi

U svijetu postoje različiti programi rane intervencije (Kaess i sur. 2014), kako bismo što prije detektirali adolescente s BPL-om. Jedan dio terapijskog pristupa opisan je u poglavlju o poremećajima ličnosti (v. posebno poglavlje 65, a posebno [tablicu 65.2.](#)). Potreban je intenzivan terapijski tretman pri stalnoj impulzivnosti, suicidalnosti i (nesuicidalnom) samoozljeđivanju (Newnham i Janca 2014). S psihodinamskog stajališta usmjerujemo se na strukturne/deficitarne poremećaje ličnosti, a manje na nesvjesne neurotske psihičke konflikte. Dakle, naglasak će biti na self i objektnim opažanjima, kao i na regulaciji selfa, afekata, impulsa, pažnje i primitivnih obrana. U tom će se smislu poticati komunikacija, posebno u aspektu ver-

balizacije osjećaja, kao i pri nijansiranju u opisu sebe i drugih osoba iz svoje okoline. U ovome smislu, jedan od ciljeva terapije bio bi mentaliziranje, odnosno reflektiranje vlastitih stanja i ponašanja, nijansiranje osjećaja, te konačna simbolizacija putem verbalne ekspresije, igre, ili na neki drugi način.

U početku terapije, ali i poslije, potreban je stabilan okvir (*setting*), kao i dobro uspostavljen terapijski savez kako s djetetom/adolescentom, tako i s roditeljima (Streeck-Fischer i Freyberger 2009; Streeck 2007). U tom se smislu ne može tolerirati agresija prema terapeutu (kao ni prema stvarima). Nikako nije prihvatljivo da se terapeut pasivno prepusti pacijentovoj agresiji (Rohde-Dachser 1995), već se to mora protumačiti kao povreda granica. Psihoanalitičke interpretacije na početku terapije mogu pogoršati agitaciju (Diepold 1995), odnosno rad na prošlosti na samom početku terapije može zapravo biti kontraindiciran (Streeck 2007). Seanse bi se trebale provoditi po unaprijed zadanom i određenom rasporedu. Postoji otvoreno pitanje o mogućnostima kriznih termina (u slučaju suicida, samoozljeđivanja, bijega od kuće, kriminalnih radnji) i treba li terapeut biti dostupan preko telefona ili nekim drugim sredstvom komunikacije. Dakle, stabilan je okvir odlučujući i od velike važnosti (Streeck-Fischer i Freyberger 2009). Postavljanje granica terapeuta, posebno s obzirom na agresiju, izostanke s termina i autodestruktivno ponašanje, imaju razvojno orijentiranu perspektivu i sprječavaju daljnju regresiju. Ako se djetetu/adolescentu jasno navede koje su posljedice, onda je to u suprotnosti s onime što su dotada doživjeli, da budu izloženi iznenadnim nepredvidivim stresnim događanjima. Stabilan je okvir prvi korak prema preživljavanju napadaja (Streeck 2007). Protuprijenosno terapeuti na početku terapije mogu imati osjećaje mesijanstva, veličine i pomoći te se čini da su ovi protuprijenosni osjećaji potrebni u ranoj fazi terapije kako bi se uopće započelo s terapijom, jer je inače riječ o vrlo teškim i zahtjevnim pacijentima (Streeck-Fischer i Freyberger 2009).

Rad s roditeljima također je od iznimne važnosti (v. poglavlje 76 o psihodinamskim terapijama), važno je naglasiti i spremnost roditelja za promjenu, odnosno shvaćanje da dijete ne može napredovati ako usporedo i roditelji ne napreduju (Streeck 2007). Rad s roditeljima i po potrebi obiteljska terapija mogu biti korisni u nadvladavanju obiteljskih disfunkcija, a mogu se primijeniti i specijalizirane metode i/ili odgojni postupci (Larrivee 2013; Lempp 2014).

Potrebno je također odvagati potrebu psihofarmakološkog liječenja (v. posebno poglavlja 73 i 74 o psihofarmakoterapiji). Farmakološka je terapija slična terapiji opisanoj kod poremećaja ličnosti i samoozljeđivanja. Kod BPL-a nema specifične medikamentne terapije (Kaess i sur. 2014), nego se primjenjuju uobičajene smjernice, odnosno važno je liječenje komorbiditetnih poremećaja i simptoma.

Načelno, treba odvagati hoće li se više primjenjivati individualna terapija (npr. ambulantna kognitivno-bihevioralna ili psihodinamska terapija) ili će se rabiti multimodalni tretman, koji uključuje multidisciplinarni tim stručnjaka. Naime, u adolescenata s ozbiljnijim poremećajima koristan je multimodalni tretman, koji uključuje niz terapijskih tehnika (npr. trening socijalnih vještina, socio terapija, koncentracijski trening, rad s roditeljima itd.), uz eventualnu psihofarmakoterapiju (Herpertz i Herpertz-Dahlmann 2011). Međutim, nije rijetkost da zbog intenzivnog rascjepa (*splittinga*) između različitih negativnih i pozitivnih self i objektnih reprezentacija, da adolescent u medicinski tim stručnjaka projicira svoje različite rascjepljene dijelove. Tako pojedini članovi tima mogu biti „hladni i sadistički“, dok se neki drugi članovi tima „prekomjerno idealiziraju“ (Heinemann i Hopf 2015).

Niz situacija može ometati uspostavljanje terapije: suicidalno i samoozljeđujuće ponašanje, heteroagresija; pacijentovo laganje ili izostavljanje važnih informacija; liječenje bez osjećaja posvećenosti; stalna uporaba droga, alkohola ili drugih supstancija; ulaženje u rizične situacije (npr. trošenje novca); gubljenje granica prema terapeutu, izazivanje osjećaja potrebe da se kod terapeuta bude „kao doma“ (Streeck 2007).

Stacionarno liječenje može biti vrlo korisno (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Indikacije za stacionarno liječenje prikazane su u [tablici 66.1](#).

Kako se vidi u tablici, indikacije uključuju hitna i akutna stanja, započinjanje intenzivnije psihoterapije ili multimodalnog tretmana zbog prisutnoga značajnog komorbiditeta, trenda kronificiranja te zbog nepovoljnih okolnosti u obiteljskom okruženju ili neuspjeh dosadašnjih terapija (Ermann 2007).

66.8.2. Specifični terapijski postupci

U posljednje je vrijeme u svijetu kreiran niz manualiziranih i evaluiranih psihoterapijskih postupaka za liječenje poremećaja ličnosti, a posebno za BPL. Oni su modifikacije postojećih psihoanalitičkih i kognitivno-bihevioralnih modela (detaljnije su opisani u poglavlju

o poremećajima ličnosti). To su: 1. dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT) (Linehan 1989; Linehan 1998; MacPherson i sur. 2013); 2. prijenosno fokusirana psihoterapija (TFP) (Clarkin i sur. 2007; Clarkin i sur. 2008); 3. na mentalizaciji utemeljena terapija (MBT) (Bateman i Fonagy 2000); 4. shema-fokusirana terapija (SFT) (Young i sur. 2005); 5. na strukturi temeljena psihodinamska psihoterapija (Rudolf, 2004); 6. psihoana-

litičko interakcionalna psihoterapija (Heigl Evers i Ott 2002; Streeck 2007).

Uspješna terapija BPL-a sastoji se od sljedećih točaka: 1. zajednička posvećenost stalnosti u terapiji; 2. valjana (validna) teorija koja stoji iza terapije te koja je bliska pacijentu; 3. aktivni pristup terapeuta koji omogućuje empatiju i privrženo vezivanje; 4. pojačanje „vjere u terapiju“, tj. da se može naučiti nešto novo; 5. fokusiranje na emocionalno procesiranje i povezivanje emocija s djelima (akcijom) (npr. osjećaj odbacivanja sa samoozljeđivanjem); 6. ravnopravni odnos s pacijentom; 7. stalna procjena letalnosti i međusobno anti-suicidalno ugovaranje; 8. mogućnosti primjene manualiziranih terapija; 9. predanost terapeuta i pacijenta jednoj metodi; 10. vanjska supervizija terapije (Sharp i Fonagy 2015; Schiavone i Links 2013).

Načelno se pri terapijama stimulira razvoj u najširem smislu, a različiti autori to nazivaju različitim imenima: poticanje regulacijskih mehanizama, decentriranje, mentaliziranje, triangularizacija, desomatizacija, kao i poticanje simbolizacije. Decentriranje se odnosi na termin kada se potiče izlazak iz dijadno isprepletenih odnosa, odnosno mogućnost reflektiranja svojih stanja (Streeck 2007).

Streeck (2007) navodi sljedeće terapijske ciljeve koje treba shvatiti kao dugotrajno procesno „putovanje“: 1. razvoj sigurnoga terapijskog odnosa; 2. razvoj sposobnosti prema umanjivanju napetosti, pojačavanje mentalizacijskih sposobnosti; 3. rad na konfuziji ili rascjepu slika sebe i objekta; 4. rad na projektivnim i

Tablica 66.1.

Indikacije za stacionarno liječenje kod borderline razvojnih poremećaja, kao i kod drugih razvojnih poremećaja ličnosti

Modificirano prema Ermann 2007; Schmeck i sur. 2012.

Akutna i hitna stanja (suicidalnost, heteroagresivnost, samoozljeđujuće ponašanje, rizična ponašanja, impulzivnost)

Početak intenzivnije stacionarne psihoterapije (kognitivno-bihevioralne ili psihodinamske)

Početak multimodalnog tretmana

Prisutnost značajnih komorbiditeta (npr. depresivnost, izbjegavajuće ponašanje, socijalno povlačenje, izrazita anksioznost, konverzivni simptomi, poremećaji jedenja)

Tendencija kronificiranju

Nepovoljne okolnosti i dinamika u obitelji (npr. izražen psihički poremećaj roditelja)

Nepovoljno ambulatno ili dnevno bolničko liječenje

Tablica 66.2.

Moguće faze multimodalnog i/ili stacionarnog liječenja borderline razvojnog poremećaja i srodnih razvojnih poremećaja ličnosti.

Modificirano prema Streeck 2007; Streeck-Fischer i Freyberger 2009.

	Dijete/ adolescent	Terapeut i multidisciplinarni tim (liječnici /medikamentna terapija/, psiholog, specijalni edukator, socijalni radnik, učitelji, medicinske sestre / tehničari, radni terapeut i drugi)
Početak	dezorganizirano stanje	Terapijski savez, empatija; ponašajna stabilizacija, prevencija odbijanja liječenja; eventualno medikamentno liječenje
1. faza	sigurnost prostora	Podrška (support); „milje terapija“; „škola u bolnici“; pedagoške mjere
2. faza	sigurnost u odnosima	Razvoj odnosa između pacijenata i terapeuta / članova tima; pedagoške mjere; obitelj i socijalno okruženje; rad s roditeljima
3. faza	triangularizacija	veća simbolizacija, poticanje razvojnih zadaća
4. faza	decentriranje patoloških objektnih odnosa	sigurna privrženost; eventualna interpretativna aktivnost

introjektivnim identifikacijama (izbjegavanje malignog sadržavanja /*containment*/); 5. reparacija dezorganiziranih stanja napetosti i manjka regulacije impulzivnosti putem kontinuirane regulacije (*engl. ongoing regulation*); 6. rad na daljnjem razvoju u smislu rada na „ovdje i sada“.

U tablici 66.2. prikazane su moguće faze liječenja, koje se posebno odnose na multidisciplinarno i stacionarno liječenje.

Kako se vidi u tablici, na početku je važan terapijski savez, važnost sigurnoga prostora, stvaranje relacija s terapeutom / članovima tima, a naprednije su faze triangularizacije i decentracije (Streeck 2007). Ove, zadnje faze terapije nakon stacionarnog liječenja mogu se nastaviti ambulatnim ili dnevno-nolničkim tretmanom. Načelno, faze liječenja mogu biti slične fazama liječenja kod drugih zahtjevnijih poremećaja, npr. poremećaji jedenja, psihotični poremećaji (v. posebna poglavlja 54 i 59).

U terapiji je potrebno stvoriti osjećaj sigurnosti, što podsjeća na koncept **temeljne (bazične) sigurnosti** prema Eriksonu (1950). Rad na nestabilnim odnosima u središtu je pažnje (Streeck-Fischer i Freyberger 2009). Naime, jasnije se definira sadašnji prijenos: „Ja nisam onakva osoba /terapeut/, kakvu si ti imao do sada“. Ako odnos postane odviše intenzivan, može postati perverznan (istodobno bliskost i destrukcija). Povremeno može pomoći zajednička šetnja terapeuta s adolescentom da bi se onemogućio destruktivni prijenosno-protuprijenosni odnos. Ako se destrukcija može ograničiti, omogućuje se sigurnost. Stalno postoji mogućnost prijenosa pacijentovih ustrašenih, otprije doživljenih, objektnih odnosa prema terapeutu: zadaća terapeuta je to prepoznati te pokušati poduzeti korake prema distanciranju, odnosno triangularizaciji (Streeck 2007). Jedan od pravaca psihoterapije mogao bi biti stimulacija simbolizirajućih (mentalizirajućih) funkcija. U ovom je smislu važno „markiranje“ i verbaliziranje osjećaja, misli i namjera. Nadalje, pojedini autori daju preporuku o potrebi određenoga interakcijskog i „odgovarajućeg“ pristupa (Streeck 2007; Streeck-Fischer i Freyberger 2009). Pokatkad je korisnije reći: „Ovo ide, ali ono ne ide“. Kao što je prije bilo rečeno, potrebno je pokušati izići iz dijadnog isprepletenog odnosa. S jedne strane potrebna je distanciranost između terapeuta i pacijenta, a s druge važno je imati na umu da ovdje i nije riječ o pravom prijenosu, već više o realnim konkretizacijama prijašnjih patoloških iskustava odnosa, koji se moraju prepoznati i rela-

tivizirati. Rad na prošlosti svakako se čini na početku terapije kao kontraindiciran jer nema potrebne ego-snage za prorađivanje (Streeck-Fischer i Freyberger 2009).

66.9. Tijek, prognoza

U posljednje vrijeme ima sve više saznanja o mogućnosti promjene i dobrog ishoda te je prognoza bolja u adolescenata, nego u odraslih osoba (Schmeck i sur. 2009; Lempp 2014). Čini se da u otprilike do 75 % adolescenata nastupa normalizacija u srednjoj životnoj dobi (*maturing out*) (Lempp 2014). Zanimljivo je da su se kod BPL-a neki simptomi najmanje promijenili (odnosno oni čine više stabilnu crtu ličnosti /*trait*/) kao npr. afektivna nestabilnost, impulzivno ponašanje, intenzivni osjećaji bijesa. Najviše se promijenilo konkretno ponašanje kao npr. samoozljeđujuće ponašanje ili izbjegavanje samostalnosti i osamljivanja. Nalazimo istraživanja o pozitivnim učincima kognitivno-bihevioralnih, kao i psihoanalitičkih terapija (Clarkin i sur. 2008). U slučaju komorbiditeta sa zlouporabom supstancija postoji veća mogućnost perzistiranja simptoma (Lempp 2014).

Inovativno istraživačko i kliničko područje može biti u zanimljivim radovima koji prate majke s dijagnosticiranim BPL-om te njihov disfunkcionalni odnos s djecom, upućujući na moguće predznake (prekursore) razvoja BPL-a kod ovakve djece, ali naglašavajući i mogućnost rane intervencije u djece putem terapije majka – dijete (Macfie i Swan 2009; Stepp i sur. 2011).

66.10. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Kod razvojnog *borderline* poremećaja ličnosti, kao i *borderline* poremećaja ličnosti u adolescenciji mogu biti prisutni vrlo različiti simptomi, zapravo je pravilo da postoji niz različitih simptoma, od kojih su posebno važni: emocionalna nestabilnost, impulzivnost, sklonost samoozljeđivanju i suicidalnost.
- ✓ Potrebna je što ranija detekcija, kao i rana terapija razvojnog *borderline* poremećaja.
- ✓ Pokatkad je potrebna dugotrajnija terapija, kao i stacionarno liječenje.
- ✓ U liječenju razvojnog *borderline* poremećaja postoje različiti prioriteti tijekom procesa liječenja. Najvažniji su prioriteti svakako suicidal-

nost i heteroagresija, kao i održavanje tijekom provođenja terapije.

- ✓ Često je paralelno potrebno raditi i s roditeljima, jer je obično riječ o dugotrajnijim smetnjama, kao i o povremenim akutnim i kriznim stanjima.
- ✓ Preporuka je da se razvije stabilan odnos s pojedinim terapeutom, često mijenjanje terapeuta nije korisno za uspostavljanje stabilnog okvira terapije i rad na različitim problemima.

66.11. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Koji je odnos termina *borderline* poremećaj ličnosti, razvojni *borderline* poremećaja ličnosti, *borderline* rizika i *borderline* organizacije ličnosti?

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje, jer se neki termini u ovom području uzimaju više u širem, a neki više u užem obliku; neki se uzimaju više klinički manifestno, dok su neki termini više psihodinamski. Dakle, neki od tih termina su različiti autori shvatili uže ili šire. Uobičajeno je da se govori o *borderline* poremećaju ličnosti kada je riječ o odrasloj osobi ili o adolescentu starijem od 16 godina. Razvojni *borderline* poremećaj ličnosti i *borderline* rizici bili bi slični terminima. Kod njih je riječ o kliničkim slikama u djece i adolescenata do 16 godina, koje su slične *borderline* poremećaju ličnosti u odrasloj dobi, međutim, nije dokraja sigurno da će prijeći u dijagnozu *borderline* poremećaja ličnosti tipičnu za odraslu dob. *Borderline* organizacija ličnosti psihodinamski je termin koji je uveo Kernberg (1978) te se više odnosi na konstelaciju poremećaja, a uključuje skupinu (klaster) B poremećaja ličnosti (narcistički, *borderline* i antisocijalni). Razvojni *borderline* poremećaj ili *borderline* rizici u dječjoj i adolescentnoj dobi psihodinamski mogu odgovarati psihodinamskoj konstelaciji *borderline* organizaciji ličnosti u odrasloj dobi.

■ **PITANJE:** Kako razlikujemo *borderline* poremećaj ličnosti od normativnih problema identiteta u adolescenciji ili od tzv. adolescente krize?

ODGOVOR: Katkada to nije lako razlikovati. Načelno je kod *borderline* razvojnog poremećaja ličnosti u adolescenciji riječ o pretjeranom (ekscesivnom) poremećaju koji je stalan i perzistentan.

■ **PITANJE:** Zašto kod *borderline* poremećaja ličnosti kažemo da je riječ o „deficitarnoj patologiji ličnosti“?

ODGOVOR: Riječ je o „deficitarnoj i strukturnoj patologiji ličnosti“, jer se kod BPL-a radi o slabom egu, uz primjenu regresivnijih mehanizama obrane. Nasuprot tomu, kod nekih drugih poremećaja može biti riječ više o „konfliktnoj“ patologiji, kada je ego jači, mehanizmi obrane su razvijeniji (primjena potiskivanja) i kada tipično postoji neki neurotski psihički konflikt.

■ **PITANJE:** Kako može izgledati terapijski algoritam liječenja osoba s BPL-om dijalektičko-bihevioralnom terapijom?

ODGOVOR: Kod dijalektičko-bihevioralne terapije postoji hijerarhija terapijskih fokusa na koje se želi utjecati. Najviši prioritet ima suicidalnost, kao i heteroagresija. Sljedeći fokus terapije jest u održavanju terapije tako da se daje jasan okvir (*setting*) liječenja, preveniraju kašnjenje i izostanci sa seansi te prevencija odbijanja liječenja. Nakon ovih prvih dvaju dosegnutih ciljeva ide se dalje na usmjerenije liječenje manifestnog ponašanja, odnosno na kontrolu ponašanja. Sljedeći ciljevi terapije jesu utjecaj na emocionalno doživljavanje, kao i na kreiranje svakodnevnice.

■ **PITANJE:** Kakav je rad s roditeljima djeteta/adolescenta s razvojnim *borderline* poremećajem?

ODGOVOR: To je delikatna tema. Načelno, potreban je usporedni rad s roditeljima, uz neku vrstu psihoterapije adolescenta. Potrebna je želja roditelja za promjenom, odnosno napor u mijenjanju dosadašnjih načina obrazaca komunikacije u obitelji. Obiteljske terapije također mogu biti korisne. U slučaju izrazite disfunkcionalnosti roditelja treba razmotriti potrebu zaštite djeteta, potrebu pružanja drugih odgojnih mogućnosti djetetu (paralelno odgojno i psihoterapijsko liječenje), odnosno praćenja cijele obitelji od nadležnog centra za socijalnu skrb.

■ **PITANJE:** Kakva je uloga socijalnog radnika u intervencijama kod *borderline* poremećaja ličnosti?

ODGOVOR: U slučaju obiteljske disfunkcije ili ako je riječ o nekim dodatnim socijalnopravnim pitanjima djeteta/adolescenta potrebno je uključiti i socijalnog radnika u tim stručnjaka. U slučaju prisutnosti i nastavljanja zlostavljanja potrebno je obitelj prijaviti i nadležnom centru za socijalnu skrb ili policiji radi primarne zaštite djeteta/adolescenta.

■ **PITANJE: Koja je razlika između individualne terapije i multidisciplinarnog tretmana?**

ODGOVOR: Individualna terapija adolescenta s BPL-om jedna je od najzahtjevnijih terapija uopće u dječjoj psihijatriji. Terapeut mora biti vrlo educiran, iskusan u radu s adolescentima, mora podnositi moguća stanja dezorganizacije i gubitak realiteta, koja nisu samo prisutna u djeteta/adolescenta, nego i kod terapeuta. Stoga se preporučuje i supervizija ovakvih slučajeva. Katkada može biti pitanje je li terapija jedanput tjedno dovoljna ili će terapija zahtijevati veću frekvenciju. Što se tiče multimodalnog tretmana, on se može primjenjivati u dnevnom bolničkom i stacionarnom okviru, a rjeđe u ambulantnom. Multimodalni tretman također zahtijeva posvećenost cijelog tima te može kod članova tima izazivati neugodne reakcije odbacivanja i dezorganizacije, pa je stoga također važna supervizija ili tjedni sastanci cijelog tima. Multimodalna (stacionarna) terapija može u nekim slučajevima biti dobar oblik započinjanja jedne vrste psihoterapije, koja će se poslije nastaviti u drugim oblicima.

■ **PITANJE: Koje su uže indikacije za psihodinamsko liječenje kod BPL-a?**

ODGOVOR: U užem smislu indikacije za psihodinamsko liječenje bile bi stabilne vanjske okolnosti (npr. suradljivost roditelja, suradljivost adoptivnih roditelja, sigurnost u vlastitom domu), da u djeteta/adolescenta postoji barem parcijalna mogućnost simbolizacije u igri ili govoru te da dijete/adolescent posjeduje niz kompetencija (resursa) u smislu hobija, interesa, pozitivnih socijalnih kontakata te povoljnijih intelektualnih sposobnosti.

66.12. **Pitanja**

- 1 Navedite simptome koji mogu biti prisutni kod razvojnog *borderline* poremećaja.
- 2 Navedite principe dijagnostike *borderline* poremećaja ličnosti.
- 3 Navedite sažetu etiopatogenezu *borderline* poremećaja ličnosti.
- 4 Navedite psihodinamiku kod razvojnog *borderline* poremećaja.
- 5 Navedite opće terapijske principe kod razvojnog *borderline* poremećaja.
- 6 Navedite specifične terapijske principe kod razvojnog *borderline* poremećaja.

- 7 Koje bi mogle biti faze multimodalnog (stacionarnog) liječenja adolescenta s *borderline* poremećajem ličnosti?
- 8 Koje bi bile indikacije za stacionarno liječenje u adolescenta s *borderline* poremećajem ličnosti?

66.13. **LITERATURA**

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: New School Library; 2013.
2. *Arbeitskreis OPD-KJ-2*. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
3. *Barnow S, Arens EA, Sieswerda S i sur*. Borderline Personality Disorder and Psychosis: A Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12:186-195.
4. *Bateman AW, Fonagy P*. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2000; 177:138- 43.
5. *Bowlby J (ed)*. Attachment and loss. Vol 3. New York: Basic Books; 1980.
6. *Chanen AM, Jovev M, Djaja D i sur*. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord*. 2008;22(4):353-36
7. *Chang B, Sharp C, Ha C*. The criterion validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in an adolescent inpatient setting. *J Pers Disord*. 2011;25(4): 492-503
8. *Chethik M*. Levels of borderline-functioning in children: etiological and treatment considerations. *Am J Orthopsychiatry*. 1986;56:109-19.
9. *Clarkin JF, Yeomas F, Kernberg O*. Psychotherapie der Borderline- Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart: Schattauer; 2008.
10. *Crittenden P*. Attachment and Psychopathology. In: Goldberg F, Muir R, Kerr J (eds). Attachment theory. New York: The Analytic Press; 1995. str: 367- 406.
11. *Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM*. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychol Bull*. 2009; 135(3):495-510.
12. *Diepold B*. Borderline- Entwicklungsstörungen bei Kinder. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatrie* 1995;44: 270-9.
13. *Erikson EH*. Childhood and society. New York: WW Norton & Co. Inc., 1950.
14. *Fonagy P, Gergeley G, Jurist EJ i sur*. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett- Cotta, 2004.
15. *Fossati A*. Borderline personality disorder in adolescence: Phenomenology and construct validity. U Sharp C & Tackett JL(Eds). Handbook of borderline personality disorder

- in children and adolescents. New York; Springer; 2014. str.19-34.
16. *Fossati A, Madeddu F, Maffei C.* Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *J Pers Disord* 1999;13(1):268-280.
 17. *Gunderson JG, Kolb J.* Discriminating features of borderline-patients. *Am J Psychiatry*. 1978;135:792-6.
 18. *Gunderson JG, Kolb JE, Austin V.* The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1981;138(7):896-903.
 19. *Heigl Evers A, Ott J (eds).* Die psychoanalytisch-interaktionale Methode: Theorie und Praxis, Goettingen: Vandenhoeck; 2002. Ž
 20. *Heinemann E, Hopf H.* Psychische Stoerungen in Kindheit und Jugend. 5 izdanje. Stuttgart; Kohlhammer; 2015.
 21. *Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B.* Persoenlichkeitsstoerungen und Stoerungen der Impulskontrolle. U Remschmidt H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung.* Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag; 2011. str. 295- 303.
 22. *Jakovina T, Crnkovic Batista M, Ražić Pavičić A i sur.* Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatr Danub*. 2018; 30(1):72-8.
 23. *Kaess M, Brunner R, Chanan A.* Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*. 2014;134:782-793.
 24. *Kernberg O.* Borderline- Stoerungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt: Suhrkamp; 1978.
 25. *Kernberg OF, Hartmann HP.* (eds) *Narzissmus, Grundlagen- Stoerungsbilder- Therapie.* Stuttgart: Schattauer; 2006.
 26. *Kernberg O.* Persoenlichkeitsentwicklung und Trauma. *PTT*. 1999;1:5-15.
 27. *Kernberg P, Weiner A, Bardenstein K.* Persoenlichkeitsstoerungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.
 28. *Larrivé MP.* Borderline personality disorder in adolescents: The He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2013;15(2):171-179.
 29. *Lempp T.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS.* 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
 30. *Linde JA, Stringer D, Simms LJ i sur.* The Schedule for Non-adaptive and Adaptive Personality for Youth (SNAP-Y): a new measure for assessing adolescent personality and personality pathology. *Assessment*. 2013;20(4):387-404
 31. *Linehan MM.* An Illustration of Dialectical Behavior Therapy. In *Session: Psychotherapy in Practice*. 1998;4(2):21-44.
 32. *Linehan MM.* Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline- Persoenlichkeitsstoerungen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab*. 1989;2:220-7.
 33. *Macfie J, Swan SA.* Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009;21(3):993-1011.
 34. *MacPherson HA, Cheavens JS, Fristad M.* Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013;16:59-80.
 35. *Mahler MS, Pine F, Bergmann A.* Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer; 1978.
 36. *Masterson JF.* (ed). *The borderline adolescent: a developmental approach.* New York: Wiley; 1972.
 37. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
 38. *Morey LC.* *Personality Assessment Inventory—Adolescents Professional Manual.* Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 2007.
 39. *Mosquera D, Gonzalez A, Leeds AM.* Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2014; 1:15.
 40. *Newnham EA, Janca A.* Childhood adversity and borderline personality disorder: a focus on adolescence. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27:68-72.
 41. *Noblin JL, Venta A, Sharp C.* The validity of the MSI-BPD among inpatient adolescents. *Assessment*. 2013;21(2):210-217.
 42. *Ogden TH.* On potential space. *Int J Psychoanal* 1985; 66:129-41.
 43. *Poreh AM, Rawlings D, Claridge G i sur.* The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *J Pers Disord*. 2006;20(3):247-260.
 44. *Rohde-Dachser C.* *Das Borderline-Syndrom.* Bern: Huber; 1995.
 45. *Rudolf G.* *Strukturbezogene Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauer; 2004.
 46. *Schiavone FL, Links PS.* Common elements for the psychotherapeutic management of patients with Self Injurious Behavior. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37:133-138.
 47. *Schmeck K, Streeck-Fischer A.* i Herpertz SC. *Stoerungen der Persoenlichkeitsentwicklung und Persoenlichkeitsstoerungen.* U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberegger HJ. *Adoleszenzpsychiatrie- Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters.* Schattauer, Stuttgart, 2009, str. 386- 398.
 48. *Schuppert HM, Bloo J, Minderaa RB i sur.* Psychometric evaluation of the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV—adolescent version and parent version. *J Pers Disord*. 2012;26(4):628-640.
 49. *Sharp C, Fonagy P.* Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(12):1266-1288.
 50. *Sharp C, Ha C, Carbone C i sur.* Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *J Pers Disord*. 2013;27(1):3-18.
 51. *Sharp C, Ha C, Michonski J I sur.* Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV borderline personality disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comp psychiatry*. 2012;53(6):765-774.
 52. *Sharp C, Mosko O, Chang B i sur.* The cross-informant concordance and concurrent validity of the Borderline Person-

- ality Features Scale for Children in a community sample of boys. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011;16(3):335–349
53. *Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A i sur.* Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(6):563–573.
 54. *Sharp C, Williams LL, Ha C i sur.* The development of a mentalization- based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bulletin of the Menninger*. 2009;73(4):311-38.
 55. *Shore AN.* (ed) *Affect regulation and the origin of the self.* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Assoc; 1994.
 56. *Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA.* Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. *Personal Disord*. 2011;3(1):76–91.
 57. *Streeck- Fischer A.* Borderline-Risiken- Persoenlichkeit-sentwicklungsstoerungen im Kindes- und Jugendalter. U: Hopf H, Windaus E (eds). *Lehrbuch der Psychotherapie*, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder-jugendlichenpsychotherapie. Muenchen. CIP Medien; 2009. Str. 483- 505.
 58. *Streeck-Fischer A.* i *Freyberger HJ.* Borderline-Persoenlich-keitsstoerung. U: *Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ.* *Adoleszenzpsychiatrie- Psychiatrie und Psychothera-pie der Adoleszenz un des jungen Erwachsenenalters.* Schattauer, Stuttgart; 2009. str. 399- 410.
 59. *Streeck U.* *Psychotherapie komplexer Persoenlichkeitsstoerungen.* Stuttgart: Klett Cotta; 2007.
 60. *Vermetten E, Spiegel D.* Trauma and Dissociation: Implica-tions for Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16:434.
 61. *Winnicott DW.* *Reifungsprozesse und foerdernde Umwelt.* Frankfurt: Fischer 1965.
 62. *Winnicott DW.* *Vom Spiel zur Kreativitaet.* Stuttgart: Klett-Cotta 1987.
 63. *World Health Organization.* *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research.* Geneva: WHO; 1993.
 64. *Young J, Klosko J, Weishaar MF.* *Schematherapie. Eine praxisorientiertes Handbuch.* Paderborn: Junfermann; 2005.
 65. *Zanarini MC.* *The childhood interview for DSM-IV Bor-derline personality Disorder (CI-BPD).* Belmont, MA: Mc Lean Hospital and Harvard medical School; 2003.
 66. *Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR i sur.* The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminat-ing BPD from other Axis II Disorders. *Journal od Person-ality Disorders*. 1989;3(1):10-8.
 67. *Zanarini MC, Williams AA, Lewis R i sur.* Reported patho-logical childhood experiences associated with the develop-ment of borderline-personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1101-6.

Sa stresom povezani poremećaji i poremećaj prilagodbe

Ivan Begovac

SADRŽAJ

67.1. Uvod, definicije, klasifikacije	922
67.2. Epidemiologija	923
67.3. Klinička slika	924
67.3.1. Akutna stresna reakcija	924
67.3.2. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	924
67.3.3. Poremećaji prilagodbe	925
67.3.4. Drugi specifični poremećaji povezani sa stresom ili traumom, prema DSM-5	926
67.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	927
67.5. Etiopatogeneza	928
67.5.1. Integrativni aspekti	928
67.5.2. Psihodinamski aspekti	928
67.6. Kliničke vinjete	928
67.6.1. Primjer 1.	928
67.6.2. Primjer 2.	929
67.6.3. Primjer 3.	929
67.7. Prevencija, terapija, tijek	929
67.7.1. Opći principi, prevencija	929
67.7.2. Terapija akutne stresne reakcije	929
67.7.3. Terapija PTSP-a	930
67.7.4. Terapija poremećaja prilagodbe i terapija kompliciranog žalovanja	931
67.7.5. Tijek PTSP-a	931
67.8. Upute za roditelje/nastavnike	931
67.9. Često postavljena pitanja	932
67.10. Pitanja	933
67.11. Literatura	934

67.1. Uvod, definicije, klasifikacije

U promatranju traume postoji opasnost da se generaliziraju učinci (vanjske) traume na razvoj psihopatologije djeteta, a da se nagoniska priroda djeteta i njegovi psihički konflikti zanemare (Winkelmann 2009). Nadalje, ne možemo svaku nepovoljnu razvojnu okolnost označiti kao traumatsku (Winkelmann 2009). Naime, dijete tijekom svojeg razvoja nezaobilazno prolazi kroz određene (optimalne) frustracije, koje posljedično mogu jačati njegov ego, npr. odbijanje od dojke, rođenje brata/sestre, djetetova tjelesna bolest itd.

Poremećaji opisani u ovom poglavlju nalaze se u uskoj vremenskoj vezi s nekim stresorom ili traumom (Schulte-Körne 2011). Gotovo pri svakom psihičkom poremećaju postoje određeni „okidači“ kao stresori kao npr. kod depresivnog poremećaja, međutim, kod poremećaja navedenih u ovom poglavlju oni su u izravnoj vezi. U pravilu, ti poremećaji prolaze tijekom određenog razdoblja. MKB-10 razlikuje akutnu stresnu reakciju (F43.0), posttraumatski stresni poremećaj (F43.1) (PTSP) i poremećaj prilagodbe (F43.2) (WHO 1993). U akutnoj stresnoj reakciji i PTSP-u u vezi su s traumatskim događajem, dok je kod poremećaja prilagodbe riječ o stresnom (životno uobičajenom) događaju. PTSP-u će se posvetiti dodatna pažnja u ovom tekstu. Klinička slika PTSP-a može biti vrlo šarolika i ovisna je o različitim čimbenicima, što će poslije u tekstu biti razjašnjeno.

Traumu koja uzrokuje poremećaj možemo definirati kao događaj (akutni i/ili serija događaja) koji zbog svojeg intenziteta, svoje opasnosti za dijete ili za nekog drugog, svoje neuobičajene prirode i svoje iznenadnosti ili kvalitete iznenađenja, narušavaju prošle djetetove uobičajene *coping* mehanizme (vještine suočavanja) i defenzivne (obrambene) mehanizme, privremeno ostavljajući dijete, u potpunoj bespomoćnosti (Terr 1991; Terr 1996; Begovac i Begovac 2002). S obzirom na to da je dijete u razvoju, za njega nema velike razlike ako je ono nešto izravno doživjelo ili ako je bilo svjedok nekom traumatskom događaju, iako u tom slučaju treba pokušati razlikovati je li se što traumatsko dogodilo nekom članu obitelji ili nekoj drugoj osobi (Winkelmann 2009).

U **tablici 67.1.** uspoređena su dva tipa traumatskih događaja.

Općenito gledano, razlikujemo dva osnovna tipa traumatskih događaja koji izazivaju simptome (Terr 1991): **1. akutni ili traumatski događaj tipa 1:** pojedini-

Tablica 67.1.

Razlika između tipa 1 i tipa 2 traume.

Modificirano prema Perry i Pollard 1998; Streeck-Fischer 2004; Terr 1991.

	Tip 1 traume	Tip 2 traume
Vrsta traume	iznenadna, jednokratna	repetitivna, dugotrajnija
Simptomi	tipični i klasični simptomi akutne stresne reakcije ili PTSP-a	simptomi disocijacije, potiskivanja
Kontinuum kliničke slike	popuđujući pol	disocijativni pol
Restrospektivna aktivnost	Zašto baš ja?	Kako samo mogao spriječiti traumu?
Posebnosti terapije	stabilizacija stanja, drugi principi liječenja	uzeti u obzir slabost ega, empatija, stimuliranje razvoja, drugi principi liječenja

načna, akutna pojava traumatskog događaja – klasična trauma kako ju je opisao Freud, kao što su npr. tjelesni napad, teroristički napad, od ljudi uzrokovano poniženje, neočekivana smrt bliske osobe, prometna nesreća, prirodne katastrofe (Freud 1920); te **2. ponavljani ili traumatski događaj tipa 2:** ponavljano, sekvencijalno (Keilson 1979) i dugotrajno pojavljivanje traumatskog događaja, kakvo se nalazi u sindromu tjelesnog i seksualnog zlostavljanja i u sindromu preživjelog, kod unutarobiteljskih traumi, teških bolesti članova obitelji (uključujući i psihičke bolesti) (Green 1983; Grubrich-Simitis 1995; Herzog 1995; Keilson 1979; Kestenberg 1985; Kestenberg 1995; Kinzie i sur. 1986; Kinzie i sur. 1989; Kogan, 1995; Mc Leer i sur. 1988). Slično kažu i drugi autori kada govore o viktimizirajućem sindromu (Ochberg 1993), kao i o kompleksnom posttraumatskom stresnom poremećaju (Herman 1992). U ovom, drugom slučaju uz dijagnozu PTSP-a često ćemo dati i komorbiditetnu dijagnozu poremećaja ličnosti. Kod ovog tipa traume mogući su različita klinička slika i komorbiditeti: hiperkinetski sindrom, depresivni poremećaji, anksiozni poremećaji, disocijativni poremećaji, poremećaj reaktivne privrženosti u djetinjstvu, *borderline* i narcistički poremećaj ličnosti, tendencija prema suicidu, zlouporaba droga i alkohola, nejasne

somatizacije (Winkelman 2009). U praksi se može susresti i treći, isprepleteni tip traume, kada postoje simptomi tipa 1 i 2 traume; u ovo ubrajamo djecu s permanentnim hendikepom, dugotrajnim bolom, ili s gubitkom značajnog objekta.

Traumatski događaji u preverbalnom periodu (npr. medicinski zahvati u novorođenčadi) mogu imati kasne posljedice u smislu multiplih somatizacija (tzv. posttraumatski somatizacijski poremećaj) (Winkelman 2009). Transgeneracijski prijenos traume može se pojaviti kod ekstremnih trauma u roditelja koje oni prenose svojoj djeci, a najčešća je forma reinsceniranja.

Kriteriji za PTSP, prema DSM-5, razlikuju se za dijete starije i mlađe od šest godina, a slični su kriteriji i prema MKB-10, međutim, kriteriji prema DSM-5 su precizniji (APA 2013). U **djece nakon šeste godine života, adolescenata i odraslih kriteriji su sljedeći:** **Kriterij A** (jedan je kriterij dovoljan): 1. direktna trauma; 2. osobno svjedočenje traumatskom događaju (događajima) koji su se dogodili drugima; 3. saznanje da su se događaj/ događaji dogodili članu obitelji ili bliskom prijatelju; 4. višekratno ili ekstremno izlaganje izrazito neugodnim detaljima traumatskog /traumatskih događaja (npr. policijski službenici zbog prirode posla); **Kriterij B** (jedan je kriterij dovoljan): 1. intruzije koje su stalne, ali nisu nužne da budu distresne (mogu se karakterizirati kao repetitivne igre); 2. stalni snovi, međutim, sadržaj snova nije lako povezati s traumatskim događanjem; 3. disocijativne reakcije (odigravanje /agiranje/ u igri); 4. intenzivan stres tijekom unutarnjih i vanjskih podsjetnika ili podražaja (engl. *cues*) traume; 5. fiziološke reakcije tijekom unutarnjih i vanjskih podsjetnika ili podražaja (engl. *cues*) traume; **Kriterij C** izbjegavanje (jedan je kriterij dovoljan): 1. izbjegavanje sjećanja, misli, emocija; 2. izbjegavanje vanjskih podsjetnika; **Kriterij D** negativne promjene kognicije i raspoloženja (potrebno je postojanje barem dvaju kriterija): 1. nesposobnost prisjećanja; 2. negativna očekivanja; 3. promijenjena kognicija o uzroku traume; 4. negativna emocionalna stanja; 5. smanjen interes u aktivnostima; 6. osjećaj otuđenosti; 7. nesposobnost doživljavanja pozitivnih emocija; **Kriterij E** pobuđenost i podražljivost (reaktivnost-potrebno je postojanje barem dvaju kriterija): 1. iritabilno ponašanje, izljevi bijesa; 2. nemar; autodestruktivno ponašanje; 3. hipervigilnost; 4. povećani pobuđujući odgovor; 5. problem s koncentracijom; 6. poremećaj spavanja;

U **djece mlađe od šest godina kriteriji su sljedeći** (APA 2013): **Kriterij A** (jedan je kriterij dovoljan): 1.

direktna trauma; 2. osobno svjedočenje traumatskom događaju (događajima) koji su se dogodili drugima; 3. saznanje da su se događaj/događaji dogodio /dogodili roditelju ili skrbniku; **Kriterij B** (jedan je kriterij dovoljan): 1. intruzije koje su stalne, ali nisu nužne da budu distresne (mogu se karakterizirati kao repetitivne i agirajuće igre); 2. stalni snovi, međutim, sadržaj snova nije lako povezati s traumatskim događanjem; 3. disocijativne reakcije (agiranje u igri); 4. intenzivan stres tijekom unutarnjih i vanjskih podsjetnika ili podražaja (engl. *cues*) traume; 5. fiziološke reakcije tijekom unutarnjih i vanjskih podsjetnika ili podražaja (engl. *cues*) traume, odnosno podsjetnika; **Kriterij C** izbjegavanje i negativne promjene kognicije i raspoloženja (jedan je kriterij dovoljan): 1. izbjegavanje vanjskih podsjetnika; 2. izbjegavanje ljudi, konverzacije, interpersonalnih situacija; 3. negativna emocionalna stanja; 4. smanjen interes u aktivnostima (konstrukcija igre); 5. socijalno povlačenje; 6. nesposobnost doživljavanja pozitivnih emocija; **Kriterij D** pobuđenost i podražljivost (reaktivnost- potrebno je postojanje barem dvaju kriterija): 1. iritabilno ponašanje, izljevi bijesa; 2. hipervigilnost; 3. povećani pobuđujući odgovor; 4. problem s koncentracijom; 5. poremećaj spavanja.

Kriterije akutne stresne reakcije i poremećaja prilagodbe, prema MKB-10 i DSM-5, treba pogledati detaljnije u pripadajućim klasifikacijama.

DSM-5 s pravom poremećaje privrženosti ubraja u širu skupinu poremećaja povezanih s traumom ili stresom (APA 2013). Poremećaji privrženosti su opisani u posebnoj poglavlju 35 u ovoj knjizi. U klasifikacijama to nije navedeno, međutim, pretpostavlja se da djeca nemaju jasno određenu figuru privrženosti, odnosno pri poremećaju privrženosti djeca ne uspijevaju razviti selektivnu privrženost i najčešće je riječ o iskustvima socijalnog zanemarivanja, mijenjanju skrbnika, odgoja u instituciji itd. (Boris i Zeanah 2005; Zeanah i sur. 2016).

67.2. Epidemiologija

Velik broj djece prolazi kroz svoje djetinjstvo bez ikakva izravnog izlaganja traumatskom događaju (Terr 1983; Terr 1990). Čini se da djeca mogu patiti od uznemirujućih simptoma, međutim, bez dostizanja broja potrebnog ili određenih simptoma prijeko potrebnih za punu dijagnozu PTSP-a, no i njima je potrebna prikladna terapija (Lempp 2014). Životna prevalencija za PTSP bila bi od 1,3 do 7 % (Davidson i sur. 1991;

Lempp 2014). Djevojke su sklonije razvoju PTSP-a nego dječaci, iako su dječaci izloženiji traumatskim i stresnim događanjima (Lempp 2014). Prevalencija poremećaja prilagodbe iznosi od 4 do 7 % (Schulte-Körne 2011).

67.3. Klinička slika

67.3.1. Akutna stresna reakcija

Riječ je o privremenom psihičkom poremećaju, određenom različitim težinom simptoma, s obzirom na izvanredno tjelesno ili duševno opterećenje, koje, u načelu, prolazi tijekom nekoliko dana. Anamnestički se saznaje o određenom izravnom stresoru ili traumi, te se prezentira mješovitom kliničkom slikom „konfuzije“ u smislu straha, depresije, bijesa, očaja, prekomjerne aktivnosti ili socijalnog povlačenja. Ovdje se mogu pojaviti primitivne reakcije borbe, bijega ili „smrzavanja“ (stupora). Tijekom neposrednog zastrašujućeg događaja djeca su obično šutljiva (unutar minuta do nekoliko dana). Često su prisutni i vegetativni simptomi, npr. tahikardija, znojenje, crvenilo i drugi (Schulte-Körne 2011).

Kada neočekivani (neanticipirani) događaj uzrokuje traumatsku kliničku sliku, govorimo o traumi tipa 1. Ovo je trauma po definiciji Anne Freud iz opisa djece (Freud 1969). Kod tog se tipa susreću klasični simptomi akutne stresne reakcije, kao i eventualnog kasnijeg klasičnog PTSP-a. U kliničkoj su slici dominantni: a) potpuna, detaljna, ugravirana memorija; djeca pokatkad imaju jasnije opažanje istog događaja nego odrasli, međutim, s druge strane, sjećanje povremeno može biti samo u pojedinim detaljima (Terr 1981; Terr 1988); b) „**znamenja**“ (retrospektivna aktivnost, odnosno kognitivna procjena, razlozi i okretanje stajališta); djeca se često nakon traume pitaju: „Zašto?“, „Zašto baš ja?“. Sličnim se terminom koristi Pynoos i sur. (1987), kada govori o „kognitivnoj procjeni“; c) Pogrešne percepcije i pogreška u vremenu; često slijede pogrešne identifikacije, vizualne halucinacije i vremenske distorzije nakon traume tipa 1. Traumatske se slike mogu pojavljivati u bilo koje vrijeme, pri podsjetniku, odmoru ili pri odlasku na spavanje. Također su prisutni strahovi. Mogu biti prisutni i traumatski snovi, ali i noćne more bez sadržaja. Može biti prisutna i okrutna, monotona posttraumatska igra (Terr 1996).

U pravilu se ovi simptomi gube tijekom nekoliko dana, a najčešće za 4 tjedna (Lempp 2014). Pokatkad

može biti prisutna amnezija za stresnu epizodu. Stresor ili traumatski događaj mogu biti prirodne katastrofe, nesreće, ratna događanja, provale, zanemarivanja, zlostavljanja, silovanja ili promjene socijalnog okruženja (smrt bliske osobe, požar itd.). **Individualna vulnerabilnost (premorbidna ličnost)** ima veliku ulogu s obzirom na sam stresor ili traumu.

67.3.2. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Riječ je o produljenom odgovoru na neki stresor ili traumu. On se može nastavljati na akutnu stresnu reakciju ili se pak pojaviti nakon što su se simptomi akutne stresne reakcije povukli ili bili neprimjetni. Stresor ili trauma slični su kao kod akutne stresne reakcije. Najranija dob dijagnosticiranja PTSP-a može biti između 12. i 18. mjeseca života (DC:0-5tm 2016; von Gontard i sur. 2009). Tipični su simptomi, a posebno nakon **traume tipa 1**, slični prije navedenoj akutnoj stresnoj reakciji uz druge nespecifične simptome.

Kriteriji, prema DSM-5, prije su navedeni u tekstu. S obzirom na kriterije C i D PTSP-a u djece starije od šest godina i odraslih, u djece mlađe od šest godina ti su kriteriji ujedinjeni u jedan kriterij (kriterij C), a to su izbjegavanje te negativne promjene kognicije i raspoloženja, pri čemu je prisutnost jednog od navedenih simptoma dovoljna za ispunjavanje kriterija. Riječ je o pretežno internalizirajućim simptomima, koje nije lako detektirati u praksi, pa su stoga kriteriji ovdje ublaženi. Pojedine čestice u ovom sjedinjenom kriteriju C u djece mlađe od šest godina više govore o ponašajnoj ekspresiji simptoma, kao npr. osiromašenje konstruktivnosti igre i socijalno povlačenje (koje zapravo pokazuje osjećaje otuđenosti).

U djece i adolescenata razvojne posebnosti utječu na manifestaciju kliničke slike (Begovac i Begovac 2002). Kod djece takve specifičnosti mogu biti ponovno reinsceniranje traume u igri (engl. *reenactment* – ponovno agiranje, ili u formi posttraumatske igre), crtežima ili u verbalizaciji; npr. neka iznenadna neobjašnjiva djetetova akcija koja podsjeća na neke osjećaje uzrokovane događajem ili podsjeća na obranu u to vrijeme, stalna obuzetost (zaokupljenost) određenim riječima ili simbolima, koji mogu imati povezanosti s traumom, ponovno proživljavanje u budnom stanju ili pri spavanju itd.

Nespecifični simptomi mogu biti izraziti strahovi (separacijski strah, strah od stranaca, strah od čudo-

višta ili životinja), poremećaji spavanja, noćne more bez traumatskog sadržaja, agresivno ponašanje, regresivno ponašanje, gubitak naučenih sposobnosti, socijalno povlačenje, disocijativni simptomi, smetnje koncentracije, somatizacijski simptomi, napetost, kao i samoozljeđujuće ponašanje.

Nakon traume tipa 2 klinička slika PTSP-a može biti drukčija. Za razliku od traume tipa 1, kod traume tipa 2 pitanja su drukčija: „Kako sam to trebao izbjeći?“ ili „Kako ću to izbjeći u budućnosti?“. Naime, s obzirom na protok vremena, stvara se osjećaj anticipacije. Stavljaju se u pogon masivni pokušaji da se psiha zaštiti i da se održi self. Mehanizmi obrane i vještine suočavanja (*coping* vještine) jesu sljedeće: masivno poricanje, potiskivanje, disocijacija, self-anestezija, self-hipnoza, identifikacija s agresorom, agresija okrenuta prema selfu. Emocije pokrenute kod traume tipa 2 jesu: a) odsutnost osjećaja – žrtve ne žele govoriti o traumi, pokatkad zaborave čitave segmente djetinjstva; nadalje, žrtve imaju relativnu indiferentnost prema bolu, manjak empatije, manjak sposobnosti da definiraju ili procijene osjećaje uz apsolutno izbjegavanje psihološke bliskosti, što može rezultirati dječjim razvojnim poremećajem ličnosti, koji se u odrasloj dobi klasificira kao narcistički, antisocijalni, *borderline* i izbjegavajući; značajna psihička otupjelost nastupa kao akomodacija na vrlo ekstremne, dugotrajne ili ponavljajuće traumatske situacije; spontana self-hipnoza, depersonalizacija i disocijacija važni su ishodi stalnoga ponavljajućeg stresa; b) osjećaj bijesa, uključujući i bijes okrenut prema sebi; c) nezalječiva depresija.

Pojedini autori prije navedene posljedice trauma shvaćaju kao simptome u kontinuumu od disocijativskog (što više odgovara traumi tipa 2) prema pobuđujućem polu (više odgovara traumi tipa 1) (Perry i Pollard 1998). Kod disocijativnog pola dominiraju izbjegavanje, povlačenje, smetenost, izbjegavanje poticaja, depersonalizacija/derealizacija, afektivno zaravnjivanje. Disocijacija je rascjep sjećanja i smještaj traume u jedan „rezervat“ (u jedan dio ličnosti), u kojemu je ono, doduše, živo, međutim, odvojeno je od drugoga psihičkog života (Winkelman 2009). Kod pobuđujućeg pola dominiraju nemir, stanja pobuđenosti, manifestno ponašanje, *flashbackovi*, halucinacije, samoozljeđivanje i agresija usmjerena prema drugima.

Različitost kliničke slike ovisi o različitim čimbenicima. Za razvoj PTSP-a može biti odgovorna narav

traume, npr. pri silovanju postoji oko 50 % mogućnosti razvoja PTSP-a, a oko 15 % nakon prometnih nesreća i teških tjelesnih bolesti itd. Poznato je da se nakon jednake traume u jedne trećina ljudi ne razvija PTSP, u sljedeće trećine, ovisno o podršci okoline, razvije se ili ne razvije PTSP, te konačno u zadnje se trećine razvija PTSP (Schulte-Körne 2011). Smanjena očekivanja od budućnosti vrlo su važan klinički nalaz traume u djetinjstvu, uz promijenjene stavove prema ljudima i životu (Terr 1983). Posljedice traume u djetinjstvu manifestiraju se i nesigurnim, ambivalentnim i izbjegavajućim tipom privrženosti. Neliječeni PTSP u djetinjstvu povećava rizik od razvoja drugih psihičkih poremećaja: poremećaja ličnosti, ovisnosti, delinkventno ponašanje, depresivni poremećaj. Prognoistički povoljno djeluje podupirući obiteljski sustav, brza pomoć od socijalnog okoliša, kao i solidarizacija ukupnog socijalnog sustava.

67.3.3. Poremećaji prilagodbe

Ova se dijagnoza često postavlja, međutim, riječ je o vrlo problematičnoj dijagnostičkoj kategoriji (Schulte-Körne 2011). Riječ je o stanjima subjektivne patnje i emocionalnog poremećaja koji ometa socijalno funkcioniranje i učinak nakon neke značajne životne promjene. Značajne životne promjene ne podrazumijevaju ekstremne traume kao kod PTSP-a, nego se odnose na zahtjevnije životne događaje (započinjanje školovanja, završetak školovanja, razvod roditelja, teška tjelesna bolest, žalovanje, separacijski doživljaji, selidbe, migracijska iskustva itd.). Individualna dispozicija ili vulnerabilnost i ovdje ima važnu ulogu kao i kod traumatskih reakcija, no ipak se smatra da se klinička slika ne bi razvila bez stresnog događaja. Simptomi su nespecifični, npr. depresivni simptomi, strahovi, zabrinutosti, nemogućnost kontrole stanja, ili obavljanja svakodnevnih rutine. U djece se može pojaviti regresivno ponašanje (mokrenje u krevet, tepanje */baby talk/*, sisanje prsta), a u adolescenta poremećaj ponašanja, jer kod njih postoji trend agiranja svojih napetosti putem ponašanja. Može biti prisutna i suicidalnost, kao i vegetativni simptomi. Dijagnoza poremećaja prilagodbe uključuje suptilnu međuigru traumatskog/stresnog (vanjskog) i psihogenog (unutarnjeg, „neurotskog“) (Winkelman 2009). U pravilu, nastaju unutar mjesec dana od životnog događaja i simptomi ne traju dulje od šest mjeseci (Lempp 2014).

67.3.4. Drugi specifični poremećaji povezani sa stresom ili traumom, prema DSM-5

Ovamo, među ostale, DSM-5 ubraja **perzistentni kompleksni poremećaj žalovanja**. U [tablici 67.2.](#) sažeto su prikazane klinička slika i diferencijalna dijagnoza.

Kao što se vidi u tablici, **perzistentni kompleksni poremećaj žalovanja** perzistira dulje od 12 mjeseci u odraslih, odnosno dulje od 6 mjeseci u djece. Uključuje simptome čežnje za umrlim koji u djece mogu biti izraženi u igri. Mogu biti prisutna intenzivna žalost, emocionalna bol, preokupacija umrlim, te preokupacije o okolnostima smrti. Može biti prisutan niz simptoma patnje s obzirom na smrt: neprihvatanje smrti; nevjerica i emocionalna otupjelost s obzirom na gubi-

tak; poteškoće u pozitivnim sjećanjima na umrlog; gorčina i bijes povezani s gubitkom; neprikladno dovođenje sebe u vezu s umrlom osobom npr. samookrivljanje; izbjegavanje podsjetnika na gubitak npr. u djece izbjegavanje misli i osjećaja povezanih s umrlim; i ometanje socijalne interakcije/socijalnog identiteta: želja za smrću da bi se bilo zajedno s umrlom osobom, poteškoće s povjerenjem u druge ljude; usamljenost i odvojenost od drugih osoba; osjećaj besmisla ili praznine bez umrle osobe; konfuzija oko vlastite uloge ili identiteta; poteškoće u planiranju daljnjih aktivnosti. Nisu rijetke halucinacije (slušne ili vidne), npr. kada se može osjetiti prisutnost umrlog; kao i različiti somatski simptomi (isti simptomi koje je imala umrla osoba). **Traumatsko žalovanje** možemo izdvojiti kao specifičan oblik kompliciranog žalovanja. U slučaju traumat-

Tablica 67.2.

Diferencijalna dijagnoza perzistentnog kompliciranog žalovanja.

Modificirano prema APA 2013.

	Normalno (nekomplirano) žalovanje	Komplicirano žalovanje; perzistentno kompleksno žalovanje	Depresija	PTSP
Šifra prema MKB-10	/	Poremećaj prilagodbe F43.2	F32 ili F33	F43.1
Minimalna dob djeteta	/	Više od jedne godine	Više od druge i treće godine	18 mjeseci
Odnos prema gubitku ili smrti	Obično traje do šest ili 12 mjeseci. Normalna reakcija na gubitak ili smrt; pojedini autori navode faze žalovanja	Odrasli: dulje od 12 mjeseci od smrti osobe. Djeca: dulje od 6 mjeseci od smrti osobe.	Izvan normalne reakcije na gubitak ili smrt	Različiti stresori i traumatski događaji
Klinička slika i diferencijalna dijagnoza	1. Intenzivna čežnja za umrlom osobom. 2. Žalost i emocionalna bol. 3. Preokupacija umrlim. 4. Preokupacija okolnostima smrti. 5. Dodatno: insomnija; slab apetit; gubitak težine	Teško i perzistentno žalovanje. Simptomi slični kao pri normalnom žalovanju; Dodatno: 1. reaktivni distress zbog smrti (šest čestica); 2. ometanje socijalnih odnosa i socijalnog identiteta (šest čestica). Dodatno: - halucinacije (slušne ili vidne); - različiti somatski simptomi; - fokus na gubitku i smrti;	Tipični depresivni simptomi	Tipični simptomi PTSP-a. Za razliku od PTSP-a pri kompliciranom žalovanju postoje intruzije o odnosu prema umrlom; postoje distressne misli i osjećaji o okolnostima smrti; te postoje preokupacije gubitkom i čežnja.
Specifični oblik	/	- Traumatsko žalovanje (npr. zbog homicida ili suicida)	- različiti oblici (v. poglavlje 55 o depresiji)	- s disocijativnim simptomima; s odgođenim početkom

skog žalovanja usporedo mogu biti prisutni simptomi kompleksnog poremećaja žalovanja (prije opisani), kao i simptomi PTSP-a (intruzije, izbjegavanje itd). Moguć je komorbiditet kliničke slike žalovanja i depresije, kao i žalovanja i PTSP-a, odnosno depresije i PTSP-a, kada postoji kombinacija simptoma.

67.4. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti

Klinički intervju i igra s djetetom, kao i intervju s roditeljima, čine najkorisniji dijagnostički instrument za dijagnosticiranje stresnih i traumatskih stanja i PTSP-a u djetinjstvu (Terr 1996). Važno je od djeteta dobiti podatke o stresu i traumi, kao i od njegovih roditelja, te se za dobivanje takvih podataka koristiti opservacijom djeteta (tijekom igre, crteža). Jedno od važnih pitanja jest i pitanje posljedica traume na roditelje, odnosno imaju li roditelji PTSP (Lempp 2014). Treba obratiti pozornost na vrstu traumatskog događaja, na aktualnu kliničku sliku, ali i na karakteristike premorbidne ličnosti. Razgovor može započeti o simptomima povezanim s pretjeranim uzbuđenjem prije prelaska na simptome izbjegavanja i konačno na simptome ponovnog proživljavanja, o kojima dijete najteže govori (Volkmar i Martin 2011). Informacije dobivene od roditelja, učitelja i drugih mogu upotpuniti informacije dobivene od djeteta. Kliničar mora biti posebno svjestan simptoma koje roditelji ili skrbnici često ne primijete („acting out“ ili eksternalizirajući simptomi) (Volkmar i Martin 2011). Pitanja koja su od posebne važnosti jesu sljedeća: je li riječ o tipu 1 ili tipu 2 traume; radi li se o traumi koju je izazvala osoba ili o neosobnoj traumi (npr. prirodne katastrofe). U slučaju traume koju je izazvala osoba, pitanje je radi li se o poznatoj ili nepoznatoj osobi; radi li se o unutarobiteljskoj ili izvanobiteljskoj traumi. Posebno se korisnim mogu pokazati videosnimanje, snimanje glasa, zapisi profesionalaca i drugi instrumenti, jer neće biti potrebno višekratno ispitivati dijete i smanjit će se mogućnost retraumatizacije dijagnostičkim postupkom. Mogu se upotrijebiti i ostali uobičajeni instrumenti koji se primjenjuju u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji kao npr. crtež djeteta, projekтивni testovi, testovi ličnosti, simptom liste i drugo (npr. strukturirani intervjui, Impact of event scale, Childhood trauma questionnaire; Child dissociative checklist; Adolescent dissociative experience scale, kao i njihove novije verzije i drugi instrumenti) (Armstrong i sur.

1997; Bernstein i Fink 1998; Horowitz i sur. 1979; Putnam i sur. 1993; Weiss 2007). U interpretaciji djetetova crteža treba biti oprezan, jer djeca katkada mogu crtati npr. genitalije, ali kod njih ipak nije riječ o seksualnoj traumi. Forenzički se intervju razlikuje od kliničkog i kliničar ne treba tijekom kliničkog intervjua pokušati napraviti zapravo forenzički intervju (Cohen 2010). Može se primijeniti i psihodinamska procjena koja će razmatrati ego-sposobnosti. Povremeno je moguće da traumatski događaj potakne latentnu neurotsku problematiku, npr. edipsku problematiku (Winkelman 2009). U dijagnostici treba uzeti u obzir i eventualne sekundarne posljedice traumatskih stanja, kao što je npr. mijenjanje boravišta, iskustva odbacivanja, stigmatiziranost, dugotrajni sudski postupak i drugo. Strah od ovisnosti i bespomoćnosti tipičan je za žrtve traume (Winkelman 2009). Pokatkad može doći do insceniranja dinamike zlostavljača i žrtve. Izostanak psihološke reakcije na traumatski događaj također može biti indikativan za intervenciju jer je riječ o potiskivanju.

Diferencijalnodijagnostički, najčešće se postavljaju tri pitanja: 1. Je li se neki događaj zapravo dogodio? 2. Je li dijete bilo izloženo događaju? 3. Ima li dijete dovoljno posttraumatske simptomatologije pod sadašnjim dijagnostičkim kriterijima ili postoji sub-sindromska klinička slika i postoje li dodatni komplicirajući čimbenici (Begovac i Begovac 2002).

Za prva dva pitanja vrlo je važna heteroanamneza dobivena od treće osobe. Također se tu postavlja pitanje djetetove sugestibilnosti. Međutim, praksa je pokazala da su male šanse da dijete ima klinički PTSP, samo na osnovi sugestibilnosti. Zato se kao najbolji psihijatrijski dokaz čini valjani vanjski izvor uz internalnu potvrdu djetetova sindroma (Terr 1996). Pri razmatranju trećeg pitanja treba imati na umu da se neke traume u djetinjstvu mogu komplicirati dodatnim stanjima. Primjerice, ako postoje dugotrajne zastrašujuće serije traumatskih događaja ili je neki događaj uzrokovao smrt važne osobe u djetetovu životu, dijete će biti u žalovanju i traumatizirano (Kinzie i sur. 1986).

Potrebno je **diferencijalnodijagnostički** razlikovati različite sindrome unutar grupe poremećaja povezanih sa stresom i poremećaja prilagodbe (akutna stresna reakcija, PTSP, poremećaj prilagodbe, komplicirano žalovanje). Normalno (nekomplirano) žalovanje nakon gubitka važne osobe ne ubrajamo u poremećaj prilagodbe i potrebno ga je razlikovati od kompliciranog žalovanja, depresije i PTSP-a. Diferencijalnodij-

jagnostički, treba isključiti hiperkinetski sindrom; poremećaj ponašanja, anksiozni poremećaj, somatizacijski poremećaj, disocijativni poremećaj, *borderline* poremećaj ličnosti, kao i organski poremećaj ličnosti te druga somatska stanja ili stanja koja se pojavljuju uz uzimanje lijekova (Lempp 2014; Cohen 2010).

Česti su **komorbiditeti** psihijatrijskih poremećaja u osoba s PTSP-om. Komorbiditetno su česti hiperkinetski sindrom, anksiozni poremećaji, afektivni poremećaji, zloraba sredstava ovisnosti i drugi poremećaji (Cohen 2010; Lempp 2014; Volkmar i Martin 2011).

67.5. Etiopatogeneza

67.5.1. Integrativni aspekti

Pojedini aspekti etiopatogeneze i psihodinamike ovih poremećaja opisani su u poglavlju o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju (v. posebna poglavlja 30 i 31). Psihička je trauma okolišno uvjetovana. Ako je traumatski događaj dovoljno intenzivan, bilo koje dijete bit će traumatizirano (Pynoos i sur. 1987), odnosno uključeni su različiti pretraumatski, peritraumatski i posttraumatski čimbenici (Lempp 2014). Pretraumatski čimbenici jesu genski čimbenici, postojeća psihička ili organska bolest, ženski spol, psihička bolest roditelja te siromaštvo obitelji. Peritraumatski su čimbenici vrsta traume, blizina traumi, separacija od roditelja tijekom traume, subjektivna procjena separacije, disocijacija tijekom traume. Posttraumatski čimbenici jesu nedovoljna socijalna podrška, ponavljano suočavanje sa zlostavljačem, promjena mjesta i/ili škole nakon traume i nedovoljna podrška od roditelja. Unatoč tomu što je riječ o okolišnom utjecaju, to ne znači da jednom traumatizirano dijete nije i biološki modificirano (Terr 1996). Tijekom psihotraumatskog iskustva dolazi do prekomjernog oslobađanja ekscitatornih neurotransmitora, što može imati za posljedicu oštećenje neurona u nekim regijama. Aktualno postoji niz bioloških modela koji objašnjavaju PTSP. Najčešće se navode tri velika sustava koji su uključeni u biologiju PTSP-a: internalni opioidni sustav, noradrenergički sustav i hipofizno-adrenalni sustav (De Bellis i Zisk 2014; Terr 1996), uz ostale čimbenike vulnerabilnosti i otpornosti. S neurobiološke točke gledišta može doći do kognitivnih i senzomotornih deficita, kao i do poremećaja afektivne regulacije (Dvir i sur. 2014; Winkelmann 2007). Posebno su važni procesi prekomjernog uzbuđenja i disocijacije. Traumatizirana djeca mogu

pokazivati nesigurno izbjegavajuću i dezorganiziranu privrženost (Winkelmann 2007). Kada je dijete traumatizirano, djetetova je obitelj također često direktno ili indirektno traumatizirana. Usto, traumatizirane mogu biti cijele zajednice u slučajevima masovnih katastrofa, što upućuje na važnost socijalnih čimbenika. Treba biti oprezan pri povezivanju određene traume sa simptomima, jer povezanost ne mora postojati (Lempp 2014). Neka djeca imaju druge psihičke poremećaje ili pak ostaju zdrava (Lempp 2014).

67.5.2. Psihodinamski aspekti

Trauma je, prema pojedinim autorima, „stanje doživljeno kao preplavljujuće za kapacitet ega da se organizira i da se regulira i zato to uzrokuje stanje bespomoćnosti“ (Tyson i Tyson 1990). Jasno je da nije vanjski događaj po sebi onaj koji određuje hoće ili neće biti patoloških posljedica. Trauma nije neki vanjski događaj, trauma je ime za kvalitetu relacijskog akta između subjekta i traumatskog događaja, pri čemu nije samo povreda granica self-reprezentacija ono što uzrokuje traumatski učinak. Dakle, u psihoanalizi je bitan vanjski realni aspekt, ali i subjektivni (unutarnji) aspekt (Winkelmann 2009). Na isti način može djelovati i nedostatak vitalne emocionalne okolišne njege (Bürgin 1995). Winnicott traumu definira kao događaj koji prekida liniju kontinuiteta u egzistenciji subjekta (Winnicott 1990). Slično se može reći da se traumom remeti proces individuacije djeteta (Winkelmann 2007) i razvoja djeteta (Streeck- Fischer 2004). Stoga je moguće da dijete koje je u djetinjstvu traumatizirano može imati poteškoće u praradi razvojnih zadaća adolescencije (Winkelmann 2009). Pri traumi posebno je narušen proces internaliziranja (Winkelmann 2009). Iskustvo, odnosno „priča“ o traumatizaciji pokazuje postupnu evoluciju tijekom vremena. Sadržaj traumatskog događaja periodično se ponavlja i revidira.

67.6. Kliničke vinjete

67.6.1. Primjer 1.

Na prvi pregled dolazi dječak u dobi od 14 godina. U pratnji je njegov otac, koji daje heteroanamnestičke podatke. Anamnestički se saznaje o noćnim morama traumatskog sadržaja scena koje je već prije proživio, koje su prisutne gotovo neprestano od ratnih zbivanja koje je doživio kada je imao oko 6 godina. Također su i danju prisutni strahovi traumatskog tipa, tjeskoba,

socijalna introverzija, povlačenje, izrazita vulnerabilnost, visoka pobuđenost, iritabilnost, uz dodatni poremećaj spavanja. Detaljno govori o traumatskom događaju tijekom evakuacije iz mjesta koje je bilo pogođeno ratom. U djetinjstvu nije bio teže bolestan. Primijenjena je uobičajena dijagnostika u dječjoj psihijatriji. Ispunjava kriterije za PTSP poremećaj. Preporučeni su daljnja psihoterapija i praćenje, uz kratkotrajno davanje malih doza anksiolitika.

67.6.2. Primjer 2.

Dječak od 17 godina dolazi na prvi pregled u pratnji oca koji daje heteropodatke. Anamnestički se saznaje o prometnoj nesreći koja se dogodila prije nekoliko tjedana, kada je bio suputnik u automobilu i dijagnosticirana mu je kontuzija glave. Nije gubio svijest, u trenutku nezgode bio je zaplašen, plakao je, uz lupanje srca. Aktualno od nesreće navodi difuzne glavobolje i nemir, osjeća napetost u mišićima, navodi strah od vožnje u autu, ima strah da će mu se nešto strašno dogoditi i da će umrijeti, noću sanja prometne nesreće, ima smetnje usnivanja, učestalo se budi po noći, povremeno tijekom dana osjeća dezorijentaciju, u posljednje vrijeme sklon socijalnoj izolaciji. Također navodi smetnje u koncentraciji na školsko gradivo. Trudnoća i porođaj bili su uredni, nije teže bolovao u djetinjstvu. U obitelji nema psihijatrijskih bolesti. Po karakteru je bio neupadan. Socijaliziran, ima prijatelje. Pohađa drugi razred strukovne škole. Navodi prikladnu obiteljsku atmosferu. Ispunjava kriterije za akutnu stresnu reakciju. Preporučena je kraća psihoterapija.

67.6.3. Primjer 3.

Na pregled dolazi 14-godišnja djevojka u pratnji svog oca. U obitelji je trenutačno u tijeku razvod roditelja, koji djevojka teško proživljava. Posebno je problematično majčino ponašanje u vezi s razvodom. Djevojka navodi kako je majka straši, dok se kod oca osjeća sigurno. U statusu se nalazi niz različitih simptoma: lupanje srca, osjećaji tjelesne slabosti, napetost mišića, osjećaj depresije. Inače, vrlo dobra učenica u školi, pohađa sedmi razred, ima mnogo prijateljica, ide na slobodne aktivnosti, do sada nikada nije bila kod psihijatra, nije teže tjelesno bolovala. Aktualno se ne nalazi suicidalnosti. Postavlja se dijagnoza **poremećaja prilagodbe**. U slučaj se dodatno uključuje nadležni centar za socijalnu skrb. Primjenjuje se kraća psihoterapija.

67.7. Prevencija, terapija, tijek

67.7.1. Opći principi, prevencija

U **tablici 67.3.** sažeto je prikazan spektar intervencija kod stresnih poremećaja i poremećaja prilagodbe.

Tablica 67.3.

Osnovne intervencije i terapije kod stresnih poremećaja i poremećaja prilagodbe.

Modificirano prema Cohen 2010; Schulte-Körne 2011; Winkelmann 2009

Preventivne mjere

Eventualna pravna zaštita npr. izdvajanje djeteta iz obitelji

Suportivne psihoterapije

Eventualno specifične terapije fokusirane na traumu (kognitivno-bihevioralne i psihodinamske) koje mogu uključivati i terapiju igrom, psihoterapija para majka – dijete; i terapija desenzitizacije i ponovne prorade putem pokreta očima

Relaksirajuće tehnike

Druge kognitivno-bihevioralne i psihodinamske terapije

Psihoedukacija roditelja, rad s roditeljima, obiteljska terapija

Eventualna medikamentna terapija

Intervencije u školama (socijalno okruženje)

Preventivni aspekti mogu uključivati različite razine: rad u javnosti i školama, rad s djecom, rad s potencijalnim nasilnicima i rad s roditeljima.

67.7.2. Terapija akutne stresne reakcije

Ako je riječ o zlostavljanju djeteta, potrebno je prije svega osigurati zaštitu djeteta te, ako je potrebno, izdvajanje djeteta iz traumatske, npr. obiteljske sredine. Primjenjujemo krizne intervencije, suportivne psihoterapijske mjere, psihoedukaciju roditelja, eventualnu terapiju igrom, te uključivanje roditelja u terapiju (Schulte-Körne 2011). Potreban je nadzor nad stanjem, pokatkad je korisno kratkotrajno davanje anksiolitika ili drugih vrsta lijekova. Pojedini autori navode da verbalizacija odmah nakon traume (engl. *debriefing*) nema učinka, čak se navodi i njezina štetnost, te se umjesto toga preporučuju psihoedukacijske mjere, promatra-

nje i socijalnu podršku (suport) (Lempp 2014). Kod tipa 1 traume mogu se provoditi fokalne psihodinamske psihoterapije, u smislu pružanja pacijentu „sigurne baze“. Terapija je orijentirana prema razvojnoj fazi i za početak je važna stabilizacija stanja. Sličan se princip može primijeniti i kod PTSP-a, kad je posrijedi tip 1 traume (v. dalje). Preferiraju se **individualne terapije**.

67.7.3. Terapija PTSP-a

Terapija ovisi o težini simptoma, od razine disfunkcionalnosti djeteta i cijele obitelji, kao i o drugim čimbenicima (Cohen 2010). Čak i u slučaju nedostizanja punih kriterija potrebnih za dijagnozu poremećaja, primijenit će se terapija (Cohen 2010). Dokazana je važnost primjene psihoterapije (Gillies i sur. 2013). Preferiraju se **individualne terapije**. Primjenjuju se terapijske metode u svojim postupnim fazama. Pojedini su terapijski postupci slični terapiji akutne stresne reakcije, uključujući i izdvajanje djeteta iz traumatske okoline. Svaki će iskusni psihoterapeut koristiti suportivni psihoterapijski pristup, koji će u mnogim slučajevima biti dovoljan za terapijsko poboljšanje. Primarno je važna senzitivnost i/ili empatija terapeuta. Dodatno educirani terapeuti će sukladno svojoj edukaciji primijeniti eventualno neke specifičnije terapije (npr. terapije usmjerene na traumu i drugo), a one će biti i navedene u daljnjem tekstu.

Pri liječenju PTSP-a pokazale su se dodatno korisne tzv. terapije fokusirane na traumu, međutim, to ne znači inzistiranje na „proradi traume“. One uključuju roditelje kao važne osobe i nisu orijentirane samo na simptom, već potiču bolju funkcionalnost i razvojne procese (Cohen 2010; De Arellano 2014; Ehring i sur. 2014; Smith i sur. 2013). U manjeg djeteta navedene metode mogu se primjenjivati putem igre. Nadalje, **kognitivno-bihevioralni** postupci uključuju postupke psihoedukacije, stabilizacije stanja preko uobičajenih svakodnevnih aktivnosti, opreznu konfrontaciju s traumom putem eksploracije traume postupnom ekspozicijom, desenzibilizaciju, primjenu specifičnih stres-relaksirajućih tehnika, kognitivne intervencije usmjerene prema ponovnoj procjeni osjećaja i misli, koji su povezani s traumatskim događajima, npr. smanjenje pogrešnih atribucija (npr. umanjenje osjećaja krivnje, srama), podupiranje kognitivnog procesiranja traumatskih sjećanja, te uključivanje roditelja u terapiju radi prorade traume u djeteta, eventualno uključivanje u određene grupe samopomoći (Cohen 2010; Lempp

2014; Schulte-Körne 2011). Pojedini autori u **prvoj fazi** terapije potiču određene vještine (engl. *skills*), npr. prihvaćanje emocija, dok u **drugoj fazi** potiču postupnu ekspoziciju s obzirom na traumatski događaj, kao i intervencije usmjerene na emocije i interpersonalne sheme (Cloitre i sur. 2002). U literaturi se navode i određene manualizirane terapije. Terapija nikako nije zaborav, već prikladnija procjena i stabilizacija stanja. Izbjegavajuće ponašanje dio je sindroma kliničke slike i u načelu znači otklon od terapije, pa je stoga potrebna dovoljna kontrola pacijenta nad dijagnostičkim i terapijskim procesom. Zaključno, u terapiji nikako ne treba forsirati konfrontaciju s traumom ili ekspoziciju, a, ako se ona radi, to treba biti postupno i u sigurnome terapijskom ozračju (Lempp 2014). Može se usporedo primjenjivati i terapija desenzitizacije i ponovne prorade putem pokreta očima (engl. *eye movement desensitization and reprocessing, EMDR*), metoda koju pojedini autori ubrajaju zapravo u KBT metode, a temelji se na indukciji traumatskih sjećanja (kognitivnih, emocionalnih i senzoričkih kvaliteta) putem serije pokreta očiju (Cohen 2010).

Psihodinamska terapija treba biti modificirana u svojim fazama (Winkelman 2009) i oprezno vođena s obzirom na mogućnost stjecanja uvida. Prije svega važno je doći do određene **stabilizacije stanja**, koje vodi do jačanja ego-snaga, odnosno terapija se događa „ovdje i sada“ (Streck-Fischer 2004). Tek nakon što se stanje stabilizira, može se dalje raditi na drugim metodama verbalizacije traume (**faza restitucije i faza prorade traume**). Svrha psihodinamske terapije nikako ne mora biti konfrontacija s traumom u smislu ponovnog prisjećanja i ponovnog proživljavanja traume, odnosno traumatske teme treba dotaknuti tek tada kada je pacijent spreman za to (Winkelman 2009). Potrebno je stimulirati simbolizacijske procese (Winkelman 2009). Česti su prijenosno-protuprijenosni osjećaji distanciranosti, povučenosti i nepovjerenja ili pak povišeno raspoloženje, bez distance. Nadalje, moguće su prijenosne projekcije nemoći, konfuzije, bijesa, krivnje i straha. Teško je raditi s traumatiziranim osobama. Protuprijenosno gledano, s jedne strane, moguća je nesvjesna distanca, a, s druge, prekomjerna identifikacija s pozicijom nemoći, s posljedičnim svemoćnim (omnipotentnim) fantazijama spašavanja.

Kod traume tipa 2 potrebno je posebnu pozornost obratiti na slabost ega. Terapeut je posebno izložen moćnim protuprijenosnim osjećajima (prije opisanim). On se koristi empatijom te stimulira razvoj i

sigurnu privrženost. Terapeut je u isto vrijeme realni objekt, rani objekt (u smislu prijenosa), te **novi razvojni objekt** (Winkelman 2009).

Prema Bürginu (1995), trebalo bi: 1. pomoći djeci u pokušaju da se izliječe unutar svojih razvojnih kapaciteta (igra, snovi, rituali žalovanja); 2. pružiti podršku odraslima da ostanu emocionalno prisutni djeci omogućujući im razvoj sigurne privrženosti. Terapija zahtijeva dobar odnos između pacijenta i liječnika, što je dodatno bitno jer takve terapije mogu dulje trajati. Osobe koje su psihički ili psihosocijalno traumatizirane stalno su povećano vulnerabilne. Nije važno samo razdoblje aktualne katastrofe već je važan i posljedični period readaptacije u netraumatizirani kontekst, odnosno faza reekvilibrija i restitucije. Interakcija između postojećih socijalnih, kulturalnih i političkih čimbenika i individualnih, intrapsihičkih i interpersonalnih stanja određuje širi kontekst, odnosno kako će se odigravati promjena od stanja ekstremne traumatizacije do stanja „normalnih“ okolnosti (Bürgin 1995). Ciljevi psihodinamske terapije vode prema integraciji ličnosti, cjelina je više od zbroja pojedinih dijelova (dolazi se do nalaženja metafora): percipirati dijelove fragmentiranog selfa i konstruirati metashemu koja će premostiti izgubljeni kontinuitet između pretraumatske i posttraumatske ličnosti (Lindy 1993). Može se primjenjivati i psihoterapija para majka – dijete (do 7. godine života), slično kako se to radi u dojenčadi, male djece i predškolske djece (v. posebno poglavlje 33 o poremećajima u dojenačkoj dobi). Rad s roditeljima i eventualna obiteljska terapija imaju svoje važno mjesto u liječenju (Cohen 2010). Potrebno je liječiti komorbiditetna stanja, ako ona postoje (Cohen 2010).

Uz psihoterapiju, kod PTSP-a se može primjenjivati i farmakološka terapija koja treba biti usmjerena na pojedine simptome (dodatna depresivnost, anksioznost). Učinkovitima su se pokazali selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, pri čemu se preporučuje primjena u trajanju od barem 12 tjedana, dok bi terapija održavanja u težim slučajevima trebala trajati i do godinu dana (Lempp 2014; Schulte-Körne 2011).

Pri planiranju liječenja treba uzeti u obzir i školsko okruženje koje može imati ulogu podrške itd. (Cohen 2010).

67.7.4. Terapija poremećaja prilagodbe i terapija kompliciranog žalovanja

Terapije su slične terapiji akutne stresne reakcije i PTSP-a. I ovdje se **preferiraju individualne terapije**.

Psihoterapijske se metode primjenjuju sa svrhom umanjenja učinka stresora ili ako stresor nije moguće umanjiti drugim načinom prorade; radi se na kreiranju terapijskog i socijalnog okruženja te na novim perspektivama. Važan element terapije jest prorada odnosa stresora i prezentirane simptomatologije verbalizacijom ili igrom. Povremeno će se rabiti i farmakološka terapija.

67.7.5. Tijek PTSP-a

U praksi je tijek teško predvidjeti. Ishodi PTSP-a ovise o različitim čimbenicima, od premorbidnih čimbenika, čimbenika same traume, kao i peritraumatskih zbivanja (kako je prorađena sama trauma nakon izloženosti). Interpersonalne traume (npr. unutarobiteljske) (engl. *man made disasters*) imaju više negativnih posljedica nego nepersonalne traume, npr. prirodne katastrofe ili prometna nesreća (Lempp 2014). Odlučujuća je subjektivna procjena stresnog ili traumatskog događaja. Neliječeni PTSP u djetinjstvu u velikom postotku prelazi u kroničnu kliničku sliku i povećava rizik od zlorabe droga, delinkventnog ponašanja, depresije ili poremećaja ličnosti. Prognostički povoljni čimbenici jesu suportivna obiteljska klima, pravodobna rana intervencija, kao i rad na povećanoj osjetljivosti socijalne sredine (Lempp 2014).

Unatoč doživljenoj traumi pojedini autori govore i o posttraumatskom pozitivnom razvoju kada osobe razvijaju nove perspektive, o boljem vrednovanju svojeg života, boljem interpersonalnom funkcioniranju, duhovnom razvoju, kao i o rekonstrukciji vlastita tjelesnog selfa, a posebno se to u literaturi navodi u preživjela djece nakon teških somatskih bolesti (npr. preživjela djeca od malignih bolesti) (Picoraro i sur. 2014).

67.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Simptomi PTSP-a u djece u usporedbi s odraslim osobama načelno se prezentiraju više putem ponašanja nego jasnijim kognitivnim i emocionalnim simptomima.
- ✓ Roditelji mogu biti suradnici u liječenju.
- ✓ Rad s roditeljima i eventualna obiteljska terapija imaju svoje važno mjesto u liječenju.
- ✓ Može se primjenjivati i psihoterapija majka – dojenče (do oko 7. godine života), slično kako

se to radi u dojenčadi, u djece u dobi „trčka-rala“ te u predškolske djece.

- ✓ Može se provoditi i terapija igrom sukladno općim principima liječenja igrom.
- ✓ Treba uzeti u obzir i mogućnost da, osim djece, i roditelji imaju PTSP, koji također treba liječiti.
- ✓ Žalovanje (normalno) uobičajena je reakcija na gubitak ili smrt, a uključuje intenzivnu čežnju za umrlom osobom; žalost i emocionalnu bol; preokupaciju umrlim; preokupaciju okolnostima smrti; dodatno mogu biti prisutni insomnija; slab apetit te gubitak tjelesne mase.
- ✓ Pri perzistentnom kompliciranom žalovanju postoji teško i perzistentno žalovanje, koje traje dulje od 12 mjeseci u odraslih, odnosno dulje od 6 mjeseci u djece.
- ✓ Mogu biti važne i intervencije u školama, ako postoji stresno okruženje u školama.
- ✓ Intervencije koje se mogu primijeniti jesu od pravnih (zaštita djeteta) do psihoterapijskih intervencija.
- ✓ Psihološke intervencije, u usporedbi s farmakološkom terapijom, pokazale su se važnijima.

67.9. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kada se dijagnosticiraju sa stresom povezani poremećaji?

ODGOVOR: U pravilu, sa stresom povezani poremećaji povezuju određenu kliničku sliku s utvrđenim stresorom ili traumom. Treba biti vrlo oprezan u ovom povezivanju i načelno je takva povezanost direktna. Nadalje, simptomi dominantno uključuju ponovno proživljavanje jasno navedene traume (intruzije), odnosno riječ je na neki način o specifičnosti simptoma. Primjerice dijete koje je doživjelo ugriz psa i posljedično ima akutnu stresnu reakciju, sanja kako ga opet grize vučjak koji ga je doista i ugrizao, dok npr. dijete s fobijom od pasa sanja kako se općenito boji pasa. Posebno je prisutna izravna povezanost, kad prije traume nije bilo nikakvih simptoma, a poslije nje postoji niz simptoma. Posebno kompleksni mogu biti simptomi izbjegavanja traume, koji zapravo umanjuju mogućnost dobivanja kriterija PTSP-a.

■ PITANJE: Koja je razlika između akutne stresne reakcije, PTSP-a i poremećaja prilagodbe?

ODGOVOR: U pravilu, kod akutne stresne reakcije i PTSP-a riječ je o traumatskom događaju koji je izvan uobičajenih životnih događanja. Na primjer, radi se o zlostavljanju, svjedočenju interpersonalnom nasilju, prometnoj nesreći, doživljaju prirodne katastrofe, ratnom stanju, ugrizu psa, invazivnim medicinskim procedurama itd. Kod akutne stresne reakcije simptomi obično traju do mjesec dana nakon doživljenog događaja, dok kod PTSP-a simptomi traju i dulje od mjesec dana nakon takvog događaja. Pri poremećaju prilagodbe obično je riječ o životnim događajima, odnosno o uobičajenim životnim nedaćama, a simptomi obično traju do šest mjeseci.

■ PITANJE: Kakav je kognitivni i emocionalni koncept smrti u razvojnom razdoblju?

ODGOVOR: Djeca od treće godine smatraju da je kod smrti riječ o putovanju u drugu zemlju, odnosno kao nešto reverzibilno. Od šeste godine smrt dobiva značenje; kao nemogućnost povratka; dolazi se do koncepta ireverzibilnosti i univerzalnosti. Tek od 12. godine koncept smrti približava se odraslom shvaćanju smrti. Za razumijevanje smrti važna je razvojna dimenzija, važnost relacije (dijete – roditelj); intrapsihički čimbenici (dob, stupanj razvoja ega; način odnosa prema objektima; osobno iskustvo gubitka), te vanjski čimbenici (kulturna i socijalna tradicija).

■ PITANJE: Kako se definira „normalno“ žalovanje u djeteta?

ODGOVOR: Žalovanje definiramo kao normalnu reakciju na gubitak ili smrt. Ne smatra se da je riječ o psihičkom poremećaju. Obično u djece traje do šest mjeseci. Žalovanje će ovisiti o djetetovu razvojnom razdoblju, odnosno o tome kakav je djetetov koncept prema smrti. Obilježuju ga intenzivna čežnja za umrlom osobom; žalost i emocionalna bol; preokupacija umrlim; preokupacija okolnostima smrti, a dodatno mogu postojati: insomnija; slab apetit; gubitak tjelesne mase. Pojedini autori govore o fazama žalovanja. Ekspresija žalovanja ovisit će o različitim čimbenicima: o osobnoj anamnezi djeteta (intrapsihički čimbenici); okolnostima smrti; odnosu prema umrlom kao i o socijalnom okruženju (obiteljska stabilnost, religijska uvjerenja itd.). Postoje veliki mitovi i pogrešna uvjerenja u vezi sa žalovanjem u djece, u tom smislu da djeca uopće ne žaluju, da ih je potrebno isključiti iz konta-

kata s umrlim osobama, ne dopustiti im odlazak na sprovod itd.

■ **PITANJE:** Koji je zlatni standard dijagnostike poremećaja koji su povezani sa stresom?

ODGOVOR: Klinički intervju s djetetom i igra s njim, kao i intervju s roditeljima čine najkorisniji dijagnostički instrument za dijagnosticiranje traume i PTSP-a u djetinjstvu. Dodatno se primjenjuju opservacija djeteta i roditelja, ali i druge metode: laboratorijske metode, liste simptoma, psihološka dijagnostika i druge dijagnostičke metode.

■ **PITANJE:** Koji simptomi PTSP-a mogu biti u dobi „trčakarala“ i u dobi predškolskog djeteta?

ODGOVOR: S obzirom na rastuću kognitivnu apstraktnu sposobnost i verbalnu ekspresiju, u djeteta je načelno više prisutna ponašajna ekspresija. U skladu s tim DSM-5 klasifikacija donijela je kriterije za PTSP djece mlađe od šest godina. Jedna od najvećih promjena jest da su kriteriji C i D u djece starije od šest godina, u djece mlađe od šest godina ujedinjeni u jedan kriterij (kriterij C), a to su izbjegavanje te negativne promjene kognicije i raspoloženja, gdje je jedan kriterij dovoljan. Ovdje je riječ o pretežno internalizirajućim simptomima, koje nije lako detektirati u praksi, pa su stoga ovdje i kriteriji ublaženi. U pojedinim su česticama u ovom, novom kriteriju C u djece mlađe od šest godina navedene čestice koje više govore o ponašajnoj ekspresiji simptoma, kao npr. konstrikcija igre i socijalno povlačenje (koje zapravo prezentiraju osjećaje otuđenosti).

■ **PITANJE:** Zašto je pokatkad korisno videosnimanje u dijagnostici?

ODGOVOR: Videosnimanje je korisno u dijagnostici zato što se dijagnostički mogu doslovno citirati djetetove izjave. Dodatno je korisno i stoga što se dijete ne mora izlagati stalnim intervjuiranjima, što može uzrokovati retraumatizaciju.

■ **PITANJE:** Koji su mogući protuprijenosni osjećaji u liječenju PTSP-a?

ODGOVOR: Protuprijenosno gledano, s jedne strane moguća je nesvjesna distanca, a, s druge, prekomjerna identifikacija s pozicijom nemoći, s posljedičnim sve-moćnim (omnipotentnim) fantazijama spašavanja.

■ **PITANJE:** Koji je princip liječenja PTSP-a?

ODGOVOR: Svaki će iskusni psihoterapeut koristiti suportivni psihoterapijski pristup, koji će u mnogim

slučajevima biti dovoljan za terapijsko poboljšanje. Primarno je važna senzitivnost i/ili empatija terapeuta. Dodatno educirani terapeuti će sukladno svojoj edukaciji primijeniti eventualno neke specifičnije terapije (npr. terapije usmjerene na traumu; kognitivno- bihevioralne terapije, psihodinamske terapije).

■ **PITANJE:** Zašto se preferiraju individualne terapije poremećaja koji su povezani sa stresom?

ODGOVOR: Preferiraju se individualne psihoterapije djece jer u međusobnoj povjerljivoj dijadnoj interakciji dolazi do očekivanog razrješenja traumatskog događanja. Dijete zadobiva osnovno povjerenje, identificira se s dobrim razvojnim objektom terapeuta te dolazi do poboljšanja simptomatologije i boljega općeg funkcioniranja. Čini se da grupne metode liječenja nemaju ovakav učinak s obzirom na nepoželjne učinke manjka privatnosti, međusobne indukcije u grupi, kontaminacije te poticanja rascjepa („Može me razumjeti samo onaj tko je isto proživio“), a posebno u adolescentnoj dobi. U slučaju grupnih intervencija treba biti svjestan prije navedenih mehanizama, kao i da se preporučuju da intervencije trebaju biti unaprijed vremenski ograničene (fokalne grupne traumatske terapije).

67.10. Pitanja

- 1 Definirajte traumu.
- 2 Navedite razliku između tipa 1 i tipa 2 traume.
- 3 Navedite simptome akutne stresne reakcije.
- 4 Navedite klasične simptome PTSP-a prema DSM-5?
- 5 Navedite što to znači kontinuum disocijacijskog pola i pobuđujućeg pola simptoma kod PTSP-a.
- 6 Navedite simptome poremećaja prilagodbe.
- 7 Navedite osnove dijagnostike PTSP-a.
- 8 Navedite sažeto etiopatogenezu kao i psihodinamiku poremećaja koji su povezani sa stresom.
- 9 Navedite terapijske smjernice liječenja PTSP-a.

67.11. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB i sur.* Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(8):491-7.
3. *Begovac I, Begovac B.* Psihička traumatizacija djece i adolescenata. *Soc psihijat* 2002; 30: 85-92.
4. *Bernstein DP, Fink L.* Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1998.
5. *Boris NW, Zeanah CH.* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(11):1206-19.
6. *Bürgin D.* Psychic Traumatization in Children and Adolescents. U: Adam H, Riedesser P, Riquelme H i sur., ur. Children, War and Persecution. Proceedings of the Congress Hamburg September 26-29 1993. Osnabrueck: Secolo Verlag; 1995.
7. *Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR i sur.* Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(5):1067-74.
8. *Cohen JA.* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(4):414-30.
9. *Davidson JR, Hughes D, Blazer DG.* Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychol Med* 1991;21:713-21.
10. *DC:0-5tm.* Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Rev. ed. (DC: 0-3R), Washington, DC: Author; 2016.
11. *De Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L i sur.* Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014;65(5):591-602.
12. *De Bellis MD, Zisk A.* The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23(2):185-222
13. *Dvir Y, Ford JD, Hill M i sur.* Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry* 2014;22(3):149.
14. *Ehring T, Welboren R, Morina N i sur.* Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clin Psychol Rev* 2014;34(8):645-57.
15. *Freud A.* Comments on trauma. U: The Writings of Anna Freud, Vol V, 1956-1965: Research at the Hampstead Child therapy Clinic and Other Papers. New York: International Universities press; 1969.
16. *Freud S.* Beyond the pleasure principle. U: Strachey J, editor. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol 18. London: Hogarth Press; 1920.
17. *Gillies D, Taylor F, Gray C i sur.* Psychological therapies for the treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Evid Based Child Health* 2013;8(3):1004-116
18. *Green A.* Dimensions of psychological trauma in abused children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983, 22:231-7.
19. *Grubrich-Simitis I.* Vom Konkretismus zur Metaphorik. U: Bergmann MS, Jucovy ME, Kestenberg JS. Kinder der Opfer-Kinder der Taeter -Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH; 1995.
20. *Herman JL.* Trauma and recovery. New York: Basic Books; 1992.
21. *Herzog J.* Welt jenseits von Metaphern: Ueberlegung zur transmission des Traumas. U: Bergmann MS, Jucovy ME, Kestenberg JS. Kinder der Opfer-Kinder der Taeter -Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH; 1995.
22. *Horowitz M, Wilner N, Alvarez W.* Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41(3):209-18.
23. *Kestenberg J.* Child survivors of the Holocaust-40 years later. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985; 24:408-12.
24. *Kestenberg JS.* Die Analyse des Kindes eines Ueberlebenden: Eine metapsychologische Beurteilung. U: Bergmann MS, Jucovy ME, Kestenberg JS. Kinder der Opfer-Kinder der Taeter -Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH; 1995.
25. *Kinzie JD, Sack W, Angell R.* A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28:501-4.
26. *Kinzie JD, Sack W, Angell R.* The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry* 1986;25:370-83.
27. *Keilson H, Sequentielle Traumatisierung bei Kindern.* Stuttgart: Enke; 1979.
28. *Kogan I.* Die Suche nach dem Selbst. U: Tas LM, Wiese J, editors. Ererbte Traumata: Psychoanalytische Blaetter Band 2. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1995.
29. *Lempp T.* Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
30. *Lindy JD.* Focal Psychoanalytic Psychotherapy of Post-traumatic Stress Disorder. U: Wilson JP, Raphael B., ur. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. The Plenum Series on Stress and Coping. Boston, MA: Springer; 1993. str. 803-9.
31. *Mc Leer S, Deblinger E, Atkins M.* Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1988; 27:650-9.
32. *Ochberg FM.* Posttraumatic therapy. U: Wilson JP, Raphael B, ur. International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press; 1993, 773-84.
33. *Perry BD, Pollard R.* Homeostasis, stress, trauma and adaptation. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1998;7:33-51.
34. *Picoraro JA, Womer JW, Kazak AE i sur.* Posttraumatic growth in parents and pediatric patients. *J Palliat Med* 2014;17(2):209-18.

35. *Putnam FW, Helmers K, Trickett PK.* Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse Negl* 1993;17(6):731-41.
36. *Pynoos R, Frederick C, Nader K.* Life threat and post-traumatic stress in school age children. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:1057-63.
37. *Smith P, Perrin S, Dalgleish T i sur.* Treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(1):66-72.
38. *Schulte-Körne G.* Belastungs- und Anpassungsstörungen. U: *Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 265-72.
39. *Streeck- Fischer A.* Adoleszenz- Bindung- Destruktivitaet. Stuttgart: Klett- Cotta; 2004.
40. *Terr LC.* Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder. U: *Lewis M,* ur. *Child and adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook.* 2. izd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 753-63.
41. *Terr LC.* Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20.
42. *Terr LC.* Chowchilla revisited. *Am J Psychiatry* 1983; 140:1543-1550
43. *Terr LC.* "Forbidden games": Post-traumatic child,s play. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981; 20:740-59.
44. *Terr LC.* Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of "normal" children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22:221-30.
45. *Terr LC.* *Too Scared to Cry.* New York: Harper & Row; 1990.
46. *Terr LC.* What happens to the early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *Am J Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:96-104.
47. *Tyson Ph, Tyson R.* *Psychoanalytic theories of development and integration.* New Haven: Yale University Press; 1990
48. *Volkmar FR, Martin A.* *Essentials of Lewis's Child and Adolescent Psychiatry.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
49. *Von Gontard A, Möhler E, Bindt C i sur.* Kurzfassung der S2k-Leitlinie 028/041 – Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. 2009. AWMF online: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. Dostupno na: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-041k_S2k_Psychische_Stoerungen_Saeugling_Kleinkind_Vorschulalter_2017-10.pdf. 2009 Pristupljeno 1. 5. 2016.
50. *Weiss DS.* *The Impact of Event Scale: Revised.* U: *Wilson JP, So-Kum Tang C,* ur. *International and cultural psychology. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD.* Berlin: Springer; 2007, str. 219-238.
51. *Winkelmann K.* Posttraumatische und akute Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. U: *Hopf H, Windaus E,* ur. *Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie.* Muenchen: CIP Medien; 2007, str. 443-59.
52. *Winnicott DW.* *Die Vorstellung eines gesunden Individuums. Der Anfang ist unsere Heimat.* Stuttgart: Klett Cotta; 1990.
53. *World Health Organization.* *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research.* Geneva: WHO; 1993.
54. *Zeanah CH, Chesher T, Boris NW.* Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(11):990-1003.

Rodna disforija, rodna nesukladnost

Ivan Begovac, Goran Arbanas

SADRŽAJ

68.1. Uvod, klasifikacija	937
68.2. Pojedini klinički entiteti i razvoj simptoma	938
68.2.1. Rodna disforija u djece	938
68.2.1.1. Uvod, definicija	938
68.2.1.2. Epidemiologija	938
68.2.1.3. Klinička slika	939
68.2.1.4. Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti	939
68.2.1.5. Etiopatogeneza	940
68.2.1.5.1. Integrativni modeli	940
68.2.1.5.2. Psihodinamski aspekti	940
68.2.1.6. Kliničke vinjete	941
68.2.1.7. Terapija u djece, tijek	941
68.2.2. Rodna disforija u adolescenciji i odrasloj dobi	943
68.2.2.1. Definicija, klasifikacija, epidemiologija	943
68.2.2.2. Klinička slika, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet	943
68.2.2.3. Etiopatogeneza	944
68.2.2.4. Klinička vinjeta	944
68.2.2.5. Terapija, prognoza	945
68.3. Upute za roditelje/nastavnike	946
68.4. Često postavljena pitanja	946
68.5. Pitanja	947
68.6. Literatura	947

68.1. Uvod, klasifikacija

Preporučuje se prethodno pročitati poglavlje o psihoanalitičkom i psihološkom razvoju rodnog identiteta, gdje su navedeni i pojedini osnovni termini (v. posebno poglavlje 8). U ovom području postoje različiti termini, koji se katkada uporabljaju u širem, a katkada u užem smislu, te ne moraju biti jednoznačni. U hrvatskom jeziku postoji jezična razlika između spola i roda, a slično je i u engleskom jeziku. U [tablicama 8.1., 8.2. i 8.3.](#) (v. posebno poglavlje 8 o rodnom identitetu) prikazane su definicije i poveznice pojedinih termina, kao i u [tablici 68.1.](#) te se oni neće dalje pobliže objašnjavati u tekstu.

Zanimljivo je da su se problematikom rodne disforije, a prije se to nazivalo transseksualizmom (u odraslih osoba) u Hrvatskoj bavili stručnjaci već sedamdesetih godina prošlog stoljeća, dakle unatrag gotovo pedesetak godina, a postoje i hrvatske publikacije na tu temu iz tog razdoblja koji su opisivali ove visoko zanimljive slučajeve (Buzov 2016; Buzov i Klain 1984).

Prema DSM-5, vjerojatno trenutčno najširi pojam jest **rodna nesukladnost (ili neusuglašenost) (engl. incongruence)**, a koja označuje nesukladnost između dodijeljenog spola i rodnog identiteta. Pokatkad se poistovjećuje s **transrodnošću ili rodnom disforijom** (v. poslije). Pojedini autori predlažu termin rodna nesukladnost umjesto termina rodna disforija, kao uži pojam, jer ne mora postojati **afektivno stanje disforije**. Sljedeći vjerojatno najširi pojmovi jesu rodno neodgovarajući (*non-conforming*) i rodna varijanta. Rodno neodgovarajući (*non-conforming*) označuje da osoba nema isti rod kao i spol. Rodna je varijanta nešto izvan muško-ženske dihotomije. U tom slučaju osoba se može identificirati kao pripadnik obaju rodova, ili ni s jednim rodnom ili nebinarnim rodnom ili s karakteristikama obaju rodova.

DSM-5 klasifikacija navodi kriterije za rodnu disforiju (kao uži pojam i dijagnostička kategorija), odvojenju za djecu u usporedbi s adolescentima i odraslim osobama. Naime, kriteriji su za djecu stroži u smislu da je potrebno imati šest od ukupno osam kriterija, dok su kriteriji kod adolescenata i odraslih osoba umanjeni, tako da je potrebno da postoje dva kriterija od ukupno šest. Korisno je također rabiti i MKB-10 kriterije (WHO 1993), međutim, kriteriji DSM-5 svakako su korisniji i aktualniji. Logika ostajanja rodne disforije kao psihijatrijske dijagnoze jest praktična potreba za terapijskim praćenjem ovakve djece, adolescenata i odraslih osoba (Turban i sur. 2018 (b)).

Kriteriji **rodne disforije u djece**, prema DSM-5, jesu sljedeći (APA 2013): Kriterij A: značajna neusuglašenost između roda koji osoba doživljava/pokazuje i dodijeljenog joj roda, tijekom najmanje šest mjeseci, što se očituje s najmanje šest od sljedećih obilježja (jedno od toga mora biti kriterij A1): 1. Snažna želja da se bude drugog roda ili ustrajanje u tome da osoba jest drugog roda (ili nekog alternativnog roda koji je različit od dodijeljenog joj roda). 2. U dječaka (po dodijeljenom rodu) snažan izbor ženske odjeće ili simuliranje ženskog izgleda; ili u djevojčica (po dodijeljenom rodu) snažan izbor da se nosi tipično muška odjeća i snažno opiranje nošenju tipično ženske odjeće. 3. Snažna želja za suprotnorodnom ulogom u igranju uloga ili u igrama u mašti. 4. Snažna želja za igračkama, igrama ili aktivnostima u kojima stereotipno sudjeluju ili se njima koriste djeca drugog roda. 5. Snažna želja za prijateljima drugog roda. 6. U dječaka (po dodijeljenom rodu), snažno odbacivanje tipično muških igračaka, igara i aktivnosti i snažno izbjegavanje grube igre; ili u djevojčica (po dodijeljenom rodu) snažno odbacivanje tipično ženskih igračaka, igara i aktivnosti. 7. Snažni negativni osjećaji prema vlastitim spolnim organima. 8. Snažna želja za primarnim i/ili sekundarnim spolnim karakteristikama koje odgovaraju onima željenog roda. Kriterij B: ovo je stanje povezano s klinički značajnom patnjom ili oštećenjem u socijalnom, školskom ili drugim važnim područjima funkcioniranja.

Kriteriji **rodne disforije u adolescenata i odraslih**, prema DSM-5, jesu sljedeći (APA 2013): Kriterij A: značajna neusuglašenost između roda koji osoba doživljava/pokazuje i dodijeljenog joj roda, tijekom najmanje šest mjeseci, što se očituje najmanje dvama od sljedećeg: 1. Značajna neusuglašenost između roda koji osoba doživljava/pokazuje i primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika (ili u mlađih adolescenata/adolescentica očekivanih sekundarnih spolnih osobina). 2. Snažna želja da se uklone primarne i/ili sekundarne spolne karakteristike zbog značajne neusuglašenosti s rodnom kako ga osoba doživljava/pokazuje (ili u mlađih adolescenata/adolescentica želja da se spriječi razvoj očekivanih sekundarnih spolnih karakteristika). 3. Snažna želja za primarnim i/ili sekundarnim spolnim karakteristikama drugog roda. 4. Snažna želja da se bude drugog roda (ili nekog alternativnog roda koji je različit od dodijeljenog roda). 5. Snažna želja da se drugi ponašaju prema osobi kao da je drugog roda (ili nekog alternativnog roda koji je

Tablica 68.1.**Definicije pojedinih termina u području roda.**

Modificirano prema Turban i sur. 2018 (a), Turban i sur. 2018 (b).

Rodna nesukladnost (<i>incongruence</i>)	Nesukladnost ili neusuglašenost između spola dodijeljenog pri rođenju i rodnog identiteta. Trenutačno u DSM-5 šira kategorija od rodne disforije. Pokatkad se poistovjećuje s transrodnosti ili rodnom disforijom. Pojedini autori predlažu ovaj termin umjesto rodne disforije, kao uži pojam, jer ne mora postojati afektivno stanje disforije.
Rodno neodgovarajući (<i>non-conforming</i>)	Znači da osoba nema isti rod kao i spol. Međutim, prema DSM-5, ovo je više normativna i kvantitativna pojava, kada se djevojka ponaša kao dječak (<i>tomboy</i>); ili u dječaka „curica-dečko“. Dakle, moglo bi reći, uključuje atipičnu ekspresiju svojeg roda.
Rodna varijanta	Izvan muško-ženske dihotomije.
Transrodnost	Pojedinac kojemu je rodni identitet nesukladan (<i>incongruent</i>) sa spolom dodijeljenog pri rođenju. Povremeno se podrazumijeva binarna kategorija suprotna spolu dodijeljenom pri rođenju.
Rodna disforija	Psihološki stres s obzirom na rod (ili spol) (zlovoljnost). Također je dijagnostička kategorija prema DSM-5.
Cisrodnost (<i>cisgender</i>)	Doživljeni rod u pojedinca odgovara spolu koji mu je dodijeljen pri rođenju. Pokatkad se podrazumijeva kao suprotnost transrodnosti.
Rodna nenormativnost	Različitost od cisrodnosti, tj. to može biti transrodnost, ali i bilo koja varijanta u kojoj osoba doživljava svoj rod nebinarnim. U tekstu se ne rabi ovaj pojam.
Transseksualnost	Tipično se definiraju pojedinci koji traže medicinske intervencije s obzirom na vlastiti rodni identitet. Pokatkad se primjenjuje kao sinonim u odnosu prema transrodnosti, no ovaj se termin sve manje rabi u literaturi.
Socijalna tranzicija	Obično se primjenjuje u djece kao jedina terapijska metoda, ali se odnosi i na adolescente i odrasle osobe. Odnosi se na mogućnost osoba da manifestiraju uporabu osobne zamjenice, imena, te nošenja odjeće, sukladno svojem željenom rodnom identitetu.

različit od dodijeljenog roda). 6. Čvrsto uvjerenje da osoba ima tipične osjećaje i reakcije drugog roda (ili nekog alternativnog roda koji je različit od dodijeljenog roda). Kriterij B: ovo je stanje povezano s klinički značajnom patnjom ili oštećenjem u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja.

MKB-10 rodnu disforiju naziva izrazima poremećaj rodnog (spolnog) identiteta (WHO 1993), a ovdje uključuje transseksualizam (F64.0), transvestizam s dvostrukom ulogom (F64.1) te poremećaj spolnog identiteta u djetinjstvu (F64.2).

68.2. Pojedini klinički entiteti i razvoj simptoma

68.2.1. Rodna disforija u djece

68.2.1.1. Uvod, definicija

Zajedničko ovom stanju jest da je pri rođenju dodijeljeni spol (ili rod) u suprotnosti s rodnim identitetom

te se nalazi afektivna nelagoda u vezi s vlastitim spolom (APA 2013; Steinhausen 2010). Razvojno gledano, normalno postoji preokupacija suprotnim rodom, međutim, ako je ona intenzivna, perzistentna, rigidna i stalna, tek onda možemo govoriti o rodnoj disforiji (RD) (Coates 2006). Smatra se da nije dovoljno da djevojčice budu „muškobanjaste“ ili da se dječak „ponaša kao djevojčica“, već mora postojati dubok poremećaj normalnog osjećaja za muškost ili ženskost (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Poremećaj treba trajati najmanje šest mjeseci, odnosno, nije riječ samo o prolaznoj razvojnoj fazi. Pri nastupu puberteta, oko 12. godine, ova se dijagnoza više ne može postaviti.

68.2.1.2. Epidemiologija

Smatra se da je riječ o vrlo rijetkom poremećaju, s učestalošću oko pet do šest dječaka na jednu djevojčicu (Turban i sur. 2018 (b)). Ostaje otvoreno pitanje je li manja prevalencija u djevojčica posljedica veće socijalne prihvatljivosti kad se djevojčice ponašaju kao suprotni rod.

68.2.1.3. *Klinička slika*

U literaturi se nalazi niz opisa djece koja su htjela biti suprotnog spola. Riječ je o stanju u ranom djetinjstvu (davno prije puberteta), koje se najčešće nalazi već u vrtiću ili oko četvrte godine života (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Martin 2011, Steinhau- sen 2010). Prisutna je stalna i jaka nelagoda prema spolu dodijeljenog pri rođenju, uz jaku želju (ili uvjere- nje) da se pripada drugom rodu. Kod obaju rodova pri- sutna je preokupacija odjećom ili aktivnostima drugog roda, manirizmi drugog roda, potreba za igranjem s djecom suprotnog roda ili igračkama tipičnima za suprotni rod. Važno dijagnostičko obilježje jest u stal- nosti želje. Nadalje, treba razlikovati rodnu disforiju, kada postoji jasna želja da se bude suprotnog roda (isključivo jednog roda), od prethodnih razvojnih faza, kada djeca žele biti oba roda (npr. i imati penis i rađati djecu) (Coates 2006). U početku u djece ne postoji osjećaj patnje, međutim, nastupom puberteta tipično se pojavljuje patnja (Lempp 2014).

U **dječaka** je riječ o oblačenju i ponašanju sličnom djevojčicama. Rado oblače haljine i drugu žensku odjeću. Isto tako rado se igraju lutkama i s djevojči- cama, dok se tipične igre za dječake izbjegavaju. Pokat- kad se radi o feminiziranom ponašanju u gestama, mimici i govoru (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Dječaci skrivaju svoj penis i testise, umjesto kojih žele imati vaginu, simuliraju grudi, uriniraju u sjedećem položaju, navode želju da rode dijete te da doje itd. (Steinhausen 2010). Pokatkad se može činiti da se dje- čaci ponašaju u smislu da su njihovi roditelji željeli da zapravo budu djevojčice, a ova neispunjena želja kao da se nastavlja u ponašanju dječaka (Remschmidt i Martin 2011).

Slično prije opisanome, u **djevojčica** je riječ o pona- šanju i oblačenju sličnom dječacima (Mattejat i Schulte- Markwort 2013). Vole se igrati s dječacima, ne žele se igrati lutkama, ne žele nositi haljinice, nego radije nose hlače, imaju kratku kosu i ponašaju se kao dječaci. Imaju preferenciju prema agresivnim sportovima (npr. nogomet) (Remschmidt i Martin 2011). Pokatkad govore da će jednom dobiti penis, ili da ga zapravo imaju, odbijaju urinirati u sjedećem položaju, ne žele dobiti prsa niti menstruaciju.

68.2.1.4. *Dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditeti*

U **tablici 68.2.** prikazane su osnove dijagnostike.

Tablica 68.2.

Posebnost dijagnostike rodne disforije, parafilčnih poremećaja, te seksualnih disfunkcija – dopuna standardnih elemenata dijagnostike.

Modificirano prema Adelson 2012; Arbanas 2013; Beier 2012; Lempp 2014; NN 132/2014; SSOZTO 2014.

Anamneza

1. tijek (psiho)seksualnog razvoja, kao i stavovi, praznovjerja i tabui u vezi sa seksualnošću u obitelji;
2. razvoj rodnog identiteta;
3. seksualna orijentacija u adolescenata;
4. posebnost tjelesnog razvoja;
5. sadržaj erotsko-seksualnih fantazija (npr. prihvaćanje, frekvencija, povezanost s masturbacijom) s obzirom na različite seksualne orijentacije (homoseksualna, heteroseksualna i biseksualna);
6. prakticiranje određenog socijalnoseksualnog razvoja (igranje doktora, prva zaljubljenost, prvi randevu, prvi poljubac, *petting*, prvi spolni odnos; solitarna masturbacija ili dijadna seksualna iskustva, kao i korištenje pornografijom ili internetom);
7. seksualno funkcioniranje kroz pojedine faze seksualnog odgovora;
8. doživljaj nasilnih napadaja, kao svjedok, žrtva ili kao zlostavljač;
9. procjena obiteljske dinamike u vezi sa seksualnim i rodnim pitanjima;
10. procjena vršnjačkih odnosa;
11. specifičnost kulturnog miljea;
12. uzimanje lijekova koji mogu djelovati na seksualnost.

Psihički status

Psihološka dijagnostika (posebne skale, skale inteligencije, dječji crtež itd.)

Psihodinamska procjena

Procjena obitelji

Tjelesni pregled; pregled kod pedijatra te drugih specijalista (ginekologa, urologa, endokrinologa i drugih)

Laboratorijske pretrage

Korisno je razgovarati odvojeno s roditeljima i odvojeno s djetetom/adolescentom (Lempp 2014), a promatramo i djetetovo ponašanje. Kako se vidi u tablici, tamo su navedeni anamnestički podatci koji se dodatno uzimaju. Pojedini autori razlikuju **ponašanje suprotno rodu** (igračke, izbor igračkaka, vršnjaci) od **identifikacija** (izjave o vlastitu identitetu, igre uloga, fantazijske igre), kao i od **stupnja (rodne) disforije, odnosno distresa** (Turban i sur. 2018 (b)). Potrebno je uzeti u obzir povjerljivost podataka (Adelson 2012).

Uobičajeno se radi psihički profil. Važna je psihološka dijagnostika (posebne skale, skale inteligencije, dječji crteži itd.). Potrebno je učiniti fizikalni pedijatrijski pregled i laboratorijske pretrage (eventualno genske pretrage) te isključiti određene hormonalne poremećaje.

U **dijagnostičkom** smislu treba ovakva stanja razdvojiti od prolaznih posttraumatskih simptoma (Steinhausen 2010). S obzirom na to da postoji spektar rodne disforije, u realnosti dijagnosticiranje pokatkad može biti otežano. Promatranje ponašanja djece u ovoj dobi na razini je kontinuuma između onoga tipičnoga za dječake i onoga koje je tipično za djevojčice. Mogu se promatrati sljedeće dimenzije tipične za dječake i djevojčice: verbalizacije vlastita identiteta, figure identiteta (uzora), želja za osobinama roda, grube igre i aktivnosti, preferirani vršnjaci, preferirana odjeća, uloge, fantazijske igre, preferencije prema određenim igračkama, preferencije prema igri i aktivnostima, geste i govor (Cohen- Kettenis 2006; Steinhausen 2010). Kod interseksualnosti postoji stanje u kojemu se uočava nesklad između genetike, gonada, hormona, unutarnjih i vanjskih spolnih organa, sekundarnih spolnih obilježja, te psihičkog i socijalnog (rodnog) identiteta (Begić 2013b). Postoje izazovi u pristupu ovakvim osobama te osobe često odrastaju odgajane u suprotnom smislu s obzirom na kariotip, te postoji mogućnost razvoja rodne disforije (Yang i sur. 2010). DSM-5 ne isključuje kod rodne disforije i stanja interseksualnosti, ali ih posebno naznačuje (APA, 2013). Primjerice kod sindroma androgene neosjetljivosti, npr. djevojčici kojoj je rod dodijeljen pri rođenju, zapravo je genski muško (XY kariotip), ona može tijekom svojeg razvoja pokazivati atipičnost svoga rodnog identiteta, preferirajući igranje agresivnijih igara i ovdje ne mora biti riječ o dijagnozi rodne disforije. Međutim, ako takva osoba s vremenom ustraje u tome da se osjeća kao muško (muški rodni identitet), onda će dalje razvijati kliničku sliku prema rodnoj disforiji (v. poslije).

Komorbiditetno se vrlo često u dječaka nalazi dodatni separacijski anksiozni poremećaj, u gotovo dvije trećine (Coates 2006), odnosno u obama rodovima mogu postojati dodatni internalizirajući problemi (depresija), kao i eksternalizirajući problemi, problemi u odnosima prema vršnjacima, izloženost vršnjačkom nasilju, te autistični spektar poremećaja (Turban i sur. 2018 (a)). Nadalje, u roditelja se često nalazi problem regulacije emocija, u majki depresija ili anksioznost, dok u očeva mogu biti prisutni anksio-

znost, depresija i/ili zloraba supstancija, što je često povezano s eksplozivnim ponašanjem (Coates 2006).

6.2.1.5. Etiopatogeneza

68.2.1.5.1. Integrativni modeli

Etiologija je velikim dijelom nepoznata. Vjerojatno je riječ o multifaktorijelnim čimbenicima koji uključuju biološke i konstitucionalne čimbenike (prenatalni utjecaj hormona /npr. utjecaj androgena na razvoj „muškog mozga“, kao i njegova odsutnost u stvaranju „ženskog mozga“, genski čimbenici; postoje naznake da bi INAH3 jezgra u mozgu odgovarala rodnoj disforiji), epigenetika, odgojni stilovi roditelja, značajke temperamenta, afektivna regulacija, teorija učenja, nesigurnost i psihički poremećaji u majki i očeva, rani psihološki gubitci, simbiotsko-fuzijski odnos majke sa sinovima (nema dezidentifikacije dječaka s primarnom femininom identifikacijom), nedostatak identifikacije dječaka s istospolnim roditeljem, u djevojčica dezidentifikacija od „slabe“ majke i identifikacija s ocem, te manjak heteroseksualnih prijatelja (Begić 2013b; Coates 2006; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt i Martin 2011; Steinhausen 2010).

68.2.1.5.2. Psihodinamski aspekti

Pojedini psihodinamski autori navode važnost nerazriješenih psihičkih trauma roditelja. Naime, kod roditelja, zbog prije navedenoga, postoje nerazjašnjena pitanja oko vlastita roda. Djeca u interakciji s takvim roditeljima na neki način pokušavaju „riješiti“ ove probleme s rodom kod roditelja, međutim, pod visokom cijenom žrtvovanja vlastite autonomije i autentičnosti (Coates 2006). Dakle, predisponirajući (opći i nespecifični) čimbenik mogao bi biti u (ne)svjesnom roditeljskom poticanju djetetovih „fantazija o suprotnom rodu“ kao način rješavanja tjeskobe, a posljedično slijedi i „ponašanje suprotnog roda“. Ovakvo stanje često nastaje u kontekstu gubitka emocionalne dostupnosti majke, zbog depresije, anksioznosti, ili traumatskih stanja. Drukčije rečeno, psihodinamski se mogu zrcaliti nesvjesna očekivanja roditelja da dijete bude drugog roda (majka s blagom rodnom disforijom zbog problema sa svojom majkom /generacijski problem dakle bake i majke/ i s visoko izraženom zavišću za penisom – v. poglavlja 4 i 8 o razvoju) (Begić 2013b; Beier 2012), ili se pak dječak želi približiti nesigurnoj majci i dati joj utjehu (Beier 2012).

Psihodinamika rodne disforije u **dječaka** često je udružena s dječakovim ovladavanjem separacijske anksioznosti (faza individuacije i autonomije), uz dodatnu (okidač) majčinu emocionalnu nedostupnost i majčino poticanje ponašanja „suprotnog roda“ tako da dječak fantazira „da je on mama“, a ne da je „on s mamom“ (Coates 2006). Na drukčiji način bi se moglo govoriti o nedostatnoj dezidentifikaciji od majke (v. poglavlja 4 i 8 o razvoju). S druge strane, očevi mogu nesvjesno poticati u dječaka ponašanje suprotnog roda radi vlastite potrebe za nježnošću s obzirom na vlastite majke. Nadalje, dječak može misliti da postati muškarcem zapravo znači postati „agresivni monstrum“ ako svojeg oca doživi kao neosjetljivog ili kao zlostavljača u odnosu prema njegovoj majci (Coates 2006). Rodna je disforija češća u dječaka negoli u djevojčica, što može također upućivati na različiti (kompliciraniji) psihoseksualni razvoj dječaka (Beier 2012).

Psihodinamika rodne disforije u **djevojčica** čini se drukčijom nego u dječaka. Psihodinamika u djevojčica pokazuje da one imaju „istaknut“ (engl. *bold*) karakter, uz kombinaciju agresivnog oca koji omalovažava žene i majku, koja se doživljava kao neučinkovita ili koja sama omalovažava žene (Coates 2006). Na ovaj se način djevojčica identificira sa svojim ocem, istodobno se dezidentificira s majkom, uz posljedičnu potrebu da zaštiti majku: „Ja ću postati jaka kao otac, tako da mogu zaštititi mamu koja je vulnerabilna“ (Coates 2006). Jednostavnije bi se moglo reći da u obiteljima postoji idealizacija muškaraca (i od oca i od majke), uz istodobno omalovažavanje žena (Coates 2006).

68.2.1.6. *Kliničke vinjete*

Primjer 1. Prvo javljanje dječaka stručnoj osobi bilo u dobi od šest godina zbog polimorfne simptomatologije. S vremenom je dječak bio okupiran željom da bude djevojčica. Bio je tipično zaokupljen oblačenjem ženske odjeće, međutim, više u obiteljskom okruženju, uz uživanje u tipične ženske geste i manire. Većinu je vremena provodio u igrama lutkama te s djevojčicama iz susjedstva. Uživao je u kazališnim predstavama, gdje je mogao glumiti ženske likove. Za vlastite je spolne organe govorio da mu se gade, a s godinama se sve više interesirao za moguće operacije promjene spola na koje je naišao na internetu, međutim, stalnost te želje nije bila perzistentna. Ukupno vrijeme trajanja simptoma bilo je više od šest mjeseci. U školi su ga znali zadirkivati da je „gay“. Postojala je specifična obiteljska dinamika, uz veliku toleranciju unutar obitelji

na njegovo ponašanje, koje je bilo suprotno vlastitu rodu. Prisutni su bili dodatni intenzivni separacijski problemi. Riječ je o dijagnozi rodne disforije u djeteta. Psihoanalitičko-psihoterapijsko liječenje bilo je usmjereno na separacijsku problematiku i poticanje individuacije i autonomije.

Primjer 2.

Riječ je o genski muškoj osobi, međutim, s dijagnozom prenatalne androgene nesenzitivnosti. Pri rođenju nalaze se dvosmislene genitalije, odnosno interseks stanje. Kirurški se neposredno nakon rođenja odlučuje ići u smjeru anatomske rekonstrukcije u smislu ženskog roda, primjenjuje se vaginoplastika i odstranjuju se testisi iz abdomena. Dijete dobiva žensko ime, premda to žensko ime izostavljanjem samo jednog slova (slovo a), može postati muško ime. Psihosocijalno se kod roditelja potiče jasni razvoj ženskog rodnog identiteta od prvog dana, obilježen načinom oblačenja (haljinice), te nošenjem dulje kose te zasad nema naznaka rodne disforije. Dijete se prati kod dječjeg psihijatra od treće godine zbog dodatnoga hiperkinetskog poremećaja. U ponašanju postoji povremena sklonost prema „muškim“ igrama i „muškim“ igračkama. I dalje je u višegodišnjem psihijatrijskom i psihološkom praćenju. Dakle, ovdje nije riječ o rodnoj disforiji, već o interseks stanju.

68.2.1.7. *Terapija u djece, tijekom*

U **tablici 68.3.** shematski je prikazan terapijski pristup rodnoj disforiji u djece, kao i u adolescenata i odraslih osoba.

U djece, odnosno u prepubertalnih osoba, ne preporučuju se endokrine intervencije. Uobičajeno se primjenjuje redovita psihoterapija te se eventualno priprema za endokrine intervencije (Turban i sur 2018 (a)). U djece se navode terapije koje bi imale sljedeće druge opće ciljeve: smanjenje socijalne isključenosti, rad na arhajskim strahovima (separacijski strahovi, strahovi od dezintegracije /anihilacije/), poticanje sigurne privrženosti i smanjenje drugih komorbiditetnih stanja (Adelson 2012; Coates 2006).

Načelno se u navode u literaturi tri moguća pristupa liječenja: 1. „**terapijski model**“ koji se izravno ili posredno odnosi na umećavanje suprotnorodne identifikacije; 2. „**afirmativni pristup**“, koji se odnosi na jasno podupiranje djetetove želje za socijalnom tranzicijom, prihvaćajući jasno mogući ishod u smislu željenoga rodnog identiteta djeteta; 3. „**intermedijarni pri-**

Tablica 68.3.**Terapija rodne disforije u djece, adolescenata i odraslih osoba.**

Modificirano prema Turban i sur. 2018 (a), Turban i sur. 2018 (b).

Djeca i prepubertalno razdoblje	<ul style="list-style-type: none"> - Psihoterapija (psihodinamska i kognitivno bihevioralna) - Psihoedukacija roditelja, rad s roditeljima - Moguća su tri pristupa terapije („terapijski pristup“; „afirmativni pristup“ i „intermedijarni pristup“) - Ne preporučuje se hormonalna terapija
Rani znakovi puberteta (obično do stadija 2 puberteta prema Tanneru)	<ul style="list-style-type: none"> - Psihoterapija (psihodinamska i kognitivno-bihevioralna) - Psihoedukacija roditelja, rad s roditeljima - Moguća su dva pristupa terapije („afirmativni pristup“ i „intermedijarni pristup“) - Eventualno se primjenjuju inhibitori puberteta, koji su načelno reverzibilni
Dob nakon 16 godina	<ul style="list-style-type: none"> - Psihoterapija (psihodinamska i kognitivno-bihevioralna) - Psihoedukacija roditelja, rad s roditeljima - Moguća su dva pristupa terapije („afirmativni pristup“ i „intermedijarni pristup“) - Eventualna hormonalna terapija suprotna vlastitom biološkom spolu. Terapija je ireverzibilna ili parcijalno reverzibilna.
Dob nakon 18 godina	<ul style="list-style-type: none"> - Psihoterapija (psihodinamska i kognitivno-bihevioralna) - Psihoedukacija roditelja, rad s roditeljima, ako postoji indikacija - Moguća su dva pristupa terapije („afirmativni pristup“ i „intermedijarni pristup“) - Eventualna hormonalna terapija suprotna vlastitom biološkom spolu. Terapija je ireverzibilna ili parcijalno reverzibilna. - Eventualne kirurške intervencije.

stup“ u kojem dominira „promatrajuće čekanje“ (engl. *watchfull waiting*), u kojem se direktno ne zabranjuje izražavanja rodno nesukladno ponašanje, ali se istodobno dopušta mogućnost otvorenih dugotrajnijih ishoda uz izbjegavanje rane socijalne tranzicije (Turban i sur. 2018 (a)). Svaki od ovih triju navedenih pristupa treba razmotriti s obzirom na pojedini slučaj.

Prvi, „terapijski model“ ide u smjeru stimulacije identifikacije s rodom dodijeljenim pri rođenju. Mogu se uključivati metode klasične bihevioralne terapije, psihodinamske terapije, savjetovanje roditelja, kao i npr. ohrabrivanje vršnjačkih odnosa s istim biološkim spolom. Psihodinamske terapije u smjeru biološkog spola pokazale su veću učinkovitost u dječaka u smislu jačanja muške uloge (jača uloga oca), odnosno slabljenja simbioze između majke i sina, kao i rada na separacijskoj problematici (Coates 2006). U dječaka bi načelno muški terapeut imao važniju identifikacijsku ulogu nego ženski terapeut, a slično bi se vjerojatno moglo odnositi i na djevojčicu i ženskog terapeuta. Svakako treba izbjegavati drastične mjere, kao što je prisiljavanje dječaka s ovim stanjem na npr. igranje nogometa. Dodatno je važan rad i s roditeljima,

posebno u smislu opservacije kako dijete doživljava roditelje s obzirom na to da bude voljeno od roditelja, kada ono želi pripadati drugom rodu. Također je važna i suradnja s drugim suradnim stručnjacima (vrtići, škola), kao i s nevladinim organizacijama (Adelson 2012). Postoji više kritika ovakvoga pristupa, među ostalim, da se dijete podvrgava daljnjim osjećajima srama ili drugim negativnim osjećajima (Turban i sur. 2018 (a)).

Drugi, „afirmativni model“ ima u podlozi logiku da suprotstavljajuća nesukladnost roda s obzirom na spol dodijeljen pri rođenju može dovesti do stigme i srama, koji uzrokuju dodatne internalizirajuće simptome. Stoga se pretpostavlja da je posve legitiman ishod zapravo željeni rodni identitet. Djeci se aktivno dopušta socijalna tranzicija (u odijevanju, uporaba željenog imena, upotreba osobnih zamjenica itd.). Jasno se djetetu mora dati na znanje da je, ako se već koristi socijalnom tranzicijom, uvijek moguća reverzibilnost prema biološkom spolu. Svakako treba misliti i na traumatske posljedice koje dijete može imati u školi ako mu se potpuno omogući izražavanje njegova željenog roda (npr. da dječak ide u školu odjeven kao djevojčica). Stoga postoji preporuka o izbjegavanju takvog

ponašanja (Adelson 2012). Kritika ovakvoga pristupa bila bi u tome da bi takav afirmativan pristup dalje nedvosmisleno stimulirao perzistenciju rodne disforije u adolescenciji ili u odrasloj dobi.

Treći, „**intermedijarni model**“ uključuje „**promatrajuće čekanje**“. S jedne strane, ne preporučuje se rana socijalna tranzicija jer većina djece u međuvremenu odustaje od željenoga rodnog identiteta. S druge strane, izravno se ne stavljaju granice prema rodnoj varijanti, osim ako u nekoj sredini nije visoko rizično ili opasno manifestirati takvo ponašanje, odnosno takvo se ponašanje tolerira više kod kuće. Opći je princip „**promatraj i vidi**“. Dijete se upozorava da „**sve želje nisu ispunjive**“, te da „pojedine najdublje želje i fantazije da su rođeni u tijelu drugoga spola neće moći nikada biti potpuno ostvarene“. Ostavlja se mogućnost da se dijete vrati rodu dodijeljenom pri rođenju. Ako dođe to toga, to ne mora biti praćeno osjećajima srama, nitko se neće ljutiti zbog toga, te će dijete biti pohvaljeno za svoj trud.

Tijek rodne disforije u djece pokazuje vrlo varijabilne nalaze. U oko 20 % pacijenata ovaj se poremećaj nastavlja u rodnu disforiju u adolescenciji i u odrasloj dobi, tzv. perzistentni tip (*engl. persists*) (Lempp 2014). Rijetkost je da se rodna disforija pojavi u adolescenciji ili odrasloj dobi a da nije bila prisutna i u djetinjstvu. Međutim, moguće je pojavljivanje rodne disforije u adolescenciji i u odrasloj dobi (v. poslije). Nadalje, pojedini autori navode da većina djece nema rodnu disforiju u kasnijoj dobi, odnosno dolazi do **odustajanja** (*engl. desisters*).

S obzirom na seksualnu orijentaciju, pojedini autori navode da je većina djece s rodnom disforijom poslije heteroseksualne orijentacije (Coates 2006), dok drugi autori navode da čak oko tri četvrtine dječaka s ovim poremećajem u kasnijoj dobi postaju homoseksualne ili biseksualne seksualne orijentacije (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Dakle, u dječaka je češći razvoj homoseksualne orijentacije pri rodnoj disforiji u djece, dok će u djevojčica većina biti heteroseksualna u odrasloj dobi. Sažeto rečeno, ovdje postoji zanimljiva povezanost da djeca koja su imala rodnu disforiju ipak većina u adolescenciji i odrasloj dobi postaju **cisrodna ili s biseksualnom ili s homoseksualnom orijentacijom** (Turban i sur. 2018 (a)). U djevojčica je veća mogućnost razvoja u smjeru biološkog (dodijeljenog) spola nego u dječaka.

68.2.2. Rodna disforija u adolescenciji i odrasloj dobi

68.2.2.1. Definicija, klasifikacija, epidemiologija

Obično je riječ o manifestaciji nakon 14. do 16. godine (Lempp 2014; Turban i sur. 2018 (a)). Rodna se disforija pokazuje u želji, naime, osobe žele biti priznate u drukčijem rodu. Klinička je slika slična onoj u djece. Važno je istaknuti da postoji progresija rodne disforije iz djetinjstva u adolescenciju između 2 do 39 % slučajeva (Turban i sur. 2018 (a)). Ovaj nam podatak govori da postoji mogućnost rodne disforije koja je već bila prisutna u djetinjstvu, međutim, postoji i mogućnost jasnog pojavljivanja tek u adolescenciji. Kada se nalazi rodna disforija u adolescenciji, postoji, međutim, gotovo u svim slučajevima mogućnost da će perzistirati u odraslu dob (Turban i sur. 2018 (a)). **Transseksualni (ili transspolni)** jest pridjev kojim se opisuju osobe koje žele prilagoditi ili su već prilagodile svoje primarne i/ili sekundarne spolne karakteristike feminizirajućim ili maskulinizirajućim medicinskim intervencijama (hormonima i/ili kirurgijom), najčešće uz permanentnu prilagodbu rodne uloge (NN 132/2014). Zahtijevaju da budu hormonalno i kirurški tretirane kako bi bile slične anatomskom tijelu kojemu žele sličiti. S druge strane, **transrodnost** je pojam kojim se opisuje raznolika skupina ljudi koji prekoračuju ili nadilaze kulturno definirane kategorije roda. Rodni identitet transrodnih osoba u različitim se stupnjevima razlikuje od spola koji im je dodijeljen pri rođenju. Dakle, **transrodnost** se može definirati kao rodni identitet nesukladan (*engl. incongruent*) spolu dodijeljenom pri rođenju. Povremeno se podrazumijeva binarna kategorija suprotna s obzirom na spol dodijeljen pri rođenju. U adolescenciji je ovaj poremećaj vrlo rijedak i češće se pojavljuje u biološki muškog nego ženskog spola.

68.2.2.2. Klinička slika, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza, komorbiditet

Osoba s rodnom disforijom u smjeru ženstvenosti (u slučaju genski muške osobe) nosi žensku odjeću, perike, imitira feminizirano ponašanje, šminka se, nosi ženske cipele. Često se, zbog socijalnog pritiska, osobe ponašaju ovako većinom intimno, kod kuće. Osoba s rodnom disforijom u smjeru muškosti (genski ženska osoba) obično ima kratku kosu, oblači gotovo isključivo hlače, sama zahtijeva od pojedinih osoba da je

zovu muškim imenom itd. U obaju bioloških spolova često je prisutna odbojnost prema vlastitim spolnim organima, ne dodiruju ga, ne žele ga drugima pokazivati (Begić 2013a). Ovo je popraćeno konfliktima, depresivnošću, osjećajem nesreće, samoozljeđivanjem, te nerijetko i pokušajima suicida. Tijekom adolescencije vode dvostruki život te često jedva čekaju punoljetnost da bi mogli napraviti operaciju u suprotni spol.

U tablici 68.2. prikazane su posebnosti **dijagnostike**, koje se i ovdje mogu primijeniti, a dijagnostika je često multimodalna. Dijagnoza se temelji na želji za promjenom spola te na subjektivnom uvjerenju da se pripada drugom rodu. Naime, osobe opisuju kako imaju osjećaj da se nalaze u pogrešnom tijelu. Primjerice, anatomske muškarac doživljava se kao žena, ali se ne osjeća kao homoseksualna osoba (Steinhausen 2010). Ovakvo stanje treba trajati minimalno šest mjeseci, prema DSM-5. U literaturi se obično nalaze dva tipa rodne disforije ili transseksualizma, prema smjeru tranzicije roda: (ŽuM; engl. *FtM* – žensko u muško), odnosno transmuškarac; i (MuŽ – muško u žensko; engl. *MtF*), odnosno transžena. Naime, u kratki je prvo biološki spol, a drugo je rodni identitet (Arbanas 2013). Dijagnostički trebaju biti zadovoljeni kriteriji prema MKB-10 i DSM-5, uz napomenu da MKB-10 zahtijeva stalnost tijekom dvije godine, dok DSM-5 zahtijeva da to bude šest mjeseci. Kod dijagnostike je važno procijeniti intenzitet rodne disforije. U dijagnostici i terapiji u Hrvatskoj postoje smjernice za postupanje, međutim, one nisu obvezne (NN 132/2014).

Diferencijalnodijagnostički, treba uzeti u obzir interseks stanje (uz mogući komorbiditet), hormonalne poremećaje, genske anomalije spola te druge poremećaje (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Okolina katkada ne razlikuje rodnu disforiju od homoseksualnosti (Arbanas 2013). Razlika između RD-a i homoseksualnosti jest u tome da je kod RD-a, npr. kod muškog transseksualca (*FtM*), riječ o osobi koja je muškoga rodnog identiteta, genski ženskog spola (ima tijelo ženskog spola), a seksualno ovakvu osobu privlače npr. žene (heteroseksualna orijentacija s obzirom na rodni identitet). Međutim, to ne mora biti slučaj, moguća je i homoseksualna i biseksualna orijentacija, slično kao i kod cisrodnih osoba. Primjerice, kod muškog transseksualizma osobe su prije tranzicije imale odnose sa ženama, što je prema van izgledalo kao je riječ o lezbijskoj homoseksualnoj vezi. Slično ovomu, primjerice, kod ženskog transseksualca (*MtF*) riječ je o osobi koja je ženskoga rodnog

identiteta, genski muškog spola (ima muško tijelo), a seksualno je privlače muškarci (posebno heteroseksualni muškarci). Naravno, moguće je da i transseksualna osoba bude, osim heteroseksualno, i homoseksualno ili biseksualno orijentirana. Kako bi se izbjegla terminološka zbrka, seksualna orijentacija transseksualnih osoba opisuje se osobama koje su izvor seksualne privlačnosti, npr. privlače je ženske osobe, muške osobe, transrodne osobe (npr. androfilna, ginofilna, bifilna ili afilna) (DSM-5 2013).

Komorbiditetno su mogući sindromi slični kao kod rodne disforije u djece, naime, internalizirajući problemi (posebno depresija, samoozljeđivanje i suicidalnost), eksternalizirajući problemi, kao i autistični spektar poremećaja. Također mogu, slično opisanoj rodnoj disforiji u djece, postojati i psihički poremećaji u roditelja.

68.2.2.3. **Etiopatogeneza**

Ako se prihvati koncept etiopatogeneze, onda se može reći da je etiopatogeneza nepoznata. Slična je etiopatogenezi poremećaja rodne disforije u djetinjstvu. Dakle, mogu biti uključeni genski čimbenici, epigenetski, biološki (neuroendokrini perinatalni čimbenici, razvoj mozga, strukturne promjene mozga), obiteljski čimbenici (u muških osoba odsutnost oca iz obitelji, poremećaj rodne disforije kod oca, simbiotska fuzijska veza sina s majkom, odgojni stilovi koji se primjenjuju za ženski rod itd.) (Begić 2013b; Remschmidt i Martin 2011).

68.2.2.4. **Klinička vinjeta**

Na pregled dječjem psihijatru dolazi djevojka od 16 godina. Ima jasnu želju da bude muškog roda. Od pojedinih osoba, kao i od terapeuta osoba zahtijeva da je se zove muškim imenom, visoko simboličkog (biblijskog) muškog značenja. Otvoreno govori da ima osjećaj da se nalazi u pogrešnom tijelu. Inzistira na budućoj kirurškoj promjeni spola. Tipično ima kratku kosu, oblači isključivo hlače, nije zainteresirana za šminkanje. Reakcija nakon povjeravanja (self-identifikacije drugima) bila je vrlo negativna i dramatična. Dodatno, ova osoba ima slabo samopoštovanje te sklonost depresivnosti. Kako se vidi u prikazu, ovdje je riječ o rjeđem slučaju razvoja muškog transseksualizma.

68.2.2.5. *Terapija, prognoza*

U **tablici 68.3.** shematski je prikazan terapijski pristup rodnoj disforiji u djece, kao i u adolescenata i odraslih osoba (Turban i sur. 2018 (a), Turban i sur. 2018 (b)). Kako je već rečeno, u dijagnostici i terapiji u Hrvatskoj postoje smjernice za postupanje, međutim, one nisu obvezne, a postoje i međunarodne smjernice za skrb za osobe s rodnom disforijom (NN 132/2014; SSOZTO 2014). Uobičajeno je da se, osim multimodalne dijagnostike, primjenjuje i multidisciplinarna terapija.

Načelno će se i dalje primjenjivati **psihosocijalne intervencije**, a one su već prije navedene kod terapije rodne disforije u djece, međutim, uz važnu iznimku, a to je izbjegavanje „**terapijskog pristupa**“ (v. prije u tekstu). Ukratko rečeno, psihoterapijski postupci reorijentacije prema biološkom spolu nisu dali velike rezultate i danas se mogu smatrati neetičnima. Ovaj pravac u terapiji pokazao je niz dodatnih psihijatrijskih komplikacija: depresija, pokušaji suicida itd. (Remschmidt i Martin 2011). Uglavnom same osobe navedeni pravac odbacuju. Drugi pravac u terapiji bio bi usmjeren udovoljavanju želji transseksualnih osoba za promjenom roda (**afirmativni pristup**). Promjena roda dugotrajan je i postupan proces koji nazivamo **tranzicijom**. Prva je mjera psihoedukacija i poticanje življenja u željenom rodu, tj. „**stvarno iskustvo života**“, kako bi osoba usporedila svoje fantazije i želje sa stvarnim iskustvom, te različite vrste psihoterapija (kognitivno-bihevioralne i psihodinamske). Rad s roditeljima također je važan, grupe samopomoći roditelja pokazale su se korisnima, a potrebna je suradnja i s drugim strukama (škola, socijalni rad), kao i s nevladinim organizacijama (Adelson 2012).

Međunarodni i američki autori preporučuju u skladu sa svojim smjernicama primjenu **hormonalne terapije**, a njih postoje **dvije vrste** (v. poslije). Kriteriji za primjenu hormonalne terapije jesu sljedeće: ispunjavanje kriterija za rodnu disforiju, prikladna psihološka i socijalna podrška od okoline, razumijevanje rizika i dobiti hormonalnog tretmana, kao i da ne postoje bitni komorbiditetni poremećaji koji mogu interferirati s poremećajem (Turban i sur. 2018 (a)). U ovom je slučaju dragocjeno iskustvo specijaliziranih stručnjaka, kao i protok vremena. U **slučaju komorbiditeta** prvo se liječe oni, i onda obično prođe dulje vrijeme dok se ne primijene medicinski postupci. Logika primjene hormonalnih medicinskih postupaka (oba pristupa koja će biti poslije navedena) jest da se pobolj-

šaju mentalne funkcije osoba te da se umanje mogući negativni ishodi: depresivnost, suicidalnost i drugi negativni ishodi.

Međunarodni i američki autori kao **prvi korak** od hormonalnih sredstava preporučuju primjenu **inhibitora puberteta s GnRHa**, i to u trenutcima naznaka pojavljivanja puberteta, i to obično do Tannerova stadija 2 puberteta. Cilj je prevenirati razvoj puberteta da bi osoba dobila višak vremena za svoju psihoterapiju, odnosno prevenirati razvoj definitivnih sekundarnih spolnih osobina. Ovo se više shvaća kao **produljena dijagnostička faza**. Međunarodni i američki autori smatraju da je ovdje riječ o potpuno reverzibilnim postupcima. Kod primjene blokatora hormona potrebno je somatski pratiti osobe zbog eventualnih nuspojava. Ako razvoj identiteta ide u smjeru biološkog spola, tada se prekida s blokatorima puberteta, a, ako ide u drugom smjeru, započinje se s hormonskom tranzicijom suprotnom biološkom spolu (drugi korak hormonalne terapije).

Prema već više puta spomenutim autorima, u **drugom se koraku** primjenjuje **hormonalna terapija suprotna biološkom spolu**, koja je u načelu parcijalno reverzibilna ili ireverzibilna intervencija. Ovdje su adolescenti, obično stariji od 16 godina, prema međunarodnim i američkim autorima, načelno liječeni u specijaliziranim centrima, dakle estrogenima ili testosteronom. Manje se primjenjuju drugi hormonalni preparati, a koji imaju manje nuspojava. Indikacije, prema ovim autorima, slične su kao i kod blokatora puberteta. Dakle, primjena hormona suprotnih biološkom spolu potiču razvoj sekundarnih spolnih osobina željenog roda. Ove medicinske intervencije dominantno su ireverzibilne i nose sa sobom značajne eventualne nuspojave. Hormonalna terapija suprotna biološkom spolu iziskuje informirani pristanak roditelja adolescenata, što pokatkad može biti otežano dobiti.

Konačno, nakon 18. godine mogu se primjenjivati **kirurške intervencije** u smjeru željenog roda. Kirurški se postupci nikako ne smiju provoditi prije 18. godine života. Oko trećina osoba s transseksualizmom odstane od „**konačne kirurške**“ operacije (Begić 2013b), odnosno povremeno se transseksualne osobe u odrasloj dobi podvrgavaju hormonalnoj terapiji suprotnoj biološkom spolu, međutim, neodlučni su za „veliku operaciju“ (Arbanas 2013). Prije kirurške operacije obično mora proteći više od jedne do dvije godine u opservaciji. Mlada se osoba treba upoznati s mogućnostima i granicama jedne kirurške operacije u novom

rodu, te shvatiti da je takva operacija ireverzibilna. Prije operativnog zahvata može se primjenjivati tzv. **test realnog života** (*engl. real-life or real-experience test*) koji uključuje hormonalnu, socijalnu, radnu i zakonsku promjenu roda, a to je bilo navedeno u prethodnom tekstu (Steinhausen 2010). Dok je u genski muških osoba operativni zahvat (vaginalna plastika) relativno uspješna, u genskih žena to je teže ostvarivo u smislu penis plastike (npr. erektilna funkcija), što treba biti objašnjeno kandidatima za operaciju. Internacionalni i američki autori naglašavaju mogućnost i kirurških intervencija prije 18. godine, međutim, to se može primijeniti u iznimnim slučajevima, npr. u slučaju mastektomije u transmuškaraca (Turban i sur. 2018 (a)). Nakon kirurške operacije, hormonalne terapije i psihoterapije, pokazalo se da se od 70 do 90 % osoba osjeća zadovoljno. Pokatkad je potrebno psihoterapijsko praćenje i nakon izvedenih kirurških operacija (Remschmidt i Martin 2011).

Posebno pitanje kod primjene hormonalnih medicinskih postupaka (dvije vrste prije navedene u tekstu) može biti utjecaj na buduću **fertilnost** ovakvih osoba. Osobe koje su zainteresirane za ostanak fertilnost trebaju biti dodatno savjetovane u vezi s ovim mogućnostima.

68.3. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ U literaturi postoji niz termina u vezi sa seksualnošću i rodnim identitetom, koji katkada nisu jednoznačni.
- ✓ Razvoj rodnog identiteta i seksualne orijentacije vrlo je kompleksan i suptilan proces, koji uključuje niz bioloških i okolišnih čimbenika.
- ✓ Rodna disforija u djece vrlo je rijetka u praksi, ali je moguća i ne treba je dodatno stigmatizirati.
- ✓ Kod rodne disforije djece korisna je psihoterapija, kao prva mjera.
- ✓ Kod rodne disforije u djece potrebno je roditeljima pružiti podršku i razumijevanje.
- ✓ Adolescencija kao razvojna faza također je vrlo bitna za razvoj rodnog identiteta.
- ✓ Kod rodne disforije u adolescenata treba primijeniti različite terapijske pristupe, od afirmativnih pristupa, kao i „intermedijarnih“ pristupa. Važno je poštovati osjećaje adolescenata.

68.4. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Kakav je odnos između „spola pri rođenju“ (*natal sex* ili *birth sex*) i „dodijeljenog roda pri rođenju“ (*assigned gender*)?

ODGOVOR: U vezi s tim postoji pokatkad u literaturi terminološka zbrka. Spol pri rođenju većinom se definira kao biološki spol, premda ni to nije jednoznačan pojam. S druge strane, dodijeljeni rod također bi se definirao kao dodijeljen pri rođenju. DSM- 5 upotrebljuje više izraz dodijeljeni rod pri rođenju, a ne upotrebljava izraz spol pri rođenju. Međutim, pojedini autori poistovjećuju spol pri rođenju i dodijeljeni rod pri rođenju. Spol pri rođenju više bi se rabio kod jasno biološkog spola koji se odnose na kromosome i gonade i, posljedično tomu, prema vanjskim genitalijama. „Dodijeljeni rod“ više bi se odnosio na psihosocijalne karakteristike, odnosno izgled vanjskih genitalija, a to može uključivati i interseks stanja.

■ **PITANJE:** U čemu se razlikuju rodni identitet i seksualna orijentacija?

ODGOVOR: Katkada se ovi pojmovi mogu zamijeniti i razlikovanje u praksi može biti otežano. Kod rodnog identiteta imamo doživljaj sebe kao muškoga ili ženskoga (što se to u mozgu događa). Kod seksualne orijentacije govorimo o načinu seksualnog uzbuđenja i romantične povezanosti prema drugima (što to srce govori); te ona može biti homoseksualna, heteroseksualna, biseksualna ili aseksualna. Primjerice, muška transeksualna osoba (ona sebe doživljava kao muška u svojem rodnom identitetu, a biološki je ženska osoba) može biti heteroseksualno orijentirana, tj. mogu je seksualno privlačiti ženske osobe. Kako bi se izbjegla terminološka zbrka, seksualna orijentacija transeksualnih osoba opisuje kakve je osobe privlače, npr. ženske, muške, transrodne (npr. androgina, ginofilna, bifilna ili afilna).

■ **PITANJE:** Je li moguća pojava rodne disforije u adolescenciji i odrasloj dobi?

ODGOVOR: Da. Moguća je pojava rodne disforije i u adolescenciji i kasnije, zbog čega i postoji posebna dijagnoza za takvo stanje u MKB-10 i DSM-5 klasifikaciji. Međutim, cjelokupno gledano, rjeđe je pojavljivanje nego u djetinjstvu.

■ **PITANJE:** Kakav je tijek rodne disforije u djetinjstvu s obzirom na tijek rodne disforije u adolescenciji?

ODGOVOR: Prospektivno gledano, tijekom se rodne disforije u djece u većini slučajeva ne nastavlja u ado-

lescenciju ili odraslu dob. Isto tako, tijekom rodne disforije u adolescenciji pokazuje većinom perzistenciju u odraslu dob. Međutim, retrospektivno gledano, većina osoba s rodnom disforijom u odrasloj dobi imala je rodnu disforiju u djetinjstvu. Gledano prema učestalosti, dakle, rodna disforija u djece mnogo je češća nego u odrasloj dobi.

■ **PITANJE: Koja su moguća tri načina psihoterapijskog liječenja rodne disforije u djetinjstvu?**

ODGOVOR: Svakako je na prvome mjestu psihoterapijsko liječenje, kao i rad s roditeljima. Također je važno liječenje drugih komorbiditetnih poremećaja. Prvi bi način bio „terapijski pristup“, na način da se potiču istospolne identifikacije u djeteta. Nedostatak toga pristupa bio bi da to može pridonijeti još većoj depresiji i negativnim osjećajima u djece. Drugi bi pristup bio „afirmativni pristup“, tako da se podupire djetetov željeni rodni identitet, uz dopuštanje socijalne tranzicije, ali tu treba biti oprezan. Logika takvog pristupa bila bi da bi i transrodnost bila moguća ishod. Kritika tog pristupa bi bila u tome da takvim pristupom dijete potiče na daljnju rodnu disforiju u adolescenciji i odrasloj dobi. Treći bi pristup bio „intermedijaran“, s principom „promatrajućeg čekanja“, u kojem se, s jedne strane, direktno ne zabranjuje izražavanje rodno nesukladnog ponašanja, ali se ne potiče ni aktivna rana socijalna tranzicija.

■ **PITANJE: Koji su mogući načini liječenja adolescenata s rodnom disforijom?**

ODGOVOR: Svakako da je na prvome mjestu psihoterapija, kao i rad s roditeljima, te liječenje eventualnih komorbiditeta. Načelno se primjenjuje „afirmativni pristup“, uz eventualni „intermedijarni pristup“. Na početku puberteta u prvom se koraku mogu dati inhibitori puberteta. Logika davanja inhibitora puberteta jest u davanju dijagnostičkog vremena za pacijenta. Ako i dalje perzistira rodna disforija, oko 16. godine mogu se davati hormoni suprotni biološkom spolu, dakle testosteron ili estrogeni. Ako rodna disforija i dalje perzistira, nakon 18. godine mogu se, uz ostale terapijske mjere, primjenjivati i kirurške intervencije promjene spola.

68.5. Pitanja

- 1 Kako DSM-5 definira rodnu disforiju u djece, a kako u adolescenata i odraslih osoba?
- 2 Koje dijagnostičke metode primjenjujemo kod dijagnostike rodne disforije u djece i adolescenata?
- 3 Navedite što je to socijalna tranzicija kod rodne disforije djece i adolescenata.
- 4 Navedite osnove psihoterapije kod rodne disforije u djece (tri pristupa).
- 5 Navedite osnove terapije kod rodne disforije adolescenata te osoba nakon 18. godine.

68.6. LITERATURA

1. *Adelson SL*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(9):957-74.
2. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. izd. Washington: New School Library; 2013.
3. *Arbanas G*. Seksualnost transseksualnih osoba. U: Jokić-Begić N, Begić D., ur. *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013, str. 43-7.
4. *Begić D*. Psihijatrijski aspekti transseksualnosti. U: Jokić-Begić N, Begić D, ur. *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013, str. 39-42.
5. *Begić D*. Transseksualnost kao interdisciplinarni entitet. U: Jokić-Begić N, Begić D, ur. *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013, str. 1-10.
6. *Beier KM*. Sexualitaet und Geschlechtsidentiaet- Entwicklung und Stoerungen. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F. *Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 735-84.
7. *Buzov I*, *Transseksualizam*. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
8. *Buzov I*, *Klain E*. Transseksualizam: teorije porijekla i mogućnosti psihoterapijskog liječenja. *Psihoterapija* 1984; 14:37-59.
9. *Coates S*. Developmental research on childhood gender identity disorder. U Fonagy P, Krause R, Leuzinger-Bohleber M, ur. *Identity, gender, and sexuality. 150 years after Freud*. London: Karnac; str. 2006, 103-31.
10. *Cohen-Kettenis PT*. Gender identity disorders. U: Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC, ur. *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry*. Cambridge: Cambridge university press; 2006, str. 695-725.
11. *Lempp T*. *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS*. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.

12. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
13. *Narodne Novine (NN) 132/2014.* PRAVILNIK O NAČINU PRIKUPLJANJA MEDICINSKE DOKUMENTACIJE TE UTVRĐIVANJU UVJETA I PRETPOSTAVKI ZA PROMJENU SPOLA ILI O ŽIVOTU U DRUGOM RODNOM IDENTITETU. 2014. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_11_132_2487.html. Pristupljeno 1. 5. 2018.
14. *Remschmidt H, Martin M.* Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 326-36.
15. *Steinhausen HC.* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
16. *Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (SSOZTO).* Standardi skrbi za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba. 2014. Dostupno na: http://zenskasoba.hr/wp-content/uploads/2014/12/Standardi_skrbi_za_zdravlje%20transpolnih_transrodnih_i_rodno_nenormativnih_osoba.pdf. Pristupljeno 1. 5. 2018.
17. *Turban JL, de Vries ALC, Zucker KJ.* Gender dysphoria and gender incongruence. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 632- 43.(a)
18. *Turban JL, de Vries ALC, Zucker KJ i sur.* Transgender and gender non-conforming youth, 2018 edition. Dostupno na: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.3-GENDER-IDENTITY-Edition-2018-REVISED.pdf>. Pristupljeno 1. 5. 2018.(b)
19. *Yang JH, Baskin LS, DiSandro M.* Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology* 2010; 75(1):153-9.
20. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

Parafilni poremećaji

Ivan Begovac

SADRŽAJ

69.1. Uvod, definicije, klasifikacije, epidemiologija	950
69.2. Klinička slika pojedinih poremećaja	951
69.2.1. Voajeristički poremećaj (F65.3)	951
69.2.2. Egzibicionistički poremećaj (F65.2)	951
69.2.3. Frotiristički poremećaj (F65.8)	951
69.2.4. Seksualno mazohistički poremećaj (F65.5)	951
69.2.5. Seksualno sadistički poremećaj (F65.5)	952
69.2.6. Pedofilni poremećaj (F65.4)	952
69.2.7. Fetišistički poremećaj (F65.0)	952
69.2.8. Transvestični poremećaj (F65.1)	953
69.2.9. Drugi parafilni poremećaji	953
69.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza i komorbiditeti	953
69.4. Etiopatogeneza	953
69.5. Terapija, tijek	954
69.6. Upute za roditelje/nastavnike	955
69.7. Često postavljena pitanja	955
69.8. Pitanja	956
69.9. Literatura	956

69.1. Uvod, definicije, klasifikacije, epidemiologija

Fokus psihoseksualnog razvoja djeteta u našoj, zapadnoj kulturi jest **Edipov kompleks** (v. poglavlje 4 o razvoju), ali, šire gledano, s obzirom na to da ne postoji univerzalnost Edipova kompleksa, još je važnije i univerzalnije da postoji „**roditeljsko ne**“, odnosno osiguranje „**tabua incesta**“, te poticanje **egzogamije**. Idealno tipično gledano, „roditeljsko ne“ također daje poticaj za istospolnu identifikaciju, odnosno traženje partnera koji je sličan ili potpuno različit od suprotnospolnog roditelja (Heinemann i Hopf 2015). Razvoj rodnog identiteta, kao i općenito seksualnosti nije nikako rezultat samo bioloških čimbenika nego cijelog procesa različitih čimbenika (proces konstitucije) (v. poglavlje 8 o rodnom identitetu).

Psihoanalitički autori zagovaraju termin „razvojni parafilni poremećaj“, „razvojni poremećaj sa seksualiziranim ponašanjem“, slično „razvojnog poremećaja ličnosti“ ili „razvojnog *borderline* poremećaja“ (v. posebna poglavlja 65 i 66), naglašavajući razvojne osobitosti tih poremećaja koji počinju u djetinjstvu i adolescenciji, a pretežno se dijagnosticiraju u odrasloj dobi. Naime, potreban je oprez pri dijagnosticiranju u adolescenciji jer je riječ o razvojnoj dobi (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Primjerice, tek se retrospektivno u mlađoj odrasloj dobi mogu dobiti podatci iz djetinjstva i adolescencije.

Parafilni doslovno znači nešto pokraj ljubavi, *para* - uz, pokraj; *filia* - ljubav. DSM-5 razlikuje termin

parafilije s obzirom na **parafilni poremećaj** (APA 2013). **Parafilije** bi označivale normalnu varijantu i raznolikost seksualnosti i treba ih diferencijalno uvijek razlikovati od parafilnih poremećaja. **Parafilni** su **poremećaji** zapravo, prema DSM-5, poremećaji u užemu smislu, a prije su se nazivali (**seksualnim**) **perverzijama**, pretežno u psihoanalitičkoj literaturi. U **tablici 69.1.** prikazane su razlika između parafilija i parafilnih poremećaja te podjela parafilnih poremećaja.

Prema DSM-5, kriterij A govori o kvalitativnoj prirodi parafilije (npr. ekspozicija svojih genitalija prema drugima), dok kriterij B govori o negativnim posljedicama parafilije (distres, oštećenje ili šteta učinjena drugima). Dakle, parafilni poremećaji moraju obvezno imati i kriterij A i B. Mnogi autori u literaturi ističu novost DSM-5 klasifikacije, gdje se razlikuju parafilije od parafilnih poremećaja (Beech i sur. 2016, Konrad i sur. 2015), te se na taj način destigmatizira parafilija kao normalna varijanta seksualnosti, koja se naizgled može prezentirati kao neobične seksualne aktivnosti, kakve, međutim, pokazuju gotovo sve osobe i koja nije psihički poremećaj.

DSM-5 definira ukupno osam parafilnih poremećaja, uz dodatno druge i ostale poremećaje (v. poslije), uz minimum trajanja poremećaja unatrag 6 mjeseci. Prema DSM-5, minimum od 18 godina se navodi kao kriterij samo kod voajerističkog poremećaja, dok za druge parafilne poremećaje nije pobliže određena minimalna dob (v. poslije). Za iscrpnije kriterije vidjeti detaljnije klasifikaciju DSM-5. Ono što je zajedničko

Tablica 69.1.

Razlika između parafilija i parafilnih poremećaja te podjela parafilnih poremećaja.

Modificirano prema DSM-5 2013.

Parafilija (može biti prisutan samo kriterij A)	Normalna raznolikost seksualnosti		
Parafilni poremećaji (postoji kriterij A i kriterij B)	Patološke (anomalne) sklonosti prema aktivnostima	Poremećaji zavodjenja (engl. <i>courtship disorders</i>)	- Voajeristički poremećaj - Egzibicionistički poremećaj - Frotiristički poremećaj
		Poremećaji povezani s ugodom i bolom (engl. <i>Algolagnic disorders</i>)	- Seksualni mazohistički poremećaj - Seksualni sadistički poremećaj
	Patološke (anomalne) sklonosti prema cilju	Ljudi	- Pedofilni poremećaj
		Usmjerenost na drugo	- Fetišistički poremećaj - Transvestični poremećaj

navedenim poremećajima jest: da se pri seksualnom uzbuđenju uporabljaju neobične, bizarne predodžbe ili radnje, uz upotrebu nepersonalnih predmeta za seksualno uzbuđenje; ponavljane seksualne radnje s ljudima kojima se nanosi realna ili simulirana patnja ili poniženje, te ponavljane seksualne aktivnosti s partnerima bez njihova pristanka (Steinhausen 2010). Međutim, važno je naglasiti da, za razliku od normalne manifestacije seksualnosti, tipično kod parafilicnog poremećaja postoji subjektivna patnja same osobe ili oštećenje funkcionalnosti, ili pak postoje seksualne aktivnosti nametnute drugima bez njihova pristanka, premda i tu postoje važne iznimke (npr. postoji pristanak kod seksualno mazohističkog poremećaja, fetišističkog poremećaja, te transvestičnog poremećaja) (v. poslije u tekstu). Tipično osobe nemaju osjećaj bolesti i često se susreću u sklopu forenzičkih pitanja. Relativno je malo radova u području parafilicnih poremećaja u adolescenata (Kasinathan 2017).

MKB-10 znanstvene smjernice daju opće smjernice koje moraju biti ispunjene za bilo koji pojedini poremećaj: 1. intenzivni seksualni impulsi i fantazije, koje se odnose na neuobičajene predmete ili aktivnosti; 2. djeluje se s obzirom na impuls ili se kroz to osjeća znatno oštećen; 3. trajanje je minimalno šest mjeseci (WHO 1993). Načelno, DSM-5 bolje definira te poremećaje od klasifikacije MKB-10.

Riječ je o rijetkim poremećajima, koji se češće pojavljuju u muškaraca (Steinhausen 2010). Parafilicni poremećaji imaju važno forenzičko značenje pri vještačenju djece i adolescenata koji su bili žrtve seksualnih aktivnosti, kod egzibicionističkog poremećaja u adolescenciji ili pri seksualnom zlostavljanju.

69.2. Klinička slika pojedinih poremećaja

69.2.1. Voajeristički poremećaj (F65.3)

Prema DSM-5, bitni kriteriji jesu subjektivna patnja ili oštećenje funkcionalnosti ili pak aktivnosti bez pristanka drugih, i načelno se dijagnosticiraju nakon 18. godine. Postoji stalna potreba da se promatra seksualni čin drugih osoba ili intimne radnje, npr. pri presvlačenju (kabine za presvlačenje u robnim kućama). Osobe to često čine potajice, nemaju potrebe otkrivati se, često su seksualno uzbuđene, no nemaju potrebe imati seksualni odnos s osobom koju promatraju i učestalo pritom masturbiraju. Ovo ne treba poistovjetiti s čestom znatiželjom u dječjoj dobi u vezi

sa seksualnošću. Voajeristički je poremećaj sličan egzibicionističkom poremećaju (v. poslije), a riječ je uglavnom o osobama koje su inhibirane, povučene, oskudnih socijalnih kontakata i koje imaju poteškoće u stvaranju heteroseksualnih kontakata.

69.2.2. Egzibicionistički poremećaj (F65.2)

Prema DSM-5, bitni kriteriji jesu subjektivna patnja ili oštećenje funkcionalnosti ili pak aktivnosti bez pristanka drugih. Osobe (većinom su muškarci) imaju sklonost stalnom pokazivanju svojih genitalija ženama (ili drugim odraslim osobama) ili pak djeci na javnim mjestima, a da se ne traži bliži kontakt s njima. Naime, nikako cilj ovakvih radnji nije seksualni odnos. Zbog tog razloga ovakve osobe počnu bježati ako im se neka osoba počne približavati. Čimbenik iznenađenja služi seksualnom uzbuđenju, često masturbiraju pri izlaganju, ili neposredno nakon izlaganja. Osobe ne mogu kontrolirati svoje ponašanje i to je strano njihovoj ličnosti. O egzibicionističkom poremećaju možemo govoriti tek kad osoba dođe u pubertet (Renschmidt i Martin 2011). Većinom su to heteroseksualne osobe, koje su oskudnih socijalnih kontakata, inhibirane i povučene te imaju snažne osjećaje manje vrijednosti. Često dolaze iz seksualno neprijateljskih i seksualno represivnih obitelji, a često su i oskudno seksualno obrazovane. Psihodinamski može postojati kratkotrajni osjećaj trijumfa kada se osoba (žrtva) uplaši, što negira vlastite osjećaje insuficijencije. Drugo, može postojati prisila pokazivanja, i treće, egzibicionistički je čin ritualizirano traženje kontakata, ali istodobno i određena distanca (Nissen 1994).

69.2.3. Frotiristički poremećaj (F65.8)

Prema DSM-5, bitni kriteriji jesu subjektivna patnja ili oštećenje funkcionalnosti ili pak aktivnosti bez pristanka drugih. Osobe doživljavaju seksualnu uzbuđenost pri naguravanja na druge ljude npr. u gomilama (npr. u tramvajima). Iznimno je rijedak u adolescenciji.

69.2.4. Seksualno mazohistički poremećaj (F65.5)

Prema DSM-5, bitni kriteriji jesu subjektivna patnja ili oštećenje funkcionalnosti. Nema kriterija aktivnosti bez pristanka drugih. Uključuje seksualno primanje bola, poniženje i submisivnost. Ova se dijagnoza postavlja samo ako su ovo isključivi načini postizanja

seksualnog uzbuđenja ili seksualnog zadovoljstva. Može biti povezano sa seksualno sadističkim poremećajem (v. poslije). U MKB-10 označen je kao sadomazohistički seksualni poremećaj i nije zasebno odvojen.

Heinemann i Hopf (2015) navode primjer 18-godišnje djevojke u koje je posrijedi bio komorbiditet seksualno mazohističkog poremećaja i seksualno sadističkog poremećaja (F65.5), uz dodatne komorbiditete: poremećaj jedenja ne pobliže određeni (F50.9), te samoozljeđivanje. Djevojka je pokazivala monstrozna mazohistička i sadistička ponašanja o kojima je bilo izvješćivano u terapiji bez osjećaja srama, dok je u pozadini bio konflikt blizine i kontrole moći (v. poglavlja 4 i 20 o operacionaliziranoj psihodinamskoj dijagnozi i razvoju). Poremećaj je imao svoje početke u djetinjstvu i u narušenoj obiteljskoj dinamici, naime, odgajana je u obitelji bez jasnoga incestnog tabua. Jasan je bio rascjep na sadomazohističke aktivnosti s obzirom na rascijepljene osjećaje. Ovdje je bila riječ o rijetkom opisu parafilicnog poremećaja u djevojaka. Psihoanalitičko je liječenje trajalo ukupno dvije godine.

69.2.5. Seksualno sadistički poremećaj (F65.5)

Prema DSM-5, bitni kriteriji jesu subjektivna patnja ili oštećenje funkcionalnosti ili pak aktivnosti bez pristanka drugih. Riječ je o seksualnim aktivnostima koje su povezane sa zadavanjem bola, vezanjem ili drugim aktivnostima. Ovakva se dijagnoza postavlja samo ako su ovo isključivi načini postizanja seksualnog uzbuđenja ili seksualnog zadovoljstva. Može biti povezano sa seksualno mazohističkim poremećajem (v. prije).

69.2.6. Pedofilični poremećaj (F65.4)

Prema DSM-5, bitni kriteriji jesu aktivnosti prema djeci ili subjektivna patnja ili pak oštećenje funkcionalnosti. Ne postoji kriterij aktivnosti bez pristanka drugih jer je riječ o djeci koja u svojem statusu ne mogu dati pristanak i automatski je to protiv njihova pristanka. Dakle, seksualna se orijentacija (preferencija) odnosi na djecu, većinom u prepubertetskom razdoblju ili u ranome stadiju puberteta, granična je dob načelno 13 godina djetetova života, ili može biti važniji fizički razvoj žrtve. Dob počinitelja treba biti barem 16 godina, te da je od žrtve stariji barem 5 godina. Orijetacija može biti na ženski ili muški spol. Obično se radi o odraslim muškarcima, a dijagnoza se postavlja samo

ako postoji dugotrajna sklonost. Pojavljuje se gotovo samo u muškaraca. Prema DSM-5, isključuju se međusobni seksualni odnosi adolescenata, npr. s 13-godišnjacima.

69.2.7. Fetišistički poremećaj (F65.0)

Prema DSM-5, bitni kriteriji jesu subjektivna patnja ili oštećenje funkcionalnosti. Karakteriziran je uporabom nekih (neživih) predmeta (npr. dijelova odjeće) koji služe stimulaciji i seksualnom zadovoljstvu. Mnogi su fetiši nadomjestak nekog dijela tijela; npr. dijelovi odjeće (gaćice, čarape), plastična odjeća ili kožna odjeća, ili pak cipele. Pokatkad osobe krađom u dućanima dolaze do takvih predmeta. Fetiš ima funkciju *pars pro toto*, kao nadomjestak realnog partnera (Nissen 1994; Remschmidt i Martin 2011). Često je fetišni objekt povezan s bliskom osobom (majka, otac) (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010). Fetiš se ne odnosi na seksualna pomagala, npr. vibrator. „Prijelazni fenomeni“ iz djetinjstva, npr. plišani medvjedić, također ima ulogu sličnu fetišu. DSM-5 klasifikacija razlikuje fetišistički poremećaj od transvestičnog poremećaja (v. poslije). Naime, kod DSM-5 klasifikacije fetiš se ne odnosi na slučajeve kada se upotrebljuje ženska odjeća kao kod transvestističkog poremećaja. Međutim, fetišistički poremećaj može biti povezan s transvestističkim poremećajem u komorbiditetu (v. poslije). Većinom je riječ o osobama heteroseksualne orijentacije (Remschmidt i Martin 2011). Karakterno se radi o socijalno izoliranim, inhibiranim i nesigurnim osobama (Remschmidt i Martin 2011). Minimalno trajanje takvog poremećaja treba biti 6 mjeseci, a o fetišističkom se poremećaju može govoriti tek kad osoba dođe u pubertet. U adolescenciji se ova dijagnoza daje samo ako postoji seksualno uzbuđenje isključivo na ovaj način. Naime, tijekom razvoja seksualnosti, kao predigra mogu postojati u manjoj mjeri fetišistički načini postizanja seksualnog uzbuđenja. Opasnost postoji od fiksiranja ovakvog načina seksualnog uzbuđenja, bez prelaska u seksualni odnos (Remschmidt i Martin 2011). Liječenje obično traže roditelji (Lempp 2014).

Klinička vinjeta: Na pregled dolazi dječak od 16 godina s graničnom inteligencijom, koji je kriomice krao ženske čarape od svoje podstanarke (studentice) i pri tome masturbirao, te na taj način postizao seksualno uzbuđenje. Samohrana je majka imala veliku empatiju i toleranciju prema svojem sinu, međutim,

bila je zabrinuta zbog aktivnosti svojeg sina. Radilo se o povučenom dječaku, bez izgrađenih vršnjačkih odnosa. Majka i dječak nalaze olakšanje kada je sin kratkotrajno uključen u psihoterapiju. Cilj psihoterapije bio je razvojno podupiranje socijalizacije i drugih zadaća adolescencije. Ovdje nije bila riječ o parafilicnom poremećaju, klinička je slika shvaćena kao razvojna pojava dječaka u adolescenciji. Opseg ove knjige ne ulazi u daljnju problematiku seksualnosti u osoba s graničnom inteligencijom ili s intelektualnim teškoćama.

69.2.8. Transvestični poremećaj (F65.1)

Prema DSM-5, bitni kriteriji jesu subjektivna patnja ili oštećenje funkcionalnosti. Osoba se koristi dijelovima odjeće suprotnoga spola, prije svega radi postizanja seksualnog uzbuđenja. Dakle, kod transvestičnog poremećaja riječ je o snažnom osjećaju napetosti i seksualnog uzbuđenja te o posljedičnom opuštanju nakon orgazma, nakon čega nema više potrebe za nošenjem odjeće. Transvestični poremećaj može biti povezan s fetišističkim poremećajem, kao i sa seksualnim mazohističkim poremećajem i seksualnim sadističkim poremećajem (v. prije). Treba ga razlikovati od rodne disforije u djece i adolescenata (v. posebno poglavlje 68), gdje ne postoji trenutno seksualno uzbuđenje, nego osoba sebe smatra nesukladnom u rodnom identitetu s obzirom na dodijeljeni spol (ili rod) pri rođenju.

Heinemann i Hopf (2015) navode primjer 14-godišnjeg dječaka u kojega je bio posrijedi transvestični poremećaj uz komorbiditet s fetišističkim poremećajem (F65.1), opsesivno-kompulzivnom poremećajem (mješoviti tip) (F42.2) i s hipohondrijom (F45.2). Dječak je doživljavao učestalo seksualno uzbuđenje i orgazam oblačeći se u odjeću svoje majke, i to već od svoje 11 godine. U terapiji su bili opservirani mehanizmi „seksualizacije“, kao i prekoračenje incestnog tabua u odnosu prema samohranoj majci. Psihoanalitička je terapija ukupno trajala deset godina.

69.2.9. Drugi parafilicni poremećaji

U kategoriju **drugih parafilicnih poremećaja** (F65.89) ubrajaju se opsceni telefonski pozivi, seksualne aktivnosti sa životinjama (sodomija, zoofilija), poremećaji s fekalijama, nekrofilija i drugi. Takvi su poremećaji u adolescenciji vrlo rijetki.

69.3. Dijagnostika, diferencijalna dijagnoza i komorbiditeti

U **dijagnostici** se primjenjuju intervju, heteroanamnestički podatci, kao i promatranje ponašanja. Potrebno je pogledati potpoglavlje o dijagnostici rodne disforije, koja se također može ovdje primijeniti. U **tablici 68.2.** prikazane su posebnosti dijagnostike kod parafilicnih poremećaja, a prikazani su i u poglavlju o rodnoj disforiji (v. posebno poglavlje 68), međutim, potrebno je diferencijalnodijagnostički razlikovati pojedine parafilicne poremećaje (v. poslije). Dijagnoza se postavlja kod **parafilicnih poremećaja** ako je riječ o dominantnom i stalnom poremećaju seksualnog uzbuđenja (orgazma).

Diferencijalnodijagnostički, treba isključiti ponajprije normativne i razvojne seksualne raznolikosti u adolescenciji, odnosno **parafiliju**, što u praksi može biti otežano. Potrebno je, nadalje, razlikovati pojedine parafilicne poremećaje. Treba ih razlikovati od rodne disforije u djece i adolescenata (v. posebno poglavlje 68), gdje ne postoji trenutno seksualno uzbuđenje, nego osoba sebe smatra nesukladnom u rodnom identitetu s obzirom na dodijeljeni joj spol (ili rod) pri rođenju. U **tablici 69.2.** prikazana je diferencijalna dijagnoza rodne disforije i rodne nesukladnosti i parafilicnih poremećaja.

Naime, velika je stručna pogreška jednoznačno poistovjetiti parafilicne poremećaje s rodnom disforijom (v. posebno poglavlje 68). Nadalje, potrebno ih je razlikovati od poremećaja ponašanja (gdje postoje i drugi kriteriji), ovisnosti, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, sumanutih seksualnih predodžbi kod shizofrenije, seksualno neprikladnog ponašanja u djece s autističnim spektrom poremećaja ili s intelektualnim teškoćama, seksualiziranog ponašanja kod poremećaja privrženosti (v. posebno poglavlje 35) ili pri seksualnom zlostavljanju (v. posebno poglavlje 31) te od drugih stanja.

Nadalje, važno je uzeti u obzir **komorbiditetna** psihijatrijska stanja, npr. vršnjačko nasilje, stigmatizaciju, suicidalnost te depresiju. Transvestični poremećaj može biti češće povezan s fetišističkim poremećajem, kao i sa seksualnim mazohističkim poremećajem i seksualnim sadističkim poremećajem.

69.4. Etiopatogeneza

Etiopatogeneza nije poznata. Postoje različite teorije nastanka, od bioloških do psihosocijalnih (psicho-

Tablica 69.2.

Diferencijalna dijagnoza rodne disforije i rodne nesukladnosti i parafilicnih poremećaja.

Modificirano prema APA 2013; Turban i sur. 2018(a); Turban i sur. 2018(b)

Rodna disforija i rodna nesukladnost	Parafilicni poremećaji
Rodna disforija: psihološki stres s obzirom na doživljeni rod (ili spol) (zovoljnost). Također je dijagnostička kategorija, prema DSM-5. Rodna nesukladnost: nesukladnost između spola dodijeljenog pri rođenju i rodnog identiteta.	Pri seksualnom uzbuđenju koriste se predodžbama, impulsima ili radnjama, uz uporabu nepersonalnih predmeta za seksualno uzbuđenje, ponavljanim seksualnim radnjama s ljudima kojima se nanosi realna ili simulirana patnja ili poniženje te ponavljanim seksualnim aktivnostima s partnerima bez njihova pristanka. Tipično kod parafilicnog poremećaja postoji subjektivna patnja same osobe ili oštećenje funkcionalnosti, ili postoje seksualne aktivnosti s drugima bez njihova pristanka, premda i tu postoje važne iznimke (npr. postoji vlastiti pristanak kod seksualno mazohističkog poremećaja, fetišističkog poremećaja, te transvestičnog poremećaja)
- Poremećaj rodnog identiteta (u vlastitu doživljaju sebe, u svojem umu ili mozgu)	- Poremećaj seksualnog uzbuđenja i orgazma (što se to događa u svojem srcu, gaćama ili koži)

dinamskih i kognitivno-bihevioralnih) (Remschmidt i Martin 2011). Psihoanalitički se dominantno parafilicni poremećaji u obama rodovima objašnjavaju kao **seksualizacija** svojeg ponašanja (kao mehanizam obrane), odnosno nemogućnost integracije emocionalnog (npr. depresivnog osjećaja, bolni afekti, osjećaji srama) s vanjskim manifestnim seksualnim ponašanjem (koji se prikazuju npr. bez srama). Ovakvo shvaćanje dokida dosadašnju umjetnu potrebu razlikovanja neurotskih poremećaja od parafilicnih poremećaja. Prema pojedinim psihoanalitičkim autorima, glavni uzrok parafilicnih poremećaja jest **manjak tabua incesta**, odnosno **povreda granica incesta**. Zaobilazi se edipski zakon, prema tome su perverzije napad na zakon edipskog kompleksa. Često se pasivnost traumatskih situacija pretvara u aktivno agresivno i seksualizirano ponašanje. Dakle, parafilicni poremećaji mješavina su seksualiziranog i agresivnog. Kroz aktivnost (npr. egzibicionizam) osoba se brani od toga kako je biti uplašen (biti pasivan). Djevojke se češće brane pasivnošću, dok se dječaci više brane aktivnošću (Heinemann i Hopf 2015).

Psihoanalitički autori kod parafilicnih poremećaja razlikuju mogućnost različitih psihičkih struktura (više ili niže integrirani; ili, drukčije rečeno, od neurotskih, *borderline*, pa sve do psihotične razine). Pojedini autori navode da je potrebno procijeniti dubinu regresije, intenzitet agresije, dubinu rascjepa, karakter unutarnjih objekata, kao i funkciju plombe s obzirom na obranu od psihoze (Berner 2011). Primjerice, perverzija štiti od psihotičnog sloma, da ne bi došlo do fantazijske oralne fuzije (psihotične dekompenzacije).

Nadalje, fetiš ima sličnosti s prijelaznim objektom djetinjstva.

U literaturi se ne nalaze često primjeri parafilicnih poremećaja u djevojaka, međutim, oni su također opisani, što je vjerojatno odraz manje potrebe „dezidentifikacije“ djevojke od svoje primarne identifikacije s majkom, odnosno postoji manja potreba „seksualiziranja“ kao obrane. U djevojaka, nadalje, postoji veća usmjerenost fantazija i agresija preko svoje djece (Münchhausenov sindrom preko posrednika, zlostavljanje djece), ili prema vlastitu tijelu (poremećaji jedjenja, samoozljeđivanje, mazohističke tendencije), ili agiranje preko ovisnosti o kupovanju, kleptomanije ili stanja mutizma; ili pak opsesivna submisivnost prema muškarcima. Parafilicni poremećaji vjerojatno su češći u dječaka, jer postoji veća potreba „dezidentifikacije“ dječaka od svoje „primarne identifikacije“ s majkom (v. poglavlja 4 i 8). Nadalje, aktivnosti u muškaraca češće su orijentirani prema živim ili neživim objektima (Heinemann i Hopf 2015).

Uz psihodinamske aspekte mogući su i dodatni elementi kondicioniranja (**bihevioralni aspekti**) na jedan poseban način doživljavanja seksualne ugone i orgazma te se na taj način on ponavlja.

69.5. Terapija, tijek

Terapijska nastojanja ovise o kliničkoj slici, subjektivnoj patnji, socijalnoj relevantnosti poremećaja (aktivnosti bez pristanka drugih), individualnom razvojnom stadiju te o individualnoj i obiteljskoj dinamici. Primjenjuju se **kognitivno-bihevioralni** (npr. postupno udaljšavanje važnosti fetiša) i **psihodinamski postupci**, kao i

Tablica 69.3.**Terapija parafilčnih poremećaja**

Kognitivno-bihevioralna terapija

Psihodinamske terapije

Sociopedagoške mjere u slučaju aktivnosti bez pristanka drugih (slične kao kod poremećaja ponašanja)

Rad s roditeljima

Eventualne druge terapije

paralelne **sociopedagoške mjere**. Raspon terapijskih postupaka prikazan je u [tablici 69.3.](#), a slični terapijski principi prikazani su u [tablici 64.3.](#) (v. posebno poglavlje 64), koje se odnose na poremećaje ponašanja.

Kod **psihodinamskih** terapija prije svega je važno osigurati prikladan okvir terapije (Heinemann i Hopf 2015). Psihodinamski je svakako nedostatna orijentacija samo na simptome (Heinemann 2009). Za mnoge je dječake potrebna stabilna očinska (terapijska) identifikacija. Istodobno, potrebna je stabilizacija vanjskih situacija, kao što su škola ili posao, te stvaranje grupe vršnjaka, koja često nedostaje. Manjak motivacije za liječenje ne treba biti zapreka za terapiju. Povrede okvira terapije (*settinga*) treba shvatiti kao pokušaje stvaranja autonomije. Cilj je liječenja učiniti vlastito ponašanje razumljivim, uz pridržavanje principa realiteta da adolescent ne bi pomislio da je npr. njegovo seksualno ponašanje opravdano u slučaju štete drugima. Dakle, potrebna je integracija psihološkog (intrapsihičkog) rada, kao i paralelnih **pedagoških mjera**. Na mjesto jednoga perverzno mehanizma, koje često za cilj ima često nesvjesno svemoćno (omnipotentno) vladanje objektom, treba doći jedan vitalni odnos (Heinemann 2009). Pojedini fokusi terapije mogu biti seksualna edukacija, liječenje dubljih poremećaja (npr. osjećaja insuficijencije, depresije, socijalne povučeniosti). Pojedini autori naglašavaju potrebu interpretacije „seksualiziranja“ jer su one središnji mehanizam obrane (Heinemann i Hopf 2015). Kao što je prije u tekstu bilo navedeno, čest je rascjep emocionalnog od ponašajnog (seksualiziranog ponašanja). Što se tiče prijenosnih i protuprijenosnih osjećaja, često terapeut može biti u poziciji incestuoznog roditelja (Heinemann i Hopf 2015).

Psihoterapijske grupe heterogene po spolu pokazale su se učinkovitim (Remschmidt i Martin 2011). Ako je riječ o adolescentima učinkovitija je mogućnost

terapije u usporedbi s odraslim osobama. U slučaju „prisilne“ i forenzičke psihoterapije, manja je motivacija za promjenu, a time i manji uspjeh liječenja. **Tijek** je zbog manjka motivacije većinom kroničan.

69.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Općenito kod različitih parafilčnih poremećaja treba izbjegavati moralističke stavove, kao i primjenu kazni.
- ✓ Potrebno je imati na umu da tijekom razvoja postoje normalno istraživanje seksualnosti te da postoje različite pojave izražavanja seksualnosti.
- ✓ Potrebno je destigmatizirati parafiliju kao normativnu raznolikost seksualnog uzbuđenja i orgazma, koja je nešto normalno i nije psihički poremećaj.
- ✓ Ne treba suviše dimenzionirati pojedina seksualna ponašanja u adolescenciji.
- ✓ Ne treba podcjenjivati sklonost seksualnom zlostavljanju.
- ✓ U terapiji parafilčnih poremećaja potrebno je kombinirati sociopedagoške i psihoterapijske mjere.
- ✓ Terapija je kod parafilčnih poremećaja često dugotrajna.

69.7. Često postavljena pitanja**■ PITANJE: Kako razlikovati normalne seksualne aktivnosti u razvojnog razdoblju od patoloških?**

ODGOVOR: Slično bi pitanje bilo kako razlikovati parafiliju od parafilčnog poremećaja. Ovdje katkada nije lako postaviti granicu. Ne treba precjenjivati normalnu dječju i adolescentnu seksualnu znatiželju, eksperimentiranje u seksualnosti, masturbatorne aktivnosti. Različite seksualne misli i fantazije mogu u svojem sadržaju biti bizarne te pojedince mogu činiti nesigurnima, ali nisu znak patologije. One mogu biti razlog zabrinutosti adolescenta i materijal za psihoterapiju. Parafilije nisu psihički poremećaji i normalna su varijanta seksualnosti, te ih ne treba stigmatizirati kao nešto patološko. Nadalje, parafilčne poremećaje i „seksualizirano ponašanje“ ne treba niti precjenjivati, ali ih ne treba niti podcjenjivati. Abnormalne seksualne aktivnosti odlikuju se po stalnosti, perzistentnosti ili pak prema kvalitativnoj različitosti (npr. odnos

agresivnog i opsesivnog, elementi traumatskog) na štetu općeg funkcioniranja osobe ili na štetu drugih osoba bez njihova pristanka.

■ **PITANJE: Je li moguće parafilicne poremećaje dijagnosticirati u adolescenciji?**

ODGOVOR: Prema DSM-5, samo se voajeristički seksualni poremećaj dijagnosticira u odrasloj dobi, dok toga isključnog kriterija nema za druge parafilicne poremećaje. Svakako treba biti oprezan u dijagnostici takvih poremećaja u adolescenciji. Pojedini autori stoga rabe termine kao što su „razvojni parafilicni poremećaji“, ili „razvojni poremećaji sa seksualizacijom“, slično „razvojnim poremećajima ličnosti“. Danas u literaturi nema dileme da ti poremećaji imaju svoje korijene u djetinjstvu i adolescenciji.

■ **PITANJE: Je li adolescentna masturbacija patološki fenomen?**

ODGOVOR: Adolescentna se masturbacija ne smatra patološkim fenomenom i gotovo da nema adolescenta koji to ne prakticira. U razvoju adolescenata može imati progresivnu ulogu u smislu prilagodbe na svoje tijelo i seksualnost. Posebno je korisna analiza masturbacijskih fantazija koja daje uvid u nesvjesni dio ličnosti adolescenta i korisna je analiza tijekom psihoterapijskoga procesa. Masturbacija se smatra normalnom fazom istraživanja seksualnosti i u pojedinaca i postoji tijekom cijelog života.

■ **PITANJE: Koji su terapijski aspekti parafilicnih poremećaja?**

ODGOVOR: Kod parafilicnih poremećaja riječ je o vrlo kompleksnim psihičkim poremećajima, postoje duboki, pregenitalni konflikti, razvojni zastoji ili traumatske okolnosti. U terapiji je potrebno primjenjivati empatiju, prihvaćanje, stvaranje temeljnog povjerenja te pokušati učiniti razumljivim ponašanje samom adolescentu. Postoji oprez vezan za psihotičnu dekompenzaciju. Uz psihoterapijski rad potreban je i paralelni pedagoški ili socijalni rad, kako ne bi došlo do poruke adolescentu da je devijantno ponašanje prikladno, ako postoji šteta za druge. Potreban je također i rad s roditeljima.

- 2 Kako dijelimo parafilicne poremećaje, prema DSM-5?
- 3 Navedite diferencijalnu dijagnozu parafilija od parafilicnog poremećaja.
- 4 Navedite razlike između rodne disforije i parafilicnih poremećaja.
- 5 Koje vrste terapija primjenjujemo kod parafilicnih poremećaja?
- 6 Koji su principi psihodinamskog liječenja parafilicnih poremećaja?

69.9. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Beech AR, Miner MH, Thornton D*. Paraphilias in the DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2016;12:383-406.
3. *Berner W*. Perversion. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2011.
4. *Heinemann E*. Sexuelle Störungen. U: Hopf H, Windaus E, ur. *Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie*. Muenchen: CIP Medien; 2009, str. 343-48.
5. *Heinemann E, Hopf H*. Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. 5. izd. Stuttgart: Kolhhammer; 2015.
6. *Kasinathan J*. Treatment for youth paraphilic disorders: opportunities to reduce harm. *Australas Psychiatry* 2017; 25(2):121-125.
7. *Konrad N, Welke J, Opitz-Welke A*. Paraphilias. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28(6):440-4.
8. *Lempp T*. Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS. 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
9. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
10. *Nissen G*. Psychische Störungen in der Pubertät und Adoleszenz. U: Eggers C, Lempp R, Nissen G i sur., ur. *Kinder- und Jugend- psychiatrie*. 7. izd. Berlin: Springer; 1994, str. 281-318.
11. *Remschmidt H, Martin M*. Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 326-36.
12. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
13. *Turban JL, De Vries ALC, Zucker KJ*. Gender dysphoria and gender incongruence. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry*. 5. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. Str. 632- 43.(a)
14. *Turban JL, de Vries ALC, Zucker KJ i sur*. Transgender and gender non-conforming youth, 2018 edition. Dostupno na: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.3-GENDER-IDENTITY-Edition-2018-REVISED.pdf>. Pristupljeno 1. 5. 2018.(b)
15. *World Health Organization*. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.

69.8. Pitanja

- 1 Nabrojite pojedine parafilicne poremećaje, prema DSM-5, i ukratko opišite njihovu kliničku sliku.

Seksualne disfunkcije

Goran Arbanas

SADRŽAJ

70.1. Uvod	958
70.2. Prevalencija, klasifikacije, dijagnostika, osnove terapije	960
70.3. Kliničke slike	961
70.3.1. Poremećaj sa smanjenom/odsutnom seksualnom željom	961
70.3.2. Eretilna disfunkcija (eretilni poremećaj)	962
70.3.3. Anorgazmija	962
70.3.4. Prijevremena ejakulacija	963
70.3.5. Odgođena ejakulacija	963
70.3.6. Poremećaj s genitalno-zdajličnim bolom / bolom pri penetraciji	964
70.4. Upute za roditelje/nastavnike	964
70.5. Često postavljena pitanja	964
70.6. Pitanja	965
70.7. Literatura	965

70.1. Uvod

Preporučuje se dodatno pročitati poglavlje o rodnom identitetu i rodnoj disforiji. **Seksualnost u općem smislu** obuhvaća produljenje vrste, dimenzije interakcije i povezanosti s drugima, kao i dimenziju ugone (emocionalni aspekt) (v. poglavlje 8 o razvoju rodno identiteta). Dakle, seksualnost i erotika mogu biti u širem smislu shvaćene kao način na koji se tjelesno izražavaju osnovne potrebe čovjeka da „**voli i bude voljen**”, u doslovnom i simboličkom smislu (Beier 2012). U literaturi često nalazimo terminološku zbrku u vezi sa seksualnošću, ovisno o pojedinom autoru, kao i o pojedinim teorijskim pravcima. U **tablici 70.1.** pokušala se prikazati razlika između psihoanalitičkog, kognitivno-bihevioralnog i integralnog pristupa seksualnosti.

Seksualnost djece i adolescenata **tabuizirana je tema**, i u osobnom životu, a, nažalost i u profesionalnom radu s djecom. Vrlo malo roditelja razgovara o seksualnosti sa svojom djecom, te na taj način propuste mogućnost da svojoj djeci prenesu svoja stajališta o seksualnosti. Velik broj roditelja ima nelagodu u razgovoru o seksualnosti s djecom, a kad ih djeca pitaju nešto u vezi sa seksualnošću, npr. kako nastaju djeca, kako se djeca rađaju, što znači seks i slično, roditelji ne odgovaraju na ta pitanja, govoreći djeci da će o tome čuti i naučiti kad budu starija. No djeca lako prepoznaju nelagodu kod roditelja i njihovu nevoljkost da govore o ovoj temi. Zanimljivo je da roditelji neće djeci dati jednak odgovor kad ih pitaju neke druge stvari koje je mnogo teže objasniti (npr. kako leti avion), nego će na ta, druga pitanja pokušati odgovoriti na djetetu razumljiv način. Izbjegavajući odgovore o seksu, pokazuju zapravo djeci svoju nelagodu u razgovoru o ovim temama, što u konačnici djeci daje poruku da je seksualnost nešto čega se treba sramiti, nešto o čemu roditelji ne govore s lakoćom, a to može dovesti i do loše slike o sebi, o svome tijelu i transgeneracijskog prijenosa negativnih emocija povezanih sa seksom.

Djeca vrlo rano pokazuju neke ugodne osjećaje povezane sa spolnim organima, koje u ranoj dječjoj dobi nemaju kognitivnu seksualnu konotaciju koju joj daju odrasli (Diamond i Butterworth 2008; Fausto-Sterling 2012). Tako već dojenčad, u prvoj godini života, otkriva da stimulacija genitalija može dovesti do ugodnih tjelesnih osjećaja. Ovakva **autostimulacija genitalija** zbiva se u dječaka u prosjeku nešto ranije, u dobi od oko šest do sedam mjeseci, a u djevojčica nešto

kasnije, oko desetog mjeseca života (Galenson i Roiphe 1974). Najčešće nije riječ o izravnoj stimulaciji genitalija rukom, već se dijete tare o neki predmet ili naguruje na njega (Zeuthen i Gammelgaard 2010). Takva stimulacija može biti praćena i nekim tjelesnim znakovima – znojenjem, crvenilom, ubrzanim disanjem, kontrakcijama mišića, stenjanjem. Slične se reakcije mogu dogoditi i pri dojenju, kupanju ili maženju. Roditelji na ovakve djetetove reakcije znaju reagirati neprimjereno, zaustavljajući tu aktivnost u djeteta, ometajući dijete u njoj, jer roditelji u tome vide seksualnu konotaciju, dok je za dijete to **ugodna stimulacija** jednog dijela tijela, koje u toj dobi djetetu nema još neko posebno značenje (Yang i sur. 2005).

Tijekom cijelog razdoblja predškolske dobi, djeca nastavljaju s autostimulacijom genitalija, no, kako se uče socijalizaciji, tako nauče da se ovakva ponašanja ne pokazuju u javnosti, tj. da moraju biti diskretni i selektivni (Friedrich i sur. 1998). No, i dalje ovakva djetetova ponašanja izazivaju snažne emocionalne reakcije roditelja. Te su roditeljske reakcije također rodno specifične, tj. ne reagiraju jednako na diranje spolovila kod sinova i kod kćeri, što je samo početak dvostrukih kriterija s obzirom na seksualno ponašanje, koje se proteže od djetinjstva tijekom cijeloga seksualnog života do duboko u odraslu dob (Bancroft 2009; Garcia-Falgueras i Swaab 2010). Naime, u svim dobnim skupinama roditelji i društvo mnogo su **permisivniji** prema seksualnom ponašanju dječaka i muškaraca negoli prema seksualnom ponašanju djevojčica i žena, koje je prožeto brojnim zabranama (zamislite reakciju prosječnog čovjeka na muškarca koji kaže da je u posljednja dva mjeseca imao četiri seksualne partnerice i reakciju ako bi istu stvar rekla žena).

Kako dijete raste, tako ovo njegovo diranje genitalija sve više dobiva i **seksualno značenje (kognitivni aspekt)**, što je posljedica djetetova biološkog i emocionalnog, kao i kognitivnog sazrijevanja (Arbanas 2016a). No, u pravilu, seksualno kognitivno razumijevanje kasni za ostalim kognitivnim razvojem, a nešto je bolje u djece koja imaju suprotnospolne braću i sestre. Otprilike između 40 i 75 % djece predškolske dobi sudjeluje u ovakvim ranim genitalnim autostimulirajućim aktivnostima (Sandnabba i sur. 2003). Druga učestala ponašanja koja imaju neke veze sa seksualnošću i/ili reprodukcijom, a koja se pojavljuju u djece predškolske dobi, jesu igranje mame i tate (pri čemu si djeca pokazuju spolovilo), igre doktora, zanimanje za razlike među spolovima, traženje zagrljaja od druge

Tablica 70.1.

Razlike između psihoanalitičkog, kognitivno-bihevioralnog i integralnog pristupa seksualnosti.

Modificirano prema Arbanas 2016a; Beier 2012; Binik i Meana 2009; Yates 1996.

	Teorijska pozadina; dominantni fokus; slični i povezani termini	Dominantna terapija
Psihoanalitički pristup	Psihoanaliza; nagonsko, emocionalno, objektni odnosi, doživljaj selfa, interakcijsko; psihoseksualni razvoj djeteta; nagonski razvoj djeteta; djetetove autoerotske aktivnosti; dječja seksualnost; masturbacija male djece; princip ugone; tjelesni self (<i>body self</i>); temeljni rodni identitet; identifikacije, egzibicionizam; edipska faza i triangularizacija; izbor objekta; interakcijski aspekt;	psihodinamske terapije
Bihevioristički i kognitivni pristup	Biheviorizam (teorija učenja), bihevioralne komponente, bihevioralna aktivacija; kontrola podražaja (stimulusa) / desenzitizacija; kognicije; psihoseksualna edukacija; <i>mindfulness</i> tehnika, psihosocijalni razvoj djeteta; zadovoljavanje kognitivnoga seksualnog značenja tijekom razvoja; samostimulirajuće aktivnosti male djece	bihevioralne, relaksirajuće i kognitivne terapije
Integralni, sistemski pristup, uz svoje posebnosti	Integralni i sistemski pristup; uključuje elemente psihodinamike i bihevioralno-kognitivne elemente; ali ima i svoje posebnosti; nema unificirane teorije	seksualna terapija

djece ili odraslih, odlazak s drugom djecom na zahod i promatranje fizioloških funkcija, pokazivanje genitalija, interes za gole ljude (Lloyd Davies i sur. 2000; Thigpen 2009). Sva su ta ponašanja relativno česta i razvojno prikladna (Herdt i McClintock 1973; Iervolino i sur. 2005).

U slučaju kad se roditelj požali na djetetovo genitalno samostimuliranje, valja mu razjasniti da je riječ o relativno čestoj, bezazlenoj, bezbolnoj stimulaciji koja djetetu nosi gratifikaciju. Dijete u tome ne treba prekidati, već ga samo treba podučiti da postoji primjereno vrijeme i mjesto gdje se ta aktivnost izvodi, tj. da nije primjereno raditi to pred drugim ljudima, u socijalnim situacijama (vrlo slično kao što dijete učimo i da fiziološke procese eliminacije ne obavlja pred drugima, na javnom mjestu). Ako se takvo djetetovo ponašanje pojavi na javnom mjestu (npr. u trgovini), možemo dijete zabaviti nekom drugom aktivnošću (npr. zamoliti ga da nam pomogne nešto dohvatiti s police) te mu poslije razjasniti da se spolovilo dira samo kod kuće (Mallants i Casteels 2008).

Reakcije društva na seksualnost adolescenata također znaju biti vrlo burne (slično reakcijama roditelja na seksualnost mlade djece) i najčešće postoji strah nekih osoba i institucija da će učenje o seksualnosti, razgovor o njoj ili bilo kakvo spominjanje seksualnosti (a posebno da je riječ o **ugodnoj aktivnosti**) dovesti do ranijeg ulaska u seksualne odnose i do promiskuitetni-

jeg ponašanja, premda nema znanstvenih dokaza da se to zaista i događa (Cate i sur. 1993; Kerr i Multon 2015). Prosječna dob u kojoj mladi ljudi danas ulaze u seksualne odnose jest 16 godina (podatak iz Velike Britanije), a u nas malobrojna istraživanja također upućuju na dob od 16 do 17 godina (Bogaert i sur. 2002; Larsson i Svedin 2002). Prema nekim istraživanjima iz zapadne Europe, otprilike oko 30 % mladih ljudi uđe u seksualne aktivnosti prije 16. godine (Reissing i sur. 2012). Raniji ulazak u seksualne aktivnosti ubrzava uvjerenje da je većina prijatelja već imala seksualni odnos (tzv. vršnjački pritisak). S druge strane, majčino neodobravanje seksualnih odnosa, ali samo ako se majka doživljava kao topla i bliska, odgodit će ulazak u seksualni odnos kćeri (ali ne i sinova) (Higgins i sur. 2010). Također, visoka i niska inteligencija, pozitivna slika svoje budućnosti, osjećaj radosti zbog buduće karijere, visoko samopoštovanje također odgađaju ulazak u seksualne odnose (visoka i niska inteligencija vjerojatno zbog toga što je takvim osobama teže naći odgovarajućeg partnera, a ove, druge okolnosti zbog toga što umanjuju vršnjački pritisak) (Cavazos-Rehg i sur. 2010; Halpern i sur. 1993; Holmqvist i Frisen 2010).

Brojna istraživanja jasno upućuju na postojanje **vršnjačkog pritiska**, u smislu da mladi ljudi čiji prijatelji već imaju emocionalno/romantičnu vezu ulaze u ovakve veze češće od onih koji nemaju prijatelja koji su

već u vezi; da započnu seksualne aktivnosti ako su to već započeli njihovi prijatelji, a vršnjački pritisak utječe i na učestalost seksualnih odnosa i ulazak u rizično seksualno ponašanje (tj. seksualni odnosi bez zaštite, odnosi u stanju intoksikacije) (Zimmer-Gembeck i sur. 2001). S druge strane, nije utvrđeno da bi postojao utjecaj na razvoj seksualne orijentacije (prije svega postoji strah da će se razviti homoseksualna orijentacija), tj., premda vršnjaci utječu jedni na druge da se uđu u seksualne aktivnosti, ne utječu na to s kime će se ući u seksualne aktivnosti (Brakefield i sur. 2014). Što se tiče **masturbacije**, više od 80 % mladića i oko trećine djevojaka u adolescenciji masturbira. Otprilike polovica je imala vaginalne seksualne odnose, a oko 70 % i djevojaka i mladića u dobi između 16 i 25 godina sudjeluje u oralnom seksu. Analni je seks imalo otprilike između 15 i 20 % osoba ove dobi. Nažalost, oko 15 % djevojaka i oko 4 % mladića te dobi doživjelo je pokušaj seksa na koji nisu pristali (tj. doživjeli su seksualno zlostavljanje) (Gibson 2015; Santtila i sur. 2010). Najčešće je počinitelj seksualnog nasilja njima poznata i bliska osoba (Rittossa 2007).

70.2. Prevalencija, klasifikacije, dijagnostika, osnove terapije

Premda se često misli da mladi ljudi nemaju seksualnih problema, podatci iz literature i kliničke prakse pokazuju da znatan dio mladih ljudi ima seksualne disfunkcije. U mladića i muškaraca dobi 16 do 24 godine, oko 15 % ima prijevremenu ejakulaciju, oko 10 % smanjenu seksualnu želju te oko 5 % problem s održavanjem erekcije. Među djevojkama iste dobi, čak 25 % ima smanjenu seksualnu želju, a oko 20 % problem u doživljavanju orgazma. Oko 10 % osjeća bol tijekom seksa (dispareunija). Seksualne disfunkcije klasificiraju se u objema suvremenim klasifikacijama (MKB-10 i DSM-5) prema fazi ciklusa seksualnog odgovora koji je zahvaćen (APU 2014; WHO 1993). Ciklus seksualnog odgovora jest niz fizioloških zbivanja koja se događaju nakon što osoba uđe u seksualnu aktivnost bilo koje vrste. Faze ciklusa seksualnog odgovora jesu **faza želje, uzbuđenje, orgazam i razrješenje (četiri faze)**. Svaka od faza seksualnog odgovora može biti narušena. U **tablici 70.2.** sažeto je prikazana klasifikacija seksualnih disfunkcija u DSM-5 prema fazama seksualnog ciklusa.

U **tablici 68.2.** prikazani su elementi **dijagnostike** (v. posebno poglavlje 68 o rodnoj disforiji), koja uklju-

Tablica 70.2.

Klasifikacija najvažnijih seksualnih disfunkcija u DSM-5 prema fazama seksualnog ciklusa.

Modificirano prema APU 2014.

Faza želje	poremećaj s hipoaktivnom seksualnom željom u muškaraca; poremećaj seksualne želje/uzbuđenja u žena
Faza uzbuđenja	erektilni poremećaj
Faza orgazma	odgođena ejakulacija; prijevremena (rana) ejakulacija; orgazmički poremećaj u žena
Nije povezano s fazama, odnosno može biti povezano sa svakom fazom	poremećaj s genitalno-zdjeličnim bolom / bolom pri penetraciji; seksualna disfunkcija prouzročena psihoaktivnom tvari/lijekom

čuje anamnezu, heteroanamnezu te primjenu drugih metoda dijagnostike u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji (v. druga poglavlja o anamnezi i psihičkom statusu; v. tablicu i poglavlje o rodnoj disforiji itd.). Dodatno se može reći da je u dijagnostiku potrebno uključiti i pedijatre, endokrinologe, urologe, ginekologe te po potrebi druge stručnjake. Korisno je također primijeniti i psihodinamsku procjenu, kao i procjenu obitelji (v. posebna poglavlja 20 i 24). U **dijagnostiranju** seksualnih disfunkcija bitno je odrediti je li problem **primaran** (tj. od početka seksualne aktivnosti) ili **sekundaran** (da se razvio nakon razdoblja normalnoga seksualnog funkcioniranja); je li **generaliziran** (koji se pojavljuje u svim situacijama) ili je **situacijski** (pojavljuje se u određenim situacijama ili s određenim partnerima, a u drugim situacijama ili s drugim partnerima nije prisutan) – jer ovo može upućivati na eventualnu etiologiju, kao i na mogućnosti liječenja. Tako npr. generalizirani problem, koji se pojavljuje kod svih partnera može upućivati na organsku etiologiju ili na više intrapsihičke teškoće, dok će problem koji se pojavljuje samo s određenim partnerom više govoriti o interpersonalnoj dinamici u dijadi kao mogućem uzroku problema (Gabbard 1994). U nastavku teksta neće se pojedinačno govoriti o daljnjoj dijagnostici, jer je ovdje u uvodu navedena za sve poremećaje ove skupine.

Uvodno se može reći da se u adolescentnoj dobi preferiraju **psihosocijalne metode liječenja (npr. bihevioralne metode, kognitivne metode, relaksirajuće metode, specifična seksualna terapija, psihodi-**

Tablica 70.3.

Terapija seksualnih disfunkcija

Psihoedukacija djeteta/adolescenta i roditelja
Bihevioralna terapija
Kognitivna terapija
Relaksirajuće tehnike
Psihodinamske terapije
Specifična seksualna terapija
Sociopedagoške mjere u slučaju aktivnosti bez pristanka drugih (slične kao kod poremećaja ponašanja)
Rad s roditeljima, eventualno partnerske i obiteljske terapije
Eventualno seksualna pomagala i medikamentno liječenje kod punoljetnika

namske terapije), dok se medikamentna terapija pretežno odnosi na punoljetne osobe, tako da se u slučaju primjene u adolescenata treba pridržavati *off-label* primjene (v. tablicu 70.3.).

Ovdje će se u nekoliko rečenica govoriti o **seksualnoj terapiji**, s obzirom na to da je riječ o visoko specifičnoj terapiji, a o širim aspektima vidjeti odgovarajuće udžbenike. To je terapija koja integrira različite aspekte, naime, ima neke elemente bihevioralne, kognitivne i psihodinamske terapije, ali istodobno ima i svoje posebnosti, zapravo nema unificirane teorije (Binik i Meana 2009). U većini europskih i sjevernoameričkih zemalja seksualna se terapija smatra terapijom za sebe, odnosno jednostavna bi definicija bila da se **bavi seksom** (Pukall 2009). Seksualna terapija može se primjenjivati i u adolescenata jer su u većini zemalja (a tako i u Hrvatskoj), seksualni odnosi označeni kao nešto normalno i legalizirano u adolescenata nakon 15. godine. Seksualna terapija može biti individualna, a može uključivati i partnera/partnericu. Seksualni terapeuti nemaju seksualni ni fizički kontakt sa svojim klijentima, ni u svom uredu, ni izvan njega. Seksualna terapija tipično je kratkog trajanja, s ograničenim brojem seansi. Plan liječenja ovisi o simptomima i ciljevima koji se žele postići.

70.3. Kliničke slike**70.3.1. Poremećaj sa smanjenom/odsutnom seksualnom željom**

Gubitak ili znatno smanjenje seksualne želje češće je u žena nego kod muškaraca, pa tako i u adolescentnoj populaciji. U usporedbi s prijašnjim generacijama, čini se da se smanjena/odsutna seksualna želja pojavljuje češće u 21. stoljeću u mladim ljudi nego što je to ranije bio slučaj. Obilježja ovog poremećaja jesu da osoba nema (ili su znatno smanjene) seksualne želje, seksualne misli, maštarije. Osim smanjenja ovakve, spontane seksualne želje, osoba ima smanjenu i reaktivnu (reagibilnu) želju, što znači da ne može odreagirati seksualno na neki seksualni podražaj svog partnera/partnerice (Baumeister 2000). Vrlo često osobe sa smanjenom seksualnom željom ne osjećaju osobnu patnju/distres. S druge strane, njihov partner ili partnerica osjećaju se uskraćeni, zbog čega prigovaraju takvoj osobi, pa nije rijetkost da osoba sa smanjenom seksualnom željom pristaje na seksualne aktivnosti samo da udovolji partneru, a bez svoje volje i želje za seksom.

Etiopatogenetski gledano, uzroci mogu biti brojni, od organskih (npr. hipotiroidizam), psiholoških i psihijatrijskih (npr. depresija), pa do jatrogenih (oralni kontraceptivi mogu uzrokovati gubitak seksualne želje). No nedostatak seksualne želje može biti posljedica interpersonalnih nesuglasica (npr. pokazatelj pasivne agresivnosti prema partneru, odraz narušenih partnerskih odnosa), ali i intrapsihičkih zbivanja (npr. obrana od nesvjesnih strahova vezanih za seksualnost). Treba napomenuti da gubitak seksualne želje može biti i prilagođeno ponašanje, kad su znatno narušeni odnosi s partnerom/partnericom. Od svih faza seksualnog ciklusa, kod poremećaja u području želje potrebno je dobro procijeniti strukturu ličnosti jer se kod seksualne želje mogu isprepletati različiti motivi (npr. osoba može imati smanjen libido, ali može i uz normalan libido, zbog strogog superega, izbjegavati seks ili zbog krivnje vezane za seksualni užitak izbjegavati seksualne teme). Također je bitno procijeniti objektivne odnose, koji imaju važnu ulogu pri motivaciji da se ulazi ili ne ulazi u seksualne odnose, te na koji se način u njih ulazi (Gabbard 1994).

Diferencijalnodijagnostički, važno je razlikovati gubitak seksualne želje od **aseksualnosti**. Aseksualnost nije seksualni poremećaj (disfunkcija), nego je trajno stanje, a neki ga smatraju i posebnom **seksualnom orijentacijom**. Aseksualne osobe nikada nisu

imale želju za seksom te im je seks nešto nevažno, nezanimljivo, bez čega bi mogli. No aseksualne su osobe i dalje zainteresirane za romantičnim vezama i bliskim interpersonalnim odnosima. Također, smanjenu želju valja razlikovati od **seksualne averzije**, pri kojoj osoba ne samo da nema želje za seksom već osjeća odbojnost, nelagodu i neugodu u seksualnim situacijama. Seksualnost im izaziva disfориčne osjećaje i zbog toga je izbjegavaju. Nerijetko su osobe sa seksualnom averzijom doživjele seksualno zlostavljanje.

U **terapiji** se koristimo različitim psihološkim metodama, a obično terapiju započinjemo psihoedukacijom o samom poremećaju, te o psihologiji i fiziologiji spontane i reaktivne (reagibilne) želje, te o rodnim razlikama u seksualnoj želji (Arbanas 2016b). Nadalje, potrebno je osobu naučiti kako se opustiti vezano za seksualnost (zbog toga sve tehnike kojima se smanjuje anksioznost mogu imati pozitivan učinak na seksualnu želju). Od specifičnih tehnika primjenjuju se poticanje seksualnih fantazija, poticanje masturbacije i istraživanje svoga tijela i dodira, kao i istraživanje različitih podražaja (vidnih, njušnih, taktilnih, fantazijskih) koji mogu potaknuti seksualno maštanje i seksualnu aktivnost. U liječenju je bitna i dinamska komponenta, te psihodinamsko liječenje može biti usmjereno na traženje motiva da se seksualni nagon potisne ili izbjegne (Gabbard 1994).

70.3.2. Eretilna disfunkcija (eretilni poremećaj)

Eretilnu disfunkciju (ED) možemo definirati kao stanje pri kojemu muškarac ne može postići ili održati erekciju do završetka seksualne aktivnosti u više od 75 % slučajeva, i to dulje od šest mjeseci. Čak 20 % mladih muškaraca koji još nisu imali seksualni odnos ima anksiozna razmišljanja i strahovanja hoće li im se u prvom seksualnom odnosu dogoditi gubitak erekcije, a u oko 8 % slučajeva to se zaista i dogodi. No to nije eretilna disfunkcija jer je za dijagnozu eretilne disfunkcije potrebno da ona traje najmanje šest mjeseci.

Eretilna je disfunkcija rijetka u mlađoj životnoj dobi i ona se tipično pojavljuje u starijih muškaraca u kojih je vezana za određene tjelesne bolesti (npr. šećerna bolest, hipogonadizam, hipertenzija, ateroskleroza i sl.). U mlađih muškaraca (posebice u adolescenta) najčešće je riječ o **psihogenoj eretilnoj disfunkciji**. Obilježja psihogene ED jesu prisutnost jutarnjih erekcija (pri buđenju, koje su odsutne kod

ED-a organske etiologije), te mogućnost postizanja i održavanja erekcije u masturbaciji, kao i pojava disfunkcije uz jednu partnericu, a odsutnost uz drugu, te prisutnost spontanih erekcija tijekom dana, kad se ne sudjeluje u seksualnim aktivnostima (Arbanas 2016b). Rjeđe će eretilna disfunkcija u mlađoj dobi biti odraz nekog organskog stanja (npr. Klinefelterov sindrom ili urođene anomalije arterija).

Terapijski postupci kod eretilne disfunkcije uključuju psihoedukaciju, umanjivanje anksioznosti, u pretilih smanjivanje tjelesne mase. U liječenju u odraslih osoba, nakon 18. godina, mogu se rabiti inhibitori fosfodiesteraze tipa 5 (v. detaljnije u drugim udžbenicima), koji mogu pomoći i kod psihogene eretilne disfunkcije jer muškarcu daju osjećaj da može postići erekciju. Važno je razjasniti da spomenuti lijekovi ne utječu na seksualnu želju i ne djeluju bez stimulacije. Poticanje masturbacije također umanjuje anksioznost (jer muškarac jasno vidi da može postići erekciju i da je s njim fizički sve u redu). Od drugih mogućnosti liječenja, na raspolaganju su seksualna terapija (preporučuje se partnerska terapija), te druge eventualne mjere (v. detaljnije u drugim udžbenicima) (Bancroft 2009). Psihodinamsko liječenje usmjereno je na liječenje anksioznosti koja je u pozadini ili mogućih drugih psihodinamskih motiva (Gabbard 1994).

70.3.3. Anorgazmija

Orgazmički poremećaj u žena ili anorgazmija jest nesposobnost doživljavanja orgazma ili znatno smanjen intenzitet orgazmičkih osjećaja uz adekvatnu stimulaciju. Anorgazmija je tipično seksualni poremećaj mlađih žena i rijedak je u žena srednje ili starije dobi. Uzroci mogu biti brojni, no vrlo često se spominje nemogućnost relaksacije i isključivanja. Naime, da bismo postigli orgazam, potrebno je isključiti više moždane funkcije, tj. analitički mozak. Osim toga, važno je procijeniti koristi li se žena adekvatnom stimulacijom. Neke žene preferiraju podraživanje klitorisa, drugima je važnija stimulacija prednje vaginalne stijenke (tzv. G-točke), treće postižu orgazam stimulacijom analne sluznice, četvrte stimulacijom dojki.

U **terapiji** anorgazmije primjenjuju se različite psihološke tehnike kojima je svrha smanjiti anksioznost vezanu za seksualnost te pomoći ženi i djevojci da se tijekom seksualne aktivnosti opusti i pokuša uključiti što je moguće više uzbuđujućih podražaja (npr. vidni podražaji /stimulus/, njušni podražaji, taktilni, igranje

uloga, maštarije i drugo) (Bancroft 2009). Također, vježbanje usmjerivanja na takve seksualne podražaje, uz isključivanje razmišljanja i promišljanja, može pomoći u postizanju više razine uzbuđenja, te na kraju i orgazma (Arbanas 2016b). Razvijanje pozitivnih stavova prema seksualnosti, uz uklanjanje osjećaja krivnje i straha povezanih sa seksualnošću, mogu olakšati ovaj problem. U **odrasloj dobi**, dakle u punoljetnika, jedino seksualno pomagalo registrirano za seksualne poremećaje žena namijenjeno je upravo liječenju anorgazmije, a riječ je o klitoralnom terapijskom uređaju koji stvara blagi vakuum i povećava protok krvi u klitoris. U liječenju orgazmičkih smetnji može se primjenjivati i psihodinamska psihoterapija, i to posebice kad postoji rezistencija na specifične seksološke tehnike ili kad postoji neki drugi poremećaj u podlozi (Gabbard 1994).

70.3.4. Prijevremena ejakulacija

Prijevremena ejakulacija jest ejakulacija koja se događa unutar jedne minute od vaginalne penetracije, uz muškarčevu nemogućnost da ejakulaciju odgodi i osjećaj patnje/distresa kod muškarca i/ili njegove partnerice. Ovo je seksualni poremećaj koji je jednake učestalosti u svim dobnim skupinama i najčešći je seksualni problem adolescenata. Kod težih oblika prijevremene ejakulacije muškarac ejakulira i prije penetracije (*ante portas*). Prijevremena ejakulacija najčešće je cjeloživotna te se sama od sebe neće popraviti, već će muškarac imati ovaj problem cijeli seksualni život. Ipak, poznato je da sve situacije koje povećavaju anksioznost pogoršavaju ovo stanje te je ono teže uz novu partnericu, nakon dulje apstinencije, u stanjima stresa i slično. Pri duljem trajanju prijevremene ejakulacije moguća je i pojava erektilne disfunkcije (muškarac se trudi imati što je moguće manji stupanj uzbuđenja, što dovodi do gubitka erekcije). Najvjerojatniji uzrok prijevremene ejakulacije jest promijenjena osjetljivost serotoninergičkih receptora.

Klinička vinjeta. Mladić od 17 godina javlja se zbog problema s prijevremenom ejakulacijom. Unatrag sedam mjeseci ima seksualne odnose s djevojkom s kojom je u vezi nešto manje od godine dana. Od prvog odnosa imao je problem da bi „svršio“ unutar pola minute od odnosa. U dvama slučajevima dogodilo mu se i da je „svršio“ prije nego što je penetrirao. Nadao se da će se to povući s vremenom, no tijekom spomenutih sedam mjeseci to se događa u svakom odnosu. Kad masturbira, tada može odgoditi ejakula-

ciju. U oralnom je seksu nešto bolje nego u vaginalnom, ali ipak mnogo brže ejakulira nego u masturbaciji. No nije toliko zabrinut oko oralnog seksa jer tada ne očekuje da bi djevojka trebala „svršiti“, dok mu je mnogo veći problem ovakva brza ejakulacija u vaginalnom seksu. S tim je mladićem započeta individualna seksualna terapija. Premda je bilo predloženo da dođe s djevojkom, on se nije osjećao spreman pozvati je da dođe u terapiju. Usporedo se radilo na nekoliko aspekata. Kao prvo, educiralo ga se o njegovom stanju te su mu objašnjene terapijske mogućnosti. Podučen je o nekim osnovnim tehnikama koje se mogu primjenjivati kod prijevremene ejakulacije (tehnika „stani – kreni“, što je vježbao kod kuće). U terapiji se radilo i na tome da tijekom seksa (masturbacije, oralnog seksa, vaginalnog seksa) pokuša prepustiti vlastitom psihičkom i tjelesnom osjećaju senzualnog i seksualnog uzbuđenja i pokuša ga pratiti kako bi mogao prepoznati koliko je blizu toga da ejakulira.

U **terapiji** se mogu primjenjivati određene tehnike (npr. masturbacija prije odnosa, određeni položaj u odnosu i druge metode). Od psiholoških tehnika korisnima su se pokazale **Semansova tehnika stiskanja** te posebice **tehnika „stani-kreni“** u kojoj se muškarca uči kako da prati razinu svoje seksualne uzbuđenosti i da prekine stimulaciju prije nego dosegne točku neminovnosti ejakulacije. Od farmakoterapijskih sredstava u odrasloj se dobi mogu rabiti lokalna sredstva, kao i inhibitori ponovne pohrane serotonina (v. detaljnije u drugim udžbenicima). Važno je napomenuti da ovi lijekovi, premda se preporučuju u svim europskim i hrvatskim smjernicama za liječenje prijevremene ejakulacije, zapravo nisu odobreni za ovu indikaciju, tako da je riječ o *off-label* primjeni, a također smiju se primjenjivati tek nakon 18. godine (Arbanas et al. 2016).

70.3.5. Odgođena ejakulacija

Odgođena ejakulacija suprotnost je prijevremenoj ejakulaciji, tj. muškarac ne može postići orgazam ili ga postiže vrlo teško. U blažim slučajevima može postići orgazam i ejakulaciju pri masturbaciji, ali ne i u odnosu, a u težim slučajevima ne može postići ejakulaciju ni na koji način. Važno je razlikovati odgođenu ejakulaciju od retrogradne ejakulacije, pri kojoj dolazi da ulaska sperme u mokraćni mjehur, pa muškarac ne ejakulira izvan tijela. Katkad uzrok odgođene ejakulacije u odnosu može biti idiosinkratičan način masturbiranja (npr. muškarac masturbira tarući se o tvrdi predmet, a ne rukom), te je u odnosu teško izazvati istu vrstu sti-

mulacije. Osim toga, izrazito učestala uporaba pornografskih specifičnih sadržaja može uvjetovati muškarca da mu u seksualnom odnosu stupanj uzbuđenja nije dostatan za orgazam (Bancroft 2009).

U **terapiji** odgođene ejakulacije primjenjuju se (psiho)seksualna terapija, igranje uloga, učenje novih tehnika masturbacije te druge mjere. Kad se rabe psihodinamske tehnike, one će biti usmjerene na tražanje za motivacijom za ovakvim ponašanjem, kao i na objektne odnose (Gabbard 1994).

70.3.6. Poremećaj s genitalno-zdijeličnim bolom / bolom pri penetraciji

Bol vezan uz seksualnu aktivnost još se naziva dispareunijom, te može biti različitih uzroka. Učestalost dispareunije relativno je velika, posebice u žena i adolescentica. Specifičan oblik bolnih odnosa jest vaginizam, pri kojemu se pojavljuju nevoljna stezanja vanjskih mišića rodnice (vagine), zbog čega je onemogućena penetracija penisom, a u težim oblicima i drugim predmetima (npr. prstom, tamponom, spekulima). Vaginizam je ne tako rijetko stanje u mlađih žena i može biti razlog za nekonzumirani brak ili neplodnost. U svakom slučaju bola vezanog uz seksualni odnos bitno je isključiti moguće organske uzroke i ne proglašiti ih psihološkim, bez adekvatne dijagnostike i suradnje s ginekologom (Arbanas 2016b).

U **terapiji** vaginizma primjenjuju se različite tehnike kojima se ženu prvo nastoji naučiti relaksaciji i istraživanju svojih genitalija u sigurnom okruženju (Bancroft 2009). Kod dispareunije koja nije tipa vaginizma preporučuje se poticanje što je moguće većega stupnja uzbuđenja istraživanjem različitih oblika stimulacije, primjenom *mindfulness* tehnika i kognitivno-bihevioralnih tehnika usmjerenih na bol, te eventualno druge mjere. Kod uporne dispareunije koja ne reagira na bihevioralne metode uputno je i psihodinamsko liječenje, slično liječenju poremećaja sa smanjenom/odsutnom seksualnom željom, te anksioznim i afektivnim poremećajima.

70.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Bez obzira na svekoliki napredak u posljednjem stoljeću u različitim pogledima, čini se da su pitanja seksualnosti u našem društvu i dalje tabuizirana.

- ✓ Normalno je da djeca istražuju svoje tijelo tijekom svojeg razvoja te da diraju svoje spolovilo. Roditeljska reakcija na te aktivnosti ima važnu ulogu u djetetovu razvoju.
- ✓ Dijete treba podučiti da aktivnosti sa svojim spolovilom tijekom vremena treba provoditi na prikladnom mjestu, u intimi, i kod svoje kuće te da to nije prihvatljivo raditi pred drugima, npr. u vrtiću.
- ✓ Vršnjačke igre sa spolovilom u predškolske djece također ne treba odviše precjenjivati.
- ✓ Adolescenti također mogu imati seksualne disfunkcije, slično kao i odrasle osobe.

70.5. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Treba li se zabrinuti zbog jednogodišnjega djeteta koje se zabavlja svojim spolovilom i pri tom, čini se, uživa?

ODGOVOR: Ne treba se zabrinjavati. Djeca diraju i istražuju svoje tijelo i pri tome otkrivaju da podraživanje određenih dijelova tijela izaziva ugodu. Posebice se tomu prepuštaju kad im je dosadno ili kad ih nešto smeta ili boli, jer na ovaj način umanjuju nelagodu. Za dijete to još nema seksualno značenje.

■ **PITANJE:** U vrtiću pedagozi imaju djevojčicu koja masturbira tako da se tare o rub stola ili stolca i tako provodi nekoliko minuta. Katkad to zabavlja drugu djecu, koja je promatraju. Kako postupiti u tom slučaju?

ODGOVOR: Bilo bi dobro djevojčici objasniti da je primijećeno to što radi te joj napomenuti da nam tijelo može izvati jako lijepe osjećaje, pa zato neke stvari i ponavljamo. Međutim, određeni se dijelovi tijela ne pokazuju drugim ljudima, a isto tako neke stvari radimo samo kad smo sami (npr. mokrimo u zahodu). Razjasnit ćemo joj da je to što radi u redu, ali da to treba raditi kad je nitko ne gleda, najbolje kod kuće.

■ **PITANJE:** Je li uobičajeno da se djeca igraju doktora, npr. brat i sestra od 9 i 7 godina, pokazuju jedno drugomu spolovilo?

ODGOVOR: Dječje igre doktora, mame i tate, vrlo su česte, pa tako i među braćom i sestrama. Otprilike trećina odraslih ljudi potvrđuje da su se na taj način igrali kao djeca. Ovo je samo igra i ne treba joj pridavati preveliko značenje. Znakovi da nešto treba učiniti

jesu velika dobna razlika, kad jedno dijete prisiljava drugo na ovakvu igru i na uporno ponavljanje takve igre, i to tijekom duljeg razdoblja.

■ PITANJE: Što je to specifična seksualna terapija?

ODGOVOR: To je terapija koja integrira različite aspekte, naime, ima neke elemente bihevioralne, kognitivne i psihodinamske terapije, ali istodobno ima i svoje posebnosti, zapravo, nema unificirane teorije. U većini europskih i sjevernoameričkih zemalja seksualna terapija smatra se terapijom za sebe, odnosno jednostavna bi definicija bila da se bavi seksom. Seksualna se terapija može primjenjivati i u adolescenata jer su u većini zemalja (a tako i u Hrvatskoj) seksualni odnosi označeni kao nešto normalno i legalizirano u adolescenata nakon 15 godina. Seksualna terapija može biti individualna, a može uključivati i partnera/partnericu.

70.6. Pitanja

- 1 Navedite razliku između seksualnosti od psihoanalitičara, od kognitivno bihevioralne teorije te od seksualnih terapeuta.
- 2 Navedite podjelu seksualnih disfunkcija, prema DSM-5.
- 3 Navedite faze ciklusa seksualnog odgovora.
- 4 Navedite dijagnostiku seksualnih disfunkcija.
- 5 Navedite terapijske principe seksualnih disfunkcija.
- 6 Navedite što je to specifična seksualna terapija.

70.7. LITERATURA

1. *Američka psihijatrijska udruga*. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. 5. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
2. *Arbanas G*. Razvoj rodnog identiteta i seksualne orijentacije. Zaštita prava djece i mladih na seksualno zdravlje. Zbornik radova s interdisciplinarnog znanstveno-stručnog skupa. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2016, str. 26-36.
3. *Arbanas G*. Seksualni život i zdravlje. U: Buljan D, ur. Konzultativno-suradna psihijatrija. Vodič za dijagnostiku i liječenje psihičkih smetnji u somatskoj medicini. Zagreb: Naklada Slap; 2016, str. 342-58.
4. *Arbanas G, Jurin T, Mozetič V i sur.* Prve hrvatske smjernice za dijagnostiku, liječenje i praćenje osoba s prijevremenom ejakulacijom. *Liječ Vjesn* 2016;138:321-327.
5. *Bancroft J*. *Human Sexuality and its Problems*. Edinburgh: Elsevier; 2009.
6. *Baumeister RF*. Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychol Bull* 2000;126:347-374.
7. *Beier KM*. Sexualitaet und Geschlechtsidentitaet- Entwicklung und Stoerungen. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F. *Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 735-84.
8. *Binik YM, Meana M*. The future of sex therapy: specialization or marginalization? *Arch Sex Behav* 2009;38(6): 1016-27.
9. *Bogaert AF, Friesen C, Klentrou P*. Age at puberty and sexual orientation in a national probability sample. *Arch Sex Behav* 2002;31:67-75.
10. *Brakefield TA, Mednick SC, Wilson HW i sur.* Same-sex sexual attraction does not spread in adolescent social networks. *Arch Sex Behav* 2014;43(2):335-344.
11. *Cate RM, Long E, Angera JJ i sur.* Sexual intercourse and relationship development. *Fam Relat* 1993;42:158-164.
12. *Cavazos-Rehg PA, Spitznagel EL, Buchholz KK i sur.* Predictors of sexual debut at age 16 or younger. *Arch Sex Behav* 2010;39:664-673.
13. *Diamond LM, Butterworth M*. Questioning gender and sexual identity: dynamic links over time. *Sex Roles* 2008; 59(5):365-376.
14. *Fausto-Sterling A*. The dynamic development of gender variability. *J Homosex* 2012;59:398-421.
15. *Friedrich WN, Ficher J, Broughton D i sur.* Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics* 1998;101:E9.
16. *Gabbard GO*. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.; 1994.
17. *Galenson E, Roiphe H*. The emergence of genital awareness during the second year of life. U: Friedman RC, Richart RM, Vande Wiele RL, ur. *Sex difference in behavior*. New York: John Wiley & Sons; 1974, str. 223-31.
18. *Garcia-Falgueras A, Swaab DF*. Sexual hormones and the brain: an essential alliance for sexual identity and sexual orientation. *Endocr Dev* 2010;17:22-35.
19. *Gibson LE*. Erin's law: preventing child sexual abuse through education. *J Legal Educ* 2015;44:263-271.
20. *Halpern CT, Udry JR, Campbell B i sur.* Testosterone and pubertal development as predictors of sexual activity: a panel analysis of adolescent males. *Psychosom Med* 1993; 55:436-447.
21. *Herdt G, McClintock M*. The magical age of 10. *Arch Sex Behav* 1973;29:587-606.
22. *Higgins Ja, Trussell J, Moore NB i sur.* Virginity lost, satisfaction gained? Psychological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *J Sex Res*, 2010;47: 384-394.
23. *Holmqvist K, Frisen A*. Body dissatisfaction across cultures: findings and research problems. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18(2):133-146.

24. *Iervolino AC, Hines M, Golombok SE i sur.* Genetic and environmental influences on sex-typed behavior during the preschool years. *Child Dev* 2005;76:826-840.
25. *Kerr BA, Multon KD.* The development of gender identity, gender roles, and gender relations in gifted students. *J Couns Dev* 2015;93:183-191.
26. *Larsson I, Svedin CG.* Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav* 2002;31:263-273.
27. *Lloyd Davies S, Glaser D, Kossoff R.* Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse Negl* 2000;24:1329-1343.
28. *Mallants C, Casteels K.* Practical approach to childhood masturbation – a review. *Eur J Pediatr* 2008;167:1111-1117.
29. *Pukall CF.* Sex therapy is special because it deals with sex. *Arch Sex Behav* 2009;38(6):1039-40.
30. *Reissing ED, Andruff HL, Wentland JJ.* Looking back: the experience of first sexual intercourse and current sexual adjustment in young heterosexual adults. *J Sex Res* 2012;49:27-35.
31. *Rittossa D.* Seksualni delikti na štetu djece. Hrvatsko udruženje za kaznene znanosti i praksu. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova; 2007.
32. *Sandnabba NK, Santtila P, Wannas M i sur.* Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse Negl* 2003;27:579-605.
33. *Santtila P, Mokros A, Hartwig M i sur.* Childhood sexual interactions with other children are associated with lower preferred age of sexual partners including sexual interest in children in adulthood. *Psychiatry Res* 2010;175:154-159.
34. *Thigpen JW.* Early sexual behavior in a sample of low-income, African-American children. *J Sex Res* 2009;46(1):67-79.
35. *World Health Organization.* The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
36. *Yang ML, Fullwood E, Goldstein J i sur.* Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and review of the literature. *Pediatrics* 2005;116:1427-1432.
37. *Yates A.* Childhood sexuality. U: Lewis M, ur. *Child and adolescent psychiatry- A comprehensive textbook*. 2.izd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 221-34.
38. *Zeuthen K, Gammelgaard J.* Infantile sexuality. *Scand Psychoanal Rev* 2010;33:3-12.
39. *Zimmer-Gembeck MJ, Siebenbruner J, Collins WA.* Diverse aspects of dating: associations with psychosocial functioning from early to middle adolescence. *J Adolesc* 2001;24:313-336.

V.
Terapije, pristupi

Medicinska sestra / tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije

Irena Bambulović

SADRŽAJ

71.1. Uvodni aspekti	969
71.2. Medicinska sestra / tehničar kao prvi kontakt djeteta i roditelja u području dječje i adolescentne psihijatrije	969
71.3. Medicinska sestra / tehničar u ambulatnoj djelatnosti i dnevnoj bolnici	969
71.4. Medicinska sestra / tehničar u koordinaciji konzilijarne djelatnosti	969
71.5. Medicinska sestra / tehničar na stacionarnom odjelu dječje psihijatrije	969
71.5.1. Uvodni aspekti	969
71.5.2. Prijam pacijenta na odjel	970
71.5.3. Zdravstvena njega na odjelima dječje i adolescentne psihijatrije	970
71.5.4. Provedba zdravstvene njege	970
71.5.5. Rad s roditeljima	970
71.6. Kliničke vinjete	970
71.6.1. Primjer kada adolescent izražava suicidalne misli	970
71.6.2. Primjer kod poremećaja jedenja	971
71.6.3. Primjer samoozljeđivanja u adolescenciji	971
71.7. Zaključak	971
71.8. Upute za roditelje/nastavnike	972
71.9. Često postavljena pitanja	972
71.10. Pitanja	973
71.11. Literatura	973

71.1. Uvodni aspekti

Medicinska sestra/tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije zauzima svoje važno mjesto u timskom pristupu djeci i adolescentima sa psihičkim smetnjama, kao i radom s njihovima roditeljima. Kao dio tima medicinska sestra / tehničar ima niz aktivnosti i posebnosti, što će biti objašnjeno u tekstu koji slijedi. Često će medicinska sestra / tehničar imati ulogu koordinatora različitih članova tima, a mnogo puta imat će i ulogu „majke“, „starije sestre/brata“ prema djeci/ adolescentima, jer s djecom provodi 24 sata na dan, dok će o odnosu s roditeljima biti „ravnopravni partner i suradnik“ u procesu liječenja.

71.2. Medicinska sestra / tehničar kao prvi kontakt djeteta i roditelja u području dječje i adolescentne psihijatrije

Roditelji prvi pregled kod dječjeg psihijatra često naručuju preko telefona, koji se nalazi na šalteru na kojem radi sestra/tehničar i/ili administrator. Svaki se poziv trijažira, čime se određuje je li riječ o hitnosti ili pacijent može čekati termin. To je često prvi kontakt s roditeljem, pri kojemu sestra/tehničar daje detaljne informacije o prvom pregledu kod dječjeg psihijatra ili kod stručnjaka drugih suradnih struka: defektologa, psihologa i drugih. Ako se dobije poziv sa statusom hitnosti, dijete se upućuje u prikladnu ustanovu koja ima hitnu ambulantu. Aktivnosti sestre/tehničara u hitnoj dječjoj psihijatrijskoj službi ima svoje posebnosti i način rada. Osoblje na šalteru treba biti ljubazno, a svaki propušteni poziv treba uzvratiti jer na roditelja to djeluje suprotivno.

71.3. Medicinska sestra / tehničar u ambulantnoj djelatnosti i dnevnoj bolnici

U ambulantnoj djelatnosti i u dnevnoj bolnici za djecu/mlade medicinska sestra svojim znanjem i terapijskim vještinama uspostavlja dijalog s djetetom/adolescentom i pri tome ga prihvati kao ravnopravnog sugovornika i u takvom ozračju on svakodnevno sve više iznosi svoje probleme bez straha od autoriteta. Naravno, pružanje pomoći bolesniku timski je rad, a u timu je medicinska sestra važan član. Ona socioterapijskim pristupom pomaže bolesniku u jačanju njegove ličnosti, prilagođivanju društvu i školskoj zajednici.

Sestra terapeut treba najprije izgraditi povjerenje s djetetom/adolescentom (vrijedi izraz „**da se dijete zalijepe za osoblje**“), te poticati i aktivirati njegove zdrave dijelove ličnosti. Medicinska sestra / tehničar radi na pronalaženju rješenja za uspostavu boljih, dobrih odnosa na relaciji dijete – stručnjaci, dijete – roditelj, dijete – nastavnici te odnosa u široj zajednici.

Zadaci su medicinske sestre / tehničara u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji u ambulantnom i dnevnom bolničkom liječenju višestruke, npr. upisivanje evidencije dolaska, obavijest o duljini liječenja, analiza nedolaska pacijenta u ambulantu ili u dnevnu bolnicu, koordiniranje grupnih i individualnih aktivnosti, poseban rad s roditeljima, praćenje davanja lijekova, praćenje uzimanja obroka, procjena pogoršanja pacijentova psihičkog stanja, koordinacija s drugim članovima tima itd. (Bambulović 2012). Medicinska sestra u sklopu tima dnevne bolnice kao i ambulantne djelatnosti za mlade usko surađuje sa školama, socijalnom službom, pedagogima, psiholozima te drugim službama zajednica iz kojih dolaze adolescenti.

71.4. Medicinska sestra / tehničar u koordinaciji konzilijarne djelatnosti

Na odjelima dječje psihijatrije uobičajeno je svaki dan dežuran jedan dječji psihijatar kao konzilijarna djelatnost. Usluge konzilijarne djelatnosti obično pružaju pedijatriji i hitnoj pedijatrijskoj službi. Potrebna je dobra koordinacija različitih sudionika da bi se ostvarile uspješna suradnja i učinkovita konzilijarna djelatnost.

71.5. Medicinska sestra / tehničar na stacionarnom odjelu dječje psihijatrije

71.5.1. Uvodni aspekti

Istraživanjima je dokazano da djeca i adolescenti na stacionarnom odjelu imaju izrazito izraženu psihopatologiju (mjereno eksternalizirajućim i internalizirajućim smetnjama), uspoređujući ih s djecom i adolescentima u općoj populaciji (Bambulović 2016). Na stacionarnom odjelu sestra/tehničar imaju sustavni pristup otkrivanju i rješavanju zdravstvenih problema iz svojega djelokruga. Oni promatraju i procjenjuju tjelesno i psihičko stanje te ponašanje svojih pacijenata. Tako prepoznaju potrebe za sestriškom skrbi i osiguravaju važne podatke liječnicima za prepoznavanje i praćenje

tijeka bolesti. Utvrđuju rizike za zdravlje te mogućnosti pacijenata i njihovih obitelji za aktivno sudjelovanje u njezi i liječenju. Na osnovi svega toga planiraju, provode i ocjenjuju uspješnost sestrinske skrbi.

71.5.2. Prijam pacijenta na odjel

Pacijent dolazi u prijamnu ambulantu, upisuje se uz suglasnost roditelja, te smješta na odjel. Dijete i roditelj upoznaju se s prostorom stacionara. Ciljevi su hospitalizacije na odjelima za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju višestruki (v. poslije).

71.5.3. Zdravstvena njega na odjelima dječje i adolescentne psihijatrije

Primjenjuju se opći principi zdravstvene njege (Sedić 2006), no isto tako i dopune i modifikacije posebne za dječju i adolescentnu psihijatriju. U prvom kontaktu s pacijentom sestra/tehničar ljubazno se predstavi, ističe svoju ulogu, vrijeme liječenja i time se započinje graditi odnos s pacijentom; posebna se pozornost pri tome pridaje komunikaciji. **Osnove provedbe zdravstvene njege** prikazane su u **tablici 71.1.**

Tablica 71.1.

Osnove provedbe zdravstvene njege

- prijam pacijenta – identifikacijski podatci, drugi važni podatci, dijagnoza, liječnik koji vodi pacijenta, informirani pristanak
- smještaj pacijenta na odjel
- svakodnevne aktivnosti na odjelu (terapijske aktivnosti, aktivnosti u slobodno vrijeme itd.)
- kućni red
- upoznavanje s drugim pacijentima na odjelu
- kontakt s roditeljem
- pregledavanje stvari koje ima pacijent
- postupak s oštrim predmetima
- postupak s lijekovima
- formiranje sestrinske anamneze
- izrada plana zdravstvene njege
- specifični planovi zdravstvene njege na psihijatrijskom i psihoterapijskom odjelu (psihoterapijski pristup)

71.5.4. Provedba zdravstvene njege

Zdravstvena njega pacijenata u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji provodi se u različitim smjerovima i ima svoje dodatne specifičnosti (v. **tablicu 71.2.**).

Naime, u cijelom timu dječje psihijatrije sudjeluju različiti stručnjaci koji mogu imati važne međusobne

Tablica 71.2.

Specifične smjernice u provedbi zdravstvene njege pacijenata u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji – psihoterapijski aspekti.

Modificirano prema Ivče i sur. 2017.

- motivirati pacijenta na liječenje;
- smanjivati tendenciju za dublju regresiju i pasivizaciju;
- poticati samog pacijenta na aktivnosti u smjeru liječenja
- graditi topao, otvoren odnos povjerenja i razumijevanja između medicine sestre / tehničara i pacijenta
- pridonijeti porastu i jačanju samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja pacijenta u sebe i druge
- slušati pacijenta i razumjeti sve razine poruka koje nam upućuje
- prepoznavanje čimbenika koji potiču anksioznost i njihovo verbaliziranje
- obvezno kontrolirati i poticati, u slučaju otpora, na sudjelovanje u grupnim terapijama (psihoterapijska grupa, socioterapijska grupa, radna terapija, nastavni školski sati, sastanci terapijske zajednice itd.)
- u svakom trenutku znati gdje se i s kim pacijent nalazi i što radi
- posebne smjernice primjenjuju se pri odbijanju terapije, samoozljeđivanju, suicidalnosti, u pacijenata s poremećajem jedenja itd.
- koordinacija svih članova tima
- ponašanje i stanje pacijenta evidentirati u sestrinsku dokumentaciju

utjecaje i uloge: medicinska sestra / tehničar, dječji psihijatar, drugi liječnici, specijalizanti, radni terapeuti, dijetetičari, edukatori rehabilitatori, psiholozi, administrativno osoblje, nastavnici iz „škole u bolnici“, socijalni radnici, volonteri (npr. „Crveni nosovi“) itd.

71.5.5. Rad s roditeljima

Rad s roditeljima obavezan je dio programa na odjelu, jer najjaču potporu pacijent ima u čvrstoj obiteljskoj povezanosti i međusobnom povjerenju. Izgradnja povjerenja je proces, a ne događaj. Nakon odjelnog liječenja roditelji i pacijenti često su uključeni u daljnje terapije. Pacijentima nije važno da roditelji budu „savršeni i sveznalice“, nego da se brinu za njih i emocionalno ih „nahrane“.

71.6. Kliničke vinjete

71.6.1. Primjer kada adolescent izražava suicidalne misli

Uloga sestre/tehničara u timu je iznimno je važna kada adolescent izražava suicidalne misli. Pritom ona

promptno reagira zadobivajući uvid u status problema. Pozorno sluša pacijenta te mu daje potporu tako riječima „stalo mi je do tebe“, „važan/važna si mi“, „znam da ti je teško“, „ovdje smo da se nosimo s problemima“. Nakon razgovora pacijentu se može dati medikamentna terapiju prema potrebi te se i dalje razgovara s njim i prati njegov status. Također odmah obavijestimo liječnika o pacijentovu lošem stanju. Nakon razgovora s liječnikom, on dalje procjenjuje pacijentovo stanje. Takve pacijente, kad se malo smire, okupiramo radnim aktivnostima, školom, posjetima roditelja. Vrlo se uspješnim pokazao psihoterapijski model u liječenju djece i adolescenata.

71.6.2. Primjer kod poremećaja jedenja

U adolescentnom razdoblju nastaje niz promjena, kako bioloških, tako i psiholoških, a pojavljuju se i različita psihopatološka odstupanja (Begovac 2015). Pristup je bolesnicima s poremećajima jedenja holistički, pun povjerenja između osoblja i roditelja (u početku pacijenti odbijaju suradnju i puni su nepovjerenja, što se s vremenom poboljšava). Pacijenti se prihvaćaju onakvi kakvi jesu, s manama i vrlinama, ne optužuju se, poštuju se njihove želje u slučajevima kada se dodatno ne ugrožava njihov život. Potrebna je prisutnost empatije i iskrenosti. Ne postoje sheme po kojima se rješavaju njihovi problemi, jer svaka je od njih osoba sama za sebe i posebna. Većinom se opiru hospitalizaciji, prijete bježanjem i pacijenti postaju agresivni. Pacijenti sebe ne doživljavaju bolesnima, jer se dobro osjećaju, o sebi misle da su debeli, a ne mršavi, kako im se govori. Imaju iskrivljenu sliku svog izgleda, povrijeđeni su jer ih se želi prisiliti na nešto što je protiv njihovih želja i njihovih odluka. Sve pokušaje da im se pomogne smatraju neprijateljskima jer se dira u nešto što je samo njihovo, što mogu kontrolirati. Medicinske sestre i tehničari sudjeluju u multimodalnoj dijagnostici i liječenju maloljetnika na odjelu. Velik broj osoba s poremećajima jedenja, prema našem subjektivnom uvjerenju, uspješno se liječe na odjelu. Naše sestre i medicinski tehničari osobe su koje pokušavaju stalno biti uigrani timski igrači provodeći što kvalitetnije zdravstvenu njegu, a ona je specifična za pojedine dijagnoze, kao i za poremećaje jedenja.

Višestruki su zadatci zdravstvene njege pri dijagnostici i liječenju maloljetnika s poremećajima jedenja (v. [tabl. 71.3.](#)).

Kako se vidi u tablici, zaključno bi se moglo reći da je rad visoko specifičan, i osoblje kontinuirano prolazi

Tablica 71.3.

Zadaci zdravstvene njege pri dijagnostici i liječenju maloljetnika s poremećajima jedenja

Modificirano prema Bambulović i sur. 2018.

- sestra/tehničar moraju izgraditi povjerenje s adolescentom i roditeljima
- specifično uzimanje anamneze i svih podataka
- otvaranje lista unosa hrane, otvaranje lista za unos tekućine
- pri prijemu sastavljanje individualnog jelovnika za prehranu
- svakodnevno vaganje pacijenta i mjerenje vitalnih funkcija
- raspored sjedenja pri konzumiranju hrane u dogovoru s terapeutom;
- suradnja s dijetetičarem kao važnim segmentom tima
- opservacija pri konzumiranju hrane i podrška te redovito evidentiranje unosa
- opservacija unosa prehrambenih dodataka u zadanoj prostoriji
- socioterapijski rad kroz grupe i individualni postupci

edukativne radionice u svrhu davanja najkvalitetnije usluge pacijentima i njihovim roditeljima.

71.6.3. Primjer samoozljeđivanja u adolescenciji

Medicinska sestra / tehničar imaju važnu ulogu u prepoznavanju čimbenika rizika i pružanju potpore pacijentu. Pristup svakom pacijentu treba biti individualan, u skladu s njegovim specifičnim potrebama i poštujući osnovna načela sestrinske skrbi. Odnos prema pacijentu treba biti stručan i profesionalan. U provedbi zdravstvene njege potrebno je primijeniti različite smjernice (v. [tabl. 71.2.](#)) (Ivče i sur. 2017), a mogu se primijeniti i specifični algoritmi u slučaju samoozljeđivanja na stacionarnom odjelu (v. posebno poglavlje 29 o samoozljeđivanju).

71.7. Zaključak

Medicinska sestra / tehničar treba stalno biti prisutna/prisutan u pacijentovoj blizini, i radi kontrole, ali i kao podrška kad god je/ga pacijent treba. Na taj način mogu se najlakše utvrditi potrebe i želje pacijenata, ali i prepoznati simptomi koji mogu upućivati na poboljšanje ili pogoršanje zdravstvenog stanja. Iskren razgovor medicinske sestre/tehničara i pacijenata može imati i terapijsko značenje. Važno je da pacijenti

znaju da je tu uvijek netko tko će ih saslušati i pokušati im pomoći u rješavanju trenutačnih problema i poteškoća. Od početka liječenja potrebno je stvoriti terapijski savez, jer su sami pacijenti često ambivalentni prema liječenju. Rad s roditeljima čini se od odlučne važnosti, potrebno je stvoriti terapijski savez s roditeljima te ići u smjeru pojačanja njihove uloge kao roditelja. Uloga je stručnjaka višeznačna i barem dvojaka. S jedne strane, važno je pedagoško vodstvo, kada je bitno se pridržavati socijalnih pravila, jer nam to omogućuje življenje u socijalnim grupama. S druge strane, važni su i psihoterapijski elementi, kada dijete i adolescent osjeća pripadnost, razumijevanje i podršku. Katkada u praksi to nije lako primijeniti.

Rad cijelog tima s vremenom se sve više poboljšava (i cijeli tim se s vremenom razvija), na korist pacijenata i njihovih roditelja, međutim, potrebno je kreirati radno okruženje u kojemu će se svaki član tima osjećati dobro u svojoj ulozi, a ne da svoj posao shvaća samo kao nešto što se treba odraditi. Cijeli tim dolazi u delikatne situacije koje su incidentne, međutim potreban je napor cijelog tima da se razriješe ovakve situacije, i to ovisi o jačini cijelog tima, odnosno o tome dominira li u timu „**radna grupa**“, suprotstavljajući se „temeljnim postavkama“ prema Bionu (1948/1983). Često cijeli tim ipak doživi i mnogo lijepih trenutaka, kada djeca i njihovi roditelji govore o napretku, što je vrlo poticajno za cijeli tim. Korisno je također da cijeli tim, osim kontinuiranih edukacija, ima i povremena neformalna druženja izvan svojeg odjela (tzv. team building), kada u neformalnoj atmosferi dolazi do boljeg upoznavanja suradnika i smanjenja tenzija među njima.

71.8. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Medicinska sestra/tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije zauzima svoje važno mjesto u timskom pristupu djeci i adolescentima sa psihičkim smetnjama, kao i radom s njihovima roditelja.
- ✓ Kao dio tima medicinska sestra / tehničar ima niz aktivnosti i posebnosti u različitim djelatnostima: ambulantni dio, dnevna bolnica, konzilijarna djelatnost, stacionarni odjel.
- ✓ Na stacionarnom odjelu sestra/tehničar provode sustavan pristup otkrivanju i rješavanju zdravstvenih problema iz svojega djelokruga.

- ✓ Na stacionarnom odjelu sestra/tehničar prepoznaju potrebe za seestrinskom skrbi i osiguravaju važne podatke liječnicima za prepoznavanje i praćenje tijeka bolesti. Utvrđuju rizike za zdravlje te mogućnosti pacijenata i njihovih obitelji za aktivno sudjelovanje u njezi i liječenju. Na osnovi svega toga planiraju, provode i ocjenjuju uspješnost seestrinske skrbi.
- ✓ Važna je stalna edukacija medicinskih sestara / tehničara, koja se ostvaruje na različite načine. Osim kontinuiranih edukacija, postoje i povremena neformalna druženja izvan svojeg odjela (tzv. team building), kada u neformalnoj atmosferi dolazi do boljeg upoznavanja suradnika i smanjenja tenzija između njih.

71.9. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Kako ujediniti pedagoški i psihoterapijski rad medicinske sestre / tehničara?

ODGOVOR: Nije to lako izvesti u praksi. S jedne strane, mora postojati pedagoški element u smislu poštovanja pravila življenja u socijalnim grupama kao što je npr. da nema međusobnog vrijeđanja, da nema iskazivanja agresije, pridržavanja pravila odjela, održavanje higijene, pridržavanje uzimanja obroka i pijenja tekućine itd. S druge strane, važna je aktivnost u psihoterapijskom smislu. Ovdje se orijentiramo na psihoterapijsko slušanje, na stavove koji ne osuđuju, spremnost za komunikaciju i razgovor, umanjenje srama i stida, spremnost za rad s roditeljima itd. U konkretnom je slučaju uvijek pitanje koliko primjenjivati jedan ili drugi pristup, ili oba, odnosno koliko ih dopunjavati, odnosno koliko da se koji stručnjaci koriste kojim pristupom.

■ PITANJE: Što to znači da se dijete „zalijepi za osoblje“ u početku terapije?

ODGOVOR: S obzirom na to da djeca većinom imaju negativna iskustva iz svojih primarnih obitelji ili iz školske sredine, ovdje je važno upoznati prostor i osobe, te nakon toga kreirati „novu obiteljsku sredinu“, „novo životno iskustvo“, „nove interakcije“. „Zalijepiti se za osoblje“ moglo bi značiti i stvaranje centripetalne sile poznate u fizici, odnosno u pristupu obiteljskih terapeuta, kada se netko privlači prema središtu (prema osobama), ili drukčije rečeno „zakvačiti se na udicu“ itd. S vremenom se razvojem odnosa pomalo stvaraju i

centrifugalne sile, odnosno priprema na separaciju u psihološkome smislu.

■ **PITANJE: Kakva je poželjna edukacija medicinskih sestara / tehničara?**

ODGOVOR: Na ovo pitanje nije lako odgovoriti. Edukacija može biti na kognitivnoj razini, kada se primjenjuju teorijske osnovne postavke dječje psihijatrije, razgovor o pojedinim pacijentima, razgovor o incidentnim situacijama (edukacijske grupe) itd. Poželjna je zahtjevnija edukacija koja pridonosi u emocionalnom smislu, u smislu da postoji rad na sebi (osobno iskustvo), supervizije slučajeva, Balintove grupe i drugo. Na kraju, također je važno da postoje i povremena neformalna druženja izvan svojeg odjela (tzv. team building), kada u neformalnoj atmosferi dolazi do boljeg upoznavanja suradnika i smanjenja tenzija među njima.

■ **PITANJE: Koje mogu biti najčešće i najvažnije incidentne situacije medicinske sestre / tehničara u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji?**

ODGOVOR: To su različite situacije. Najvažnije incidentne situacije jesu pokušaji suicida djece i adolescenata, samoozljeđivanje pacijenata, poremećaji jedenja i poremećaji ponašanja u adolescenata (agresije, vrijeđanja), pacijenti sa psihotičnim simptomima (bizarnosti, sumanutosti, halucinacije), nesuradljivost djeteta i roditelja, izrazita disfunkcionalnost i psihopatologija pojedinih roditelja, druga hitna stanja itd.

71.11. LITERATURA

1. *Bambulović I.* Emocionalni i ponašajni problemi adolescenata koji su psihijatrijski hospitalizirani. Diplomski rad. Specijalistički diplomski stručni studij. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2016.
2. *Bambulović I.* Medicinska sestra u dnevnoj bolnici za mlade. U: Božičević M, Bradaš Z, ur. Psihijatrijsko sestrištvo u zajednici. Zbornik radova. 18. dani psihijatrijskog društva. Brijuni; 2012.
3. *Bambulović I, Abaz A, Bartol-Herz I i sur.* Healthcare in psychiatric and psychotherapeutic treatment of underage patients with eating disorders. U: Jukić V, Brečić P, Vidović D, ur. Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća. Book of abstracts. Str. 36. 7th Croatian psychiatric congress, 15th Croatian psychiatric days. Opatija: Medicinska Naklada, Hrvatsko psihijatrijsko društvo; 2018.
4. *Begovac I.* Psihički poremećaji dječje i adolescentske dobi. U: Begić D, Jukić V, Medved V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015, str. 291-310.
5. *Bion WR.* Iskustva u radu s grupama i drugi radovi. Zagreb: Naprijed; 1948/1983.
6. *Ivče V, Franjić S, Abaz A.* Samoozljeđivanje u adolescenciji. U: Braš M, Šendula Jengiđ V, ur. Psihološko u medicini 21. stoljeća. Knjiga sažetaka. Rab: Hrvatski kongres psihosomatske medicine i psihoterapije s međunarodnim sudjelovanjem; 2017, str. 131-32.
7. *Sedić B.* Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.

71.10. Pitanja

- 1 Navedite članove tima u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji.
- 2 Navedite opće smjernice u provedbi zdravstvene njege u pacijenata u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji.
- 3 Navedite smjernice u provedbi dodatne zdravstvene njege u pacijenata u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji – psihoterapijski pristup.
- 4 Navedite neke zadatke zdravstvene njege u dijagnostici i liječenju maloljetnika s poremećajima jedenja.
- 5 Opišite pristup medicinske sestre / tehničara pri samoozljeđivanju adolescenata.

Škola i dječja i adolescentna psihijatrija i psihoterapija

*Iva Jila Mahalec, Ljiljana Marjanović-Cipek, Veronika Peradinović,
Ivana Vukušić, Ivan Begovac*

SADRŽAJ

72.1. Uvod	975
72.2. Škola i dječja psihijatrija - općeniti aspekti	975
72.2.1. Uvodni aspekti	975
72.2.2. Polazak u školu i školovanje	975
72.2.3. Psihički poremećaji i školske sposobnosti	975
72.2.4. Redovito školovanje, posebne škole	976
72.2.5. Multidisciplinarna suradnja	976
72.3. Škola u bolnici na odjelu dječje psihijatrije	977
72.3.1. Uvodni aspekti	977
72.3.2. Bolnički učitelji	978
72.3.4. Nastava	979
72.3.4.1. Uvodni aspekti o nastavi na odjelu dječje psihijatrije	979
72.3.4.2. Primjer radionice iz kemije	979
72.3.4.3. Društvene igre	980
72.3.4.4. Školske novine	980
72.3.5. Stručno usavršavanje učitelja	980
72.4. Upute za roditelje/nastavnike	980
72.5. Često postavljena pitanja	981
72.6. Pitanja	982
72.7. Literatura	983

72.1. Uvod

Općeprihvaćeno je mišljenje da je školsko obrazovanje važno u pojedinim zemljama, odnosno uvijek se ističe važnost obrazovnog napretka djece i mladih ljudi, koji onda daje veći izbor budućih zanimanja za pojedince, a također osnažuje cijelo društvo. S druge strane, nedovoljno školsko obrazovanje može zabrinjavati pojedince, roditelje djece, cijele obitelji, kao i društvo u cjelini. U prvom će se dijelu teksta govoriti o općenitim aspektima odnosa škole i dječje psihijatrije, dok će se u drugom dijelu govoriti o školama u bolnici, s posebnim naglaskom na školu u bolnici na odjelu dječje psihijatrije.

72.2. Škola i dječja psihijatrija – općeniti aspekti

72.2.1. Uvodni aspekti

Vjerojatno su jedan od najčešćih neposrednih razloga traženja pomoći dječjeg psihijatra zapravo školski neuspjeh koji može imati različite razloge, od kojih su najčešći specifični razvojni poremećaji školskih vještina, kao i hiperkinetski poremećaj (v. posebna poglavlja 37 i 43). S druge strane, u djece koja imaju različite psihičke poteškoće i poremećaje često će se uzimati u obzir školsko postignuće te će od dječjeg psihijatra zahtijevati davanje mišljenja o prikladnom školovanju koje može imati svoje pozitivne i negativne strane.

Škola ima važne **obrazovne i odgojne funkcije**. **Obrazovne funkcije** bile bi učenje osnovnih školskih vještina čitanja, pisanja i računanja, daljnji razvoj fonda znanja, te stvaranje radnih navika. Kod **odgojnih funkcija** važno je naglašavanje socijalizirajućih (socioemocionalnih) aspekata školske sredine, u kojoj se učenici na primjeren način odnose prema pojedinim učiteljima (autoritetima i uzorima), prema drugim učenicima- vršnjacima (stvaranje prijateljstava), kao i prema prihvaćanju opće školske sredine s njihovim pravilima.

72.2.2. Polazak u školu i školovanje

U Hrvatskoj postoji zakonska obveza o pohađanju „male škole“, prije polaska u školu. Prije polaska u školu provodi se **procjena sposobnosti za školu** (prije se to nazivalo procjenom zrelosti za školu), koju provodi **Povjerenstvo za utvrđivanje psihofizičkog sta-**

nja djeteta i liječnik opće medicine, eventualno liječnik školske medicine. Povjerenstvo imenuje ravnatelj škole, a čine ga pedagog, defektolog i učitelj razredne nastave. U pojedinim slučajevima i dječji psihijatar sa svojim timom može dati dodatnu preporuku o načinu školovanja. Početak školovanja za dijete znači separaciju od do tada mu poznate obiteljske sredine (sigurna luka) i uplovljanje na more nepoznatih socijalnih izazova kao što je škola.

Pri **procjeni sposobnosti za školu** potrebno je uzeti u obzir djetetov opći razvojni stupanj, a posebno treba uzeti u obzir osnovne školske vještine (npr. grafomotoriku), jezične sposobnosti, egzekutivne funkcije, kao i ispitivanje osnove vida i sluha. Osim prije navedenih funkcija, može biti važna i procjena socijalno-emocionalnih sposobnosti. Uz dječjega psihijatra, dodatno može biti korisno psihološko testiranje te uključenje eventualno drugih stručnjaka u procjenu (edukatori rehabilitatori, logopedi itd.). Dakle, za polazak u školu, kao i za procjenu daljnje sposobnosti za pojedinu školu u višim razredima nisu dostatne samo intelektualne sposobnosti nego i druge različite kognitivne funkcije, motivacija, podrška od roditelja, obiteljski čimbenici, kao i socijalno-emocionalni čimbenici (Schmid i Fegert 2012).

72.2.3. Psihički poremećaji i školske sposobnosti

Mnogi psihički poremećaji djeluju neposredno na školska postignuća (Schmid i Fegert 2012). Najčešći poremećaji koji se navode u literaturi jesu hiperkinetski poremećaj, kao i specifični razvojni poremećaji školskih vještina, anksiozni poremećaji, međutim, nalaze se i drugi poremećaji: depresivni poremećaji, psihotični poremećaji (npr. negativna simptomatologija) itd., koje treba primarno liječiti (v. druga poglavlja o liječenju pojedinih poremećaja). Tradicionalno je poznato iz literature da učitelji, nažalost, u školskoj sredini u djece i adolescenata bolje uočavaju eksteralizirajuće poremećaje (agresivno ponašanje, hiperkinetsko ponašanje) nego internalizirajuće poremećaje (anksioznost, depresivnost, socijalnu povučenost) (Rudan i sur. 2005).

„**Izostajanje iz škole**“ može imati različite uzroke i detaljnije su opisani u **tablici 56.3.** (v. posebno poglavlje 56 o anksioznim poremećajima) (APA 2013; Matijat i Schulte-Markwort 2013; Remschmidt 2011; Steinhäusen 2010). Međutim, treba upozoriti na to da se

poremećaji navedeni u tablici mogu često preklapati. Osim uzroka navedenih u tablici, potrebno je također uzeti u obzir i opće psihosocijalne okolnosti (npr. disfunkcionalne obiteljske okolnosti, psihičke bolesti roditelja), postoje li značajni psihički poremećaji u djeteta, postoje li specifični razvojni poremećaji školskih vještina, kognitivni prekomjerni zahtjevi ili kognitivni ispodprosječni zahtjevi, te prekomjerni socijalni zahtjevi. Nekada se u literaturi govorilo o „školskoj fobiji“, međutim, kod tog termina se radi o vrlo nepreciznom pojmu koji treba izbjegavati. Naime, čini se da su se prije svi izostanci iz škole zapravo nazivali „školskom fobijom“, međutim, riječ je bila o vrlo heterogenoj mogućoj skupini poremećaja. Pri **kronificiranom izostajanju iz škole** može se uspješno primijeniti stacionarno psihijatrijsko liječenje, koje će istodobno uključivati „školu u bolnici“ (v. poslije u tekstu). Naime, pojedini autori pri kronificiranom višemjesečnom izostajanju kao kontraindikaciju navode isključivo ambulantno liječenje (Schmid i Fegert 2012).

72.2.4. Redovito školovanje, posebne škole

Koliko se može, potiče se redovito školovanje u djece koja imaju različite psihičke poteškoće. Uz redovito školovanje, mogu se dodatno preporučiti **individualizirani programi** u nastavi, **prilagođeni program** nastave, dodatno **dobivanje asistenta** te **škola u kući** (v. tabl. 72.1.).

Tablica 72.1.

Najvažnije mogućnosti školovanja s dječjepsihijatrijskog aspekta

Redovito školovanje	redovito školovanje redovito školovanje uz individualizirani pristup redovito školovanje uz individualizirani pristup za pojedine predmete i prilagođeni program za pojedine predmete redovito školovanje uz prilagođeni pristup školovanje kod kuće školovanje uz asistenta
---------------------	---

Posebno školovanje

Individualizirani se programi u nastavi timski (dječji psihijatar, psiholog, edukator rehabilitator i drugi stručnjaci) preporučuju najčešće kod hiperkinetskog poremećaja, anksioznih poremećaja, specifičnih razvojnih poremećaja školskih vještina te depresiv-

nih poremećaja. Vodeći se tim preporukama, učitelji izrađuje plan rada s učenikom i **individualiziraju nastavne metode** tom učeniku. **Prilagođeni program** nastave timski se preporučuje najčešće u djece sa blažim intelektualnim teškoćama, te težim specifičnim razvojnim poremećajima školskih vještina. Pritom dijete dobiva prilagođeni program nastavnoga gradiva. Dobivanje asistenta može biti dodatno vrlo korisno i do sada se u praksi pokazalo kao vrlo učinkovito. Škola u kući poseban je način nastave, kada se dio redovite nastave provodi kod kuće, a posebno se korisnim pokazao kod težih depresivnih i anksioznih poremećaja. Preporuka za posebne škole najčešće se daje kod intelektualnih teškoća, a pokatkad je to nužno i korisno jer se pokazalo neučinkovitim školovanje po individualiziranom ili prilagođenom programu u redovitom školovanju (Schmid i Fegert 2012).

72.2.5. Multidisciplinarna suradnja

Možda kao ni na jednom drugom području ovdje je riječ o važnoj multidisciplinarnoj suradnji. Što se škole tiče, ovdje važnu ulogu imaju učitelji, nastavnici, školske stručne službe (školski psiholozi, socijalni pedagozi, pedagozi i drugi), knjižničari, liječnici školske medicine, pedijatri, nadležni liječnici opće prakse, nadležni socijalni radnici, nadležni centri za socijalnu skrb i drugi. Što se pak tiče dječje psihijatrije, važnu ulogu imaju dječji psihijatri, klinički dječji psiholozi, edukatori rehabilitatori, specijalni pedagozi, logopedi, knjižničari, medicinske sestre, socijalni radnici ustanova te drugi stručnjaci. Ova bi suradnja trebala u svakom slučaju biti kooperativna. Posebnosti te suradnje vrlo su različite. Primjerice, same nastavnike može zabrinjavati ponašanje i osjećanje pojedinog učenika u razredu, nastavnik se dodatno kontinuirano educira o dječjoj psihijatriji i psihoterapiji, nastavnik treba pokušati razlikovati pedagoške mjere od psihoterapijskih mjera, treba postići zajednički konsenzus o pojedinom učeniku, odrediti kakav pristup treba imati pojedini nastavnik prema konkretnom učeniku, kakav je način suradnje prema roditeljima itd. Sve prije navedeno otvorena su pitanja i prelaze opseg ovog poglavlja, pa se, glede tih pitanja, treba koristiti drugom pripadajućom literaturom. Zaključno bi se moglo reći da nastavnici u školama primjenjuju opće principe prevencije koja uključuje i duševno zdravlje djeteta. Ovakve mjere pozitivno mogu biti navedene kao poticanje socijalnih kompetencija, poticanje emocionalne regulacije,

izbjegavanje agresivnog ponašanja učenika, prevencija depresivnih i anksioznih poremećaja kod učenika (jačanje samopoštovanja, nagrađivanje, empatičan i senzitivan stav prema učenicima), te preventivni rad s roditeljima (Schmid i Fegert 2012).

72.3. Škola u bolnici na odjelu dječje psihijatrije

72.3.1. Uvodni aspekti

Škola u bolnici uvedena je kako bi se djeci tijekom liječenja omogućio kontinuitet školovanja. No, škola u bolnici ima mnogo veću važnost za djecu. U potpunosti im dane i čini ih zanimljivijim i sadržajnijim, pomaže im u stjecanju pozitivne slike o sebi i pridonosi njihovu samopouzdanju (Mourik 2008; Schart i Legutke 2012; Vinković 2009), uz važan dodatak, škola u bolnici na dječjoj psihijatriji ne shvaća samo kao „**dopuna medicinskog liječenja**“ (npr. u smislu samo smanjenja stresa zbog hospitalizacije) (Bučević-Sanvincenti 2010) već kao dio **integrativnog i multimodalnog liječenja i mjera** koja se provode tijekom stacionarnog boravka. Primjer takvog **multimodalnog pristupa** nije samo u tome da se školska satnica prilagođuje medicinskom liječenju nego i obratno i recipročno, medicinski se program također prilagođuje satnici nastave u bolnici (o školskoj satnici v. poslije u tekstu).

Najčešće indikacije za stacionarno psihoterapijsko liječenje djece jesu anksiozni poremećaji, OKP, depresivni poremećaji, a znatan broj čine i pacijenti s poremećajima jedenja, razvojnim poremećajima ličnosti, samoozljeđivanjem te u manjoj mjeri sa psihotičnim poremećajima. Nadalje, često su djeca koja se stacionarno liječe imala prethodna loša iskustva sa školom, kao što su npr. školski neuspjeh ili dugotrajniji izostanak s nastave, ili su doživjela socijalno isključenje ili su pak prethodno postojali ozbiljno narušeni obiteljski odnosi. Škola u bolnici na dječjoj psihijatriji ima svoje specifičnosti na dječjoj psihijatriji (npr. u usporedbi s drugim pedijatrijskim odjelima) (v. [tabl. 72.2.](#)).

Kao što se vidi u tablici, naime, škola u bolnici pridonosi dijagnostičko-medicinskoj evaluaciji u pozitivnom i suportivnom okruženju (oaza mira i zaštićenosti), nalazi se korisnost odvojenosti djece i adolescenata od svojih obitelji ili dotadašnje okoline; pridonosi motivaciji za školska postignuća, nadoknađuju se određena neznanja u nastavnom gradivu, pridonosi stvaranju terapijske suradnje, „probno“ se testira reali-

Tablica 72.2.

Posebnosti škole u bolnici na dječjoj psihijatriji

- dio integrativnog i multimodalnog liječenja i mjera
- pridonosi dijagnostičko-medicinskoj evaluaciji u pozitivnom i suportivnom okruženju (oaza zaštićenosti)
- nalazi se korisnost odvojenosti djece i adolescenata od svojih obitelji ili dotadašnje okoline
- pridonosi motivaciji za školska postignuća
- nadoknađuju se određena neznanja u nastavnom gradivu
- pridonosi stvaranju terapijske suradnje
- „probno“ se testira realitet kao što je to školska sredina
- priprema za ponovno uključivanje u matičnu školu i svijet socijalnih odnosa
- treba razlikovati i imati balans između psihoterapijskih mjera u užem smislu od pedagoško- obrazovnih mjera tijekom multimodalnog pristupa
- u većini slučajeva riječ je o „zajedničkom grupnom radu u školi“, što pridonosi većoj socijalizaciji djece s vršnjacima, uz vodstvo nastavnika
- djeca se više orijentiraju na čitanje knjiga, socijalizaciju i društvene igre, nego na internet koji može imati nekada negativne učinke

tet“ kao što je to školska sredina, te se pacijenta priprema za ponovno uključivanje u matičnu školu i u svijet socijalnih odnosa. Posebno je bitno razlikovati psihoterapijske mjere u užemu smislu od pedagoško-obrazovnih mjera na odjelu dječje psihijatrije i postići ravnotežu među njima (Schmid i Fegert 2012). Naime, općenito se pedagoške mjere temelje na jasno dogovorenim pravilima ponašanja (npr. pohađanje škole, poštovanje vršnjaka i učitelja i drugih članova tima, netolerancija fizičke agresije i zlostavljanja drugih, netolerancija vrijeđanja drugih, pridržavanje pravila odjela i slično), dok se psihoterapijski aspekti odnose na intrapsihičku proradu vlastitih konflikata, proradu vlastita agresivnog potencijala, vlastitih identifikacija itd. (v. druga poglavlja o odnosu između pedagoških mjera i psihoterapije, npr. u poglavlju o poremećajima ponašanja). Nadalje, u većini slučajeva riječ je o „zajedničkom grupnom radu u školi“, što pridonosi većoj socijalizaciji djece s vršnjacima, uz vodstvo nastavnika. I, konačno, posebnost rada može biti i u tome što djeci nije stalno dostupan internet na odjelu (uključujući i mobilni telefon) zbog njegovih nekada negativnih i uznemirujućih sadržaja (npr. kontakt s *web*-stranicama koje aktivno potiču anoreksiju, depresiju i suicidalnu ideaciju itd.), te se djeca više orijentiraju na čitanje knjiga, socijalizaciju i društvene igre (v. poslije u tekstu). Naime, organizacija stacionarnog odjela za

dječju psihijatriju organizirana je tako da djeca nemaju stalno dostupan internet (uključujući mobilne telefone), prema utvrđenu dnevnom rasporedu imaju ga na sat vremena nakon ručka i na sat vremena nakon večere. Inače, u svijetu postoje i jasne preporuke o tome koliko djeca mogu biti izložena video sadržajima tijekom dana (npr. Američko pedijatrijsko društvo) zbog nepovoljnog razvoja mozga te različitih negativnih utjecaja na različite psihičke funkcije (AAP 2020).

Prema Konvenciji o pravima djeteta, koju je RH potpisala i ratificirala, svako dijete ima pravo na obrazovanje, a država potpisnica obvezuje se da će u svrhu ostvarivanja toga prava postupno i na temelju jednakih mogućnosti za svu djecu osigurati obvezno i besplatno osnovno obrazovanje, poticati razvoj različitih oblika srednjoškolskog obrazovanja i učiniti više i visoko obrazovanje dostupno svima na temelju sposobnost (Unicef 2017).

U Hrvatskoj općenito nema mnogo bolnica koje imaju organiziranu školu u bolnici, a još manje je to slučaj škole u bolnici na odjelima dječje psihijatrije (Bučević-Sanvincenti 2010), međutim, u posljednje se vrijeme bilježi sve veći trend otvaranja takvih škola, što je svakako za pohvalu. Većinom su početci škole u bolnici bili na hematološkim odjelima (Vinković 2009). U Hrvatskoj postoje vrijedne reference iz ovog područja (Bučević-Sanvincenti 2010; Grgurić i Paravina 2001; Vinković 2010).

Škola u bolnici kao područna škola OŠ Jordanovac u sklopu bolnice unutar KBC-a Zagreb radi od 2002. godine, ali zapravo već od devedesetih godina prošloga stoljeća postoji u KBC-u Zagreb, odnosno na Odjelu pedijatrije na Šalati (Bučević-Sanvincenti 2010; Vinković 2010). Jedna od prvih škola u bolnici u Hrvatskoj počinje s radom u Rijeci, i to prije više od 50 godina. Na dječjem psihijatrijskom odjelu pri KBC-u Zagreb nastava je organizirana od 2014. godine. Tjedno se održi 20 sati nastave, koja se održava u dvije smjene, a raspored se slaže i prilagođuje ovisno o potrebama učenika, njihovim obvezama i rasporedu unutar samog odjela. Zastupljeni su nastavni predmeti: Hrvatski jezik, Matematika, Engleski jezik, Njemački jezik, Povijest, Geografija, Biologija, Priroda, Fizika, Kemija, Tehnička kultura i Glazbena kultura. U suradnji s medicinskim osobljem početkom školske godine dogovara se fiksni termin održavanja nastave usklađen s ostalim aktivnostima na odjelu. Na taj se način postiže jasan okvir dnevnog ritma aktivnosti, što pridonosi osjećaju strukture i sigurnosti.

Škola u bolnici nema na raspolaganju vlastiti prostor, što ne čini problem zbog dobre suradnje sa susretljivim medicinskim osobljem. Uči se u prostorijama dnevnog boravka i u drugim pripadajućim prostorijama, u kojima se može raditi individualno i grupno, a u nastavu mogu biti uključeni medijski uređaji kao što su računalo i televizor. Nastavnicima i učenicima dostupan je i ormar za nastavna sredstva, društvene igre i mala prigodna knjižnica, što uvelike olakšava rad i učenje. O važnosti bolničkih knjižnica vidjeti vrijedan rad autorice Bučević-Sanvincenti (2010). Svako dijete donosi školski pribor i u svojoj bolničkoj sobi ima osobni radni prostor. Boravak na odjelu kombinacija je psihijatrijskog liječenja i odgojno-obrazovne aktivnosti. Stoga je atmosfera usmjerena prema ozdravljenju i stjecanju novih znanja i vještina.

72.3.2. Bolnički učitelji

Učitelji u bolnici poučavaju obrazovne sadržaje u skladu s Nastavnim planom i programom i individualnim potrebama ne zanemarujući pritom i odgojnu komponentu. Svakodnevno se suočavaju s potrebama učenika i prilagođuju se osobnostima učenika i okolnostima organizacije nastave. Visok stupanj timskog rada osigurava uspješnost u radu. Predmetni učitelji međusobno dogovaraju i planiraju nastavu te surađuju s medicinskim osobljem i matičnim školama. Organiziraju se vizite s medicinskim osobljem, gdje se dobivaju osnovne informacije o psihičkom stanju djeteta. Dobivene su informacije nužne za osmišljavanje nastavnoga procesa. Naime, osim razlika između osnovne i srednje škole, postoje i velike razlike unutar samoga srednjoškolskog obrazovnog sustava (npr. gimnazijski i strukovni programi), a sve to nastoji se uskladiti sa psihičkim stanjima djece, poštujući pritom službeni Nastavni plan i program. Učitelji maksimalno prilagođuju nastavu djetetovu zdravstvenom stanju i osmišljavaju aktivnosti koje će na učenike djelovati poticajno, no pri tome se znaju naći pred velikim izazovima.

Teme koje se na prvi pogled čine bezazlene u nekim je situacijama potrebno prilagoditi djetetovim individualnim psihičkim stanjima. Primjerice, popisi lektire iz Hrvatskog jezika sadržavaju djela koja se bave problemima osjećaja krivnje, besperspektivnosti, beznađa, smisla života i sličnih tema, koje mogu kod učenika potaknuti negativističke stavove prema životu. Također, neki udžbenici uključuju tekstove koji se bave

problemima mladih u vezi s debljinom i koji su neprijemljeni za rad s učenicima koji imaju poremećaje jedena. Katkad se dogodi da tijekom pripreme učitelj ne može predvidjeti reakcije učenika pa je tako za vrijeme radionice jednoj učenici s poremećajem jedenja običan suhi kvasac izazvao gadljivost i uznemirenost. Takve iznenadne situacije zahtijevaju od učitelja sposobnost brze reakcije i prilagodbe. Unatoč tomu što škola u bolnici svojom organizacijom odstupa od uobičajene slike odgojno-obrazovne ustanove, ona je (iako smještena u bolnici) usmjerena prema edukaciji. Tu učenici koji ne idu u školu (npr. zato što pauziraju godinu) nalaze priliku za ponavljanje nekih nastavnih sadržaja, uviđaju važnost znanja u svijetu u kojem odrastaju i postaju motiviraniji za daljnje obrazovanje. Stimuliraju ih oni učenici koji su svjesni važnosti obrazovanja i sami učitelji svojim pedagoškim primjerom. Učitelji često osmišljavaju poticajne aktivnosti, kao npr. kreativne edukativne radionice, susrete s književnicima i obilježavanje prigodnih datuma, kako bi postigli opuštenu atmosferu u kojoj će doći do novih spoznaja. Nakon otpusta s odjela učitelji za učenike osnovnih škola izrađuju izvješća o obrađenim nastavnim cjelinama, aktivnostima učenika i ocjenama. U suradnji s pedagoškim službama škole pomažu pri rješavanju problema svladavanja nastavnih sadržaja svojih učenika.

72.3.4. Nastava

72.3.4.1. *Uvodni aspekti o nastavi na odjelu dječje psihijatrije*

U početku su na nastavi većinom sudjelovali učenici srednjih škola, što se s vremenom mijenja pa je omjer osnovnoškolaca (5. – 8. razred) i srednjoškolaca koji u posljednje vrijeme pohađaju nastavu podjednak. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnim i srednjim školama (čl. 12.) propisuje kao obvezno samo osnovno obrazovanje, ali sa svrhom nastavka učenja i što lakšeg uključivanja u matičnu školu nakon povratka iz bolnice u nastavu se uključuju i učenici srednjih škola (Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi 2018).

Srednjoškolski nastavni sadržaji nadograđuju se na osnovnoškolsko gradivo i proširuju se u skladu s dobi učenika, ali se srednjoškolski programi ostvaruju višom teorijskom razinom u pristupu te novim, složenijim organizacijskim oblicima odgojno-obrazovne djelatnosti, što učenici osnovnih škola na temelju usvojenoga znanja ne mogu pratiti. Na primjer, gimna-

zijski program nastave književnosti (iz Hrvatskog jezika) uključuje spoznaje o književnim djelima koje trebaju omogućiti književnoteorijske i književnopedagoške sinteze, a učenici osnovnih škola ne stječu spoznaje o reprezentativnim djelima hrvatske i o antologijskim djelima svjetske književnosti iz svih književnih razdoblja (NCVVO 2018). Takve heterogene skupine koje, osim individualnih interesa i potreba, imaju i različite nastavne programe, izazov su za organizaciju nastave i od učitelja zahtijevaju velik angažman.

Nastava se provodi poštujući Nastavni plan i program, ali se nastavni sadržaji pripremaju i prilagođuju specifičnim potrebama učenika. To znači da planiranje nastave u školi u bolnici pretpostavlja diferencirani pristup pripremi i izradi radnih materijala za prisutne učenike. Diferencirani pristup znači poštovanje različitosti unutar heterogene skupine učenika i prilagođivanje metoda učenja radi postizanja napretka u usvajanju nastavnih sadržaja.

Nastavni proces provodi se kroz različite metode i zadatke, ali se svakom učeniku pristupa individualno. Na početku svakog radnog dana učitelji dogovaraju raspored ovisno o broju učenika, kao i o njihovim specifičnostima: duljini boravka, broju propuštenih nastavnih dana u redovitoj školi, o tome pauziraju li trenutačno, iz kojeg im je predmeta potrebno više pomoći itd. Iskustva su takva da većina djece iskreno kaže što im čini poteškoću i koji dio gradiva nisu razumjeli te su motivirani da kroz individualni rad nadoknade sve propušteno ili pak obrađuju nove sadržaje. Duljina boravka omogućuje učiteljima da naprave plan rada sa svakim učenikom posebno, kao i termine i načine provjere znanja. U dogovoru s medicinskim osobljem u vrijeme nastave prisutni su svi učenici kako se nitko ne bi izolirao i zatvorio u sobu. Pokatkad se dogodi da netko u početku pokazuje velik otpor prema nastavi i jednostavno u tišini čita knjigu ili promatra dok se ne opusti (dakle, potiče se čitanje nasuprot uporabi interneta i videouređaja, koji mogu imati potencijalno negativan učinak na djecu), prihvati nove učitelje i priključi se ostalima. Poučan i zabavan način učenja u koji se mogu uključiti učenici svih dobnih skupina jesu primjerice radionice.

72.3.4.2. *Primjer radionice iz kemije*

Radionice se planiraju u korelaciji više predmeta. Materijali su koji se upotrebljavaju bezopasni, iz svakodnevnog života, lako se prenose i sigurni su za zdravlje. S malo šećera, boje za hranu, papra ili brašna uspješno

se izvodi niz radionica iz kemije na zadovoljstvo svih sudionika (Sikirica 2014). Izrađuju su sapuni, bomboni, geometrijska tijela od tjestenine koja moraju izdržati terete od 1 kg, crta se u mlijeku, oživljava prapovijesna era mezozoika i spašavaju dinosauri od vulkanske erupcije. Primjerice: pojam gustoće uči se izradom duge, i to u boci. Slaganjem otopina različitih gustoća obojenih različitim bojama učenici shvaćaju ključan pojam, a pri tome dobiju estetski vrlo lijep ukras koji poslije mogu sačuvati ili ga nekome pokloniti. Na radionicama uvijek vladaju opuštenu atmosfera i ugodna komunikacija, učenici surađuju, zabavljaju se i istodobno uče. Krajnji rezultat najbolje oslikava izjava jedne od sudionica: „Da mi je takva bila nastava u školi, voljela bih kemiju.“ (J. S. D., 15 godina)

72.3.4.3. Društvene igre

U službi su nastave i društvene igre. Dakle, kako je bilo prije rečeno, potiče se direktna interakcija i komunikacija između učenika, a ne interakcija i komunikacija preko interneta, koja može često imati i negativne aspekte. S pomoću društvene igre *Rory's Story Cubes* učenici osmišljavaju priču na materinskom ili stranom jeziku. Aktivnost može biti grupna ili individualna, a mogu sudjelovati učenici različitih dobi i razina znanja. Priča se slaže prepoznavanjem slike na kockici – od riječi preko kratkog opisa slike u obliku jednostavne rečenice. Dodavanjem elemenata koji nisu na kockici oblikuju se složene rečenice, a povezivanjem elemenata s prethodnom kockicom učenici najviše razine znanja slažu cijelu priču. Značenje slike na kockici uvelike ovisi o tumačenju promatrača i nije konačno. Aktivnost potiče maštu, učenici razvijaju govorne sposobnosti, proširuju i vježbaju vokabular i gramatičke strukture te istodobno okuplja učenike različite dobi i razine znanja.

72.3.4.4. Školske novine

Učenici vrlo rado sudjeluju u debatama i izražavaju se usmeno, ali pisani način izražavanja uglavnom im znači problem. Međutim, interes i volja za uvježbavanje pisanog izraza, kao i želja za novim znanjima, povećavaju se spoznajom o mogućnosti objavljivanja rada u školskom listu. Školske novine uključuju sadržaje iz svih nastavnih predmeta, a kroz rad na školskom listu učenici razvijaju timski rad, komunikacijske i organizacijske vještine, kreativnost i stvaralačke sposobnosti. Pritom svatko pridonosi na svoj način (lite-

rarno, likovno, istraživačkim radom), ovisno o individualnim interesima i talentu. Svi učenici koji sudjeluju u stvaranju školskog lista ponosni su na svoj uspjeh.

72.3.5. Stručno usavršavanje učitelja

Sukladno suvremenim tendencijama potrebno je da se učitelji dodatno stručno educiraju, da rade na sebi, a to se posebno može reći za učitelje na psihijatrijskim odjelima. Učitelji se kontinuirano stručno usavršavaju i prate suvremene trendove u metodici i didaktici. Bolnički učitelji razmjenjuju svoja iskustva i znanja iz rada u bolničkim uvjetima. Redovito sudjeluju na raznim kongresima i seminarima u zemlji i inozemstvu organiziranim za prosvjetne i zdravstvene djelatnike. Osim suradnje i razmjene iskustva veoma je važna suradnja s medicinskim osobljem.

72.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Škola ima važne obrazovne i odgojne funkcije.
- ✓ Mnogi psihički poremećaji djeluju neposredno na školska postignuća.
- ✓ Koliko se može, potiče se redovito školovanje u djece koja imaju različite psihičke poteškoće.
- ✓ Škola u bolnici na dječjoj psihijatriji ne shvaća se samo kao „dopuna medicinskog liječenja“ (npr. samo u smislu smanjenja stresa zbog hospitalizacije) već kao dio integrativnog i multimodalnog liječenja i mjera koje se provode tijekom stacionarnog boravka.
- ✓ Često sama djeca na psihijatrijskom odjelu vrlo pozitivno govore o školi u bolnici.
- ✓ Roditelje katkada ne treba zabrinjavati pitanje hoće li dijete boravkom na odjelu dječje psihijatrije, „izgubiti“ dragocjeno vrijeme ne pohađajući školu. Dapače, s obzirom na to da je često riječ o individualnom radu ili o radu u malim grupama (do tri učenika), često poneki učenici koji u matičnim školama zakazuju, ovdje imaju šansu nadoknaditi nastavno gradivo koje im je nejasno.
- ✓ Roditelji mogu biti važni suradnici cijelom multidisciplinarnom timu tijekom liječenja na odjelu dječje psihijatrije, a to uključuje i suradnju s nadležnim učiteljima u bolnici.

72.5. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Što je tzv. utopija intelektualaca da će znanje promijeniti nasilni svijet u kojem živimo i dokinuti siromaštvo?

ODGOVOR: Nije lako jednoznačno odgovoriti na ovo pitanje. S jedne strane, svi stručnjaci koji rade s djecom trude se educirati djecu i to su zaista herojska i plemenita nastojanja. Pretpostavljamo da će bolja edukacija djece dati djeci veće izbore poslije u životu, te da će se poboljšati ovaj nasilni svijet u kojem živimo, umanjiti siromaštvo, odnosno poboljšati cijelo društvo u cjelini. O ovome se ozbiljno raspravlja u cijelome svijetu. S druge strane, s obzirom na svjesnost o nasilju u svijetu, ne možemo a da ne mislimo i o pesimističnom gledanju na svijet s gorčinom u srcu. Hoće li zaista bolja edukacija promijeniti nasilni svijet i dokinuti siromaštvo? Je li to samo još jedna utopija elite intelektualaca? Jesu li to samo deklarativne rečenice pojedinih političara pred izbore? Svakako je potrebno biti svjestan agresivnog potencijala ljudi i nasilne ljudske prirode. Je li potrebno uzeti više u obzir i socijalno-emocionalne komponente razvoja djeteta, kao što su agresivni potencijal, empatija, senzitivnost prema drugima, omjer primanja i davanja drugima? Hoće li ove komponente utjecati na smanjenje nasilja i siromaštva u svijetu? Svi stručnjaci koji rade s djecom u dubini duše susreću se s ovim paradoksima i često se mogu osjećati konfuzno i bespomoćno. Stoga su važni rad na sebi i kontinuirana edukacija svakog profesionalca koji radi s djecom.

■ **PITANJE:** Kako se može okarakterizirati suradnja dječjih psihijatarata i drugih članova medicinskog tima s profesionalcima iz škole?

ODGOVOR: Suradnja je vrlo bitna i može imati niz pozitivnih aspekata. Zajedno djeluju za dobrobit djeteta i cijele obitelji. Međutim, s druge strane, može biti otvoreno pitanje koliko se liječnik treba pridržavati povjerljivosti onoga što je saznao od djeteta i roditelja. Pojedini autori na njemačkom govornom području zagovaraju razrješenje od liječničke tajne i otvoreniju suradnju s profesionalcima iz škole. Drugi bi odgovor mogao biti u „umjerenijem“ pristupu, na način da se daju osnovne informacije relevantne za slučaj, međutim, da se dublji, intimniji i psihoterapijski aspekti zadrže samo za terapeuta-liječnika, jer oni ionako i nemaju toliko veze s izravnim obrazovnim i odgojnim (pedagoškim) aspektima mjera.

■ **PITANJE:** Zašto je potrebno da liječnici naglašavaju važnost školskoga programa u bolnici i korektan odnos prema učiteljima?

ODGOVOR: Kako je bilo prije rečeno u tekstu, škola u bolnici na dječjoj psihijatriji ne shvaća se samo kao „dopuna medicinskog liječenja“ (npr. u smislu samo smanjenja stresa od hospitalizacije) već kao dio integrativnog i multimodalnog liječenja i mjera koja se provode tijekom stacionarnog boravka. Vjerojatno nema mnogo tako plemenitih i herojskih zanimanja kao što je biti učitelj, i to treba jasno prenositi djeci.

■ **PITANJE:** Zašto djeca tijekom stacionarnog psihijatrijskog liječenja imaju ograničeno vrijeme za pristup internetu, mobilnim telefonima, kao i drugim medijima?

ODGOVOR: Ovo je važno pitanje. Unaprijed je u timu dječje psihijatrije dogovoreno da djeca i adolescenti imaju na raspolaganju internet i mobilne telefone na jedan sat nakon ručka i jedan sat nakon večere da bi se mogli javiti prije svega svojim roditeljima, i to je jasno i pismeno navedeno u informiranom pristanku kod prijema u bolnicu, s čime su i djeca i roditeljima upoznati. Nažalost, svjesni smo činjenice da na internetu i medijima postoje *web*-stranice i sadržaji koji aktivno zagovaraju depresivnost, suicidalnost, anoreksiju i druga nepoželjna ponašanja (agresivni sadržaji). Spomenutim se ograničenjem onemogućuje i kontakt s dotadašnjim vršnjacima ili nepoznatim osobama koji imaju negativan učinak na djecu. Pojedinoj djeci i adolescentima na početku je teško prihvatiti ovakav raspored, međutim, s vremenom odjednom shvaćaju da se mogu baviti i izravnom komunikacijom na odjelu, više se posvetiti školi, čitanju, slušanju pjesama, društvenim aktivnostima, društvenim igrama i slično. Tako jedna adolescentica navodi: „Mislila sam da neću moći bez mobitela, ali onda sam se odjednom iznenadila da zaista mogu bez njega.“ Roditelji su u većini slučajeva vrlo zadovoljni činjenicom da djeca u vrijeme stacionarnog liječenja nemaju stalnu dostupnost internetu, mobilnim telefonima i medijima. Inače, u svijetu postoje i jasne preporuke o tome koliko djeca mogu biti izložena video sadržajima tijekom dana (npr. Američko pedijatrijsko društvo) zbog nepovoljnog razvoja mozga te različitih negativnih utjecaja na različite psihičke funkcije.

■ **PITANJE:** Kako se postaviti u incidentnim situacijama, kada je stanje pojedinog pacijenta izrazito narušeno (npr. halucinatorna doživljavanja, auto-

agresivnost, prijetnja suicidom, heteroagresivnost, iznenadne psihogene sinkope i pseudoepileptički napadaji i slično) tijekom održavanje nastave u bolnici?

ODGOVOR: Riječ je o vrlo delikatnom pitanju. Ovdje je potrebno iskustvo zajedničke suradnje učitelja i medicinskih suradnika. Medicinski suradnici uvijek su pripravnici za ovakve situacije. Nakon incidentne situacije potrebno je da cijeli tim (koji uključuje i učitelje) proradi ovakvu neželjenu situaciju.

■ **PITANJE:** Zašto je potrebno da, osim medicinskih postupaka (npr. dijagnostike, psihoterapije i drugih metoda liječenja), na stacionarnom odjelu dječje psihijatrije bude i nastava u bolnici?

ODGOVOR: Djeca i adolescenti trebaju suptilnu i paralelnu potporu koja je dvostruka: prvo, terapijska, i drugo, uobičajena strukturirana svakodnevna aktivnost, u što možemo ubrojiti školu u bolnici, pedagoške mjere, osmišljavanje slobodnoga vremena, „čitanje u tišini“, pauze od mobilnih telefona, međusobna druženja, komunikaciju i socijalnu interakciju itd. Potrebno je veliko iskustvo u koncipiranju ovakvog načina rada cijelog tima, a ono može trajati godinama.

■ **PITANJE:** Zašto škola u bolnici na psihijatrijskom odjelu nije toliko fokusirana na umanjenje odvojenosti od obitelji ili npr. umanjenje stresa zbog hospitalizacije?

ODGOVOR: Ovdje je riječ o obrnutoj situaciji, nego npr. na hematološkim odjelima. Često je upravo važno dijete odvojiti od obiteljske sredine koja je visoko disfunkcionalna, i to ima terapijski učinak. Vlastita iskustva u radu na stacionarnom odjelu pokazala su da djeca i adolescenti osjećaju stacionarno liječenje kao „oazu sigurnosti“ u usporedbi s prethodnim negativnim lošim iskustvima bilo kod kuće bilo u njihovoj okolini. Često sama djeca i adolescenti izražavaju želju za duljim boravkom u bolnici. Koncept stacionarnog liječenja pri KBC-u Zagreb nije usmjeren na to da je ovdje riječ o „klasičnoj bolnici“, nego više o određenom „đačkom domu“, o „jednoj novoj maloj alternativnoj obitelji“ koja ima svoje prednosti.

■ **PITANJE:** Što za djecu i adolescente znači rečenica: „Znanje je moć!“?

ODGOVOR: Djecu i adolescentne uči se da je znanje moć, koje im nitko ne može oduzeti, jer je to u njima samima. Ulaganjem u svoje znanje, imaju veće mogućnosti kasnijeg odabira u životu. Sama djeca i adolescenti ovu rečenicu vrlo rado prihvaćaju.

■ **PITANJE:** Kako na odjelu dječje psihijatrije uskladiti potrebe osnovnoškolskog i srednjoškolskog obrazovanja s obzirom na različitu dob pacijenata?

ODGOVOR: Pitanje je visoko delikatno. Osnovnoškolsko je obrazovanje obvezno i u vezi s tim načelno je manje problema. Dilema je kako pružiti dostatno srednjoškolsko obrazovanje, koje zapravo nije obvezno po zakonu. Međutim, i ovdje treba prilagoditi način pristupa, npr. u manjim odvojenim grupama ili individualno. Bez obzira na to što je netko srednjoškolac, on je obvezan pohađati školu u bolnici. Pritom su potrebni posebna prilagodba nastavnika, fleksibilnost, poticanje pozitivnosti i oni se stječu iskustvom, a to može trajati godinama. To treba izrazito cijiniti.

■ **PITANJE:** Je li usavršavanje učitelja još jedna utopija i deklarativna rečenica, a zapravo se u praksi ne provodi?

ODGOVOR: Usavršavanje učitelja ne smije biti utopija. Svaki je učitelj odgovoran za svoje usavršavanje. Osim već spomenutih seminara i kongresa, učitelji prate stručnu literaturu i primjenjuju nove spoznaje o metodama poučavanja u praksi. Specifičnosti poučavanja u školi u bolnici poseban su izazov za svakog učitelja. Učiteljima je vrlo važna suradnja s liječnicima i medicinskim osobljem, koji im svojim procjenama i informacijama pomažu u odabiru prilagođenih metoda za rad sa svakim učenikom.

72.6. Pitanja

- 1 Navedite koje su obrazovne i odgojne funkcije škole.
- 2 Navedite dijagnostičku procjenu spremnosti za školu.
- 3 Nabrojite diferencijalnu dijagnozu „izostanka iz škole“.
- 4 Nabrojite koje su mogućnosti školovanja s aspekta dječjeg psihijatra.
- 5 Navedite specifičnosti škole u bolnici na odjelu dječje psihijatrije.
- 6 Navedite zašto je važno stručno usavršavanje bolničkih učitelja.

72.7. LITERATURA

1. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.izd. Washington: New School Library; 2013.
2. *Bučević-Sanvincenti L*. Bolničke knjižnice i održavanje školske nastave u Zagrebu. *Vjesn Bibl Hrvat* 2010; 53:(2) 47-54.
3. *Grgurić J, Paravina E*. Za osmijeh djeteta u bolnici. Priručnik za provedbu programa humanizacije bolničkog liječenja djece, Zagreb: Savez društava Naša djeca Hrvatske; 2001.
4. *American Academy of Pediatrics (AAP)*. 2020. Dostupno na: <https://services.aap.org/en/news-room/news-releases/aap/2016/aap-announces-new-recommendations-for-media-use/>. Pristupljeno 1. 5. 2020.
5. *Mattejat F, Schulte-Markwort M*. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
6. *Mourik OH*. Professional Profile For Hospital Teachers. Den Haag: ZIEZON; 2008.
7. *Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje obrazovanja (NCVVO)*. 2018. Dostupno na: http://dokumenti.ncvvo.hr/Nastavni_plan/gimnazije/obvezni/hrvatski.pdf. Pristupljeno 30. 3. 2018.
8. *Remschmidt H*. Angststörungen. U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 234-52.
9. *Rudan V, Begovac I, Szivovicza L i sur*. The Child Behavior Checklist, Teacher Report Form and Youth Self Report Problem Scales in a Normative Sample of Croatian Children and Adolescents 7-18 Years Old. *Coll Antropol* 2005; 29(1): 17-26.
10. *Schart M, Legutke M*. Lehrkompetenz und Unterrichtsgestaltung, seria DLL. Berlin, Madrid, München, Warschau, Wien, Zürich: Langenscheidt; 2012.
11. *Schmid M, Fegert JM*. Schule und Kinder- und Jugend-Psychiatrie/-Psychotherapie. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F, ur. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2 izd. Berlin: Springer; 2012, str. 99- 113.
12. *Sikirica M*. 77 kuhinjskih pokusa. Zagreb: Školska knjiga; 2014.
13. *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
14. *Unicef Croatia*. Konvencija o pravima djeteta. 2017. Dostupno na: https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2017/05/Konvencija_20o_20pravima_20djeteta_full.pdf. Pristupljeno 30. 3. 2018.
15. *Vinković Lj*. Škola u bolnici- značenje i posebnosti školskog programa u djece s malignim bolestima. *Paediatr Croat* 2009;53:281-3.
16. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi, urednički pročišćeni tekst [Internet], NN 87/08, 86/09, 92/10, 105/10, 90/11, 5/12, 16/12, 86/12, 94/13, 152/14 i 136/14 – RUSRH). Dostupno na: <https://www.ucenici.com/zakon-o-odgoju-i-obrazovanju-u-osnovnoj-i-sred-njoj-skoli/>. Pristupljeno 30. 3. 2018.

Uvodni aspekti psihofarmakoterapije u dječjoj i adolescentnoj dobi

Ivan Begovac, Stjepan Greguraš

SADRŽAJ

73.1. Razvojna neuropsihofarmakologija	985
73.2. Uvodni intervju, suradljivost (engl. <i>compliance</i>), mogućnost suicida lijekovima	985
73.3. Osnove primjene psihofarmakoterapije, zakonski okviri, individualno djelovanje, efekt placebo, alternativno liječenje	986
73.4. „Off label“ primjena lijekova u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, izbor lijeka	988
73.5. Somatski i psihički status, laboratorijske dijagnostičke pretrage	990
73.6. Kombinirano psihofarmakološko i psihoterapijsko liječenje	991
73.7. Upute za roditelje/nastavnike	992
73.8. Često postavljena pitanja	992
73.9. Pitanja	993
73.10. Literatura	993

73.1. Razvojna neuropsihofarmakologija

Primjena lijekova u djece ovisi o razvojnoj farmakodinamici i farmakokinetici (v. posebno poglavlje 74 o psihofarmakoterapiji-2 dio). Pri tome treba istaknuti da se središnji živčani sustav (SŽS) razvija do kraja drugog desetljeća života (Lehmkuhl i sur. 2009).

Razvojna neuropsihofarmakologija ovisi o različitim genskim i biološkim čimbenicima: razvoju mozga (stupanj razvoja receptora), neuroendokrinim povratnim vezama, udjelu masnoga tkiva u djevojaka, udjelu mišićnoga tkiva u dječaka, različitosti po spolu (npr. aktivnosti citokroma), farmakokinetičkim osobinama, odgovoru na lijek itd. Također ovisi i o psihosocijalnim čimbenicima: suradljivosti, načinu jedenja, uporabi nikotina ili alkohola te o komorbiditetnoj zloporabi supstancija. Stoga sve ove čimbenike treba uzeti u obzir tijekom primjene lijeka u dječjoj dobi. Načelno se u dječjoj dobi lijekovi daju u dnevnoj dozi s obzirom na tjelesnu masu (mg/dan/tjelesna masa), odnosno mogu se izraziti i apsolutnim vrijednostima (koliko miligrama na dan).

73.2. Uvodni intervju, suradljivost (engl. *compliance*), mogućnost suicida lijekovima

U djece/ adolescenata davanje lijekova izaziva strah pa je potrebno provesti uvodni intervju unutar psihijatrijskog/psihoterapijskog intervju. U tablici 73.1. opisani su najčešći bezrazložni mitovi i strahovi o davanju lijekova.

Kako se vidi u tablici, često je potrebno i dodatno razgovarati ne samo s roditeljima nego i s učiteljima, pedagogima i drugim stručnjacima. Jasno je dokazano da antidepresivi, antipsihotici i oralno uzete psihostimulacije ne izazivaju ovisnosti (Lempp 2014). Često se djeca/adolescenti boje uzimanja lijekova, da će postati dodatno ovisni ili da neće moći više „slobodno odlučivati“, odnosno da neće biti „pri sebi“. Često se uzimanje lijekova taji zbog straha od stigmatizacije. Kontakt s drugom djecom koja uzimaju lijekove može utjecati na umanjivanje takvih strahova.

Djeca i roditelji često će biti vrlo zainteresirani za lijek koji će dobiti. Primjerice, koji je naziv lijeka? Kakva je njegova djelotvornost? Što se može od lijeka očekivati? Na koje bi simptome mogao djelovati? Je li baš nužno koristiti se lijekom? Kada će nastupiti djelovanje? Koje bi mogle biti njegove nuspojave? Uzrokuju

Tablica 73.1.

Pojedini strahovi i mitovi povezani s uzimanjem lijekova.

Modificirano prema Lehmkuhl i sur. 2009; Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Schulz i sur. 2011.

- Mijenja ličnost (npr. osoba nije „pri sebi“, ne može odlučivati, gubi kontrolu nad svojim životom, povređuju se granice sebe, osoba se mijenja na način koji ona to ne želi itd.)
- Sredstvo omamljivanja (npr. osoba je „nadržirana“, „kao zombi“, izložena je i ranjiva)
- Potiče ovisnost (npr. osoba postaje ovisnik o lijekovima, ne može prestati s uzimanjem, umanjuje se pacijentova autonomija itd.)

li lijekovi ovisnost? Koja će se doza lijeka davati? Hoće li se raditi neki laboratorijski testovi prilikom primjene lijeka? Koliko će se dugo uzimati lijek? itd. (Lehmkuhl i sur. 2009).

Suradljivost (engl. *compliance*) definiramo kao pacijentovu sposobnost da slijedi upute koje je dobio od terapeuta (Lempp 2014). Suradljivost ovisi o različitim čimbenicima: 1. dobi (bolja je u djece, slabija u adolescenata); 2. profilu nuspojava – što su teže nuspojave, manja je suradljivost, a posebno se to odnosi na nuspojave na koje se nije prethodno upozorilo (posebice su otežavajuće nuspojave kao što su seksualni funkcionalni poremećaji, dobivanje na težini i sedacija); 3. broju lijekova – što se manje lijekova primjenjuje, bolja je suradljivost; 4. spremnosti roditelja i pacijenta na suradnju s terapeutom; 5. o sposobnosti terapeuta, koji umanjuju strahove i koji stalno daju povratne informacije.

Pri izostanku djelovanja lijeka potrebno je misliti i na problem pacijentove suradljivosti. Ako terapeut jasno da informacije o lijeku i ako pokuša na početku umanjiti strahove, veća je šansa za dobru suradljivost (Lehmkuhl i sur. 2009; Lempp 2014). Ako jedan lijek ne djeluje, moguće je da je riječ o problemu suradljivosti (dijete ne želi popiti lijek – treba se koristiti sirupom, ako postoji), pitanju resorpcije (proljevanje, povraćanje), međudjelovanju s drugim lijekovima (metaboliziranje) ili je pak riječ o smanjenoj dozi.

Uvijek treba imati na umu da se propisani lijekovi mogu eventualno iskoristiti u **suicidalne svrhe**. Stoga treba imati dobru suradnju s pacijentom, kao i s roditeljima, te preferirati lijekove s velikom terapijskom širinom npr. benzodiazepini, inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) itd.

73.3. Osnove primjene psihofarmakoterapije, zakonski okviri, individualno djelovanje, efekt placeba, alternativno liječenje

Načelno, prva mjera liječenja u dječjoj dobi jesu psihosocijalne metode liječenja. Međutim, lijekovi se uporabljaju kod mnogih, no ne i svih poremećaja u dječjoj dobi (Lempp 2014). Kod različitih psihotičnih poremećaja indicirat će se prije svega medikamentno liječenje, međutim, i ovdje će liječenje biti uklopljeno u cjelokupni psihosocijalni terapijski plan (Schulz i sur. 2011).

Najčešće skupine lijekova u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji za pojedine psihičke poremećaje prikazane su u **tablici 73.2.** bez obzira na to jesu li odobreni u Hrvatskoj, međutim, pokazali su u svijetu svoju kliničku učinkovitost u djece i adolescenata.

Kako se vidi u tablici, u lijevom su stupcu opisani dominantni dijagnostički entiteti. Kao lijek prvog izbora definiramo preporuku uzimanja lijeka kao prvoga, dok druge lijekove onda definiramo kao lijekove drugog ili daljnjeg izbora. Kod primjene drugog antidepressiva on je obično neki drugi selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Pri umjerenim i težim oblicima poremećaja obično se lijekovi rabe uz druge psihosocijalne metode. Katkada je potrebno na početku dati lijek kako bi se mogle uopće primijeniti osnovne psihosocijalne metode liječenja (Lempp 2014). Dakle, često se uz psihosocijalno liječenje ili jasan cjelokupni plan liječenja može dodatno primjenjivati medikamentno liječenje. Treba izbjegavati različite ekstreme u primjeni lijekova: s jedne strane, ne prebrzo davanje lijekova, a, s druge, nepotrebno potpuno odbacivanje primjene lijekova (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

Obično **odluka o primjeni lijekova** ovisi o različitim čimbenicima: 1. težini simptomatologije; 2. oštećenju doživljavanja i ponašanja pacijenta; 3. oštećenju kvalitete života; 4. oštećenju socijalno- adaptabilnih sposobnosti i socijalne integracije (Schulz i sur. 2011).

Načelno, aspekti psihofarmakoterapije podrazumijevaju sljedeće čimbenike: 1. stručno znanje i iskustvo; 2. pažljivo odabrana indikacija; 3. jasna informacija djetetu/adolescentu i roditeljima o izboru lijeka, o očekivanim djelovanjima i nuspojavama, doziranju te procjeni duljine davanja lijeka; 4. kontinuirano praćenje tijekom davanja lijeka i evaluacija ciljnih simptoma

(uključujući i laboratorijske nalaze); 5. procjena učinka lijeka unutar cjelokupnoga terapijskog cilja liječenja (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Steinhausen 2010).

Izbor pojedinog lijeka ovisi o različitim čimbenicima: 1. cilju djelovanja lijeka; 2. profilu nuspojava; 3. sklonosti djece/adolescenata da sami isključuju lijekove kojima se koriste; 4. dobi djeteta; 5. djetetovu tjelesnom stanju; 6. važnosti komorbiditeta, npr. ako postoji hiperkinetski sindrom uz anksioznost, primjereniji može biti atomoksetin; 7. suradljivosti djeteta/adolescenta i njegovih roditelja s terapeutom, koja je od velike važnosti; 8. dosadašnjoj anamnezi uzimanja lijeka (uključujući pozitivno djelovanje i kod članova obitelji); 9. anamnestički treba provjeriti postoje li u obitelji psihičke bolesti, npr. ovisnosti, te sukladno tomu treba izbjegavati lijekove koji mogu stimulirati ovisnost (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Često se govori da pri davanju lijekova u dječjoj psihijatriji izbor lijeka više ovisi o nuspojavama negoli o cilju djelovanja.

Pri izboru lijeka u početku se procjenjuje koji je omjer učinka s obzirom na rizike (nuspojave) te se primjenjuje lijek koji bi mogao imati najbolji omjer (Lehmkuhl i sur. 2009). Načelno postoji pravilo da se počinje s malim dozama, koje se sve više povećavaju do optimalne razine. Izbjegava se istodobno davanje više lijekova, premda su njihove kombinacije katkada također korisne. Ukidanje uzimanja lijekova također se radi postupno, osim psihostimulancija.

Zakonski gledano, uporabu lijekova odobrava roditelj/staratelj, uz dodatnu privolu djeteta/adolescenta (Lempp 2014). Pri objašnjavanju nuspojava nije nužno navesti svaku pojedinu nuspojava lijeka. Potrebno je dati osnovne informacije o lijeku, o nuspojavama, dajući na taj način realističnu sliku o lijeku. Pojedini autori preporučuju pismenu privolu roditelja pri davanju lijeka. Ovdje se posebno naglašavaju aspekti „**off label**“ primjene u dječjoj dobi jer su neki lijekovi dopušteni samo u odrasloj dobi ili je pak dopuštena primjena kod drugih indikacija (v. dalje u tekstu). Naime, postupak je odobrenja lijeka za primjenu u dječjoj dobi dugotrajan te se uvijek prije odobrava za odraslu dob. Važno je roditeljima objasniti da postoji, prema stručnom mišljenju, više koristi nego štete od davanja lijekova. Roditeljima se u takvoj situaciji može objasniti da će dijete dobiti stariji lijek s više nuspojava koji je odobren za tu indikaciju, ili će pak dobiti noviji lijek s manje nuspojava, koji se, s druge strane, primjenjuje „off label“ (Steinhausen 2010).

Tablica 73.2.**Najvažniji lijekovi prvog i daljnjeg izbora u maloljetnika kod pojedinih indikacija.**

Modificirano prema Birmaher i sur. 2018; Denysenko i sur. 2018; Lempp 2014; Lorberg i sur. 2019; Pelzer i sur. 2018; Schulz i sur. 2011; Volkmar i Martin 2011.

Psihički poremećaj	Lijekovi prvog izbora	Lijekovi drugog i daljnjeg izbora
hiperkinetski sindrom	metilfenidat	atomoksetin, guanfacin, klonidin, antipsihotici,
depresija (engl. <i>major depression</i>)	selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (SIPPS)	drugi antidepresivi, kombinacija antidepresiva i antipsihotika
OKP	SIPPS	drugi antidepresivi, kombinacija antidepresiva i antipsihotika
anksiozni poremećaji (uključujući generalizirani anksiozni poremećaj, socijalnu fobiju, elektivni mutizam)	SIPPS	drugi antidepresivi
PTSP	SIPPS	drugi antidepresivi
anoreksija nervoza (akutna)	opće medicinsko liječenje	antipsihotici, antidepresivi, kombinacija antipsihotika i SIPPS-a
bulimija nervoza	opće medicinsko liječenje i/ili SIPPS	drugi antidepresivi
Touretteov poremećaj	antipsihotici	drugi antipsihotici, guanfacin, klonidin
shizofrenija	antipsihotici	antipsihotik drugog izbora, antipsihotik trećeg izbora - klozapin
poremećaj kontrole impulsa	antipsihotici	drugi antipsihotik
autoagresija i/ili heteroagresija	antipsihotici i/ili benzodiazepini	drugi antipsihotik i/ili benzodiazepin; litij; valproat
bipolarni afektivni poremećaj - akutna manija	antipsihotici - monoterapija	drugi antipsihotici - monoterapija ili kombinacija antipsihotika (npr. aripiprazol) i valproata ili litija
bipolarni afektivni poremećaj - akutna depresija	antipsihotici - monoterapija	litij ili valproati- monoterapija; kombinacija anti- psihotika i valproata ili litija; kombinacija antipsi- hotika (aripiprazol ili olanzapin) i antidepresiva;
bipolarni afektivni poremećaj - standardna profilaksa	olanzapin ili aripiprazol ili litij	valproat ili kvetiapin, druge kombinacije
enureza	dezmopresin	amitriptilin
akutna stanja anksioznosti	benzodiazepini	antipsihotici
delirij	opće medicinsko liječenje	haloperidol; benzodiazepini; risperidon; kvetiapin, olanzapin
katatonija zbog medicinskih poremećaja	opće medicinsko liječenje	benzodiazepini i antipsihotici (risperidon; kvetiapin, olanzapin), - druge mjere i lijekovi
katatonija zbog psihičkih poremećaja - manija, shizofrenija	benzodiazepin i antipsihotik (risperidon ili kvetiapin ili olanzapin)	benzodiazepin i drugi antipsihotik, - druge mjere i lijekovi
katatonija zbog psihičkih poremećaja - depresija	benzodiazepin i antidepresivi	benzodiazepin i drugi antidepresiv, - druge mjere i lijekovi

Važna napomena: nije uzeto u obzir je li pojedini lijek službeno odobren ili nije u Hrvatskoj, premda je to uzeto u obzir koliko je to god bilo moguće, već se vodila briga o svjetskim kliničkim smjernicama i „off label” primjeni!

Ako roditelji (i dijete) odbijaju propisani lijek, a riječ je o indiciranim stanjima, kada se bitno narušava djetetovo zdravlje (npr. djetetovo psihotično stanje, njegova izrazita autodestruktivnost, heteroagresija itd.), treba razmisliti o uključenju nadležnog centra za socijalnu skrb u ovakve obitelji, u smislu poduzimanja nadzora nad roditeljskom skrbi, odnosno u vezi s primjenom mjera prisilnog liječenja, jer je medicinski i pravni „interes djeteta“ iznad „interesa roditelja“.

Svaki lijek može imati pojedino individualno djelovanje, što će ovisiti i o individualnoj reakciji, dozi lijeka, duljini djelovanja i drugim čimbenicima (Lempp 2014). U tom je smislu uvijek moguće tzv. **paradoksalno djelovanje**, što znači da npr. jedan lijek, umjesto da potakne sedaciju (smirivanje), zapravo izazove agitaciju, što ne mora biti rijetkost u dječjoj dobi (npr. kod benzodiazepina ili SIPP-a). **Efekt placeba** može biti značajan pri određenim kliničkim slikama. U dječjoj dobi treba izbjegavati uporabu preparata koji nemaju dokazano djelovanje.

Alternativno liječenje neprovjerenim metodama liječenja također treba izbjegavati u dječjoj dobi, npr. homeopatskim preparatima (Lempp 2014). Načelno se mogu tolerirati određeni postupci, npr. dijetne mjere, vitaminski i biljni preparati, s obzirom na jasno neprihvatljive preparate koji mogu biti vrlo štetni (npr. neprovjerene kemikalije, izbjeljivači pri liječenju djece iz autističnog spektra itd.).

73.4. „Off label“ primjena lijekova u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, izbor lijeka

„Off Label“ primjena lijekova u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji znači da se pojedini lijekovi upotrebljavaju u dječjoj dobi izvan svojih indikacija ili minimalne dobi, međutim, ti su isti lijekovi ispitani kod pojedinih drugih indikacija ili u odrasloj dobi ili postoje snažni dokazi o mogućoj učinkovitosti tih lijekova (Lempp 2014). U slučaju djece i adolescenata stoga je potrebno da roditelji (kao i djeca) budu upoznati s takvom „off label“ primjenom, da se navedu alternative te da se to jasno zabilježi u medicinskoj dokumentaciji. Preporuka bi bila da postoji i informirani pristanak roditelja u vezi s „off label“ primjenom. Preporuka je također da nadležne komisije za lijekove pojedinih institucija odobre davanje „off label“ lijekova, jer tada institucije preuzimaju odgovornost u njihovu propisivanju. Pomoć pojedinom stručnjaku kod „off label“ primjene mogu ponuditi i nadležna liječ-

nička komora, kao i nadležno ministarstvo. „Off label“ primjena karakterizira se pozitivno kao mogući „**individualni pokušaj liječenja**“, odnosno „**liječenje u interesu pacijenta**“. U pravnom smislu načelno roditelji nakon objašnjenja preuzimaju ovaj pravni rizik od „off label“ primjene lijekova (Lempp 2014). Posebno je potrebno upozoriti djecu/adolescente na moguće nuspojave lijekova (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Sažeto rečeno, „off label“ davanje lijekova nema samo odobrenje nadležne regulatorne agencije (npr. Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode-Halmed, *U.S. Food and Drug Administration-FDA*, *European Medicines Agency - EMA*). Međutim, lijek je dokazano učinkovit, a preporučan je i od svjetskih kliničkih smjernica! (Lorberg i sur. 2019). Primjerice, za dječjeg psihijatra u Hrvatskoj „off label“ primjena bila bi ako bi se npr. primijenio kvetiapin kod shizofrenije u bolesnika nakon 13. godine života, dok to ne bi bio slučaj kod dječjeg psihijatra u Americi. Međutim, dječji psihijatar u Americi potencijalno bi također mogao primjenjivati „off label“ lijekove, kao što je to npr. bupropion kod depresije u maloljetnika.

Općenito govoreći, relativno je malo vrsta lijekova dopušteno u dječjoj dobi, zato se i primjenjuju „off label“ lijekovi (Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Uobičajena je europska praksa primjene lijekova „off label“ u dječjoj psihijatriji te se postavlja pitanje neetičnosti, ako se ne pokuša takav način liječenja. Pravni okvir za primjenu tih lijekova u pojedinim zemljama Europske zajednice može biti vrlo različit (Weda i sur. 2017). Prema pojedinim autorima, općenito u psihijatriji u svijetu, a tako i u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, prisutan je velik postotak takve primjene lijekova (čak i do 70%) (Lehmkuhl i sur. 2009).

Pri izboru primjene lijeka u djece potrebno je poznavati koji su lijekovi odobreni u pojedinoj zemlji ili od europske agencije za lijekove (prva mogućnost), a važna je informacija koje je lijekove odobrila FDA (druga mogućnost). U **tablici 73.3.** prikazani su najvažniji lijekovi koji su registrirani u Hrvatskoj u području psihijatrije i neurologije u maloljetnika prema Halmedu, uz važne napomene koje su navedene dolje u tekstu (svibanj 2017.) (FDA 2017; Halmed 2017).

Kako se vidi u tablici, tablica je orijentacijska. Halmed je u većini slučajeva kompatibilan s Europskom agencijom za lijekove (EMA). U tablici, u napomeni, nisu posebno navedene indikacije iz FDA, ako

Tablica 73.3.

Najvažniji lijekovi koji su registrirani u Hrvatskoj u području psihijatrije i neurologije u maloljetnika prema Halmedu (svibanj 2017.), uz važne napomene navedene u tekstu

Modificirano prema FDA 2017; Halmed 2017.

Lijek	Indikacije prema Halmedu i minimalna dob u godinama	Napomena
metilfenidat	- hiperkinetski poremećaj; 6	
sertralin	- OKP; 6.	
fluvoksamin	- OKP; 8	
amitriptilin	- enuresis nocturna; 6	
haloperidol	- shizofrenija; 13 – 17; poremećaji ponašanja 6 – 17; Touretteov sindrom; 10 – 17	haloperidol se katkada primjenjuje već od treće godine, ali onda je to “off label” primjena.
risperidon	- kratkotrajno davanje kod agresije (do 6 tjedana) kod intelektualnih teškoća ili u adolescenata s poremećajima ponašanja; 5	prema FDA dodatno: - shizofrenija od 13 g.; kratkotrajno liječenje akutne manične ili mješovite epizode povezane s bipolarnim poremećajem tipa 1 od 10. godine
paliperidon	- shizofrenija; 15	odobren centraliziranim postupkom; prema FDA: shizofrenija od 12. god.;
aripirazol	- shizofrenija; 15	prema FDA: od 13. g.
	- manična ili mješovita epizoda u bipolarnom afektivnom poremećaju (BAP-u); 13	prema FDA: 10 g.
		prema FDA: iritabilnost vezana za autistični poremećaj od 6. g.
ziprasidon	- manične ili mješovite epizode BAP-a; 10	
sulpirid	- anksiozni i depresivni poremećaj; 14 - akutna i kronična shizofrenija; 14	
klozapin	- refraktorna shizofrenija; 16	- treći izbor davanja antipsihotika
biperiden	- ekstrapiramidne nuspojave lijekova.; inj. i.m.; 0	
	- ekstrapiramidne nuspojave lijekova.; tbl.; 3	
valproat	- antiepileptik; djeca	prema FDA od 10. g., ali mogu i od 2. – 10. godine, ali i prije 2. godine
karbamazepin	- antiepileptik; 5	
lamotrigin	- antiepileptik; 2	
topiramat	- antiepileptik; 2	prema FDA: profilaksa migrene od 12. g.
diazepam	- antiepileptik; status epilepticus; premedikacija; tetanus; grčevi mišića; cerebralna spastičnost; dob od 6 mjeseci!	
	- anksioznost, nesanicu; 6 (tjelesna masa veća od 20 kg)	Nisu svi različiti tvornički lijekovi <i>per os</i> odobreni za djecu stariju od 6 godina! Prema FDA: liječenje anksioznih poremećaja ili kratkotrajno olakšavanje simptoma anksioznosti od 6. mjeseca života.
bromazepam	- anksioznost; 12	
klonazepam	- antiepileptik; 0	često se u manjim dozama upotrebljuje kao anksiolitik
dezmopresin	- noćna enureza; 5	prema FDA: centralni diabetes insipidus

Tablica 73.4.

Najvažniji lijekovi koje je dodatno registrirala FDA u području psihijatrije i neurologije u maloljetnika, a pojedini se od njih u Hrvatskoj upotrebljuju u odrasloj dobi (srpanj 2017.).

Modificirano prema FDA 2017.

Lijek	Indikacije prema FDA	Minimalna dob u god.
atomoksetin	- hiperkinetski poremećaj	6
guanfacin	- hiperkinetski poremećaj	6
fluoksetin	- umjerena i teška depresija	8
	- OKP	7
escitalopram	- veliki depresivni poremećaj	12
klomipramin	- OKP	10
kvetiapin	- shizofrenija	13
	- manične epizode povezane s bipolarnim poremećajem tipa 1	10
olanzapin	- shizofrenija	13
	- bipolarni afektivni poremećaj, uključujući manične ili mješovite epizode vezane za bipolarni poremećaj tipa 1	13
	- epizode depresije vezane za bipolarni poremećaj tipa 1, u kombinaciji s fluoksetinom	10
litij	- liječenje manične epizode i terapija održavanja kod BAP-a	12
lorazepam	- liječenje anksioznih poremećaja ili kratkotrajno olakšavanje simptoma anksioznosti ili anksioznosti koja je udružena sa simptomima depresije	12
oksazepam	- liječenje anksioznih poremećaja ili kratkotrajno olakšavanje simptoma anksioznosti	6
flurazepam	nesanica	15

Važna napomena: tablica je orijentacijska. Moguće su promjene indikacija i raspona dobi pojedinih lijekova u dječjoj dobi od različitih agencija za lijekove u različitim vremenima! Ovdje su navedeni tipični lijekovi koji se primjenjuju u praksi u dječjoj dobi.

su iste kao i kod Halmeda, nego su navedeni samo dodatci. Naravno, moguće je da neki lijekovi postoje u Halmedu, a nije ih odobrila FDA (npr. sulpirid, biperiden itd.). U tablici su također navedene indikacije i minimalna dob. Lijekovi koji se upotrebljuju izvan svojih indikacija ili minimalne dobi daju se „off label”. U međuvremenu je moguće da su se odobrenja mijenjala, pa je potrebno pogledati najnovije indikacije s obzirom na dob i poremećaje!

U **tablici 73.4.** navedeni su najvažniji lijekovi koje je dodatno registrirala od FDA u području psihijatrije i neurologije u maloljetnika, a inače se u Hrvatskoj upotrebljuju u odrasloj dobi (srpanj 2017.) (FDA 2017).

Kako se vidi u tablici, dakle, ako se već pojedini lijekovi upotrebljuju „off label”, onda bi i dodatna korisna orijentacija mogla biti odobrava li ih FDA.

U ovom tekstu neće se navoditi lijekovi koji se inače upotrebljavaju u odrasloj dobi, i u Hrvatskoj i u svijetu, a koji se načelno eventualno mogu primjenjivati i u maloljetnika (nije ih za dječju dob odobrio ni Halmed ni FDA). U slučaju davanja takvog lijeka, što je svakako moguće, rizik i odgovornost liječnika mnogo su veći (npr. davanje mirtazapina, nekih drugih antidepresiva itd.).

73.5. Somatski i psihički status, laboratorijske dijagnostičke pretrage

Dijagnostičke pretrage prije i tijekom uzimanja lijekova povećavaju sigurnost uzimanja lijekova. U **tablici 73.5.** prikazana je shema općenitog tjelesnog i psihičkog statusa i laboratorijskih pretraga koje se preporučuju.

Tablica 73.5.

Opće dijagnostičke preporuke pri davanju lijekova

Modificirano prema Lempp 2014; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Schulz i sur. 2011; Steinhausen 2010.

	Status i dijagnostičke pretrage	Dodatne preporuke	Napomena
Prije davanja lijeka	tjelesni pregled (tjelesna visina, tjelesna masa, puls, tlak, anamneza menstrualne funkcije, klinički hormonski status, eventualni poremećaji pokreta itd.), uz psihički status. KKS, GUK, jetrene probe (bilirubin, jetrene transaminaze), pregled urina, bubrežne funkcije (ureja, kreatinin), EKG, EEG, hormoni štitnjače	status elektrolita (K, Na, Mg, Ca); eventualno pregled kod kardiologa uz UZV srca, pregled kod neuropedijatra; eventualno mjerenje koncentracije lijeka u krvi (npr. litij, stabilizatori raspoloženja); ciljano mjerenje KKS-a zbog mogućeg razvoja leukopenije ili agranulocitoze (npr. kod klozapina)	Poseban oprez i dodatne pretrage potrebni su pri davanju metilfenidata, atomoksetina, guanfacina, amitriptilina, ziprasidona, klozapina, litija te drugih stabilizatora raspoloženja; Pri davanju SIPPS-a na početku oprez od suicidalnosti!
Mjesec dana nakon uzimanja lijeka	kao gore (iznimka mogu biti EEG, hormoni štitnjače)	eventualno kao gore	kao gore
Svake pola godine od uzimanja lijeka	kao gore u prvoj koloni (iznimka mogu biti hormoni štitnjače)	eventualno kao gore	kao gore

Također je korisno pogledati posebno poglavlje 22 o tjelesnom pregledu i laboratorijskim pretragama. Kako se vidi u tablici, načelno, pri davanju bilo kojeg lijeka preporučuje se učiniti tjelesni pregled (tjelesna visina, tjelesna masa, puls, tlak, anamneza menstrualne funkcije, klinički hormonski status, eventualni poremećaji pokreta itd.), uz psihički status (Lempp 2014; Steinhausen 2010). Nadalje, preporučuje se učiniti KKS, GUK, jetrene probe (bilirubin, jetrene transaminaze), pregled urina, bubrežne funkcije (ureja, kreatinin), EKG, EEG, hormoni štitnjače te po potrebi status elektrolita (K, Na, Mg, Ca). Prije navedeni status (tjelesni i psihički) kao i laboratorijske pretrage, preporučuju se provesti prije primjene lijeka te 4 tjedna nakon početka primjene, a potom svakih 6 mjeseci (uz eventualnu iznimku hormona štitnjače i elektrolita). Ove se, načelne preporuke odnose na davanje SIPPS-a, antipsihotike, te anksiolitike. Pojedine dodatne pretrage posebnih grupa lijekova potrebno je pogledati u odgovarajućim udžbenicima (npr. metilfenidat, klozapin, ziprasidon itd.).

73.6. Kombinirano psihofarmakološko i psihoterapijsko liječenje

Prednosti izdvojenoga psihoterapijskog liječenja jesu pojačavanje autonomije i kompetencije pacijenata prema samoregulaciji, izbjegavaju se komplicirane

nuspojave lijekova, poboljšavaju se interpersonalni odnosi i socijalna prilagodba. Prednosti izdvojenoga farmakološkog liječenja jesu nagli nastup učinka kod akutnih kriza te djelovanje na afektivne napetosti i simptome (Lehmkuhl i sur. 2009).

Prednosti kombiniranoga psihoterapijskog i farmakološkog liječenja jesu u sinergijskim učincima, u olakšavanju psihoterapijskog liječenja, umanjuju otežavajućih simptoma, kao i u poboljšanju sposobnosti komunikacije i uspostavljanju terapijskog saveza. **Nedostatci** kombiniranog liječenja mogu biti u nebuloznim očekivanjima da će se na takav, kombinirani način uspjeti riješiti svi problemi i poteškoće, odnosno mogu nastati poteškoće u radu na konfliktima. Dodatni negativni učinak može biti u tome što se davanjem lijeka može povrijediti pacijentov tjelesni integritet, te on to može protumačiti kao neprimjereni postupak. Poznat je primjer odbijanja uzimanja lijekova u adolescentica s anoreksijom nervozom, kada one sebe doživljavaju kao „normalne” te ne mogu, ni one ni njihovi roditelji, prihvatiti uzimanje lijekova. Dodatno se u djevojaka s anoreksijom uzimanje lijekova povezuje sa željom terapeuta da „udeblja” pacijenticu, odnosno pacijentica osjeća strah u doživljaju svojeg tijela s obzirom na lijek. U ovakvim je slučajevima potrebno razjašnjavanje primjene lijekova, koji smanjuju napetost, tjeskobu, simptome OKP-a, kao i nerijetke suma-

nutosti. U praksi su najčešći primjeri kombiniranog liječenja pri liječenju autističnoga spektra poremećaja, enuresis nocturne, shizofrenije, bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP-a), depresije, fobičnih i anksioznih poremećaja, OKP-a, PTSP-a te kod poremećaja jedenja (Lehmkuhl i sur. 2009).

73.7. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Mogući su različiti strahovi i mitovi u vezi s uzimanjem lijekova pa je stoga djeci i roditeljima potrebno dati jasnu informaciju o lijeku, kao i sudjelovati u njihovu prihvaćanju da uzimaju lijekove.
- ✓ Pokatkad je u dječjoj psihijatriji prisutna „off label“ primjena lijekova, koja se karakterizira kao „individualni pokušaj“ i „liječenje u interesu pacijenta“.
- ✓ „Off label“ davanje lijekova samo nema odobrenje nadležne regulatorne agencije (npr. Halmed, FDA, EMA). Međutim, lijek je učinkovit, a preporučile su ga i svjetske kliničke smjernica za maloljetnike!
- ✓ Liječenje lijekovima može biti vrlo korisno u liječenju pojedinih psihičkih poremećaja djece i adolescenata.
- ✓ Liječnik treba objasniti djetetu i roditeljima razloge uvođenja psihofarmakoterapije, te koje su dobiti, a koji su mogući rizici i nuspojave.
- ✓ Liječenje lijekovima u pravilu se ne primjenjuje kao jedina metoda liječenja, već mora biti usklađena s cjelokupnim planom liječenja.
- ✓ Učinak lijeka na pojedinca može biti različit, pa je stoga važno praćenje djelovanje lijeka.

73.8. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Što to znači „paradoksalno“ djelovanje lijeka?

ODGOVOR: Lijekovi koji se daju u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji klinički su ispitani i relativno sigurni. Oni mogu imati svoj profil djelovanja, međutim, pokatkad mogu imati tzv. paradoksalno djelovanje, u smislu obratnog načina djelovanja. Tako npr., umjesto da dovedu do anksiolize, mogu potaknuti pojavu strahova itd. Ovakva reakcija nije neuobičajena u dječjoj dobi. Tzv. paradoksalno djelovanje lijeka nije

samo specifičnost dječje psihijatrije, nego i cjelokupne medicine.

■ PITANJE: Što ako roditelj odbije davanje lijekova djetetu?

ODGOVOR: Ovo je vrlo složeno pitanje. U većini slučajeva dijete i roditelj prihvate uputu liječnika o uzimanju lijekova, međutim, događaju se situacije kada roditelji i/ili djeca odbijaju uporabu lijekova. Pri roditeljskom odbijanju uzimanja lijekova, potrebno je roditelje potpuno informirati o naravi poremećaja te o metodama liječenja, strahovima, dilemama, mitovima o lijekovima i pokušati razjasniti zašto je uzimanje lijekova korisno. U slučaju nužnosti upotrebe medikamentne terapije, treba razmotriti i eventualno uključene nadležnog centra za socijalnu skrb, kao i mjere prisilnog liječenja.

■ PITANJE: Što je to „off label“ davanje lijekova?

ODGOVOR: „Off label“ primjena lijekova u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji znači da se pojedini lijekovi uporabljaju u dječjoj dobi izvan svojih indikacija ili minimalne dobi. Istodobno su ti isti lijekovi ispitani kod pojedinih drugih indikacija u odrasloj dobi ili postoje snažni dokazi o njihovoj mogućoj učinkovitosti. Može se postaviti i pitanje neetičnosti liječnika, ako se ne pokuša davati lijek kao „off label“. U slučaju djece i adolescenata stoga je potrebno upoznati roditelje (kao i djecu) s ovakvom „off label“ primjenom, navesti alternative te to jasno dokumentirati u medicinskoj dokumentaciji. Preporučuje se i informirani pristanak roditelja u vezi s „off label“ primjenom. Također je preporučljivo da nadležne komisije za lijekove pojedinih institucija odobre „off label“ davanje lijekova, jer tada institucije preuzimaju odgovornost u propisivanju „off label“ lijekova. Pomoć pojedinom stručnjaku kod „off label“ primjene mogu ponuditi i nadležna liječnička komora, kao i nadležno ministarstvo. „Off label“ primjena karakterizira se pozitivno kao mogući „individualni pokušaj liječenja“, odnosno „liječenje u interesu pacijenta“. U svijetu je vrlo često davanje lijekova „off label“ primjenom u dječjoj psihijatriji. Sažeto rečeno, „off label“ davanje lijekova samo nema odobrenje nadležne regulatorne agencije (npr. Halmed, FDA, EMA). Međutim, lijek je učinkovit, a preporučan je i od svjetskih kliničkih smjernica!

■ PITANJE: Koji su najčešći dijagnostički entiteti pri kojima se koristimo kombiniranim psihoterapijskim i psihofarmakološkim liječenjem?

ODGOVOR: U praksi su najčešći primjeri kombiniranoga psihoterapijskog i psihofarmakološkog lije-

čenja pri liječenju autističnoga spektra poremećaja, noćne enureze, shizofrenije, BAP-a, depresije, fobičnih poremećaja i anksioznih poremećaja, OKP-a, PTSP-a te kod poremećaja jedenja.

73.9. Pitanja

- 1 Koji su najčešći strahovi i mitovi vezani za uzimanje lijekova u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji?
- 2 Koji su opći kriteriji za davanje lijekova?
- 3 Što je to suradljivost u davanju lijekova i o čemu ona ovisi?
- 4 O čemu sve ovisi pojedini izbor primjene lijeka?
- 5 Što je to „off label“ davanje lijekova?
- 6 Koje su najčešće skupine lijekova u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji za pojedine psihičke poremećaje, odnosno koji je prvi izbor i koji su daljnji izbori psihofarmakološkog liječenja u dječjoj dobi? Navedite nekoliko primjera.
- 7 Kakav je status davanja lijekova u maloljetnika koji su odobreni u Hrvatskoj? Navedite pojedine primjere, indikacije, minimalnu dob i posebnosti.
- 8 Kakav je status davanja lijekova u maloljetnika, koje je FDA odobrila u SAD-u? Navedite pojedine primjere, indikacije te minimalnu dob.
- 9 Koje su prednosti i nedostaci kombiniranoga psihofarmakološkog i psihoterapijskog liječenja?

73.10. LITERATURA

1. *Birmaher B, Goldstein T, Axelson DA.* Bipolar spectrum disorders. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. *Lewi's child and adolescent psychiatry.* 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 483-99.
2. *Denysenko L, Sica N, Penders TM i sur.* Catatonia in the medically ill: Etiology, diagnosis, and treatment. *The Academy of Consultation-Liaison Psychiatry Evidence-Based Medicine Subcommittee Monograph.* *Ann Clin Psychiatry* 2018;30(2):140-155.
3. *Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (Halmed).* Dostupno na: www.halmed.hr. Pristupljeno 1. 7. 2017.
4. *Lehmkuhl G, Fricke O, Lehmkuhl U.* Biologische, biopsychologische und pharmakologische Grundlagen der Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Lehrbuch der Psychotherapie, 5: Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- jugendlichenpsychotherapie.* Muenchen: CIP Medien; 2009, str. 29-48.
5. *Lempp T.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie BASICS.* 2. izd. München: Urban & Fischer; 2014.
6. *Lorberg B, Davico C, Martsenkovskiy D i sur.* Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. U: Rey JM, Martin A, ur. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* 2019. Dostupno na: <https://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>. Pristupljeno 1. 5. 2019.
7. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
8. *Pelzer AC, van der Heijden FM, den Boer E.* Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:317-326.
9. *Steinhausen HC.* *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* 7. izd. München: Urban & Fischer; 2010.
10. *Schulz E, Fleischhaker C, Theisen FM.* *Medikamentöse Behandlung.* U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM, ur. *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 6. izd. Stuttgart: Georg Thieme; 2011, str. 448-61.
11. *US Food & Drug administration (FDA).* Dostupno na: www.FDA.gov. Pristupljeno 1. 7. 2017.
12. *Volkmar FR, Martin A.* *Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
13. *Weda M, Hoebert J, Vervloet M i sur.* Study on off-label use of medicinal products in the European Union. 2017. Dostupno na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/documents/2017_02_28_final_study_report_on_off-label_use_.pdf. Pristupljeno 1. 5. 2019.

Specifični aspekti psihofarmakoterapije u dječjoj i adolescentnoj dobi

Alma Mihaljević-Peleš, Marina Šagud, Zorana Kušević

SADRŽAJ

74.1.	Uvod	995
74.2.	Psihofarmakologija	995
74.2.1.	Uvodni aspekti	995
74.2.2.	Farmakokinetika	995
74.2.3.	Farmakodinamika	997
74.2.3.1.	Principi kemijske neurotransmisije	997
74.2.3.2.	Kotransmitori	998
74.3.	Psihostimulansi	998
74.3.1.	Predstavnici, djelotvornost	998
74.4.	Nestimulativno liječenje ADHD-a	999
74.4.1.	Atomoksetin	999
74.5.	Antipsihotici	999
74.5.1.	Uvodni aspekti	999
74.5.2.	Ostali antipsihotici	1000
74.5.2.1.	Klozapin	1000
74.5.2.2.	Sulpirid	1001
74.5.3.	Nuspojave antipsihotika	1001
74.5.4.	Indikacije u kojima se primjenjuju antipsihotici	1002
74.5.4.1.	Shizofrenija u dječjoj dobi	1002
74.5.4.2.	Autizam	1002
74.5.4.3.	ADHD	1002
74.5.4.4.	Bipolarni afektivni poremećaj (BAP)	1002
74.5.4.5.	Delirij	1003
74.6.	Antidepresivi	1003
74.7.	Stabilizatori raspoloženja	1004
74.8.	Anksiolitici	1004
74.8.1.	Uvodni aspekti	1004
74.8.2.	Opsesivno-kompulzivni sindrom (obuzeto prisilni sindrom)	1005
74.9.	Lijekovi za liječenje enureze	1005
74.10.	Zaključak	1005
74.11.	Upute za roditelje/nastavnike	1005
74.12.	Često postavljena pitanja	1006
74.13.	Pitanja	1007
74.14.	Literatura	1007

74.1. Uvod

Uvodno se preporučuje pročitati uvodno poglavlje o psihofarmakoterapiji, gdje se posebno govori o „off label“ primjeni lijekova u dječjoj dobi, a važne su i pripadajuće tablice s indikacijama u dječjoj psihijatriji (v. posebno poglavlje 73). Primjena psihofarmaka u dječjoj i adolescentnoj dobi počinje još davne, 1937. g., kada je Charles Bradley (1937) dokazao učinkovitost amfetamina u liječenju dječje hiperaktivnosti. Nakon toga drugi autori dokazuju učinkovitost ritalina u liječenju minimalne moždane disfunkcije, koja se od 1980. u DSM III zove ADHD (poremećaj pažnje i hiperkinetski poremećaj). Od tada u liječenju djece i adolescenata najviše se primjenjuju psihostimulansi, antidepresivi i antipsihotici.

Mnogi veliki psihijatrijski poremećaji imaju svoj početak u dječjoj, odnosno adolescentnoj dobi. Rani početak bolesti ima teške i kronične posljedice, jer može poremetiti osjetljive razvojne procese. Sukladno tome psihofarmakološki pristup u ranoj životnoj dobi sve više ima svoje mjesto u liječenju djece i adolescenata. Prije 1990. upotreba psihofarmaka u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji bila je „tabu“, najvećim dijelom zbog jakog utjecaja psihodinamskog pristupa u liječenju (Rosenberg i Gershon 2012). Međutim, smatramo da za to postoje i drugi važni razlozi. Među najvažnijim je svakako činjenica, da se posljednjih desetljeća provodi sve više kliničkih istraživanja u ovoj populaciji, koja su donijela nove spoznaje o učinkovitosti i sigurnosti primjene lijekova. Drugi važan razlog jest činjenica da se promijenila patologija dječje i adolescentne dobi. Naime, ubrzani način života i promjena etičkih i kulturnih vrijednosti društva, dovele su do raspada klasične obitelji s jasno diferenciranim roditeljskim figurama. Sve više djece odrasta uz samohranu majku ili oca, te nedostaju identifikacijski objekti, a slobodniji pristup odgoju mijenja sustav psiholoških vrijednosti, pa se roditelji u „društvu slabih pravila“ teško snalaze i ne postavljaju jasne granice u odgoju djece. Osim toga, znatno su se promijenile prehrambene navike u smislu brze i nekvalitetne prehrane, prepune ugljikohidrata i bezvrijednih kalorija, što je pogodno tlo za usporen i nepravilan razvoj mozga. Prehrana umjetnim mlijekom, nedostatak ribljeg ulja (izvora omega-3 masnih kiselina), prehrana koja izbjegava zasićene masne kiseline, prijeko potrebnih za pravilan razvoj moždanih stanica te dostupnost sredstava ovisnosti, čimbenici su, koji uz nedovoljnu podršku primarne obitelji i neadekvatan odgoj dovode do teže i

ranije prisutne psihopatologije. Zbog toga je primjena psihofarmaka u dječjoj i adolescentnoj dobi danas „uvjet bez kojega se ne može“. Međutim, valja istaknuti da se pritom ne smije upasti u zamku pretjeranog i preranog dijagnosticiranja određenih poremećaja (posebno shizofrenije, bipolarnog afektivnog poremećaja ili depresije). Naime, farmaceutska industrija pod pritiskom zarade sklona je promociji ranog davanja psihofarmaka, što bi svakako ispravnom dijagnostikom i promišljenim strategijama liječenja trebalo izbjeći. Osnovno pravilo u liječenju lijekovima u mlade populacije glasi: „Počni s nižim dozama i idi polako.“ („Start low, go slow.“).

74.2. Psihofarmakologija

74.2.1. Uvodni aspekti

Primjena psihotropnih lijekova dijeli u dva dijela:

1. **farmakodinamika:** koja se bavi biološkim i terapijskim učincima lijekova;
2. **farmakokinetika:** koja se bavi resorpcijom, raspodjelom, metabolizmom i izlučivanjem lijekova iz organizma.

Poznavanje farmakodinamike nužno je za izbor liječenja lijekovima. I dobro izabran lijek, međutim, može biti nedjelotvoran ili toksičan ako se premalo ili predugo nalazi na mjestu djelovanja. Stoga treba imati na umu principe farmakologije, jer lijek može biti nedjelotvoran i zbog farmakodinamskih i zbog farmakokinetičkih razloga. Ovdje ćemo se najprije osvrnuti na neke farmakokinetičke principe djelovanja psihofarmaka, a potom ćemo o farmakodinamskim svojstvima pojedinih psihofarmaka govoriti kada budemo govorili o pojedinim skupinama psihofarmaka.

74.2.2. Farmakokinetika

Poznavanje farmakokinetičkih osobitosti lijeka važno je za davanje uobičajene preporuke o količini, razmaku između pojedinih doza te o potrebi povećanja ili smanjenja doze lijeka. Pritom je od posebne važnosti istaknuti humanu i spolnu varijabilnost u sposobnosti metaboliziranja lijekova o kojoj se relativno malo vodi briga (Mihaljević i Šagud 2006).

Resorpcija. Ovisit će prije svega o načinu primjene lijeka. Lijek može biti primijenjen peroralno u obliku tableta, dražeja ili kapsula, odnosno tekućih ili brzo otapajućih pripravaka. U novije vrijeme često se pri-

Tablica 74.1.**Pregled najvažnijih antidepresiva i antipsihotika koji su supstrati pojedinih enzima P450**

Modificirano prema Kerwin i Arranz 2004

VRSTA LIJEKOVA	CYP1A2	CYP2C19	CYP2D6	CYP3A4
ANTIDEPRESIVI	amitriptilin klomipramin fluvoksamin imipramin mirtazepin duloksetin	amitriptilin citalopram klomipramin imipramin moklobemid escitalopram sertralin	amitriptilin klomipramin dezipramin fluvoksamin imipramin paroksetin venlafaksin fluoksetin citalopram escitalopram duloksetin mirtazepin	amitriptilin klomipramin imipramin venlafaksin sertralin escitalopram mirtazepin
ANTIPSIHOTICI	klozapin olanzapin	klozapin	klozapin haloperidol olanzapin perfenazin remokspirid risperidon sertindol	klozapin risperidon kvetiapin

mjenjuju tekući ili brzo otapajući pripravci kako bi se osiguralo uzimanje lijeka. Osim peroralne primjene, česta su i parenteralna, intravenska, intramuskularna ili supkutana primjena. Parenteralna primjena osigurava u principu brži nastup djelovanja. Usto, postoje i specijalni preparati sa sporim otpuštanjem aktivne supstancije (depo-pripravci), koji također imaju usporenu resorpciju. Tijekom resorpcije treba voditi brigu o tome da se lijek brže resorbira iz praznog želudca te da brže prelazi u jejunum. Mnogi su psihofarmaci slabe baze i bolje se resorbiraju u jejunumu, gdje je pH viši.

Raspodjela. Većina je psihoaktivnih lijekova (izuzevši litij) lipofilna i resorbiraju se u masna tkiva, uključujući i mozak. Psihotropni lijekovi pretežno imaju velik volumen distribucije. Osim toga, takvi se lijekovi rado vežu za proteine u plazmi. Kombinacije lijekova mogu mijenjati vezivanje za plazmatske proteine.

Metabolizam. U vodi topljivi lijekovi izlučuju se uglavnom preko bubrega. Liposolubilni lijekovi uglavnom se metaboliziraju u jetri u manje aktivne supstancije. Litij je supstancija koja se ne metabolizira. Psihofarmaci se uglavnom metaboliziraju tijekom prvoga prolaska kroz jetru. Neki od psihofarmaka imaju i

metabolite koji su psihoaktivni. Metaboliziranje lijekova tijekom prvoga prolaska kroz jetru objašnjava zašto parenteralna primjena lijekova ima snažniji učinak od peroralne. U jetri se lijekovi razgrađuju procesima oksidacije i konjugacije oksidiranih metabolita. Oksidacija se obavlja s pomoću monooksigenaze ili citokroma P450 (CYP) enzimskog sustava. Konjugacijom kao posljednjim procesom u metabolizmu lijekova lijekovi se pretvaraju u tvari podobne za ekskreciju. Oksidacijska faza u gotovo 56 % lijekova primarno ovisi o metaboliziranju putem citokroma. Među citokromima najveći doprinos u metaboliziranju ima CYP3A4 (50%), CYP2D6 (20%) te CYP2C9 i Cyp2C19 (15%). Nadalje neki od citokroma poput CYP1A2 i CYP2D6 izraženi su u mozgu i pretpostavlja se da djeluju na lokalnu dispoziciju lijeka na primarnome mjestu djelovanja. Lijekovi se mogu metabolizirati s pomoću određenog enzima (supstrati) ili ga mogu inhibirati a da pritom ne budu metabolizirani (inhibitori). U [tablici 74.1.](#) dali smo pregled najvažnijih antidepresiva i antipsihotika koji su supstrati pojedinih enzima P450.

Treba uvijek imati na umu s kojim lijekovima kombiniramo psihofarmake. Već se i prije dobrog poznavanja metaboliziranja putem citokroma znalo da anti-

epileptici u kombinaciji s nekim psihofarmacima povećavaju sedaciju. Isto vrijedi i za alkohol te za neka sredstva ovisnosti, koji adolescenti često konzumiraju bez znanja roditelja. Isto je tako poznato da karbamazepin i barbiturati snizuju koncentracije risperidona i olanzapina. Važno je stoga poznavati metaboliziranje drugih lijekova i sredstava kako bi se izbjegle neželjene interakcije, a time i neprihvatljive nuspojave.

Izlučivanje. Psihofarmaci i njihovi metaboliti izlučuju se preko žuči, urina ili fecesa (izmeta). Manji se dio izlučuje u znoju, slini ili suzama. Za izlučivanje lijeka iz tijela potrebno je poznavanje poluživota lijeka, koji obično izražavamo poluživotom lijeka u plazmi, odnosno to je vrijeme koje je potrebno da se polovica lijeka odstrani iz plazme. Učestalost davanja lijeka ovisna je o njegovu poluživotu. Ravnotežna koncentracija lijeka uobičajeno se postiže nakon četiri do pet poluživota lijeka. Tijekom davanja psihotropnih lijekova važno je voditi brigu o drugoj, dodatnoj medikaciji koja može mijenjati farmakokinetičke osobitosti pojedinog psihofarmaka. Također je nužno voditi brigu i o životnoj dobi bolesnika te o funkciji bubrega, što sve može utjecati na farmakokinetiku lijekova.

Na kraju sažmimo najvažnije poruke dječje i adolescentne farmakokinetike.

1. Lipofilnost lijekova: većina je psihotropnih lijekova visoko lipofilna. Postotak pak tjelesne masnoće raste u prvoj godini života, a potom postupno pada do puberteta. Djeca imaju različit volumen tjelesne masnoće u različitim životnim dobima.

2. Enzimska razgradnja lijekova: enzimi citokroma I i II. faze metabolizma nisu prisutni u dojenačkoj dobi, a u prvim se godinama života naglo razvijaju. Mlađa i starija djeca mogu imati više razine metaboličkih enzima nego odrasli. Ovakva se odstupanja manje-više uravnoteže do puberteta i ostaju do odrasle dobi.

3. Jetrena masa: u djeteta je, s obzirom na tjelesnu masu, 40 – 50 % veća nego u odraslih. Djece naginju bržem metaboliziranju lijekova nego odrasli. Zato je za postizanje iste koncentracije lijeka u krvi u djeteta pokatkad potrebno dati veći broj miligrama lijeka na kg tjelesne mase nego u odraslih.

4. Bubrežna funkcija: do prve godine života glomerularna filtracija i renalna tubularna ekskrecija dosegnu razinu odrasle dobi. Djeca pak zbog povećane konzumacije tekućine mogu imati brži renalni klirens od odraslih.

74.2.3. Farmakodinamika

74.2.3.1. Principi kemijske neurotransmisije

Moderna je psihofarmakologija uglavnom priča o kemijskoj neurotransmisiji. Sinapsa je centar neurotransmisije. Presinaptički signal iz neurona može se prenijeti postsinaptički na raznim mjestima neurona, osobito na dendritima, na dendritičkim trnovima, ali isto tako i na staničnom tijelu i aksonskom završetku.

Neurotransmitori (NT) su pohranjeni u male kuglaste tvorbe – sinaptičke mjehuriće, u okrajcima aksona. Ima onih koji služe za pohranu i onih koji su smješteni bliže membrani, koji su spremni otpustiti svoj sadržaj. Dolazak akcijskog potencijala dovodi do otvaranja ionskih kanala za kalcij (Ca²⁺). Ulaskom kalcija aktiviraju se enzimi koji djeluju na niz presinaptičkih bjelančevina. Te se bjelančevine vežu jedna za drugu, uzrokujući stapanje mjehurića sa staničnom membranom, njihovo otvaranje i otpuštanje neurotransmitora u sinaptičku pukotinu. Neurotransmitor potom prolazi kroz sinaptičku pukotinu, široku 20 nm. U međuvremenu se sinaptički mjehurići ponovno stvore, kada živčani završetci progutaju njihove membrane, te se ponovno napune neurotransmitorom. Kada neurotransmitor stigne na drugu stranu sinaptičke pukotine, što se dogodi unutar jedne milisekunde, veže se za receptor koji se nalazi na membrani drugog neurona. Glija-stanice koje se tu nalaze vrebaju oko sinaptičke pukotine. Neke od njih imaju malene **transportere**, čija je zadaća usisati neurotransmitor iz sinaptičke pukotine. Tako se sinaptička pukotina očisti prije no što stigne sljedeći akcijski potencijal. Glija-stanice obrade neurotransmitor i vraćaju ga natrag neuronima, gdje se on ponovno pohranjuje u sinaptičke mjehuriće. Katkada neuroni izravno usisavaju neurotransmitor iz sinaptičke pukotine u svoje živčane završetke. U nekim pak slučajevima neurotransmitor razgrade druge tvari, koje se nalaze u sinaptičkoj pukotini.

Glavni ekscitacijski neurotransmitor u mozgu jest **glutamat**. Preciznost živčanog sustava zahtijeva da ekscitacija biva praćena inhibicijom, tj. da pojačanje aktivnosti jednih neurona bude praćeno smanjenjem aktivnosti drugih neurona. Vežanje neurotransmitora za receptor u inhibicijskim sinapsama dovodi do otvaranja ionskih kanala, koji omogućuju ulaz negativno nabijenih iona, što dovodi do promjene membranskog potencijala – inhibicijskoga postsinaptičkog potencijala (IPSP). On se suprotstavlja depolarizaciji mem-

brane i time nastanku akcijskog potencijala. Dva su inhibicijska neurotransmitora – **GABA i glicin**. Danas već znamo desetke neurotransmitora. Neki važniji za psihološke funkcije bit će navedeni. **Dopamin (DA)** – U shizofreniji postoji povišena aktivnost supkortikalnih DA puteva (nigrostrijatnog i mezolimbickog) i smanjena aktivnost kortikalnih DA puteva (mezokortikalnog puta koji inervira prefrontalni korteks). Danas se spominje i peti dopaminergički put, koji ima različite projekcije. **Noradrenalin** – Vjeruje se da noradrenergička transmisija ima važnu ulogu u sustavu „pobuđivanja”, kontrolirajući budnost i pažnju, u regulaciji krvnoga tlaka i u kontroli raspoloženja.

Serotonin (5-HT) – Lijekovi koji djeluju preko serotoninergičke neurotransmisije prije svega su lijekovi za liječenje depresije, o kojima će biti posebno riječi. Druge važne indikacije jesu liječenje migrene i antiemetički učinak kod kemoterapije. **Acetilkolin** – Sudjeluje u procesima učenja, pamćenja, u kontroli motorike, pažnje, budnosti, regulaciji apetita, nocicepciji i drugim procesima. S obzirom na genski materijal u neuronu, sigurno ima nekoliko stotina ili tisuća jedinstvenih kemikalija neurona. Zanimljivo je za kraj spomenuti, neki neurotransmitori koji su prirodno prisutni mogu biti slični lijekovima kojima se koristimo. Primjerice, zna se da mozak stvara svoj morfin (beta-endorfin) i svoju marihuanu (anandamid). Mozak može stvarati svoje antidepresive, anksiolitike, halucinogene. Lijekovi zapravo oponašaju prirodne neurotransmitore. Često se lijekovi otkriju prije no ti prirodni neurotransmitori (Stahl 2001).

74.2.3.2. **Kotransmitori**

Prije se smatralo da svaki neuron luči jedan NT, i to na svim svojim sinapsama. Danas znamo da mnogi neuroni imaju više od jednog NT-a. Tako se razvio koncept kotransmisije, koji često uključuje uparivanje monoamina s neuropeptidima. Dakle, neuron se sam koristi svojevrsnim oblikom polifarmacije. Prije je postojalo vjerovanje da, budući da jedan neuron luči jedan NT, treba imati što selektivnije lijekove koji djeluju na jedan NT, kako bismo što bolje modificirali neurotransmisiju. Danas, kada znamo za kotransmisiju, postavlja se pitanje je li potrebno koristiti se u liječenju djelovanjem više lijekova. Ako se neuron sam koristi polifarmacijom, treba li to onda i psihofarmakolog. Kako naše razumijevanje kotransmisije bude napredovalo, vjerojatno će napredovati i znanstvena

osnova za polifarmaciju. To objašnjava i zašto su lijekovi s tako mnogo različitih mehanizama više pravilo nego iznimka u kliničkoj praksi. Problem je kako se time koristiti racionalno.

74.3. **Psihostimulansi**

74.3.1. **Predstavnici, djelotvornost**

Dva su najvažnija predstavnika **metilfenidat (MPH)** koji djeluje kao blokator ponovne pohrane dopamina (DA) i noradrenalina (NA) i **amfetamin (AMP)** koji također ima ta svojstva, ali, osim toga, može pokrenuti djelovanje NA / DA transportera da potiču otpuštanje DA i NA, čak i u nedostatku akcijskog potencijala. Usto, inhibira i monoamin oksidazu. Ovi, dodatni učinci trebali bi biti razlog veće učinkovitosti AMP-a od MPH-a. Međutim, čini se da je klinička učinkovitost ekvivalentnih doza obiju klasa psihostimulansa vrlo slična. Farmakokinetički gledano, poluživoti (T_{1/2}) oba su lijeka prilično različiti: 2,5 sati za MPH i 12 sati za AMP. Farmakodinamički pak poluživoti (točka u kojoj klinički učinak pada na pola) vrlo su slični: 2 sata za MPH i 3 – 5 sati za AMP.

U svijetu je sve više pozitivnih izvješća o njihovoj primjeni u liječenju ADHD-a. Najpoznatije su svakako studija MTA iz 1999. godine u kojoj su tijekom 14 mjeseci testirane razne strategije liječenja ADHD-a u 579 ispitanika, gdje se pokazala značajna superiornost strategije kombiniranog liječenja psihostimulansom i biheviornom terapijom u usporedbi sa samostalnim liječenjem lijekom ili biheviornom terapijom ili podrškom socijalne zajednice (MTA Cooperative Group 1999). Druga poznata studija (PATS studija) provedena je tijekom 10 mjeseci s 303 predškolska djeteta. Premda je učinkovitost metilfenidata bila slabija nego u starije djece iz MTA studije, ipak je učinak bio mnogo veći u odnosu prema placebo. U manje se djece razvijalo više nuspojava (Vitiello i sur. 2007). Dakle, u liječenju se najviše primjenjuju metilfenidat (MPH) i amfetamin (AMP). Što se tiče kliničkog učinka, literatura navodi da su AMP i MPH približno jednako učinkoviti. Obično će oko 50 – 60 % bolesnika s ADHD-om odgovoriti na psihostimulans koji je prvi pokušao. Stopa odgovora popet će se na 70 – 90 % ako su dva različita psihostimulansa pokušana uzastopno. Nažalost, ne postoje pokazatelji kao npr. laboratorijski nalazi, dob, spol bolesnika ili podtip ADHD-a, koji bi nam pomogli u izboru najučinkovitijega psihostimu-

Tablica 74.2.**Svojstva nekih metilfenidata dostupnih u svijetu.**

Modificirano prema Rosenberg i Gershon 2012.

Komercijalni naziv	Doziranje	Mehanizam otpuštanja lijeka
Generic	5, 10, 20 mg tbl.	brzo otpuštanje
Ritalin	5, 10, 20 mg tbl.	brzo otpuštanje
Ritalin LA	10, 20, 30, 40 mg caps.	50 : 50 % brzog i odgođenog otpuštanja
Ritalin SR	20 mg tbl.	vrh koncentracije odgođen s 1,9 na 4,7 sati
Concerta ER	18, 27, 36 i 54 mg tbl.	22 % brzo otpuštanje, a ostatak održava povišenu koncentraciju MPH

lansa. Izbor će stoga ovisiti o iskustvu liječnika, izboru obitelji i sl. Roditelji više preferiraju dugodjelujući oblik lijeka, radi lakšeg usklađivanja doziranja i boravka u školi. U tablici 74.2. prikazani su pojedini lijekovi koji sadržavaju metilfenidat.

U Hrvatskoj se može rabiti dugodjelujući metilfenidat. Početna je doza 18 mg (Bloch i sur., 2018 /a/), a maksimalna je dnevna doza 54 mg na dan (Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode - Halmed 2017). Da bi liječenje psihostimulansima bilo uspješno, potrebno je farmakološki pristup kombinirati sa psihoterapijom, a posebice se naglašava potreba bihevioralne terapije. Usto, obvezno su u edukaciju uključeni roditelji, a cijeli proces kombiniranog liječenja mora trajati barem godinu dana za postizanje vidljivijih promjena ponašanja. **Nuspojave:** Uobičajene nuspojave psihostimulansa jesu mučnina, nelagoda u želudcu, smanjene apetita, nesanica i glavobolja. Mogu se rijetko pojaviti motorni tikovi, disforija, iritabilnost i halucinacije. Opisano je nekoliko slučajeva iznenadne smrti te se računa da postoje određeni kardijalni rizici 0,7 – 1,5 / 100 djece u dobi mlađoj od 16 godina. Opisano je i smanjenje rasta do 1 cm godišnje tijekom kontinuiranog liječenja u razdoblju od 1 do 3 godine.

74.4. Nestimulativno liječenje ADHD-a

74.4.1. Atomoksetin

U literaturi se navode i noviji lijekovi za liječenje ADHD-a, koji nemaju stimulativni karakter, a registrirani su pri ovoj indikaciji. U Hrvatskoj **atomoksetin** nije registriran, ali je donedavno bio (Halmed 2017). Riječ je o selektivnom NA inhibitoru ponovne pohrane

noradrenalina. Taj lijek ima prednost u tome što ima manji potencijal za zlouporabu te se također bilježi manje nesanice i problema vezanih za smanjeni rast u dječjoj dobi. Međutim, ima dosta odgođeno djelovanje i doziranje je vezano za tjelesnu masu. Bilježe se, međutim, nuspojave poput mučnine, bolova u želudcu, čudljivost i ubrzan rad srca. Postoji i upozorenje vezano za suicidalnost. U svijetu se još kod ADHD-a ispituju **bupropion, klonidin i guanfacin.**

74.5. Antipsihotici

74.5.1. Uvodni aspekti

Antipsihotici su, kao što sam naziv govori, lijekovi koji se primjenjuju u liječenju psihotičnih poremećaja, prije svega shizofrenije. Međutim, u posljednje vrijeme, a zbog širokoga spektra djelovanja novijih antipsihotika, oni se počinju primjenjivati i u liječenju drugih poremećaja. Primjena lijekova u indikacijama u kojima lijek nije odobren česta je u medicini, ali najčešća u psihijatriji. Antipsihotici, posebice nove generacije, propisuju se u brojnim poremećajima u djece (6 do 12 godina) i adolescenata (13 do 18 godina), poput poremećaja iz shizofrenoga kruga, Tourette-ova sindroma, poremećaja ponašanja, poremećaja hranjenja, ADHD-a, anksioznih poremećaja te poremećaja spavanja, odnosno i u indikacijama u kojima nisu istraženi i odobreni (Pringsheim i sur. 2015). U posljednjim dvama desetljećima zabilježen je velik porast njihova propisivanja u ovoj dobnoj skupini. Ti se lijekovi najčešće propisuju kod poremećaja ponašanja s agresijom, dok se samo oko 3 do 4 % od ukupne primjene antipsihotika u ovoj dobi propisuje kod shizofrenije s ranim početkom. Ovakvi podatci ne

Tablica 74.3.**Najvažniji antipsihotici koji se primjenjuju u djece i adolescenata**

Modificirano prema Bloch i sur., 2018 (c); FDA 2017; Halmed 2017; Mattejat i Schulte-Markwort 2013;

Antipsihotik	Indikacijsko područje	Doziranje prema Halmedu za maloljetnike u mg na dan	Napomena: doze u mg na dan prema američkim autorima označene*, a prema njemačkim autorima označene**
risperidon tablete ili solucija - odobrenje prema Halmedu	Kratkotrajna terapija (do 6 tjedana) perzistirajuće agresivnosti djece ≥ 5 godina i adolescenata s intelektualnim teškoćama i teškim poremećajem ponašanja	Tjelesna masa ≤ 50 kg: početna je doza 0,25 mg 1 put na dan; doza održavanja 0,25 do 0,75 mg na dan. Tjelesna masa ≥ 50 kg: početna je doza je 0,5 mg 1 put na dan; doza održavanja 0,5 mg do 1,5 mg na dan.	- nije odobren za shizofreniju i maniju u mlađih od 18 godina - 0,5 do 6 mg na dan* - 4 – 6 mg na dan**
haloperidol, kapi i tablete - odobrenje prema Halmedu	Poremećaji ponašanja, sindrom Gilles de la Tourette, shizofrenija u adolescentnoj dobi	Djeca: 0,5 mg do 3 mg na dan. Adolescenti: od 1 mg do 5 mg na dan.	- donja je dob 6 godine, međutim, u praksi se daje i od treće godine - 1 do 30 mg na dan* - 3 – 15 mg na dan**
aripirazol tablete - odobrenje prema Halmedu	Shizofrenija u adolescenata ≥ 15 godina, manične epizode u adolescenata ≥ 13 godina, najduže 12 tjedana	Preporučena doza: 10 mg na dan, maksimalna doza: 30 mg na dan	- početna doza: 2 – 5 mg na dan* - 10 – 30 mg na dan**
olanzapin tablete - odobrila ga samo FDA	Shizofrenija u adolescenata (13 – 17 godina), manične i mješovite epizode u adolescenata	/	Preporučena doza: - 2,5 – 20 mg na dan*; - 5 – 20 mg na dan**;
kvetiapin tablete - odobrila ga samo FDA	Shizofrenija u adolescenata (13 – 17 godina), manija u djece i adolescenata (10 – 17 godina)	/	Preporučena doza: - 25 – 800 mg na dan*; - 300 – 800 mg na dan**

Važne napomene: dijete od 6 godina ima prosječnu tjelesnu masu od 20 kg; adolescent od 12 godina ima prosječnu tjelesnu masu od 40 kg, adolescent od 14 godina ima prosječnu masu od 50 kg; Tablica je orijentacijska. Moguće su promjene indikacija, raspona dobi i doza pojedinih lijekova u dječjoj dobi od različitih agencija za lijekove u različitim vremenima! Ovdje su navedeni tipični lijekovi koji se uporabljaju u praksi u dječjoj dobi, a poneki se primjenjuju i kao „off label”, za različitu dob, indikacije i dozu.

iznenađuju jer je shizofrenija u dječjoj dobi vrlo rijetka. Dok većina današnjih spoznaja o spomenutim lijekovima dolazi iz kliničkih studija u odraslih osoba, mnogi se od njih primjenjuju rutinski u kliničkom radu s djecom. Količina podataka o primjeni antipsihotika u djece neusporedivo je manja u usporedbi s primjenom u odraslih osoba. Nadalje, samo je mali broj antipsihotika odobren za liječenje u djece i adolescenata. Tablica 74.3. pokazuje neke antipsihotike koji se primjenjuju u osoba mlađih od 18 godina.

Dugodjelujući antipsihotici u načelu se ne primjenjuju u dječjoj i adolescentnoj dobi.

74.5.2. Ostali antipsihotici

74.5.2.1. Klozapin

Za klozapin se u uputi FDA-a navodi da nema podataka o uporabi u dječjoj dobi, ali se u indikacijama za primjenu (terapijski rezistentna shizofrenija i prevencija suicidalnosti u shizofreniji i shizoafektivnom poremećaju) ne navodi da je prikladan samo za odraslu dob. No, prema podacima u literaturi, čini se da klozapin i u populaciji osoba mlađih od 18 godina ima bolji učinak od ostalih antipsihotika, što se posebice odnosi na terapijsku rezistenciju, te antiagresivni učinak (Schneider i sur. 2014). No, kao i u odraslih osoba,

Tablica 74.4.

Najčešća djelovanja i nuspojave antipsihotika koji se primjenjuju u djece

Antipsihotik	Sedacija	↑ tjelesne mase	EPS	Hipotenzija	Antikolinergički učinak	↑ prolaktina
aripiprazol	+	+	+	++	0	0
haloperidol	+	+	+++	+	0	+
klozapin	+++	+++	0	+++	++	0
kvetiapin	+++	++	0	++	+	0
olanzapin	++	+++	+	++	++	+
risperidon	+	++	++	++	0	+++

učinak se ostvaruje uz visoku cijenu razvoja brojnih nuspojava. Pri tome su najčešće nuspojave bile sedacija i hipersalivacija, koje su zapažene u čak više od 90 % osoba mlađih od 18 godina. Međutim, bitno je napomenuti da su teške nuspojave (agranulocitoza) bile rijetke u ovoj populaciji. Preporučuje se, nakon pažljiva razmatranja indikacije, započeti polaganu titraciju s početnom dozom od 12,5 mg na dan, pa sve do maksimalne doze od 900 mg na dan (Halmed 2017). Ne preporuča se davanje osobama mlađima od 16 godina (Halmed 2017).

74.5.2.2. Sulpirid

Sulpirid je zajedno s klozapinom zapravo preteča „atipičnih“ antipsihotika, i često je rabljen od 14. godine kao anksiolitik, antidepresiv i antipsihotik. Dugo se upotrebljuje u dječjoj psihijatriji. Halmed u odraslih pri tjeskobi i depresiji preporučuje doze od 100 do 400 mg na dan (Halmed 2017), ali u adolescentnoj dobi doze trebaju biti manje do željenoga terapijskog učinka. Obično se počinje s 50 mg na dan. Njemački autori preporučuju za pedijatrijsku populaciju dozu od 100 do 400 mg na dan za liječenje depresije, dok kao antipsihotik navode doze od 400 do 1600 mg na dan (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Potreban je oprez pri davanju sulpirida zbog pojave nuspojava: prolazne hiperprolaktinemije, galaktoreje, amenoreje, seksualnih poremećaja, porasta tjelesne mase, sedacije i nesanice. Kontraindikacije za primjenu sulpirida jesu: preosjetljivost, feokromocitom i akutna porfirija, prisutnost tumora ovisnih o prolaktinu te istodobna primjena s levodopom i drugim antiparkinsonicima (uključujući i ropinirol).

74.5.3. Nuspojave antipsihotika

Pri izboru antipsihotika bitno je voditi brigu i o nuspojavama koje želimo izbjeći (Pramyothin i Khaodhiar 2015). Prikaz najčešćih nuspojava antipsihotika prikazuje [tablica 74.4](#).

Iz tablice se uočava da su razlike među antipsihoticima u profilu nuspojava vrlo velike. Na primjer, kod primjene risperidona prisutan je umjereni rizik od porasta tjelesne mase, ali i visok rizik od hiperprolaktinemije i ekstrapiramidnih simptoma (EPS). Aripiprazol u manjoj mjeri dovodi do porasta tjelesne mase u usporedbi s ostalim antipsihoticima, dok se čini da se ne mijenjaju koncentracije lipida. Međutim, ima više EPS-a u odnosu prema placebo, najčešće su distonije, tremor i hipersalivacija. Također se pojavljuje akatizija, posebice pri višim dozama. Neurološke nuspojave koje se vide kod tipičnih antipsihotika uključuju **akutne distoničke reakcije**. Riječ je o sporoj, trajnoj mišićnoj kontrakciji ili spazmu, koji zahvaća vrat (tortikolis), čeljust (trizmus), jezik (protruzija), oči (okulogirne krize) i cijelo tijelo (opistotonus) (Mihaljević-Peš i Šagud 2010). U Hrvatskoj je za primjenu kod akutnih distoničnih reakcija u dječjoj dobi odobren samo **biperiden** (Halmed 2017). Doza biperidena, posebno za tablete, a posebno za intramuskularnu primjenu, prikazane su u [tablici 26.1](#). (vidi posebno poglavlje 26 o hitnim stanjima u dječjoj psihijatriji). Rizik od tardivne (kasne) diskinezije (TD) povećava se kao funkcija doze i trajanja, ali se može pojaviti i kod kratkotrajne izloženosti, također i u djece (Volkmar i Martin 2011). Kako bi se umanjila TD, smanjenje doze treba biti postupno dok se prate promjene u težini simptoma. Ako simptomi perzistiraju, doza održavanja

antipsihotika treba biti snižena na najnižu moguću koja još uvijek drži simptome pod kontrolom. **Maligni neuroleptički sindrom** rijetka je nuspojava antipsihotika, međutim, moguć je i u dječjoj dobi (v. posebno poglavlje 26 o hitnim stanjima, a posebno [tablicu 26.7.](#)).

74.5.4. Indikacije u kojima se primjenjuju antipsihotici

74.5.4.1. *Shizofrenija u dječjoj dobi*

Shizofrenija koja počinje u dječjoj dobi (prije navršenih 13 godina) vrlo je rijetka, te ima tešku kliničku sliku i nepovoljan tijek. S druge strane, shizofrenija započinje u adolescentnoj dobi (između 13 i 17 godina) u oko 5 % shizofrenih bolesnika. Antipsihotici su svakako temeljna terapija shizofrenije (Stafford i sur., 2015), kao i u odraslih. Međutim, s obzirom na izrazitu osjetljivost na nuspojave, njihova primjena treba biti vrlo oprezna. Prema raspoloživim istraživanjima, učinak antipsihotika na simptome shizofrenije podjednak je u djece i u odraslih osoba. Ono što razlikuje primjenu antipsihotika u odraslih i djece jest moguć, još uvijek nedovoljno istražen, učinak na razvoj mozga i tjelesni razvoj. Nadalje, nema dovoljno dokaza da su noviji antipsihotici učinkovitiji od starijih, iako je podnošljivost novijih antipsihotika općenito bolja. Međutim, svi su antipsihotici pokazali više nuspojava u osoba mlađih od 18 godina u usporedbi s odraslim osobama. To se odnosi na EPS, hiperprolaktinemiju, porast tjelesne mase te promjene laboratorijskih parametara, iako se učestalost pojedinih nuspojava znatno razlikuje među antipsihoticima. Od svih nuspojava, najčešća je porast tjelesne mase. Porast tjelesne mase zapaža se rano, unutar prvih 6 tjedana terapije. Rizik od nastanka šećerne bolesti tipa 2 dvostruko je do trostruko veći u ovoj populaciji nego u odraslih osoba. Nije poznato utječe li primjena antipsihotika na rast i razvoj jer nema dovoljno podataka o dugotrajnim učincima. U svakom slučaju, bitna je pažljiva opservacija te rana intervencija u slučaju pojave neželjenih reakcija. Primjena istodobno dvaju ili više antipsihotika u dječjoj populaciji nikako se ne preporučuje, osim privremeno, u slučajevima prelaska s jednog antipsihotika na drugi.

74.5.4.2. *Autizam*

Najviše podataka o djelotvornosti ima za aripiprazol i risperidon, u ublažuju simptome poput iritabil-

nosti, stereotipija i hiperaktivnosti (Ji i Findling 2015). S druge strane, nema dokaza o učinku antipsihotika na ključna obilježja autizma, poput poremećaja u komunikaciji i socijalnim interakcijama. Međutim, antipsihotike treba primijeniti tek kada psihosocijalne mjere nisu dale željeni učinak. Risperidon je pokazao najbolji učinak u ublaživanju agresije, u osoba s normalnim ili ispodprosječnim intelektualnim sposobnostima i poremećajima ponašanja, s ADHD-om ili bez njega. Pri tome je i najveći broj studija proveden upravo s risperidonom. Iako je risperidon lijek prvog izbora u ovakvim situacijama, on je ipak „posljednje utočište“ – nakon što su iscrpljeni svi pokušaji psioedukacije i učenja psihosocijalnih vještina djece i roditelja. U novije vrijeme u svijetu postoje izvješća o pozitivnim učincima antidepresiva tianeptina u kontroli iritabilnosti u nekih pojedinaca s autizmom (Niederhofer et al. 2003).

74.5.4.3. *ADHD*

Psihostimulansi su prva terapija izbora u ovom poremećaju, kako je prije navedeno, gdje su vrlo učinkoviti. Premda nijedan antipsihotik nije odobren za primjenu kod ADHD-a, relativno se često propisuju kod izostanka učinka psihostimulansa. Pri tome se najviše propisuje risperidon, a zbog dobro utvrđenog učinka na agresivno ponašanje i impulzivnost.

74.5.4.4. *Bipolarni afektivni poremećaj (BAP)*

Dok se prije smatrao rijetkim, danas se BAP sve češće prepoznaje u dječjoj i adolescentnoj populaciji. Danas se čak smatra da oko trećina, pa čak i polovica svih BAP-a počinje prije odrasle dobi. Rani nastanak poremećaja (prije 18. godine) ima težak klinički tijek, u smislu suicidalnosti, zlouporabe sredstava ovisnosti, narušenih interpersonalnih odnosa te brzih izmjena faza. Pri tome primjena antipsihotika ima dva cilja: ublaživanje simptoma akutne faze i sprječavanje relapsa. Ciljani simptomi zbog kojih se primjenjuju antipsihotici jesu izrazita emocionalna labilnost, impulzivnost i agresivnost. Čini se da je učinkovitost raznih antipsihotika na te simptome podjednaka (Díaz-Caneja i sur. 2014; Liu i sur. 2011). Neki eksperti na ovom području preporučuju aripiprazol jer ima minimalan učinak na metaboličke parametre, dovodi do manjeg porasta tjelesne mase i slabije sedacije, te ne uzrokuje porast prolaktina (Kirino i sur. 2014). Svakako je indicirana promjena terapije u aripiprazol u

Tablica 74.5.**Najčešći antidepresivi koji se uporbaju u osoba mlađih od 18 godina.**

Modificirano prema Bloch i sur, 2018 (b); FDA 2017; Halmed 2017; Mattejat i Schulte-Markwort 2013.

Antidepresiv (oralna primjena s tabletama)	Indikacijsko područje	Doziranje prema Halmedu u mg na dan	Napomena: označeno je doziranje u mg na dan prema američkim autorima*; a prema njemačkim autorima**
fluvoksamin - odobrenje prema Halmedu	OKP u starijih od 8 godina	Početna doza: 25 mg na dan; maksimalna doza: 200 mg na dan	Nagli prekid terapije može uzrokovati simptome ustezanja - početna doza 25 – 50 mg na dan* - 50 – 300 mg na dan**
sertralin - odobrenje prema Halmedu	OKP u starijih od 6 godina	Djeca: 25 do 200 mg na dan; Adolescenti: 50 do 200 mg na dan	- 100 – 200 mg na dan* - 50 – 200 mg na dan**
fluoksetin - odobrila ga samo FDA	Umjerena i teška depresija koja ne reagira na psihoterapiju u starijih od 8 godina; OKP nakon 7. godine života	/	Moguća je promjena indikacije i dobnog raspona; - preporučena doza: 10 do 80 mg na dan* - 20 – 80 mg na dan**
escitalopram - odobrila ga samo FDA	Depresivni poremećaj u osoba od 12 do 17 godina	/	- preporučena doza: 5 do 40 mg dnevno*; -10 – 30 mg na dan**
amitriptilin - odobrenje prema Halmedu	Terapija noćnog mokrenja u krevet	6 – 10 godina: 10 – 20 mg dan prije spavanja; stariji od 10 godina: 25 – 50 mg na dan prije spavanja	Liječenje je ograničeno na 3 mjeseca; nije odobren u liječenju depresije u mlađih od 16 godina.

Važne napomene: dijete od 6 godina ima prosječnu tjelesnu masu od 20 kg; adolescent od 12 godina ima prosječnu tjelesnu masu od 40 kg, adolescent od 14 godina ima prosječnu masu od 50 kg; Tablica je orijentacijska. Moguće su promjene indikacija, raspona dobi i doza pojedinih lijekova u dječjoj dobi od različitih agencija za lijekove u različitim vremenima! Ovdje su navedeni tipični lijekovi koji se primjenjuju u praksi u dječjoj dobi, a poneki se rabe i kao „off label”, za različitu dob, indikacije i dozu.

osoba u kojih je došlo do neželjenih metaboličkih učinaka ili hiperprolaktinemije. U prevenciji relapsa najviše dokaza o učinkovitosti ima za aripiprazol. Manja količina dokaza, iz nekontroliranih studija, postoji za litij, kvetiapin, ziprasidon te kombinaciju risperidona i valproata. Oprez je potreban i kod primjene antidepresiva u BAP-u jer mogu inducirati maničnu epizodu, posebice u usporedbi s novim antipsihoticima.

74.5.4.5. Delirij

Nijedan antipsihotik (AP) nije odobren u ovoj indikaciji. Primarna terapija delirija uvijek je liječenje uzroka koji je do njega doveo. Međutim, za ublažavanja simptoma nemira, nesuradljivosti i agresivnosti, mogu

se primjenjivati risperidon, kvetiapin i olanzapin, koji su zamijenili haloperidol, premda se i on dalje često primjenjuje u praksi (Turkel i Hanft 2014). Vidjeti posebno poglavlje o liječenju delirija (poglavlje 26 o akutnim psihijatrijskim stanjima).

74.6. Antidepresivi

Učinak je antidepresiva, prije svega selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS) u liječenju depresivnih i anksioznih simptoma u ovoj populaciji, umjeren (CADTH 2015; Hetrick i sur. 2012). Najveća zabrinutost zbog primjene ovih lijekova u djece i adolescenata jest porast suicidalnosti, iako ne i izvršenih suicida (Friedman 2014; Seedat 2014).

Naime, 2004. godine metaanaliza 372 studije, koje su uključile ukupno 100000 osoba, utvrdila je suicidalno ponašanje u 4 % osoba na antidepresivima, u usporedbi s 2 % osoba na placebo. Naknadne su analize utvrdile da je porast suicidalnosti utvrđen samo u mlađih od 18 godina, pri čemu rizik nije bio povećan u starijih od 24 godine, a utvrđen je i protektivan učinak antidepresiva u starijih od 65 godina. Nakon toga provedena su mnoga istraživanja i metaanaliza, no i danas ostalo je nejasno povisuju li ti lijekovi suicidalnost u mladim osoba ili ne. Nakon uvođenja mjera opreza kod primjene antidepresiva u mladim osoba, došlo je do smanjenja njihova propisivanja, posebice u mladim osoba, ali i do porasta broja suicida u ovoj populaciji, i to uglavnom osoba koje nisu dobile antidepresive. Iako se mišljenja stručnjaka na ovom području razilaze, svi su suglasni da antidepresive u mladoj populaciji treba primjenjivati oprezno, uz pažljivu opservaciju i praćenje učinka. Neliječeni depresivni poremećaj praćen je najvećom opasnošću od suicida.

Prekliničke studije pokazuju da akutna primjena SIPP-a ima anksiogeni, a kronična primjena anksiolitički učinak. Takav se učinak potpuno blokira antagonistima 5HT_{1A} receptora. Liječenje SIPP-a u pedijatrijskoj populaciji dovodi do malenog, ali znatnog porasta suicidalnog rizika. Naime, akutna stimulacija 5HT_{1A} autoreceptora u dorzalnim *raphae* jezgrama u početku liječenja dovodi do smanjenja otpuštanja serotonina i relativnog deficita otpuštanja serotonina. To se povezuje ne samo s odgodom početka djelovanja antidepresiva već i s impulzivnim i agresivnim ponašanjem. Ovaj je rizik u pedijatrijskoj populaciji najniži s fluoksetinom jer on ima najduže poluvrijeme eliminacije. Zbog istog razloga, ne preporučuje se početak liječenja depresivnog poremećaja u djece visokim dozama. U odraslih se, u vrijeme početka primjene SIPP-a, ne pojavljuju impulzivnost i agresivnost kao u djece, već anksioznost. To je paradoksalna reakcija u početku liječenja, jer SIPP-i kasnije imaju anksiolitički učinak. U djece se doza SIPP-a stoga postupno povisuje. Prema raspoloživim studijama, metaanalizama i smjernicama, fluoksetin je terapija prvog izbora depresivnog poremećaja u ovoj populaciji. Postojeća količina dokaza upućuje na učinkovitost antidepresiva nove generacije, no pri tome fluoksetin ima prednost nad placebo, ostalim antidepresivima te kognitivno-behavioralnom terapijom (KBT). Najbolji se učinak postiže kombinacijom antidepresiva i KBT-a. [Tablica](#)

74.5. prikazuje antidepresive koji se primjenjuju u populaciji mladoj od 18 godina.

U Hrvatskoj, međutim, primjena antidepresiva u liječenju dječje i adolescentne populacije nije uobičajena, premda su ih odobrili i FDA i Europska agencija za lijekove (Boričević Maršanić i sur. 2011). Postoje dokazi da su SIPP-i učinkoviti i u terapiji anksioznosti i kompulzija u oboljelih od poremećaja iz autističnog spektra. **Amitriptilin** je lijek koji nije SIPP, neko triciklični antidepresiv (TCA), sa sličnim, ali neselektivnim djelovanjem. Zbog ozbiljnih nuspojava TCA su danas uglavnom napušteni u dječjem i adolescentnom liječenju, ali ipak ostaju kao mogućnost kada su sve ostale mogućnosti iscrpljene. U pravilu, daje se za noćno mokrenje ili nakon 16. godine za liječenje depresije (Halmed 2017).

74.7. Stabilizatori raspoloženja

Za razliku od odraslih osoba, manji je broj studija istraživao stabilizatore raspoloženja u populaciji djece i adolescenata. Pri tome su litij, valproat i karbamazepin pokazali umjereni učinak u monoterapiji manije, ali uz lošu podnošljivost i često prijevremeno prekidanje terapije. Najmanje podataka ima za karbamazepin. Međutim, čini se da su antipsihotici nove generacije ipak učinkovitiji i sigurniji. Za razliku od stabilizatora raspoloženja, sve više studija istražuje antipsihotike nove generacije. U literaturi se navodi učinkovitost ove skupine lijekova u terapiji bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP-a) u djece i adolescenata. U kliničkoj se praksi primjenjuje različita terapija, a često i kombinacija više lijekova. Vrlo je malo podataka o učinkovitosti stabilizatora raspoloženja u osoba mlađih od 10 godina. S obzirom na to da svi lijekovi koji se primjenjuju u liječenju BAP-a mogu imati ozbiljne nuspojave, potrebni su pažljiva opservacija i rano otkrivanje eventualnih neželjenih reakcija. Najčešće nuspojave stabilizatora raspoloženja, za razliku od antipsihotika, jesu gastrointestinalne i neurološke. Minimalna količina dokaza postoji o učinkovitosti stabilizatora raspoloženja u liječenju iritabilnosti i agresije u sklopu poremećaja iz autističnog spektra.

74.8. Anksiolitici

74.8.1. Uvodni aspekti

Američka agencija za hranu i lijekove– FDA (FDA 2017) – za liječenje anksioznih poremećaja koji nisu

OKP nije odobrila nijedan anksiolitik, međutim, kratkotrajno se mogu primjenjivati **benzodiazepini** (v. posebno poglavlje 26 o akutnim stanjima), najčešće u pojedinim akutnim hitnim psihijatrijskim stanjima, npr. panični napadaj, delirij, katatonija. Premda anksiolitici imaju određeno povoljno djelovanje kod nekih anksioznih poremećaja oni nisu najbolji izbor za liječenje anksioznosti. Njihova upotreba treba biti kratkotrajna i samo kao pomoćna terapija psihoterapiji i anti-depresivima ili drugim vrstama lijekova. Zbog razvoja tolerancije trebaju se izbjegavati u liječenju. Oni koji se spominju kao mogući izbor jesu alprazolam, bromazepam, lorazepam, oksazepam, klonazepam i diazepam. Budući da u dječjoj i adolescentnoj populaciji ima između 10 i 20% separacijske anksioznosti, generaliziranog anksioznog poremećaja i socijalne fobije, za liječenje anksioznosti i anksioznih poremećaja pretežno se savjetuje kombinacija KBT-a i **antidepresiva SIPPS-a**. Premda sertralin nije odobren u ovoj indikaciji, postoji dosta dokaza o njegovoj velikoj učinkovitosti u liječenju anksioznosti (Walkup i sur. 2008). Nadalje, neki liječnici u svijetu rabe $\alpha 2$ -agoniste klonidin i guanfacin. Premda oni smanjuju simptome pobuđenosti, uistinu ne liječe anksioznost. Treća skupina lijekova koja se primjenjuje u liječenju anksioznosti jesu i **antipsihotici**. Oni su dobili svoje mjesto u liječenju primarno zbog povezanosti suicidalnosti i anti-depresiva.

74.8.2. Opsesivno-kompulzivni sindrom (obuzeto prisilni sindrom)

Obuzeto prisilni sindrom zbog svoje kompleksnosti i tvrdokornosti simptoma ima više odobrenih lijekova kao mogući izbor u liječenju. Tako je Halmed odobrio sertralin ≥ 6 godina; fluvoksamin ≥ 8 godina (Halmed 2017), a FDA je odobrila (FDA 2017) fluoksetin ≥ 7 godina. Vidjeti [tablicu 74.5.](#) o pojedinim dozama koji se primjenjuju kod OKP-a. Usto, za pojačavanje učinka mogu se dodavati sljedeći psihofarmaci: klonazepam, antipsihotici, litij i drugi antidepresivi. Pri tome se nikako ne smije izostaviti psihoterapija.

74.9. Lijekovi za liječenje enureze

Liječenje enureze primarno je psihoterapijsko (npr. bihevioralno, kognitivno ili psihodinamsko), međutim, katkada je korisno i dodatno, medikamentno liječenje, npr. posebno se to odnosi na situaciju kada se

planira djetetov odlazak na školski izlet. U lijekove za liječenje enureze ubrajamo različite kemijske supstanije. U Hrvatskoj su u dječjoj dobi odobreni **dezmpresin** i **amitriptilin** (Halmed 2017). Vidjeti [tablicu 74.5.](#) za doze amitriptilina, dok su doze dezmpresina dostupne na *web*-stranici Halmeda (www.halmed.hr).

74.10. Zaključak

Zaključno se može reći da se psihofarmaci sve češće primjenjuju u djece i adolescenata. FDA i *European Medicines Agency* - EMA dio su ovih lijekova odobrile za primjenu i u ovoj dobnoj skupini. Kako primjena psihofarmaka napreduje, važno je poznavati svojstva svakog psihofarmaka da bi se liječenje prilagodilo osobi u koje se primjenjuje. Primjena psihofarmaka u osoba mlađih od 18 godina različita je nego u odraslih osoba, jer dijete nije „odrasli u malom“. U ovakvih osoba odigravaju se intenzivan rast i razvoj, kako tijela, tako i središnjeg živčanog sustava, a utjecaj psihofarmaka na ove procese nije dovoljno istražen. Međutim, ono što je istraženo jest češći razvoj nuspojava nego u odraslih osoba. Stoga se psihofarmaci primjenjuju tek kada psihosocijalne mjere nisu dale rezultata ili pri visokom intenzitetu simptoma. Pri tome primjena psihofarmaka mora biti vrlo oprezna, s početnim malim dozama, i uz pažljivu opservaciju. U svakom slučaju, oprezna primjena psihofarmaka u indiciranim slučajevima manja je šteta nego nekontrolirano agresivno ponašanje ili teški depresivni simptomi.

74.11. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Psihofarmaci mogu biti korisni kao dodatno liječenje kod različitih psihičkih poremećaja u djece i adolescenata.
- ✓ U novije vrijeme postoji niz novih lijekova koji se primjenjuju u djece i adolescenata.
- ✓ Pojedini lijekovi mogu imati različite nuspojave.
- ✓ Danas se mnogi lijekovi u dječjoj dobi primjenjuju „off label“, što je zapravo „individualni pokušaj liječenja“ u „svrhu interesa pacijenta“.
- ✓ Pri liječenju hiperkinetskog sindroma mogu se dodatno primjenjivati tzv. psihostimulansi (metilfenidat), kao i drugi lijekovi.
- ✓ Antidepresivi mogu biti korisni u liječenju depresije, anksioznih poremećaja, PTSP-a, noć-

nog mokrenja, poremećaja jedenja, OKP-a, hiperkinetskog sindroma, kao i kod drugih poremećaja.

- ✓ Antipsihotici mogu biti korisni u liječenju psihotičnih simptoma, kod tikova, pri agresivnom ponašanju te povremeno kod visoke tjeskobe, kao i kod drugih indikacija.
- ✓ U akutnim stanjima anksioznosti moguće je davanje anksiolitika i antipsihotika.
- ✓ Načelno se kod anksioznih poremećaja upotrebljavaju antidepresivi (npr. selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina), međutim, kraće se vrijeme mogu rabiti i anksiolitici iz skupine benzodiazepina (npr. diazepam i drugi).

74.12. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Koja je doza ekvivalentna antipsihotiku haloperidolu od 2 mg?

ODGOVOR: Doza ekvivalentna antipsihotiku haloperidolu od 2 mg jest 100 mg klorpromazina, 50 mg klozapina i 2 mg flufenazina. Ekvivalentne doze za risperidon, olanzapin i aripiprazol nisu utvrđene, te se savjetuje primjena u preporučenom terapijskom rasponu za svaki lijek.

■ PITANJE: Koji su simptomi malignog neuroleptičkog sindroma (MNS)?

ODGOVOR: Maligni neuroleptički sindrom najozbiljnija je nuspojava antipsihotika. Obično se pojavljuje unutar dva tjedna od uvođenja terapije dopaminskim antagonistima, međutim, može se pojaviti i u bilo koje vrijeme uzimanja antipsihotika. MNS je karakteriziran bihevioralnim simptomima (poremećajem svijesti: konfuzija, delirij ili koma); autonomnom nestabilnošću (visokom vrućicom, znojenjem, tahikardijom, nestabilnim tlakom, tahipnejom), rigorom i propadanjem mišića (rabdomioliza). Posljedično dolazi do povišenja kreatin fosfokinaze (CK) i leukocitoze. Potencijalno je životno ugrožavajući, sa stopom smrtnosti do 9 % u djece i adolescenata. Za razvoj MNS-a rizične su veće doze antipsihotika, parenteralna primjena, uzimanje više lijekova, mlađa dob, muški rod. Diferencijalnodijagnostički treba razlikovati katatoniju, ekstrapiramidne nuspojave, serotoninski sindrom i infektivne bolesti. Razlikuje se od serotoninskog sindroma jer ne postoji propadanje mišića, odnosno ne

postoji povišena kreatin fosfokinaza (CK) i leukocitoza. Potrebno je odmah ukinuti terapiju i započeti sa simptomatskim medicinskim liječenjem: rehidracija, nadoknada elektrolita, snižavanje temperature, a svjetska iskustva po potrebi govore da se može kratko i oprezno primijeniti liječenje bromokriptinom ili dantrolenom. U ozbiljnijim slučajevima u svijetu se preporučuje liječenje elektrostimulativnom terapijom, uz trajni medicinski nadzor. Zaključno, nužni su rano prepoznavanje i oprez kod primjene antipsihotika u rizičnim populacijama djece i adolescenata.

■ PITANJE: Što je to serotoninski sindrom?

ODGOVOR: Serotoninski sindrom, ovisno o dozi, toksični je skup simptoma koji se pripisuju povećanju koncentracije serotonina u središnjemu živčanom sustavu. Premda su teži slučajevi povezani s velikim dozama pojedinog lijeka (npr. inhibitori ponovne pohrane serotonina, ali serotonin mogu povišiti i drugi lijekovi u medicini, kao i neki dodatci), oni mogu nastati s kombinacijom od dvaju ili više serotonergičkih lijekova, čak i u terapijskim dozama. Simptomi mogu biti slični malignom neuroleptičkom sindromu. Simptomi su bihevioralni (konfuzija, delirij, agitacija, motorički nemir), autonomni (hipertermija, znojenje, tahikardija, hipertenzija, midrijaza, valovi crvenila u licu i cijelom tijelu), te neuromuskularni (klonus koji je simetričan i tipičan za donje ekstremitete; hipotonija). Razlikuje se od neuroleptičkoga malignog sindroma jer u laboratorijskim nalazima nema povišenu kreatin fosfokinazu i leukocitozu.

■ PITANJE: Što je to metabolički sindrom?

ODGOVOR: Metabolički je sindrom karakteriziran pretilošću, povišenim krvnim tlakom i dislipidemijom, koji je preteča budućeg dijabetesa. Dobivanje na tjelesnoj masi vjerojatno je najvažniji razlog opće metaboličke disregulacije. Brojni antipsihotici mogu biti povezani s metaboličkim sindromom, a posebno klozapin i olanzapin.

■ PITANJE: Kakva je uloga klozapina u liječenju?

ODGOVOR: Klozapin je lijek trećeg izbora kao antipsihotik zbog svojih mogućih nuspojava (opasnost od agranulocitoze i epileptičkih napadaja). Međutim, klozapin je svejedno vrlo koristan lijek u slučajevima rezistentnim na terapiju. Klozapin se može ubrajati zapravo u „atipične“ antipsihotike jer je profil nuspojava sličan atipičnim antipsihoticima. Pri tome su najčešće nuspojave bile sedacija i hipersalivacija, koje su zapažene čak u više od 90 % osoba mlađih od 18

godina. Međutim, bitno je napomenuti da su teške nuspojave rijetke u ovoj populaciji. Preporučuje se, nakon pažljiva razmatranja indikacije, započeti polaganu titraciju. Doze su navedene prije u tekstu. Ne daje se osobama mlađima od 16 godina. Nuspojave su granulocitopenija, agranulocitoza, veći rizik od epileptičkih napadaja. Kontraindikacije za primjenu klopazina jesu: preosjetljivost, toksična ili idiosinkratična granulocitopenija / agranulocitoza u anamnezi (uz iznimku zbog provedene kemoterapije), agranulocitoza izazvana klopazinom. Važno je napomenuti da je potrebno praćenje leukocita (18 tjedana jednom tjedno, a poslije jednom mjesečno). U bolesnika u kojih se ne može osigurati praćenje leukocita primjena klopazina treba se izbjeći.

■ **PITANJE:** Koji se lijekovi uporabljaju za liječenje enureze?

ODGOVOR: Primarno se primjenjuju psihološke metode, međutim, dodatno se mogu rabiti različite grupe lijekova. U Hrvatskoj su za liječenje noćne enureze odobreni **dezmopresin** i **amitriptilin**. **Dezmopresin** djeluje kao sintetski antidiuretski hormon, odnosno moćan inhibitor stvaranja urina. Pomaže otprilike u 25 % djece koja ga uzimaju, uz minimalan rizik od nuspojava. Iako se općenito dobro tolerira, korisni učinci obično ne traju tijekom duljega vremena. Ipak, može biti korisna kratkoročna pomoć. Nuspojave mogu biti: glavobolja/mučnina, hiponatremija i trovanje vodom pri toksičnim dozama. Kontraindikacije su ponavljajuća (habitualna) ili psihogena polidipsija (pri kojoj se stvara urin u količini višoj od 40 mL/kg/24 h), poznato ili suspektno zatajivanje srca i druga stanja koja zahtijevaju liječenje diureticima, umjerena i teška renalna insuficijencija (klirens kreatinina manji od 50 mL/min), sindrom neprikladne sekrecije ADH-a (SIADH), poznata hiponatremija te preosjetljivost. Doze dezmopresina dostupne su na web-stranici Halmeda. **Amitriptilin** je triciklični antidepressiv i također ima svoje nuspojave, indikacije, i kontraindikacije, ali se načelno sve manje primjenjuje u dječjoj dobi. Vidjeti detaljnije posebno poglavlje 61 o algoritmima za liječenje enureze u djece, kao i doze navedene prije u tekstu.

74.13. Pitanja

- 1 Navedite osnove farmakodinamike u dječjoj dobi.
- 2 Navedite osnove farmakokinetike u dječjoj dobi.
- 3 Navedite osnovne lijekove koji se primjenjuju kod hiperkinetskog sindroma (ADHD-a).
- 4 Navedite indikacije antidepressiva.
- 5 Navedite indikacije antipsihotika.
- 6 Navedite indikacije anksiolitika.
- 7 Navedite lijekove koji se rabe pri liječenju enureze.

74.14. LITERATURA

1. Bloch MH, Beyer C, Martin A i sur. ADHD: Stimulant and nonstimulant agents. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 718-24.
2. Bloch MH, Beyer C, Martin A i sur. Antidepressants. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 724-32.
3. Bloch MH, Beyer C, Scahill L i sur. Antipsychotics. U: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, ur. Lewi's child and adolescent psychiatry. 5 izd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018, str. 733-41.
4. Boričević Maršanić V, Aukst Margetić B, Margetić B. Out-patient treatment of children and adolescents with antidepressants in Croatia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011;16(3):214-22.
5. Bradley C. The behavior of children receiving benzedrine. *Am J Psychiatry* 1937; 94:577-585.
6. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Ottawa (ON). Second Generation Antidepressants for Pediatric Patients with Major Depressive Disorder and Anxiety Disorder: A Review of the Clinical Effectiveness and Safety [Internet]. 2015. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26180875/>. Pristupljeno 1. 5. 2015.
7. Díaz-Caneja CM, Moreno C, Llorente C i sur. Practitioner review: Long-term pharmacological treatment of pediatric bipolar disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(9): 959-80
8. Friedman RA. Antidepressants' black-box warning--10 years later. *N Engl J Med* 2014; 30;371(18):1666-8
9. Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR i sur. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11: CD004851.
10. Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (Halmed). Dostupno na: www.halmed.hr. Pristupljeno 1. 7. 2017.

11. *Ji N, Findling RL.* An update on pharmacotherapy for autism spectrum disorder in children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28(2):91-101
12. *Kerwin R.W, Arranz MJ.* Psychopharmacogenetics. U: McGuffin P, Owen MJ and Gottesman II, ur. *Psychiatric Genetics&Genomics.* Oxford University Press; 2004.
13. *Kirino E.* Profile of aripiprazole in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *Adolesc Health Med Ther* 2014;5:211-2
14. *Liu HY, Potter MP, Woodworth KY i sur.* Pharmacologic treatments for pediatric bipolar disorder: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(8):749-62.e39
15. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
16. *Mihaljević-Peješ A, Šagud M.* Ekstrapiramidne, metaboličke i druge nuspojave antipsihotika: sličnosti i razlike. U: Medved V, ur. *Suvremeno liječenje shizofrenije.* Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
17. *Mihaljević-Peješ A, Šagud M.* Psihofarmakologija. U: Gregurek R, ur. *Suradna i konzultativna psihijatrija.* Zagreb: Školska knjiga; 2006, 193-225.
18. *MTA Cooperative Group.* A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch of Gen Psychiatry* 1999;56:1073-1086.
19. *Niederhofer H, Staffen W, Mair A.* Tianeptine: a novel strategy of psychopharmacological treatment of children with autistic disorder. *Hum Psychopharmacol* 2003;18(5): 389-93.
20. *Pramyothin P, Khaodhiar L.* Type 2 diabetes in children and adolescents on atypical antipsychotics. *Curr Diab Rep* 2015;15(8):623
21. *Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D i sur.* The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 2: Antipsychotics and Traditional MoodStabilizers. *Can J Psychiatry* 2015;60(2): 52-61.
22. *Rosenberg DR and Gershon S.* Pharmacotherapy of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. 3.izd. John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
23. *Schneider C, Corrigall R, Hayes D i sur.* Systematic review of the efficacy and tolerability of Clozapine in the treatment of youth with early onset schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2014;29(1):1-10.
24. *Seedat S.* Controversies in the use of antidepressants in children and adolescents: A decade since the storm and where do we stand now? *J Child Adolesc Ment Health.* 2014;26(2):iii-v.
25. *Stafford MR, Mayo-Wilson E, Loucas CE i sur.* Efficacy and safety of pharmacological and psychological interventions for the treatment of psychosis and schizophrenia in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10(2):e0117166.
26. *Stahl SM: Essential Psychopharmacology.* Neuroscientific Basis and Practical Applications.2.izd. Cambridge University Press; 2001.
27. *Turkel SB, Hanft A.* The pharmacologic management of delirium in children and adolescents. *Paediatr Drugs* 2014;16(4):267-74.
28. *US Food & Drug administration (FDA).* Dostupno na: www.FDA.gov. Pristupljeno 1. 7. 2017.
29. *Vitiello B i sur.* Effectiveness of methylphenidate in the 10-month continuation phase of the preschoolers with ADHD treatment study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(5): 593-603.
30. *Volkmar FR, Martin A.* Essentials of Lewis's child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
31. *Walkup JT, Albano AM, Piacentini J i sur.* Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *N Engl J Med* 2008; 359:2753-2766.

Kognitivno-bihevioralna terapija u dječjoj i adolescentnoj dobi

Nataša Jokić-Begić

SADRŽAJ

75.1. Uvod	1010
75.2. Kognitivna terapija	1010
75.2.1. Uvodni aspekti	1010
75.2.2. Kognitivna terapija	1012
75.2.3. Podjela kognitivnih terapija	1012
75.2.4. Kognitivne tehnike	1012
75.2.5. Indikacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji	1012
75.3. Bihevioralna terapija	1012
75.3.1. Uvodni aspekti	1012
75.3.2. Bihevioralna terapija	1014
75.3.3. Bihevioralne tehnike	1014
75.3.4. Indikacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji	1015
75.4. Kognitivno-bihevioralna terapija	1015
75.4.1. Uvodni aspekti	1015
75.4.2. Specifičnosti KBT-a u dječjoj dobi	1016
75.4.3. Metode KBT-a u djece	1017
75.4.4. Specifično kognitivno-bihevioralno liječenje	1017
75.5. Klinička vinjeta	1018
75.6. Upute za roditelje/nastavnike	1019
75.7. Često postavljena pitanja	1020
75.8. Pitanja	1020
75.9. Literatura	1020

75.1. Uvod

Preporuča se pročitati poglavlje o razvoju- teorijski modeli 2, gdje su navedene razvojne osnove kognitivne psihologije i biheviorizma. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) psihoterapijska je metoda koja se primjenjuje u svakoj dobi prema istim načelima. Primjena takve terapije u različitim životnim dobima ima svoje posebnosti, a to se osobito odnosi na dječju i adolescentnu dob. Načela su primjene ista, ali metode, izbor tehnika, njihove specifičnosti, duljina primjene, često uključivanje koterapeuta, u pravilu roditelja i odraslih osoba koje su u čestom kontaktu s djetetom, određuju drukčiji pristup kognitivno-bihevioralnog terapeuta u dječjoj i adolescentnoj s obzirom na odraslu dob.

Indikacijsko područje KBT-a primarno je, bez obzira na dob, usmjereno na anksiozne i depresivne poremećaje. A ti se poremećaji međusobno razlikuju upravo s obzirom na dob. Nije ista anksioznost u odraslih i djece ili depresija u adolescenata i odraslih. Postoje i neki poremećaji koji se specifično pojavljuju u djece (npr. separacijska anksioznost, testna anksioznost, školska socijalna fobija i sl.) (Anić 2012).

Zbog svega toga se KBT odraslih ne može jednostavno „preslikati“ na dječju ili adolescentnu dob, kao što ni primjena pojedinih tehnika iz kruga KBT-a nije ista u djece i adolescenata.

Kognitivno-bihevioralna terapija (nešto rjeđe upotrebljava se pojam bihevioralno-kognitivna terapija) nadređeni je naziv za sve oblike zajedničke (kombinirane, ali ne nužno istodobne) primjene psihoterapijskih metoda i tehnika iz kognitivne i bihevioralne terapije. Riječ je o kombinaciji kognitivnog i bihevioralnog modela, odnosno paradigme (Jokić-Begić 2014).

Ta se kombinacija pokazala dobrom i učinkovitom zbog nekoliko razloga. Prvo, kognitivna terapija primarno djeluje na kogniciju, a dugoročno i na ponašanje, dok bihevioralna terapija prvo djeluje na ponašajnu sferu, a zatim i na kogniciju. Tako je zapravo i nastala ideja o zajedničkoj primjeni koja će se koristiti sinergijom ovih metoda. Drugo, svaka od metoda je egzaktna, koristi se opažanjem, bilježenjem, psihoedukacijom i logičnim zaključivanjem, često primjenjuje relaksaciju te, najvažnije, znanstveno provjerava svoje postavke (stalna evaluacija učinkovitosti svakog postupka). Stoga nema logičnije kombinacije od ovih dvaju modela. Treće, s obzirom na pretpostavku kognitivnog i bihevioralnog pristupa da su simptomi sami po sebi problemi, a ne pokazatelji dubljih stanja na koje

bi se tretman trebao usmjeriti, KBT je usmjerena na ublažavanje simptoma i teškoća koje oni uzrokuju u svakodnevnom funkcioniranju pojedinca. Zato je ona simptomatska jer djeluje na aktualnu smetnju, na vodeći simptom, na ono što klijenta najviše muči, a nisu joj cilj dublje promjene, ličnost i karakter. To je ujedno i najveći prigovor ovim terapijama, da su „tehničke“, usmjerene na simptom, a ne na njegovu „dubinu“. No, ovaj je nedostatak ujedno i prednost jer je najčešća želja većine klijenata „riješiti simptom“. I na kraju i najvažnije, spomenuta se kombinacija pokazala opravdanom i korisnom. Naime, dokazi o učinkovitosti psihoterapije najčešće dolaze iz područja KBT-a. Klinički rezultati, zadovoljstvo klijenta i poboljšanja koja nastaju primjenom KBT-a najbrži su, najdulji i, što nije zanemarivo, jeftiniji od drugih metoda (Jokić-Begić 2014).

75.2. Kognitivna terapija

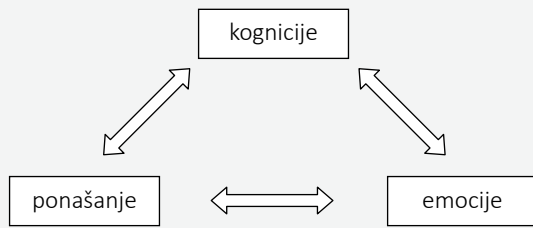
75.2.1. Uvodni aspekti

Prema kognitivnom modelu, svaki pojedinac prima i prorađuje podatke iz okoline na svoj, jedinstven i specifičan način. U skladu s percipiranim podacima, tumačenjem njihove važnosti, razumijevanjem uzročno-posljedičnih veza i značenja koje događaj ima za njega osobno, pojedinac prilagođuje svoje ponašanje. To znači da sam događaj nema za pojedinca „objektivno“ značenje, nego se on percipira, tumači, pamti i vrednuje s obzirom na sebe (u skladu s vlastitom kognitivnom aktivnošću). Tijekom života osoba razvija svoj specifičan način gledanja sebe i svijeta oko sebe. Taj karakteristični način poimanja stvarnosti i uključivanja svojih iskustava, odnosno kognitivni filter kroz koji prolaze sva životna iskustva, označuje se kao **kognitivna shema**. Jedan te isti događaj jedna osoba može percipirati kao pozitivan, a druga kao negativan i ugrožavajući. Nove se informacije mogu uklopiti u kognitivnu shemu ili, ako se ne uklape, osoba preuređuje shemu tako da ona odgovara informacijama. Na tu shemu utječu i promijenjeni kognitivni procesi (negativne automatske misli, temeljna vjerovanja, kognitivna iskrivljenja) (Živčić-Bećirević 1990).

U svakom smo trenutku, međutim, obasuti mnogo većim brojem informacija od onoga na koji smo kadri odgovoriti. Kako se pročišćava taj golemi broj ulaznih podražaja? Prema kognitivnim psiholozima, da bi se nešto uopće percipiralo, mora biti za osobu važno, a ta

Slika 75.1.

Odnos kognicija, ponašanja i emocija prema kognitivnoj paradigmi



se procjena temelji na prošlim iskustvima, odnosno na pamćenju. Slijed percepcija-kognicija-emocija započinje obraćanjem pažnje na neki podražaj ili situaciju, potom slijedi procjena, a nakon nje emocionalna i ponašajna reakcija.

U osoba bez psihičkih smetnji slijed percepcija-kognicija-emocija u najvećoj je mjeri određen zahtjevima i obilježjima vanjske stvarnosti, odnosno stvarne podražajne situacije. Postoji visok sklad između stvarnosti i unutrašnjih kategorija.

Kod osoba sa psihopatološkim stanjima shvaćanje podražajne situacije bit će u većoj mjeri određeno unutarnjim shemama nego obilježjima vanjskih podražaja. Misaoni sadržaj predočuje distorziju (iskrivljenje) stvarne situacije (Jokić-Begić 2014).

Kognitivna se aktivnost može opažati i mijenjati, a sama je kognicija u odnosu s emocijama i ponašanjem. Taj odnos kognicija, emocija i ponašanja prikazan je na slici 75.1.

Svako emocionalno stanje, bez obzira na etiologiju, povezano je s karakterističnim obrascem mišljenja. To je prikazano u tablici 75.1. u kojoj su navedeni neki primjeri (Jokić-Begić 2012(b)).

Prema kognitivnim teoretičarima, najvažniju ulogu u nastanku psihičkih smetnji imaju **temeljna vjerovanja, negativne automatske misli i kognitivna iskrivljenja**. **Temeljna vjerovanja** jesu vjerovanja o sebi, drugima i svijetu oko nas. Ona nastaju vrlo rano u djetinjstvu (i prije puberteta). Vjerovanja, npr. o svijetu kao opasnom mjestu te o sebi kao krhkoj i nedovoljno sposobnoj osobi, određuju kognitivnu shemu i mogu oblikovati različite psihičke smetnje i poremećaje. Tvorac hipoteze o temeljnim vjerovanjima jest A. Ellis, koji je stvorio ABC shemu, odgovornu za nastanak psihičkih poremećaja. U njoj je A aktivirajući događaj, B su vjerovanje, percepcija i interpretacija toga događaja, a C je reakcija, posljedica. Događaj će izazvati reakciju tek kada

Tablica 75.1.

Emocionalna stanja povezana s odgovarajućim mislima

Emocionalno stanje	Misli
anksioznost	o opasnosti i osobnoj ranjivosti
tuga	o gubitku, bespomoćnosti, pesimizmu
ljutnja	o nasilju i nepravdi
sreća	o dobitku

je na određeni način percipiran. Ako osoba stekne kontrolu nad svojim vjerovanjem (B), može utjecati na posljedice (C) i promijeniti ih. Automatske misli jesu brze, kratke, evaluacijske misli kojih obično nismo svjesni. One su pratitelj svih naših doživljavanja, emocija i ponašanja. Problem su negativne automatske misli, koje dovode do razvoja psihičkih smetnji. **Kognitivna iskrivljenja** (kognitivne distorzije, kognitivne pristranosti) jesu iskrivljena mišljenja koja utječu na svaki naš doživljaj, osjećaj, odnos s drugima. To su razmišljanje tipa „sve ili ništa”, pretjerana generalizacija, preuveličavanje, umanjivanje, proizvoljno zaključivanje, selektivna apstrakcija. Iako se kognitivna iskrivljenja povremeno mogu naći u mišljenjima svih ljudi, osobe koje ih češće rabe imat će manju mogućnost prilagodbe te će u zahtjevnim i stresnim situacijama biti sklonije razvoju različitih psihičkih smetnji. Na taj je način moguće objasniti činjenicu da se anksiozni poremećaji često pojavljuju nakon nekog značajnog i/ili stresnog događaja, a depresivni poremećaj nakon gubitka (materijalnog, realnog, simboličkog ili gubitka bliske osobe). Primjerice, adolescent koji je sklon pretjerenim generalizacijama, nakon nekog objektivno neugodnog događaja (npr. pad na ispitu) razmišljat će na način koji će ga još više uznemirivati („Nikada neću završiti tu srednju školu“). To ga čini stalno napetim, a može ga i potaknuti da dodatno opaža potencijalno prijeteće situacije i uskoro se može naći u začaranom krugu anksioznosti (Živčić-Bećirević 2012).

Željene promjene u ponašanju mogu se postići kroz kognitivne promjene, kao što je korekcija neadekvatnih misli i učenje novih stavova i vjerovanja. Tvorac kognitivne terapije jest A. T. Beck, koji je istraživao kako ljudi iskrivljuju iskustvo i ono što opažaju. Najviše je radio s depresivnim pacijentima te je stvorio koncept negativne kognitivne trijade. Depresivni bolesnici misle negativno o sebi, okolini i budućnosti.

75.2.2. Kognitivna terapija

Kognitivna terapija (KT) zasniva se na medijacijskoj hipotezi, prema kojoj emocionalno reagiranje i ponašanje osobe ovisi o njezinu kognitivnom procesiranju događaja, ali i sebe u specifičnoj situaciji. Pretpostavlja se da se promjenom nefunkcionalnog načina mišljenja mogu postići željene promjene u ponašanju i emocionalnom doživljavanju.

Kognitivna se terapija započinje otkrivanjem i mijenjanjem negativnih automatskih misli. Zatim se otkrivaju pogrešna temeljna vjerovanja, pretpostavke, iskrivljena mišljenja. Rad na ovim vjerovanjima i nedjelotvornim pretpostavkama sporiji je i teži. Kada se vjerovanja i iskrivljena mišljenja promijene, nastupa dulje poboljšanje u kliničkoj slici nekog poremećaja jer te promjene sprječavaju povratak simptoma. Kognitivna se terapija pokazala iznimno učinkovitom u depresivnih bolesnika.

Sve kognitivne terapije imaju nekoliko zajedničkih obilježja: kratkog su trajanja (15 – 20 seansi) i usmjerene su na rješavanje sadašnjih problema. Strukturirane su i direktivne, s jasno definiranim ciljevima. Ističe se suradnički odnos terapeuta i klijenta. Psihoedukacija je neizostavan i sastavni dio terapije, ona proizlazi iz samih postavki kognitivne terapije, u kojima je iznimno važan partnerski odnos između klijenta i terapeuta. Da bi se ovaj odnos ostvario, problemu klijenta pristupa se tako da se zajedničkim snagama radi na problemu, a, da bi se to postiglo, klijent mora znati o kojem je problemu riječ i kako se taj problem rješava. **Psihoedukacija** je obvezni dio kognitivne terapije, ona je sadržajem i jezikom prilagođena djeci i njihovim roditeljima. Klijenta se educira o njegovim smetnjama, ali i o samim terapijskim tehnikama. Potiče ga se na aktivno sudjelovanje u svim fazama terapije. Koristeći se induktivnom metodu, klijenta se navodi na samostalno prepoznavanje i ovladavanje negativnim mislima. Potiče ga se na samoaktivnost, u čemu posebnu ulogu imaju domaće zadaće. Pretpostavka je da se glavni dio terapije odigrava između seansi, kada klijent samostalno uvježbava vještine koje je naučio. Osobito je važno usvajanje **vještine rješavanja problema**, a prije završavanja tretmana radi se na prevenciji povrata simptoma kako bi postignuti učinak bio dugotrajniji (Anić 2012).

75.2.3. Podjela kognitivnih terapija

Kognitivne se terapije u osnovi dijele na:

- **terapije zasnovane na kognitivnoj restrukturalizaciji** primjenjuju se u situacijama kada se problem nalazi u pogrešnim percepcijama i vjerovanjima; zasnivaju se na pretpostavci da je emocionalna nelagoda posljedica neprilagođenih misli;
- **terapije suočavanja** koje su primjerene u radu s osobama koje se suočavaju s realnim životnim problemima i stresnim situacijama (gubitak, suočavanja sa zdravstvenim teškoćama i sl.);
- **terapije rješavanja problema** (tzv. *problem-solving* terapije) u kojima pojedinac uči strategije svladavanja pojedinih koraka u rješavanju specifičnih životnih problema.

75.2.4. Kognitivne tehnike

Najznačajnije tehnike kognitivne terapije jesu (Živičić-Bećirević, 2012): tehnike za mijenjanje i kontrolu ponašanja; identifikacija i izazivanje automatskih misli; preusmjeravanje (refokusiranje) pažnje; zaustavljanje misli (stop tehnika); otkrivanje i uklanjanje kognitivnih distorzija; preoblikovanje ili mijenjanje značenja (reatribucija); kognitivna proba; mijenjanje temeljnih vjerovanja i pretpostavki.

75.2.5. Indikacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji

Široko je područje primjene kognitivne terapije u psihijatriji bilo koje dobi. U dječjoj i adolescentnoj psihijatriji KT se pokazala uspješnom u nizu indikacija (Anić 2012). Najvažnije su: specifični razvojni poremećaji; hiperkinetski poremećaji; poremećaji ponašanja; depresivni poremećaji; separacijski anksiozni poremećaj; fobični poremećaji; socijalna anksioznost i školska socijalna fobija; napadaji panike; generalizirana anksioznost; elektivni mutizam; disocijativni i somatoformni poremećaji; hipohondrija; opsesivno-kompulzivni poremećaj; sa stresom povezani poremećaji (akutna stresna reakcija, posttraumatski stresni poremećaj); psihosomatske bolesti; poremećaji hranjenja.

75.3. Bihevioralna terapija

75.3.1. Uvodni aspekti

Pojedini su autori, umjesto o bihevioralnoj terapiji, govorili o modifikaciji ponašanja (Anić 1992), među-

tim, u ovom će se tekstu rabiti termin bihevioralna terapija. Osnovna pretpostavka bihevioralne paradigme jest da sva su ponašanja (prilagođena i neprilagođena) **naučena**. Nadalje, taj proces učenja nije završen jer uči se stalno. Potkrepljenje koje pojedinac dobiva od svoje okoline već od najranijeg djetinjstva odredit će način na koji će se ponašati i funkcionirati u socijalnoj okolini.

Iako je tradicionalno biheviorističko tumačenje u biti determinističko (ponašanje pojedinca potpuno je određeno podražajima i reakcijama okoline), bihevioralna terapija (BT) nudi **zarazni optimizam** (Jokić-Begić 2014). On se temelji na sljedećim načelima.

1. Odstupajuće ponašanje proizašlo je iz procesa učenja, dakle odgovorna je socijalna okolina, a ne pojedinac. Mijenjanjem socijalne okoline mijenjat će se i pojedinac.
2. Svi ljudi imaju neograničen kapacitet učenja tijekom čitavoga životnog vijeka.
3. Svako ponašanje koje je naučeno može se zamijeniti drugim koje će za osobu biti funkcionalnije.

Bihevioralna paradigma pretpostavlja kako se sva nepoželjna ponašanja (simptomi) mogu svrstati u dvije velike skupine: pretjerana i odstupajuća te nepostojeća i nedovoljno izgrađena (koje tek treba izgraditi) (Anić 1992).

Osobe sa psihičkim smetnjama (i djeca i odrasli) najčešće imaju neka ponašanja pretjerano naučena, ali istodobno imaju nedovoljno izgrađena socijalno poželjna ponašanja. Prema biheviorističkom shvaćanju, anksioznost i depresivnost, ali i druge smetnje, naučene su, a učenje se provodi na tri osnovna načina: **klasičnim uvjetovanjem, operantnim uvjetovanjem i modeliranjem**.

Klasično je uvjetovanje mehanizam učenja pri kojemu se podražaj koji prirodno izaziva neku reakciju uparuje s podražajem koji tu reakciju ne izaziva. Nakon klasičnog uvjetovanja podražaj koji prije nije izazivao neku reakciju počinje je izazivati, jednako kao i podražaj koji tu reakciju prirodno izaziva. Primjerice, pri liječenju noćne enureze mogu se upotrebljavati „**uređaji (aparati) sa alarmom**“, koji se temelje na načelima učenja, a sastoje se od „gaća ili jastuka/madraca koji imaju zvonice/alarm“ i koje na male količine urina počinje zvoniti i bude dijete. Na ovaj način dijete „nauči“ ovladati svojim urinarnim sfinkterom putem klasičnog uvjetovanja.

Operantno (instrumentalno) uvjetovanje mehanizam je učenja pri kojemu se stvara veza između ponašanja i posljedica tog ponašanja. Posljedice su ponašanja: potkrepljenje, kažnjavanje i izostanak reakcije.

Potkrepljenje može biti pozitivno (kada ponašanje prati ugoda) ili negativno (kada ponašanje prati prestanak neugode).

Ponašanja koja su neposredno praćena ugodom i/ili prestankom neugode (potkrepljenjem) pokazuju tendenciju ponavljanja. Ponašanja koja su neposredno praćena neugodom izbjegavaju se, a ponašanja na koja okolina ne reagira gase se. Primjer ovoga moglo bi biti suočavanje sa separacijskom anksioznošću. Na početku majka sjedi u razredu s djetetom, postupno se udaljuje u hodnik, pa ispred zgrade škole. Svaki put kada dijete ostane na svom mjestu dobiva nagradu.

Modeliranje je mehanizam učenja pri kojemu se izravnim promatranjem drugih uči neko ponašanje i/ili emocionalna reakcija. U [tablici 75.2.](#) navedeni su primjeri anksioznih reakcija (strah od psa) za koje se pretpostavlja da su usvojeni nekim oblikom učenja.

Tablica 75.2.

Vrste učenja i način nastanka anksioznosti

Vrsta učenja	Uloga u nastanku neprilagođenog ponašanja
klasično uvjetovanje	Pas skoči na dječaka u ulici koja vodi do škole. Zbog uparivanja podražaja dječak pokazuje strah od pasa, ali i pri odlasku u školu.
operantno uvjetovanje	Izbjegavanje otvorenih prostora, zbog straha da će se naići na psa, održava strah od psa jer dovodi do smanjenja napetosti (potkrepljenje).
modeliranje	Dijete koje uočava kako se majka boji psa i samo razvija strah kada ga ugleda.

Bihevioralna objašnjenja psihičkih poremećaja vrlo su jednostavna, no provjerena u brojnim istraživanjima. Na osnovi njih su izrasle vrlo učinkovite terapijske tehnike.

Objektivno vrednovanje učinaka jedno je od glavnih obilježja bihevioralnih terapija. Izrasle na znanosti, one zahtijevaju empirijsku provjeru i bez ustezanja odbacuju svaku tehniku koja nije dokazala svoju učinkovitost. Da bi se neki postupak smatrao učinkovitim, potrebno je da isti terapeut provede višekratna ponavljanja na klijentima s istovrsnim odstupanjima, a zatim

se traže ponavljanja istog postupka od drugih terapeuta u drugim uvjetima i u klijenata s drugim vrstama poremećaja. Većina tehnika u bihevioralnoj terapiji prošla je ovakve postupke, mnogo njih je odbačeno, a ostale su one čija je djelotvornost dokazana (Jokić-Begić 2012(a)).

75.3.2. Bihevioralna terapija

Bihevioralna terapija, kao i kognitivna, simptomatska je i usmjerena je na povlačenje simptoma i poboljšanje kvalitete života pojedinca, a ne na restrukturiranje ličnosti. Bihevioralni terapeut ne upotrebljava tradicionalnu dijagnostičku terminologiju i postupke, nego se koristi **funkcionalnom analizom ponašanja**. To je identifikacija svih uvjeta koji prethode nekom ponašanju, pogoduju mu i održavaju ga. Na primjer, bihevioralni se terapeut neće zadržati na bilježenju činjenice da adolescent pati od agorafobije, nego će provjeriti različite uvjete koji pogoduju pojavi i održavanju straha: kolika je napetost kada adolescent mora izići iz kuće, a koliko se smanji kada odluči ne izići, je li strah manji kada je u društvu s nekom drugom osobom (s kojom), je li strah jednako intenzivan u svako doba dana, što bi bilo drukčije kada bi se riješio agorafobije i slično. Nakon funkcionalne analize ponašanja postavlja se hipoteza o postupku koji bi mogao biti koristan u otklanjanju problema. Vrlo se jasno, u dogovoru s adolescentom, definira cilj koji mora biti ograničen, realan i izražen u mjerljivim terminima. Adolescentu se objasni postupak tretmana, te razlozi zašto se tretman provodi upravo na taj način, što se time planira postići i u kojem vremenu, zajedno s njim se dogovore uvjeti provođenja te domaće zadaće u kojima će on primjenjivati dogovoreno. Taj se postupak provodi kroz predviđeno vrijeme na dogovoreni način, a potom se testira hipoteza, tj. provjerava se je li postupak imao za posljedicu promjenu ponašanja.

Tijekom terapije kontinuirano se provodi **vrjednovanje provedenog postupka**, koje podrazumijeva višekratna mjerenja ponašanja koje je predmet promjene. Mjerenja se provode prije, za vrijeme i nakon tretmana, a podatci se prikupljaju iz više izvora (procjene i iskaza klijenata, procjene i zapažanja bliskih osoba, izravno opažanje i mjerenje ponašanja i sl.). Svrha je vrjednovanja procjena učinkovitosti provedenih postupaka.

Objektivno vrjednovanje djelotvornosti bihevioralnih tehnika govori o još jednom obilježju ove terapije: bitan je postupak, a ne ličnost terapeuta ili odnos kli-

jent – terapeut. Logičan i konzistentan raspored potkrepljivanja učinjen na osnovi funkcionalne analize ponašanja temelj je takve terapije. Međutim, važno je dodati, bilo bi pogrešno smatrati da bi neki bihevioralni postupak morao biti primjena neke metode lišena svakog emocionalnog. Naime, u djece i adolescenata nije moguće provesti bihevioralnu terapiju (i KBT) bez uspostavljanja emocionalnog odnosa koji će podrazumijevati međusobno prihvaćanje, povjerenje i razumijevanje, odnosno moglo bi se reći da terapeut može imati ulogu pozitivnog potkrepljivača (Anić 1992). Valja napomenuti da u bihevioralnoj terapiji pozitivan odnos izvire upravo iz optimizma kojim zrači ta terapija – sve se može naučiti, svaki se problem može bar ublažiti, ako ne i riješiti, povećava se kvaliteta života. Svi sudionici u terapijskom procesu imaju pred sobom pozitivne ciljeve, primjenjuje se mnoštvo potkrepljenja što kao posljedicu ima i pregršt pozitivnih emocionalnih stanja. Stoga je topao odnos između terapeuta i klijenta logična posljedica ovakve terapije, ali nije njezin preduvjet.

S tim u vezi logično je i korištenje uslugama **medijatora**. Medijatori ili koterapeuti osobe su koje neposredno primjenjuju ili sudjeluju u dogovorenom postupku (roditelji, učitelji, nastavnici, brat, sestra). I na kraju sam klijent, koristeći se samopotkrepljenjem, može poboljšavati, mijenjati i izgrađivati neko ponašanje.

75.3.3. Bihevioralne tehnike

Bihevioralnih tehnika ima mnogo, pokatkad se primjenjuje jedna, a kadšto se one kombiniraju. Najčešće se primjenjuju:

- **sustavna desenzibilizacija (desenzitivizacija)** koja se kombinira s relaksacijom – primjenjuje se kod anksioznih poremećaja. S djetetom se napravi hijerarhija zastrašujućih situacija te se postupno izlaže situacijama idući od najblaže prema intenzivnijoj. Može se, ali ne mora, kombinirati sa stanjem relaksiranosti (progresivna se mišićna relaksacija, u tom slučaju, nauči prije izlaganja). Istraživanja su sustavno pokazala da ono što pomaže u otklanjanju anksioznosti jest izlaganje (Jokić-Begić 2014). Izlaganje treba biti postupno, ponavljano i produženo (Živčić-Bećirević 2012).
- **skretanje pažnje** – naziv je za niz tehnika koje se mogu rabiti kao strategije za neposredno, barem privremeno, ovladavanje simptomima,

- čime se povećava osjećaj samokontrole i samoučinkovitosti.
- **pozitivno potkrepljenje** – uvođenje ugodnih podražaja nakon svladavanja nekog zadatka. Osim vanjskih potkrepljivača (koji mogu biti i žetoni), odnosno nešto što će dijete skupljati, dijete se tijekom terapije uči davati samo sebi pohvale i/ili nagrade kako bi naučilo samoregulaciju vlastita ponašanja.
 - **modeliranje** – ovo je vrlo učinkovita tehnika u kojoj se dijete uči željenom ponašanju imitiranjem modela. Model može biti drugo dijete, odrasla osoba, ali i lik iz mašte.
 - **averzivna terapija** – služi se za ponašanja koja se žele zaustaviti. Da bi averzivno učenje bilo učinkovito, averzivni podražaj mora neposredno pratiti ponašanje te biti konzistentno primjenjivan. Primjerice, tijekom ispada bijesa u kojemu je dijete izrazito uznemireno i nekontrolirano, roditelj onemogućuje djetetu kretanje i mahanje ručicama stiskom u naručju. To je averzivni podražaj i dijete na taj način uči da će nekontrolirano ponašanje biti praćeno nelagodnom.
 - **(neuro)biofeedback metoda** – pojedincu omogućuje da nauči kako promijeniti fiziološku aktivnost u svrhu poboljšanja zdravlja i određenih funkcija. Mjerenjem određenih parametara koji se učine vidljivima djetetu uči ga se kako se dovesti u stanje koje želi. U posljednje se vrijeme u radu s djecom sve više primjenjuje neurobiofeedback koji preko praćenja moždanih električnih valova, koji su transformirani u djeci blisku računalnu igricu, čime se dijete uči kako se dovesti u relaksirano stanje ili stanje kognitivne fokusiranosti.
 - **proba ponašanja** – jedna je od najmoćnijih tehnika u kojoj se putem probe ponašanja dovode u pitanje krive pretpostavke. Primjerice, ako dijete s opsesivno-kompulzivnim poremećajem vjeruje da će se nešto loše dogoditi samo zato što mu je opsesivna misao pala na pamet, tada se u probi ponašanja dijete dovodi u situaciju da misli „opasne misli“ te se provjerava jesu li se one ostvarile.

75.3.4. Indikacije u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji

Indikacije su slične kao i u kognitivnoj terapiji (anksiozni poremećaji, disocijativni i somatoformni

poremećaji, opsesivno-kompulzivni poremećaji, depresivni poremećaji, poremećaji hranjenja, psihosomatske bolesti), ali i poremećaji iz autističnoga spektra, tikovi, mucanje, poremećaji eliminacije (enureza, enkopreza). Bihevioralna terapija ima svoju široku primjenu u radu s preverbalnom djecom, a potom u osoba s kognitivnim deficitima i poteškoćama u verbalnom izražavanju.

75.4. Kognitivno-bihevioralna terapija

75.4.1. Uvodni aspekti

Kognitivno-bihevioralna terapija kombinacija je dvaju teorijskih i terapijskih pristupa nastala iz različitih, ali dopunjujućih paradigmi razumijevanja ljudske prirode i psihopatologije (kognitivizma i biheviorizma).

Sredinom sedamdesetih godina prošloga stoljeća, usporedo s utemeljenjem biopsihosocijalnog modela (G. Engel), nastaje terapijski pravac pod imenom KBT. Multimodalni pristup, kombinaciju KT-a i BT-a, razvijaju A. Lazarus, D. Clarke, D. Barlow i drugi.

Povijesni razvoj KBT-a može se podijeliti u **tri faze**.

Klasična kognitivna terapija usmjerena je na promjene u sadržaju, pa čak i u strukturi mišljenja (sheme), a **bihevioralna terapija** na učenje „zdravih“ ponašanja.

Druga generacija KBT-a više je usmjerena na odnos pojedinca prema vlastitim mislima i procesima mišljenja, a uključuje **metakognitivnu terapiju**. **Meta-kognicija** se odnosi na spoznaju o vlastitim spoznajnim procesima. Prema modelu, osnovu psiholoških poremećaja čini neučinkovit, odnosno štetan, način razmišljanja koji se naziva sindromom kognitivne pažnje. On označuje perserverativni način razmišljanja u obliku brige ili ruminacije, usmjerivanja pažnje na prijetnju te neučinkovitih strategija suočavanja u obliku potiskivanja misli ili ponašanja izbjegavanja (Kalebić-Jakupčević i Živčić-Bećirević, 2016). U **meta-kognitivnoj terapiji** klijent razvija sposobnosti sagledavanja mentalnih i tjelesnih pojava kao fenomena i mentalnih događaja, a ne odraza stvarnosti. Terapija je usmjerena na bolju kontrola procesa pažnje i smanjenje štetnih strategija emocionalne regulacije. Primjerice, u opsesivno-kompulzivnom poremećaju (OKP) stav prema vlastitim opsesijama jest ono što održava poremećaj, a ne opsesije same. Dijete može misliti da je loša osoba jer ima takve misli i truditi se izbjegavati ih

kada se god pojave. Prema **metakognitivnom modelu**, dijete se uči da su to samo opsesivne misli, da one ne govore ništa o njemu kao osobi, već se u sve djece s OKP-om pojavljuju slični sadržaji koji su jasno evolucijski uvjetovani. Nadalje, uči ga se da izbjegavanje tih misli dovodi samo do njihova učestalijeg pojavljivanja. Stoga se dijete vodi kroz tzv. terapiju 4 koraka u kojoj se opsesivna misao prepoznaje, potom se imenuje, zatim se skreće pažnja na nešto drugo, a potom se vraća opsesivnoj misli i procjenjuje njezinu istinitost (Schwartz 1997). Metakognitivne terapije pokazale su se iznimno uspješne u terapiji OKP-a i dugotrajnih depresija (Jokić-Begić 2012).

Treća generacija KBT-a obuhvaća različite teorijske modele: **dijalektičku bihevioralnu terapiju**, **mindfulness**, **terapiju prihvaćanja i posvećenosti (Acceptance and commitment, ACT)** i **integrativnu terapiju (Integrative Couples Behavior Therapy, ICBT)**. Riječ je o grupi psiholoških terapija koje ciljaju na procese misli (radije nego na njihov sadržaj), pri čemu je cilj osvijestiti vlastite misli i emocije, prihvatiti ih bez vrednovanja i osuđivanja, uz adaptivno ponašanje.

Osnove **dijalektičko-bihevioralne terapije** su navedene u tekstu koji slijedi (Linehan i sur. 2006). Termin dijalektička (koji se nalazi u sklopu naziva dijalektičko-bihevioralne terapije) znači sintezu, odnosno integraciju suprotnosti – prihvaćanje i promjenu. Prihvaćanje se odnosi na sve što život sa sobom nosi, a promjena na promjenu vlastita doživljavanja i ponašanja. U terapiji se klijenta uči prihvaćanju vlastitih misli i emocija bez osuđivanja (kroz *mindfulness*) te toleranciju stresa, neizvjesnosti i ostalih neugodnih emocionalnih stanja. S druge strane, usmjerenost na promjenu očituje se kroz učenje emocionalne regulacije, te učenje asertivnosti, odnosno aktivno zalaganje za sebe čuvajući samopoštovanje, ali i odnose s drugima. U ovoj se terapiji integriraju kognitivno-bihevioralne terapije, s elementima zen-budizma i humanističkih terapijskih postupaka. Posebno se čini indicirano pri samoozljeđujućem ponašanju i kod graničnog poremećaja ličnosti.

Mindfulness bazirana kognitivna terapija temelji se na pregrupiranju i regulaciji pažnje da bi se učinkovito ovladalo nizom psiholoških simptoma, a koji uključuju emocionalnu reakciju na stres, tjeskobu i depresiju. Više istraživanja pokazuje podatke o učinkovitoj redukciji negativnih emocionalnih reakcija u djece, adolescenata, kao i njihovih roditelja. Ova je tehnika posebno korisna u adolescenata s disfunkcional-

nim kognitivnim procesima kao što su opsesije, rumi-nacije (stalno razmišljanje o prošlim događajima na negativan način), stalna zabrinutost, kronični bolovi i slično (Perry-Parrisch i sur., 2016).

Brojne su empirijske provjere kognitivno-bihevioralne terapije. Ona je terapija prvog izbora kod svih anksioznih poremećaja, depresivnih poremećaja, poremećaja hranjenja, poremećaja spavanja, seksualnih i partnerskih problema, općih zdravstvenih problema, kroničnog bola te kod većine psihičkih poremećaja u djece i mladih.

Često se kombinira s farmakoterapijom jer lijekovi brže djeluju na vegetativne simptome, a kognitivno-bihevioralna terapija osigurava profilaktički utjecaj na povrat simptoma. Zajednička primjena KBT-a i psihofarmaka pokazala se iznimno učinkovitom u liječenju svih vrsta anksioznih poremećaja i poremećaja raspoloženja, a postignuta su poboljšanja najdulja (Jokić-Begić, 2010).

U kognitivno-bihevioralnim terapijama njeguje se partnerski odnos. Terapeut i klijent zajedno nastoje razumjeti klijentov problem, utvrditi kako on utječe na klijentove misli, ponašanja i osjećaje u svakodnevnom funkcioniranju te stvoriti plan liječenja koji je ostvariv (čiji je cilj jasan, ograničen, realan, doseživ u konkretnom vremenu, mjerljiv, izražen u pozitivnim terminima). Važno je naglasiti da je cilj zajednički (i terapeutov i klijentov). Taj se plan ostvaruje nizom kognitivnih i/ili bihevioralnih tehnika u ograničenom broju seansi.

75.4.2. Specifičnosti KBT-a u dječjoj dobi

Specifičnosti primjene KBT-a u dječjoj i adolescentnoj dobi proizlaze iz razvoja djeteta. Prema teoriji kognitivnog razvoja Jeana Piageta, dob između 2. i 7. godine pripada **preoperacijskom razdoblju** u kojem vlada egocentrizam na predodžbenoj razini. Mlađe preoperacijsko dijete ima vrlo ograničenu sposobnost predočivanja psihičkog iskustva i stajališta neke druge osobe čija je perspektiva različita od njegove. Dijete nije kadro prepoznati perspektivu mišljenja druge osobe, realno je samo ono što ono vidi i doživljava, ne može uvidjeti kako to drugi vide i doživljavaju (Boričević-Maršanić i sur. 2015). U ovom se razdoblju stoga češće primjenjuju **bihevioralne tehnike**. Djetetovim razvojem i ulaženjem u **razdoblje konkretnih i formalnih operacija** veća je uloga **kognitivnih intervencija**.

Dok se u odraslih KBT primjenjuje češće pri emocionalnim smetnjama i poremećajima, prije svega ank-

sioznim i depresivnim, u djece se češće primjenjuje kod specifičnih razvojnih poremećaja i poremećaja ponašanja (eksternalizirajućih), a rjeđe pri emocionalnim smetnjama, odnosno internalizirajućim poremećajima (anksioznost, depresivnost). Ova razlika proizlazi i iz različitih potreba za tretmanom u dječjoj i odrasloj dobi. Naime, odrasli dolaze po pomoć dobrovoljno jer se subjektivno osjećaju loše (zbog anksioznosti i/ili depresivnosti). Djeca često ne iskazuju sama potrebu za tretmanom, već ih dovode odrasli. Roditelji, učitelji, odgojitelji zabrinuti su zbog ponašanja djece s razvojnim poremećajima, hiperkinetskim sindromom, smetnjama ponašanja i sl., pa preporučuju traženje stručne pomoći.

Ponašanje djece, u usporedbi s ponašanjem odraslih, ovisnije je o okolini. Stoga procjena ponašanja djeteta (i adolescenta) uključuje procjenu šire okoline (odnos s roditeljima, braćom i sestrama, prijateljima).

Što se tiče samih terapijskih tehnika, one su slične ili jednake, bez obzira na dob, ali su način i sadržaj rada, njegov intenzitet i trajanje prilagođeni djetetovoj dobi.

Važna je razlika i u tome što se u odraslih radi na ispravljanju promijenjenih kognitivnih procesa (misli, vjerovanja, kognitivna iskrivljenja), a u djece je riječ o učenju funkcionalnih kognicija. Djecu se uči kako da se koriste kognitivnim procesima u svladavanju razvojnih poremećaja, u rješavanju problema, u kontroli vlastita neprilagođenog ponašanja.

75.4.3. Metode KBT-a u djece

Dijagnosticiranje nekog poremećaja, odnosno problema uključuje njegovo prepoznavanje i analizu. Taj postupak počinje intervjuom, nastavlja se procjenom i samoprocjenom ponašanja te njegovim opažanjem, a završava zajedničkim izborom cilja i metoda liječenja.

Prepoznavanje problema jest utvrđivanje postoji li problem u ponašanju, je li to više problem djeteta ili roditelja, koliko je ozbiljan, je li povezan s teškoćama prilagodbe ili je simptom emocionalnog poremećaja (anksioznost, depresivnost, ljutnja, neprilagođeno ponašanje).

Analiza problema detaljna je razrada svih njegovih aspekata. Pri tome se utvrđuju učestalost pojavljivanja, trajanje, postoji li ritmičnost pojavljivanja, kada i gdje se pojavljuje, prethodi li mu što, kakve posljedice izaziva.

Dijagnostički intervju obuhvaća razgovor s roditeljem i djetetom. S roditeljem se obično prvo razgovara, pri čemu se nastoji dobiti što više informacija o pro-

blemu (koji, kada, kako se manifestira, s kojim posljedicama). Sznaju se informacije o djetetovu ranom razvoju, načinu reakcije, ponašanju u stresnim situacijama. Ne dobiju se samo informacije o odnosu roditelj – dijete nego i o odnosu između roditelja, šire obitelji, djetetovih vršnjaka, odgojitelja i učitelja.

Problem s pouzdanošću dobivenih informacija uvijek postoji jer roditelji problem mogu preuveličavati ili ga umanjivati (svjesno i nesvjesno).

Slijedi razgovor s djetetom u kojemu se saznaje kako ono vidi problem. Ako je problem u poremećenom ponašanju (eksternalizirajući poremećaji), dijete obično problem ne vidi na način kako ga vide odrasli (ono vidi reakciju na svoje ponašanje). Kod internalizirajućih poremećaja dijete iznosi više subjektivnih emocionalnih smetnji.

Pitanja treba prilagoditi djetetovoj dobi, nuditi alternativne odgovore (tipa da – ne, izbor između dviju umjesto više mogućnosti), koristiti se jednostavnim i jasnim formulacijama.

Procjena ponašanja strukturirano je izvješće o djetetovu ponašanju koje daje roditelj (učitelj), prema točno određenim uputama. To su skale procjene s tvrdnjama koje se točne ili netočne, odnosno skale Likertova tipa.

Samoprocjena ponašanja važan je izvor podataka o djetetu. Samoprocjena (skale, upitnici) primjenjuju se više što je dijete starije. Metoda izravnog opažanja i bilježenja problematičnog ponašanja u realnom vremenu (self-monitoring) vrlo je važna, ali zahtijeva još bolju suradnju nego ispunjavanje skala. Pri tome treba detaljno objasniti što i kako se bilježi, uvježbavati bilježenje, potkrepljivati ga i sl.

Opazanje je izravno opažanje ponašanja u stvarnoj okolini. Provodi se u svakoj dobi, ali je osobito značajno za djecu mlađe dobi. Najbolje je opažati u različitim uvjetima i prostorima, na sustavan i unaprijed dogovoren način, bilježeći što prethodi ponašanju i što slijedi nakon njega. Opažać može biti uobičajen ili ne, vidljiv ili prikriven, može to biti jedna ili više osoba.

U ovom je postupku zabilježen fenomen mijenjanja ponašanja pod utjecajem opažača (fenomen reaktivnosti). Taj se fenomen nakon nekog vremena gubi. Može ga se iskoristiti i u liječenju.

75.4.4. Specifično kognitivno-bihevioralno liječenje

Nakon dijagnostičke procjene slijedi tretman, koji obuhvaća niz tehnika, a najčešće su **tehnike rješavanja problema, trening socijalnih vještina, učenje po**

modelu, igranje uloga, mijenjanje atribucija, korištenje samouputama.

Tehnika rješavanja problema (*problem solving*) ključna je u KBT-u, iako nije specifična samo za ovaj pristup. Naime, KBT shvaća simptom kao problem koji treba riješiti, a ne kao dio dubljeg poremećaja. Terapija rješavanja problema učenje je djeteta i adolescenta kako da samostalno riješi problem. To je uvježbavanje da se bude „sam sebi terapeut“, na način da se poveća uspješnost u rješavanju prije svega svakodnevnih problema. Pri tome treba uočiti problem, definirati ga, pronaći moguća rješenja, izabrati najbolje od njih te provjeriti to rješenje. Obično se djetetu prvo zada hipotetski problem, a onda svakodnevni.

Metoda je osobito uspješna u djece s emocionalnim smetnjama i socijalnom anksioznošću (ona uvježbavaju rješavanje međuljudskih problema). Svrha nije samo rješavanje konkretnog problema nego učenje djeteta kako da se snađe u novim situacijama i problemima.

Trening socijalnih vještina ima za cilj osnaživanje djece i mladih za snalaženje u svakodnevnim situacijama kroz iskustveno učenje. Socijalne se vještine najčešće definiraju kao ponašanja koja su socijalno prikladna, odnosno pojedinac koji posjeduje socijalne vještine znat će odgovoriti na mnoge životne situacije na prikladan i proaktivan način. Dugoročni cilj jest prevencija neprihvatljivog ponašanja i postizanje učinkovite socijalne integracije djece i mladih.

Učenje po modelu jest učenje promatranjem drugih. Temelji se na činjenici da je ponašanje nastalo promatranjem drugih stabilno i dugotrajno. Dijete imitiranjem druge osobe uči bez vlastita iskustva i ponavljanja neke situacije. Model može biti vršnjak ili odrasla osoba. Bolji se rezultati postižu ako model nije „savršen“, nego pokazuje neke teškoće i nesigurnost. Važno je kako model rješava problem. Ova se metoda pokazala osobito učinkovitom u anksioznim poremećajima, a česta je metoda koja se primjenjuje u djece i adolescenata, posebno za adolescente s poremećajima ponašanja i agresivnim ponašanjem. Prikladni modeli i njihovo ponašanje zamjenjuju neprikladno ponašanje.

Igranje uloga osobito je popularno među djecom. Dijete igra ulogu druge osobe te pri tome shvaća njezinu motivaciju, želje, interese, osjećaje. Uloge se mogu mijenjati i tada dijete dobiva još širi uvid u konkretnu situaciju. Igranje uloga pomaže prije svega u otklanjanju neprilagođena ponašanja, smetnji ophođenja, ljutnje, prkosa. Ova je metoda danas etablirana kao

standardna metoda koja se primjenjuje u djece i adolescenata. U toj se metodi često mogu naći teme kao što su ljubav, odnosi, konflikti u grupama, kao i pitanja autonomije. Igra uloga temelji se na različitim formama učenja, kao što su diskriminiranje, operantno pojačavanje, kao i učenje po modelu.

Preoblikovanje (mijenjanje atribucija) postupak je kognitivne reatribucije, u kojoj se „mijenjaju“ shvaćanja o postojećim uzrocima nekog problema. Novi su uzroci realniji, prihvatljiviji, lakše je nositi se s njima. U razumijevanju nastanka konkretnog problema pronalaze se različiti uzroci. Oni mogu biti globalni ili specifični, postojani ili nepostojani, unutarnji ili vanjski. Najteže je suočavanje s uzrocima koji su globalni, postojani i unutarnji, pa je onda teško i njihovo rješavanje. S druge strane, problemi koji su vezani za specifični, nepostojani i vanjski uzrok lakši su i za suočavanje s njima i za njihovo rješavanje. Reatribucijom se nastoje „objasniti“ uzroci problema i mijenjati oni koji su rigidni, a vezani za globalno, unutarnje, postojano.

U **tablici 75.3.** prikazani su primjeri atribucije neuspjeha na ispitu.

Ako adolescent uzroke neuspjeha traži u globalnim, unutarnjim i postojanim razlozima („glup sam“), imat će najviše teškoća u njegovu rješavanju. S druge strane, najlakše je ako kaže „dobio sam teške zadatke“ jer je uzrok specifičan, vanjski i nepostojan. Mijenjanje je atribucija primjenjivije u starije djece i adolescenata nego u mlađih. Reatribucija se pokazala korisnom u djece s problemima čitanja, pisanja i teškoćama u učenju te u adolescenata sa školskim neuspjehom.

Korištenje samouputama (*self instructional training*) tehnika je u kojoj se primjenjuju naučene samoupute („govor samom sebi“) pri rješavanju nekog problema. Temelji se na procesu razvoja samokontrole, pri čemu se djetetovi postupci prvo kontroliraju verbalnim uputama odraslih, a zatim ih dijete usvaja i ponavlja kao neku vrstu unutrašnjeg govora. Ovom se metodom te upute sada izgovaraju naglas. Primjenjuje se od 6. godine života (jer se tada razvija ovaj oblik samokontrole), poglavito kod eksternalizirajućih poremećaja, prkosa, pri ljutnji, impulzivnosti.

75.5. Klinička vinjeta

Dječak Fran učenik je 1. razreda osnovne škole, ima 7,5 godina. Kao glavni razlog dolaska roditelji navode kako dječak unatrag pola godine ne želi spavati bez jednog od roditelja, iako je samostalno usnivanje pret-

Tablica 75.3.

Atribuiranje pri neuspjehu na testu iz matematike

	Zašto nisam prošao test iz matematike?			
	Unutarnje (osobno)		Vanjsko (okolinsko)	
Stupanj	Postojano	Nepostojano	Postojano	Nepostojano
Globalno	Glup sam	Iscrpljen sam	Testovi nisu pravedni	Danas je petak 13.
Specifično	Nisam matematičar	Dosta mi je matematike	Testovi iz matematike su grozni	Dobio sam teške zadatke

hodno usvojio. On je jedino dijete u obitelji, roditelji ga opisuju kao mirnog i nježnog dječaka. Odnose u obitelji opisuju kao skladne. Ne vide jasan uzrok, a ni povod dječakova straha, no unatrag pola godine smetnje se pojavljuju svake večeri. Dječak je na početku tražio roditelje da budu s njim dok ne zaspi, ali nakon što se nekoliko puta probudio usred noći i osjetio snažan strah, sada ih svaku večer moli da spava s njima u krevetu. Roditelji su udovoljili tom zahtjevu, pogotovo zato što dječak nema nikakvih drugih znakova anksioznih smetnji. Samostalno odlazi u školu, preko dana ne pokazuje pretjerani strah ni prema čemu. Veseli se školi, uredno obavlja svoje zadatke, druži se s vršnjacima. U posljednje su vrijeme primijetili da i preko dana Fran nerado ostaje sam u svojoj sobi, više voli zadaću pisati u dnevnom boravku ili kuhinji. Dječak svoj strah pripisuje igranju računalne igrice kod prijatelja u kojoj „je bio netko s raznim oružjem protiv koga sam se morao boriti“. Kad legne u krevet, na pamet mu dolaze predodžbe u kojima taj „strašan lik mene napada, govori mi 'Ubit ću te, pogodit ću te strijelom, umrijet ćeš, a onda ću te pojesti'“. Tada osjeća lupanje srca i plitko disanje, a na ponašajnoj se razini vide plač, motorički nemir i odlaženje roditeljima u sobu.

U KBT-u je važna konceptualizacija slučaja, odnosno definiranje problema i ciljeva, te identificiranje raspoloživih resursa. U ovom je slučaju terapeutkinja KBT-a, zajedno s roditeljima i dječakom, problem definirala kao strah od ostajanja samog u sobi. Polazilo se od hipoteze da je riječ o simptomatologiji iz anksioznog spektra, a, budući da su prisutni strah i uznemirenost u trenucima kada Fran ostane sam, pretpostavka je da su u osnovi percepcija opasnosti, kao i vjerovanje o vlastitoj slabosti ili ranjivosti. Zajednički su definirana dva cilja tretmana: samostalno usnivanje i ostanak u sobi ako se probudi usred noći i ponovno

usnivanje. Na početku tretmana provedena je psihoedukacija roditelja i djeteta o anksioznosti, specifičnim strahovima u djece, kognitivno-bihevioralnom pristupu, planiranim intervencijama, poticanje na aktivno uključivanje u liječenje. Potom je napravljen plan liječenja koji je uključivao učenje relaksacije, izlaganje situacijama koje ga straše, najprije u mašti, a poslije i uživo. Primijenjeno je žetoniranje – u visoku prozirnu vazuu stavljane su šarene kocke (10 kockica ako Fran dopusti roditeljima da izađu iz sobe prije nego što se probudi i 10 kockica ako se ujutro probudi u svojem krevetu). Ta prozirna vaza dječaku je nalikovala na simbol „zdravlje“ kakav nalazi u računalnim igricama i značila mu je snagu da se izbori protiv straha. Ako je vaza bila napunjena do dogovorene razine, onda je Fran dobio nagradu koja je bila unaprijed dogovorena veća igračka. Osim toga, radilo se i na kognitivnoj restrukturaciji, odnosno zamjeni negativnih automatskih misli („Doći će onaj strašan i ubit će me“) funkcionalnijima („Ma to ništa ne postoji, a i ja sam jači jer imam zdravlje“). Nakon 8 seansi Fran je spavao sam u svojoj sobi.

75.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Kombinirana primjena kognitivne i bihevioralne terapije (KBT) pokazala se u dječjoj i adolescentnoj dobi jednako učinkovitom, ako ne i učinkovitijom nego u odraslih. U osnovi ona slijedi opća načela kognitivne i bihevioralne terapije, uz prihvaćanje niza specifičnosti s obzirom na dob klijenta.
- ✓ Teoretičari ovih modela kombiniranu su primjenu razradili, a praktičari (terapeuti)

uspješno je primijenili. I kombinacija se pokazala učinkovitom, prije svega kod poremećaja ponašanja, razvojnih smetnji, teškoća učenja, pri mucanju, tikovima, separacijskoj anksioznosti, školskoj fobiji, različitim anksioznim fenomenima i depresivnosti.

- ✓ U djece i adolescenata najčešće se primjenjuju tehnike rješavanja problema, učenje po modelu, igranje uloga, mijenjanje atribucija, preusmjerivanje pažnje, sustavna desenzibilizacija, pozitivno potkrepljenje, trening socijalnih vještina.
- ✓ Uspješnost KBT-a kod niza psihičkih smetnji u dječjoj i adolescentnoj dobi provjerena je i dokazana. U prilog joj govore i zadovoljstvo djece i adolescenata, njihovih obitelji, te bolje školsko funkcioniranje.

75.7. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Što je to ABA (*Applied Bibehavioral Analysis* – ABA) terapija u djece s autističnim spektrom poremećaja?

ODGOVOR: Danas se kao najprovjerena metoda pokazala rana intenzivna bihevioralna terapija koja je najvećim dijelom temeljena na modelu primijenjene bihevioralne analize (*Applied Bibehavioral Analysis* – ABA) te drugih sveobuhvatnih ponašajnih ili razvojnih programa. Bihevioralne terapije usmjerene su na stjecanje različitih vještina, od onih jednostavnijih prema složenijima, kao što je npr. započinjanje verbalizacije.

■ PITANJE: Kako se provodi kognitivno-bihevioralna terapija pri depresiji u adolescenata?

ODGOVOR: Kognitivno-bihevioralne intervencije kod depresije obuhvaćaju znanje o bolesti, strukturiranje svakodnevice, nadvladavanje neaktivnosti ili stresnih aktivnosti, poboljšanje socijalnog ponašanja, komunikacije i interakcije s drugima; prepoznavanje te provjeru i korekciju disfunkcionalnih kognitivnih stavova.

■ PITANJE: Što je to *mindfulness* bazirana kognitivna terapija?

ODGOVOR: *Mindfulness* bazirana kognitivna terapija temelji se bazira pregrupiranju i regulaciji pažnje da bi se učinkovito ovladalo nizom psiholoških simp-

toma, a koji uključuju emocionalnu reakciju na stres, tjeskobu i depresiju.

■ PITANJE: Što je to dijalektičko-bihevioralna terapija?

ODGOVOR: Termin dijalektička (koji se nalazi u sklopu naziva dijalektičko-bihevioralne terapije) znači sintezu, odnosno integraciju suprotnosti – prihvaćanje i promjenu. Prihvaćanje se odnosi na sve što život sa sobom nosi, a promjena na promjenu vlastita doživljavanja i ponašanja.

75.8. Pitanja

- 1 Navedite što znači međuodnos ponašanja, kognicije i emocija prema kognitivnoj paradigmi.
- 2 Navedite neka emocionalna stanja povezana s odgovarajućim mislima (kognicijom).
- 3 Navedite osnove kognitivne psihologije?
- 4 Navedite razlike između klasičnog kondicioniranja, operantnog kondicioniranja i učenja prema modelu.
- 5 Navedite što je to preoblikovanje (mijenjanje atribucija).
- 6 Navedite neke specifičnosti KBT-a u dječjoj dobi.

75.9. LITERATURA

1. Anić N. Bihevioralno-kognitivna terapija anksioznosti u dječjoj dobi. U: Begić D, ur. *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 65-70.
2. Anić N. Bihevioralna terapija u radu s djecom i omladinom. U: Nikolić S. *Mentalni poremećaji u djece i omladine 3*. Zagreb: Školska knjiga; 1992, str. 137-46.
3. Boričević-Maršanić V, Zečević I, Paradžik, Lj i sur. Kognitivne tehnike u kognitivno-bihevioralnoj terapiji mlađe djece s eksternaliziranim poremećajima. *Soc psihijat* 43 2015;4:183-190
4. Jokić-Begić N. Bihevioralna paradigma anksioznosti. U: Begić D, ur. *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 49-52.
5. Jokić-Begić N. Kognitivna paradigma anksioznosti. U: Begić D, ur. *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 53-8.
6. Jokić-Begić N. Kognitivno-bihevioralne terapije. U: Kozarić-Kovačić D, Frančičković T. *Psihoterapijski pravci*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 233-54.

7. *Jokić-Begić N.* Cognitive-behavioral therapy and neuroscience: Towards closer integration. *Psihol teme* 2010;19.2: 235-254.
8. *Linehan MM, Comtois KA, Murray AM i sur.* Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):757-766.
9. *Perry-Parrisch C, Copeland- Linder N, Webb L i sur.* Improving self- regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness- based cognitive therapy. *Adolesc Health Med Ther* 2016;7:101-8.
10. *Kalebić-Jakupčević K, Živčić-Bećirević, I.* Cognitive and metacognitive processes in depressive disorder. *Soc psihi-jatr* 2016;44:185-195.
11. *Schwartz JM.* Obsessive-compulsive disorder. *Science & Medicine* 1997;4(2):14-23.
12. *Živčić-Bećirević I.* Kognitivno-bihevioralna procjena djece. U: Anić N, ur. *Praktikum kognitivne i bihevioralne terapije.* Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske; 1990, str. 113-34.
13. *Živčić-Bećirević I.* Bihevioralno-kognitivna terapija anksioznih poremećaja. U: Begić D, ur. *Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja.* Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 59-64.

Psihodinamske terapije u djece i adolescenata

*Ivan Begovac, Mia Antić, Anđela Kovačević, Iva Radoš,
Hana Karlica, Snježana Lovrić, Veronika Nives Zorić*

SADRŽAJ

76.1. Uvod	1023
76.2. Dijagnostika, indikacije	1023
76.3. Posebnosti liječenja - uvodni i opći aspekti	1023
76.4. Posebne vrste psihodinamskih terapija	1025
76.4.1. Psihoterapija para dojenče – skrbnik	1025
76.4.2. Individualna psihodinamski orijentirana psihoterapija	1025
76.4.3. Grupna psihoterapija djece i adolescenata	1026
76.4.4. Psihodrama	1027
76.4.5. Rad s roditeljima	1027
76.4.6. Obiteljska, bračna i partnerska terapija	1028
76.4.7. Dnevnobolnička, stacionarna psihoterapija	1028
76.5. Tijek psihodinamskih terapija u djece i adolescenata, znanstvena istraživanja	1029
76.6. Upute za roditelje/nastavnike	1029
76.7. Često postavljena pitanja	1029
76.8. Pitanja	1031
76.9. Literatura	1032

76.1. Uvod

Preporuča se da se prethodno pročitaju više poglavlja o razvoju djeteta i adolescenta u njegovoj složenosti (v. posebna poglavlja 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Korisno je također usporedo pročitati poglavlje o kognitivno-bihevioralnoj terapiji u adolescenata, o odnosu psihoterapije i psihofarmakoterapije (poglavlje psihofarmakoterapija – uvodni aspekti, 1. dio), kao i druga povezana poglavlja (Medicinska sestra / tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije; Škola i dječja i adolescentna psihijatrija i psihoterapija; Terapija igrom; Snovi u djece i adolescenata – psihoanalitički i psihoterapijski aspekti; Likovnost u psihoterapiji djece i adolescenata).

S obzirom na specifičnosti razvojne dobi koju čine djetinjstvo i adolescencija, potrebne su određene specifičnosti u psihoterapijskom pristupu, to više što je motivacija djeteta/adolescenata za liječenje najčešće slaba, a liječenje obično potiče roditelj. Budući da je djetinjstvo/adolescencija razdoblje u kojemu se još uvijek oblikuju ličnost i identitet, njihova razina zrelosti uvjetuje nestabilnost u osjećajnoj, a često i u ponašajnoj sferi (Begovac 2014 (a); Kocijan-Hercigonja 2014).

Educirani psihoanalitičar i psihoanalitički psihoterapeut u radu s djecom i adolescentima kreiraju će „**psihoanalitičku situaciju**“ u bilo kojem obliku liječenja u kojem radi: individualnom, grupnom, radu s roditeljima, obiteljskom, psihodramskom, terapijom majka – dojenče, terapijom igrom, u obliku dugotrajnih terapija, kriznom obliku, kratkotrajno fokalnom, institucionalnom ili u privatnoj praksi, dnevnom bolničkom, te stacionarnom (Windaus 2009).

76.2. Dijagnostika, indikacije

Dijagnostika je prvi korak u terapijskom pristupu. Uobičajeno se koristi standardna dijagnostika i primjena važećih klasifikacija (MKB-10; DSM-5; *Zero to five* klasifikacija), a o čemu je pisano u drugim poglavljima. Pri dijagnostici važna nam je aktualna simptomatologija, međutim, važniji su nam razvojni stupanj djeteta, kao i težina i kompleksnost njegovih strukturnih oštećenja. U svijetu postoje različiti modeli za psihodinamsku dijagnostičku procjenu u dječjoj i adolescentnoj dobi. Vidjeti posebna poglavlja o dijagnostici, a posebno poglavlje 20 o psihodinamskoj dijagnozi, koja daju definicije pojedinih termina pri scenskom prikazivanju, os konflikta te os strukture (tabl. 20.1.; tabl. 20.2. – tabl. 20.3.) (Arbeitskreis

OPD-KJ-2 2016). Ono što mnogobrojni autori naglašavaju u dijagnostici jest dodatno obraćanje pozornost na trenutačni **razvojni stupanj** u kojemu se dijete/adolescent nalazi. Dakle, ako su nam poznati strukturna razina, dominantna razina odnosa prema objektu, ego-struktura, razvoj doživljaja selfa, problematika nagona, te međusobni odnosi s drugima, to nam može dati procjenu o tome je li više riječ o neurotskom poremećaju ili se radi o poremećaju na niže integriranom stupnju, gdje dominiraju strukturni deficiti (razvoj deficitarne strukture ličnosti).

U dijagnostici je potrebno orijentirati se i na druge razine funkcioniranja, kao što su intelektualna razina, eventualne razvojne poteškoće itd. Čini se da, što je klinička slika više polisimptomatska (ako ima više različitih simptoma), veća je šansa za strukturne i dublje poremećaje, kao što je npr. smanjena mogućnost kontrole impulsa s ovisničkim ili nagonskim agiranjem, smanjena tolerancija napetosti ili osjećaja, ili oštećeno testiranje realiteta. Što je teže oštećena struktura ličnosti, to je nepovoljnija prognoza za psihoterapiju. Streeck-Fischer i Streeck (2009) navode da je u dijagnostici dodatno potrebno procijeniti suradnju s roditeljima, jer nedovoljna suradnja s njima često vodi do prekidanja terapija. Potrebna je procjena djetetovih/adolescentovih odnosa, je li riječ o autističnom stavu, služe li drugi samo za održavanje samoregulacije ili postoji međusobna interakcija. Nadalje, važno je procijeniti osjećaju li se dovoljno autonomno ili su drugi samo proširenje njih samih; kakav je njihov doživljaj sebe i kako se osjećaju u odsutnosti drugih važnih osoba. Treba utvrditi koliko dijete/adolescent može izdržati frustracije, konflikte i strahove; kako izlazi na kraj s vlastitim osjećajima, impulsima, željama i unutarnjim zabranama u odnosu prema drugim osobama; kako dolazi do samoregulacije u odnosima prema drugima; kako doživljava ovisnost o drugima i kako može postaviti granice prema drugima u odnosu prema sebi.

Najčešće dijagnostičke **indikacije** za psihoanalitičko liječenje, a koje su se i u empirijskim znanstvenim istraživanjima potvrdile kao učinkovite, jesu: anksiozni poremećaji, depresivni poremećaji, poremećaji ličnosti, poremećaji jedenja, emocionalni i ponašajni poremećaji i drugi (Windaus 2009).

76.3. Posebnosti liječenja – uvodni i opći aspekti

Posebnost djece i adolescenata jest sklonost regresiji, aktualnost nagonskih faza (npr. djeca su još ovisna

o svojim roditeljima), kao i strukturalna slabost ega. Kroz stabilni okvir (*setting*), apstinenciju i neutralnost putem regresije potiču se prijenosno-protuprijenosne konfiguracije radi osvješćivanja osjećaja i nesvjesnih konflikata. M. Klein (1934) smatra da je **prijenosna neuroza** u djece prisutna, dok je to Anna Freud (1936/1968) kod djece smatrala samo nečim parcijalnim (zbog aktualnog /realnog/ odnosa s roditeljima). I M. Klein i Anna Freud jedinstvene su u tome da se u djece može razviti potpuna analitička situacija.

Korisno je razlikovati **prijenos sadašnjih relacija** (npr. aktualna veza s roditeljima) (primjer: dijete/adolescent ponaša se provokativno prema svojim aktualnim roditeljima i takva se onda ponašanja također ponavljaju prema terapeutu; „Vi me, doktore, ne razumijete“; ili npr. roditelji postavljaju granice i mora se pasivno njima podložiti, dok se terapeuta aktivno pokušava kontrolirati) s obzirom na **prijenos prijašnjih iskustava** (Windaus 2009). Prijenos prijašnjih iskustava se približava pojmu prijenosa u odrasloj dobi, kada se nalazi određena fiksacija na određenu razinu, odnosno potiskivanje ovih iskustava (primjer ove teme može biti: separacija od oralno zadovoljavajućeg dijadnog odnosa sa majkom - verbalizacija „bezazlenog djetinjstva obilježenog sa zaštićenosti“; neki adolescenti odbijaju svoje odrastanje, svoje promjene tijela i svijet odraslih osoba).

U djece su prisutni razvojna nezrelost ega, sklonost regresiji, kao i naglašeni odnos s aktualnim skrbnicima. U adolescenata dolazi do povlačenja libida s roditelja, narcistički izbor objekta te otežano zaposjedanje terapeuta kao osobe, što otežava razvoj prijenosa. U adolescenta dominiraju ideje veličine, život u sadašnjosti i snažno zaposjedanje tjelesno-seksualnih osjećaja. Zbog jake usmjerenosti na sadašnjost i vlastitu autonomiju može se izbjegavati prošlost (i ovisnost), kao i razvoj prijenosnog odnosa. U adolescenciji su tipične „zaljubljenosti“ ili pak obezvrjeđivanja terapeuta (npr. adolescent ima potrebu za jednom svemoćnom i onipotentnom figurom). Ova je svemoć (omnipotencija) važna za održavanje narcističke vulnerabilnosti adolescenta, ali i kao smanjivanje vlastitih osjećaja krivnje (zbog prisutnih agresivnih i seksualnih impulsa), u smislu: „Ako si ti svemoćan, onda te mogu obezvrjeđivati, i zbog toga nemam osjećaje krivnje.“

Rad s **fantazijama, snovima i agiranjem** ima svoje posebnosti u dječjoj i adolescentnoj dobi i važne su sastavnice psihoanalitičkog liječenja. Od **fantazija** možemo u djece spomenuti magično mišljenje, fanta-

zije spašavanja (heroja); obiteljski roman; poznata je „fantazija kade“ u malog Hansa (Freud, 1987/1909). **Snovi** u djece mogu biti vrlo jednostavni, većinom predočuju ispunjenje želje, odnosno dopunu neispunjene realnosti. U djece je **agiranje** (drugi bi autori rekli scensko prikazivanje) više u funkciji obrane od ustrašenih osjećaja, negoli dopuna potisnutog sjećanja. Kod fantazija i snova adolescenata vrijede slične smjernice kao u djece. Masturbacijske su fantazije u adolescenciji libidonozno zaposjednuti, ali i s krivnjom povezani osjećaji. **Agiranje** je u adolescenata toliko tipično koliko i igra u djece, odnosno verbalizacija u odraslih. Posebno je u traumatiziranih adolescenata povećana sklonost agiranju.

U **početku liječenja** potrebno je kreirati „**temeljno povjerenje**“ u terapijskom odnosu, uz aktivno slušanje, praćenje djeteta/adolescenta, empatiju, sadržavanje (*containment*), uz stvaranje **terapijskog saveza** i izbjegavanje prijenosnih interpretacija. U kasnijem tijeku psihoterapije mogu se primjenjivati **interpretacije prijenosa**. Interpretacije ciljaju na pretvaranje nesvjesnog u svjesno, one u djece trebaju podupirati razvoj, povećavati *ego-splitting* (ego rascjep), koji može voditi do veće samorefleksije. Na kvalitetu interpretacije djeluje kvaliteta terapijskog odnosa, stabilnost terapijskog saveza, te ponavljajuća prorada. U djece mogu biti korisne pomoći pri interpretaciji, npr. zbog njihove potrebe za eksternalizacijom interpretacije se mogu pokušati usmjeriti na neku lutku, drugu djecu ili prema imaginarnim prijateljima. **Otpori** mogu biti značajni u djece zbog nezrelog ega, dok se adolescenti nalaze u fazi separacije od svojih primarnih figura, te im je otežano vezanje za terapeuta. Dodatna komplikacija mogu biti otpori koje stvaraju roditelji (Windaus 2009).

Protuprijenosni osjećaji osvješćuju se vlastitom analizom analitičara (Windaus 2009). Specifične protuprijenosne reakcije mogu biti: rivaliziranje s roditeljima oko djeteta, doziranje frustracija prikladnih djetetovoj dobi; terapijske ideje veličine pri liječenju adolescenata, nesvjesno poticanje agiranja u djece/adolescenata, identifikacija s regresijom djeteta, seksualni protuprijenosni osjećaji terapeuta prema adolescentima, te separacijski problemi terapeuta s obzirom na završetak liječenja.

Posebnosti i problemi liječenja u djece i adolescenata su mnogobrojni: kako potaknuti motivaciju i održavanje prvog kontakta u liječenju; u adolescenata se to kosi s njihovom potrebom za autonomijom; kako odr-

žati terapijski savez s djetetom, adolescentom, kao i njihovim roditeljima; kako se suočiti s manjkom potrebe za samorefleksijom, odnosno dijete/adolescent češće upotrebljuje motoriku, kao i princip ugone. U djece i adolescenata posebno su korisni igra, crteži, Winnicottove črčkarije, likovno izražavanje, a Anna Freud je navodila korisnost primjene „dnevnik sanjarenja“ u djece, te psihodramsko zbivanje. Društvene igre s pravilima načelno smanjuju mogućnost dubine terapije, jer njihova pravila ograničavaju fantazijsku aktivnost, međutim, mogu imati socijalizacijsku korist. Rad s roditeljima zaslužuje osobitu važnost. Posebnosti završetka terapije mogu biti brojne, primjerice kako da **dijete tolerira da može biti samo (kapacitet biti sam)**, odnosno da tolerira „**fantazam primarne scene**“, kada je ono isključeno iz jednog dijadnog odnosa (ili drukčije rečeno prihvaćanje triangularizacije). Ili drukčije rečeno, kao najvažniji cilj liječenja može biti **poticanje razvoja djeteta**. Učinkovitost je psihoanalitičkih terapija kod različitih entiteta u djece i adolescenata, osim klinički, empirijski i znanstveno dokazana.

Zaključno rečeno, u djece i adolescenata često ne postoje „klasični“ uvjeti za provedbu psihoterapije, kao što su određena razina zrelosti, pouzdanost karakternih crta, potreba za liječenjem, motivacija i, usto, kao što je već rečeno, u većini slučajeva „upućeni“ su od drugih, najčešće svojih roditelja. Kod psihodinamskih terapija u središtu su pažnje prijenosno-protuprijenosna pitanja, a ona su ovdje znatno otežana jer u djece/adolescenta imamo nezrelost ega, poseban intenzitet i nestalnost njihovih osjećaja, potrebu za čestim i neposrednim zadovoljstvom; selektivno oštećenje testiranja realnosti, poteškoće u samokritici, te, s obzirom na odrasle, različitu percepciju okoline. Štoviše, pitanje vezanosti za primarne objekte u središtu je djetetova/adolescentova konflikta, što znatno utječe na prijenosne relacije u terapijskoj situaciji.

76.4. Posebne vrste psihodinamskih terapija

76.4.1. Psihoterapija para dojenčice – skrbnik

U posebnoj poglavlju 17 navedena je dijagnostička procjena dojenčeta, a posebnu pozornost treba obratiti na procjenu interakcije između roditelja i dojenčeta (procjena dijade) (tabl. 17.1.).

U posebnoj je poglavlju opširnije opisana psihoterapija para dojenčice – skrbnik (v. poglavlje 33 o pore-

mećajima u dojenačkoj dobi). Termin dojenčice u ovoj se knjizi upotrebljuje za široku dob, od novorođenačke dobi do dobi predškolskog djeteta. Psihodinamske terapije usmjerene su na mijenjanje roditeljskih reprezentacija povezanih s prošlosti tzv. duhovi iz prošlosti ili duhovi iz dječje sobe (ghosts in the nursery), s obzirom na konkretnu interakciju majka – dijete (Brazelton i Cramer 1991; Lebovici 1990; Stern 1998). Obično je u psihoterapiju uključeno tri do pet osoba (majka, otac, dijete, terapeut te eventualno koterapeut). Uključivanje oca pomaže triangularizaciji odnosa. Stern (1998) predlaže identifikaciju dominantne teme seanse, poticanje majčine narativne koherencije te postupnu korekciju roditeljskih predodžbi. Pažnja se posebno usmjeruje na povećanje sadržavajućih (*containment*) kapaciteta roditelja jer je uglavnom riječ o preverbalnom razdoblju i učenju kroz igru. U roditelja s izraženijom psihopatologijom (npr. teži afektivni poremećaji, poremećaji ličnosti, psihotični poremećaji, intelektualne teškoće, nedostatak uvida) u obzir dolaze konkretnije upute o roditeljstvu, psihodukacijske mjere te poticanje empatijskih kapaciteta, pri čemu terapeut služi kao zaštitni, pomoćni ego (Lieberman i Pawl 1993). U ostalih se mogu primjenjivati intervencije preko direktne interpretacije reprezentacija tijekom kratke, psihodinamske psihoterapije (do deset seansi) (Brazelton i Cramer 1991; Lebovici 1990; Stern 1998).

76.4.2. Individualna psihodinamski orijentirana psihoterapija

Individualna psihodinamski orijentirana psihoterapija može se primjenjivati već od **četvrte godine djetetova života**. U mladoj će se dobi rabiti **terapija igrom** (v. posebno poglavlje 77), a primjenjivat će se opći psihodinamski principi navedeni u uvodu ovog poglavlja. **Adolescenti** nemaju povjerenje prema odraslima koji im nude terapiju i često nemaju osjećaj bolesti. Često adolescenti u početnoj fazi terapeuta doživljavaju prijenosno kao roditeljsku figuru. U ovome smislu terapeut se može doživjeti kao loš, opasan, nevrijedan, kao intruzivan itd. Na početku je važno, koliko god je to moguće, stvoriti terapijski savez. Često je potrebno adolescentu češće ponavljati svrhu terapije. Kod više tipičnih neurotskih kliničkih slika terapijski se rad u djeteta/adolescenta fokusira na razvojnim pitanjima, pitanjima motivacije, pitanjima prijenosa-protuprijenosna, ili na manje zahtjevno postavljenim ciljevima: podupiranje ega, podupiranje razvojnih zadaća, kao i

rad na boljim metodama adaptacije, te na pojačanju afektivno-kognitivnih sposobnosti. Pri težim kliničkim slikama u adolescenata (težim strukturnim oštećenjima) pristup je zahtjevniji. Takvi adolescenti imaju problem verbalno se izraziti, ne osjećaju se povezani sa svojim osjećajima, svojim tijelom, kao i tjelesnim senzacijama. U literaturi postoji niz terapija koje su modificirane s obzirom na potrebe njihovih pacijenata, od terapija usmjerenih na pojačanje mentalizacijskih sposobnosti (Fonagy i sur. 2004) pa do psihoanalitičko-interakcionalnih terapija (Streeck 2007; Streeck-Fischer i Streeck 2009). Osobitosti su ovih modifikacija u tome da je težište na doživljajima odnosa u vremenu „ovdje i sada“, važan je zadatak terapeuta da potiče razvoj, terapeut je drukčiji objekt nego njegovi roditelji, i po tome je nov i drukčiji (Streeck 2007).

U početnim fazama takvih terapija važno je sklopiti „**dogovor o suradnji**“ (**terapijski savez s djetetom/adolescentom, ali i s roditeljima**) (Begovac 2014 (b)). Dijete/adolescent mora znati zašto je u terapiji i mora pokušati razviti vlastite ciljeve terapije. Pojedini autori više naglašavaju da ovdje terapeut ne treba biti prijenosna figura, nego više „**osoba sa svojom ličnošću**“. Terapeut svojim refleksijama pomaže u boljem diferenciranju i nijansiranju osjećaja. Ovdje je naglasak na tome da je terapeut „**novi razvojni objekt**“, a ne samo prijenosni objekt, što je inače važno općenito imati na umu u psihoterapijskom radu s djecom i adolescentima (Windaus 2009).

76.4.3. **Grupna psihoterapija djece i adolescenata**

Pojedini autori kod grupnih psihoterapija dijele djecu na različitu dob s obzirom na razvoj, što može biti povezano s dominantnim načinom terapije. U dobi djece od **3 do 7 godina** dominirat će igre uloga, zajednička igra, zajednički crteži itd. (broj je članova grupe minimalno 5, a maksimalno 8), a korisno je često i koterapeutsko vođenje. U dobi od **8 do 12 godina** nalaze se razvojna faza latencije i preadolescencija, kada su važne identifikacije, pa je terapeut važan kao model. Pojedini autori razlikuju tada različite vrste grupnih terapija: 1. **aktivne grupne terapije** (Slavson i Schiffer 1976) (prostor za interakciju; „materijali koje vežu libido“ /drvo, plastelin, linoleum, crteži, sportske igre, igre s pravilima/, terapeut je kao model, dok su intervencije neverbalne); 2. **aktivno izražavajuće grupne terapije** (Slavson i Schiffer 1976) (neurotska djeca; povezivanje osjećaja s grupom ili s terapeutom;

„materijali koji aktiviraju libido“ /lutke, teatar, auto, crteži, pijesak/, bude fantazije; terapeut kratko interpretira). U dobi od **12 do 15 godina** prevladavaju preadolescencija, porast nagonskog, rascjep od unutarnjih veza s roditeljima, teža je samorefleksija, a pojedini se autori tada koriste **interakcijskim grupama** (Heigl-Evers i Heigl 1973); potrebni su aktivnije vođenje i poštovanje pravila; verbaliziranje emocionalne atmosfere, ponašanja, razlikovanje fantazije i realnosti. Od **16. godine nadalje** pretpostavlja se adolescencija u užem smislu, nalaženje seksualnog izbora objekta izvan obitelji, a pitanja identiteta dolaze u prvi plan. Tada se mogu primjenjivati psihodinamske i psihoanalitičke grupne terapije, lakše je podnošenje „slobodno flotirajuće pažnje“, odnosno „minimalnog strukturiranja grupe“ (Heigl-Evers i Heigl 1973), što uzrokuje regresiju, međutim, intervencije su ipak „više ego podupiruće“ nego u odraslih. Intervencije su aktivnije i realnije, broj je intervencija češći nego u odraslih, dominiraju autentičnost i spontanost te reflektivnost. Grupnopsihoterapijski rad može za dijete/adolescenta biti vrlo važno iskustvo jer inače prirodno dijete/adolescent ima potrebu biti sa svojim vršnjacima. Grupa može poslužiti potrebi za smanjenjem ovisnosti o svojim roditeljima, kao i most od obitelji prema novim socijalnim odnosima (Cramer-Azima 1996). Grupna je psihoterapija vrlo raširena psihoterapijska metoda liječenja. Posebnost te tehnike jest mogućnost primjene unutar institucije, kao i unutar nekih koncepata (npr. dnevno bolnički koncept), gdje je jedan dio multimodalnog tretmana. Terapijske čimbenike u grupnoj psihoterapiji čine osjećaj da dijete/adolescent nije sam; grupa kao mjesto gdje se može pričati priča i gdje se potiče verbalizacija osjećaja, grupa kao igraonica; može dominirati fenomen zrcaljenja; grupa kao prostor sadržavanja (engl. *container*) za tjeskobu; balans između prihvaćanja i postavljanja granica; grupa kao „prijelazni prostor“; te grupa u kojem se događaju iskušanja altruizma. Često grupa u djece i adolescenata oscilira između neorganizacije i organizacije. Osnovno pitanje grupne psihoterapije djece/adolescenata jest kako funkcionirati između konfrontacije i suporta; kako doći od *acting outa* do self-refleksije.

Pojedini autori u literaturi navode mnoga otvorena pitanja kod primjene grupne psihoterapije. Prvo bi bilo da ne postoji jedinstveni teorijski okvir grupne psihoterapije. U literaturi su korisna saznanja različitih autora o ovoj problematici. Foulkes (1984) u središtu teorije navodi poremećaj komunikacije u grupi, koji, s jedne strane, reflektira internalizirane djetinje konflikte

s važnim osobama iz djetinjstva, a, s druge, reflektira indirektno neke društvene tabue. Bion (1961/1983) svoj pristup grupi temelji na različitim pozicijama (shizoparanoidna i depresivna), kao i koristeći se terminom temeljnih pretpostavki koji mogu ometati rad grupe. Drugi autori navode također različite aspekte grupne psihoterapije (Heigl Evers i Heigl 1973). Drugo, često mogu biti pitanja različitih razina u grupi (npr. horizontalni, vertikalni itd.). Treće, pojedini autori govore o različitim fazama grupnoga procesa, međutim, to se može odnositi više na zatvorene grupe ili grupe s odškrnutim vratima (*slow-open groups*) (Hayne 2001; Pigott 1992; Pigott 2008). Četvrto, čini se velika važnost koterapijskog vođenja (muško-ženski par) jer omogućuje različite identifikacije, naime, lakša je edipska konfiguracija i prijenosni aspekt (triangularizacija), lakša je mogućnost rascjepa na „dobar“ i „loš“, kao i da se promatraju različiti karakteri terapeuta. Terapeuti postaju primatelji projekcija: roditelji ili stariji brat ili sestra, željeni prijatelj ili neki nepovjerljivi odgajatelj. Peto, ostaje otvorenost pitanja prema broju muških i ženskih članova u grupi, odnosno o heterogenosti/homogenosti pojedinih psihičkih poremećaja (Postoji li prednost ili nedostatak ako sve članice grupe imaju npr. poremećaj jedenja?). I konačno, od terapeuta se očekuju modifikacije i fleksibilnost. Terapeut može biti u ulozi člana grupe; pokretan i voljan eksperimentirati; autentičan, na selektivni način govori o svojim osjećajima, služi kao model; intervencije su češće; uz stalno promatranje svojeg protuprijenosa, što je osnova terapijskog razumijevanja.

Pojedini autori navode indikacije i kontraindikacije za grupnu analitičku psihoterapiju (Haar 2009; Slavson i Schiffer 1976). Neke su indikacije već prije bile navedene u uvodu u tekst. Nadalje, analitička grupna psihoterapija je **indicirana** za neurotsku djecu i adolescente, anksioznu i inhibiranu djecu. Također za djecu sa sniženim samopoštovanjem, nesigurnu djecu, kao i za adolescente koji imaju narcističku problematiku, s poremećajem hranjenja, depresivnu djecu, kao i s analnim problemima (enureza, enkopreza). Pojedini autori navode **kontraindikacije** kao što su izraziti poremećaji ponašanja (važne su paralelne pedagoške mjere), izrazite egzibicionističke tendencije, izraziti narcizam, izrazita labilnost ega, psihotični poremećaji u ranoj fazi liječenja te trauma izazvana tjelesnim i seksualnim zlostavljanjem (v. poglavlja 30 i 31 o tjelesnom i seksualnom zlostavljanju). O detaljima grupnih psihodinamskih terapija čitatelja se također upućuje na drugu važnu literaturu (Klain 2008).

76.4.4. Psihodrama

Psihodrama je posebna vrsta psihoterapijske tehnike koju primjenjujemo u djece i adolescenata. Posebno se psihodrama čini prikladna za adolescente jer je naglašena uloga neverbalnog, uloga tijela, te stoga što je adolescentov ego još u razvoju. Psihodramu je razvijao Moreno (1946/1993), od dvadesetih godina prošloga stoljeća. On se više temeljio na ekspresivnosti i katarksičnoj prirodi psihodrame kao terapijske tehnike, gdje je u središtu bila spontanost. Francuski psihoanalitičari (Lebovici i sur. 1952) razvijaju psihodramu u skladu sa psihoanalitičkom teorijom, te u prvi plan stavljaju analizu ličnosti, analizu ega, njegovih mehanizama obrane te drugih aspekata ličnosti. Spomenuti autori naglašavaju da je igra poput govora, proizvod instinktivnih pulzija i mehanizama obrane ega. Tijelo je u psihodrami shvaćeno kao mjesto izražavanja nesvjesnih poriva i medij komunikacije, spontanosti i istine. U psihodrami su izrazito važni sljedeći elementi: uloga prijenosa; funkcija tijela; uloga fantazama; načelo privida (fiktivnosti ili „kao da“ situacije) i funkcija uloge. Posebnost psihodrame nalazi se u činjenici da postoje tri protagonista: bolesnik, voditelj i grupa koterapeuta. Ovako psihodrama može izazvati fantazam „primarne scene“, premda srodnost prijenosa u psihodrami s edipskim trokutom ne isključuje odigravanje preedipskih regresivnih situacija. Psihodrama ili scenska ekspresija nije kazalište ni umjetnost, ona je umijeće liječenja. Scenskom ekspresijom oživotvoreni fantazmi omogućuju bolesniku da svoja intrapsihička zbivanja vidi kao u snu. Psihodramu možemo podijeliti na individualnu ili grupnu (Nikolić 1992). Velika je razlika između individualne i grupne psihodrame. Individualna psihodrama približava se individualnoj psihoterapiji, dok se grupna psihodrama približava grupnoj psihoterapiji (u grupnom okviru može se tada kombinirati grupna psihodrama, grupna verbalizacija, grupni dječji crtež itd., međutim, to sve treba biti unaprijed dogovoreno). Indikacije i kontraindikacije za psihodramu mogu biti slične kao što je to navedeno kod grupne psihoterapije (v. prije). Za detalje o psihodrami čitatelja također upućujemo na drugu korisnu literaturu (Graovac 2014).

76.4.5. Rad s roditeljima

Psihodinamski rad s roditeljima važan je aspekt liječenja u dječjoj psihijatriji. Britanski autori pod utjecajem M. Klein (1934) rad s roditeljem prepuštaju dru-

gom terapeutu, dok prvi terapeut provodi individualnu terapiju ili neku drugu vrstu terapije s djetetom. Njemački autori (Ahlheim 2009) imaju operativniji pristup i najčešće terapeut koji radi individualnu terapiju s djetetom, radi povremeni rad s roditeljima (obično nakon četiri seanse s djetetom slijedi odvojena seansa s roditeljima). Ovdje je važan okvir terapije (*setting*), da se ne narušava vrijeme koje je rezervirano za dijete. Međutim, postoje važne napomene. S jedne strane, potrebno je, kada se razgovara s roditeljem, poštovati povjerljivost onoga što se događa u individualnoj terapiji s djetetom, što nije lako ostvarivo u praksi. S druge strane, rad s roditeljima nije nikako njihova individualna psihoterapija, već samo paralelno praćenje roditelja, što također nije lako ostvarivo u praksi. Stoga, treba imati dovoljno iskustva i umješnosti u provedbi rada s roditeljima. Dakle, rad s roditeljima više je upućen na poticanje roditeljskoga terapijskog saveza i trianguliranja, ojačavanje roditeljske pozicije, roditeljsko sadržavanje (*containment*) djetetovih projekcija, rad na otporima kod roditelja, strahovi kod roditelja od promjena u djeteta, rad na osjećajima srama, rad na osjećajima ljubomore i zavisti u odnosu prema terapeutu, rad na osnaživanju narcističke ravnoteže roditelja, te rad sa strukturno oštećenim roditeljima (Ahlheim 2009). Dakle, ovdje je potrebno imati umjereni pristup i imati umjetnost balansiranja. U slučaju teže psihopatologije u roditelja, može se odvagnuti potreba posebne psihoterapije za roditelje kod drugog terapeuta.

76.4.6. Obiteljska, bračna i partnerska terapija

U posebnoj je poglavlju 24 navedena dijagnostika obitelji, koja se dijeli na osnovnu dijagnostiku (tabl. 24.4), te tri područja kod promatranja obitelji kao cjeline (tabl. 24.3.). Također su u istom poglavlju navedeni i pojedini oblici obiteljskih terapija (tabl. 24.6.). Obiteljska, bračna i partnerska psihoterapija usmjerene su prema interpersonalnim procesima koji se odigravaju između članova obitelji, kao prirodnoga psihosocijalnog sustava ili prirodne grupe, te između obitelji i njezine okoline. Sa stajališta obiteljske terapije bolesnik je cijela stvarna obiteljska jedinica. U svakoj obitelji postoje pravila ponašanja koja održavaju homeostazu, zadovoljavajući svjesne i nesvjesne potrebe pojedinaca, i tiču se različitih aspekata odnosa: fuzija ili izolacija, dominacije-submisivnosti, aktivnosti-pasivnosti, maskulosti-feminosti i drugo. Promatranje obitelji kao sustava bolje je osvjetlilo i odnos hijerarhije i individualacije u obitelji. U tijeku razvoja obiteljske terapije

razvijali su se pravci kojima je naglasak više na strukturi obitelji ili na značajkama komunikacije ili pak na terapijskoj strategiji. Psihoanalitički i psihodinamski pristup obiteljskoj psihoterapiji može biti usmjeren na bolju komunikaciju među članovima, kao što se to inače čini u individualnoj terapiji, da se dođe do integracije pojedinih dijelova ličnosti. Grupno analitički pristup obitelji osniva se na načelima grupne terapije: primjerice na konceptima kao što je matriks, komunikacija unutar totaliteta polja interakcija, po tome je obitelj pogodno mjesto za razvoj primitivnih obrana i komunikacija, za projekcije, poricanja i idealizacije. U obiteljskoj su psihoterapiji važne prijenosno-protuprijenosne reakcije i otpori liječenju (Prpić 1992). U praksi je potrebno razlikovati obiteljsku od bračne i partnerske terapije, što može imati vrlo važne kliničke implikacije. Za detalje o obiteljskim terapijama vidjeti također drugu važnu literaturu (Vidović 2014).

76.4.7. Dnevnobolnička, stacionarna psihoterapija

Takve su psihoterapije obično vremenski određeni, multidimenzionalni i multimodalni terapijski koncepti. Tako se mogu primjenjivati različite terapije: grupna psihoterapija, psihodrama, individualna psihoterapija, rad s roditeljima, obiteljske terapije, svakodnevni rad s pedagoškim terapijama, socijalnoterapijskim postupcima, kao i dodatnim aktivnostima usmjerenima na tijelo (npr. relaksirajući postupci), poticanje vještina treninga s roditeljima, provođenje školske nastave u bolnici; posebni treninzi za učenje u koncentraciji, a treba odvagnuti i dodatnu upotrebu psihofarmaka. Veća je uloga drugih stručnjaka iz tima: pedagoga, učitelja, medicinskih sestara, defektologa, radnih terapeuta, psihologa u cjelokupnom tretmanu djeteta/adolescenta, koji su više zaduženi za bavljenje aktivnostima tijekom cijelog dana. Potrebno je kreirati okolinu koja sadržava poticajni **terapijski milje**. U dnevnobolničkom i stacionarnom liječenju zapravo je naglasak na grupnoj dinamici, koja uključuje više pacijenata, kao i brojno osoblje. U drugim dijelovima knjige opisani su pojedini aspekti stacionarnog (i nastavnog ambulantskog) liječenja koji se dijele u četiri faze (v. poglavlje 54 o shizofrenom spektru poremećaja), kao i kod kompliciranih poremećaja kao što je razvojni *borderline* poremećaj (v. poglavlje 66 i posebno tabl. 66.2.), gdje su navedene moguće faze multimodalnog i/ili stacionarnog liječenja *borderline* razvojnog poremećaja i srodnih razvojnih poremećaja ličnosti (Streeck 2007; Streeck-Fischer i Freyberger 2009), ili

terapijski algoritmi kod poremećaja jedenja (v. poglavlje 59 o poremećajima jedenja). Također su korisna posebna poglavlja 71 i 72 „Medicinska sestra / tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije“ te „Škola i dječja i adolescentna psihijatrija i psihoterapija“.

76.5. Tijek psihodinamskih terapija u djece i adolescenata, znanstvena istraživanja

Djeca i adolescenti očekuju na početku psihoterapije određenu dozu **temelnog povjerenja**, prema Eriku Eriksonu (1976), da imaju pred sobom terapeuta koji ih želi razumjeti, shvatiti i pomoći im. Potrebno je posebnu pozornost posvetiti okviru u kojemu se terapija provodi, odnosno „settingu“. Po mogućnosti taj okvir treba biti čvrst, postojan, s pravilima koja su postavljena od početka psihoterapije, ali i dovoljno fleksibilan. Nisu rijetki prekidi psihoterapije u djece/adolescenata, koji imaju veze s različitim čimbenicima, od ličnosti djeteta/ adolescenta, pa sve do ličnosti terapeuta. Protuprijenosna su iskušenja također prisutna u psihoterapiji, od intenzivnih osjećaja bespomoćnosti do osjećaja bijesa i ljutnje. Ako dijete/adolescent ostane u terapiji, s vremenom, kako se razvija terapija, dijete/adolescent zajedno napreduje u svojim razvojnim zadaćama, u svojem načinu funkcioniranja, svojim objektivnim odnosima, te, naravno, ima i manje manifestnih simptoma. Nerijetko se dogodi da terapeut bude svjedokom ovih pomaka kod svojih pacijenata, što terapeuta čini posebno zadovoljnim i nagrađenim.

Znanstvena istraživanja pokazala su djelotvornost psihodinamskih terapija (kao i kognitivno-bihevioralnih metoda), koje su bile navedene prije u tekstu (Windaus 2009). Ostaje pitanje mjerenja ishodnih varijabli u istraživanjima, hoće li se mjeriti samo manifestna psihopatologija ili će svrha terapije biti usmjerena na „suptilnije“ čimbenike, kao što je mjerenje poboljšanja općeg funkcioniranja, interpersonalnih odnosa, jakosti ega i drugoga.

76.6. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Psihodinamske i psihoanalitičke terapije u djece i adolescenata proizašle su iz psihoanalize, koju su kreirali Sigmund Freud i njegovi učenici, kao i moderni psihoanalitičari koji danas djeluju.

- ✓ Možda je jedan od najvažnijih Freudovih doprinosa upravo u činjenici da razgovori zaista „liječe“.
- ✓ Velik doprinos psihoanalize jest demistifikacija psihičkih stanja u kojima se pacijent nalazi.
- ✓ Educirani psihoanalitičar i psihoanalitički psihoterapeut u radu s djecom i adolescentima kreirat će „psihoanalitičku situaciju“ u bilo kojem obliku liječenja u kojem radi: individualnom, grupnom, radu s roditeljima, obiteljskom, psihodramskom, terapijom majka – dojenče, terapijom igrom, u obliku dugotrajnih terapija, kriznom obliku, kratkotrajno fokalnom, institucionalnom ili u privatnoj praksi, dnevnoobolničkom, te stacionarnom.
- ✓ Najčešće dijagnostičke indikacije za psihoanalitičko liječenje, koje su se i u empirijskim znanstvenim istraživanjima potvrdile da su učinkovite jesu: anksiozni poremećaji, depresivni poremećaji, poremećaji ličnosti, poremećaji jedenja, emocionalni i ponašajni poremećaji i drugi.
- ✓ U dječjoj i adolescentnoj dobi posebno je važan dodatni rad s roditeljima, koji se može protezati na široki raspon intervencija.

76.7. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Koja je razlika između individualne i grupne psihodrame?

ODGOVOR: Razlika je golema, i treba unaprijed jasno postaviti okvir terapije (*setting*). Individualna se psihodrama približava svojoj metodi, zapravo individualnoj psihoterapiji djeteta/adolescenta, kada je scensko prikazivanje zapravo nešto kao san, koji je upućen voditelju psihodrame, te to nosi veću težinu ovoj tehnici (dodatni rad s roditeljima te ne mora nužno biti dodatnih individualnih terapija itd.). Grupna se psihodrama približava prema svojem okviru, zapravo grupnoj psihoterapiji, te to zahtijeva drukčiji pristup u dječjoj i adolescentnoj dobi (potreban je dodatni rad s roditeljima, dodatne individualne terapije s pacijentom itd.).

■ PITANJE: Je li u dječjoj i adolescentnoj dobi dovoljno liječenje samo grupnom psihoterapijom?

ODGOVOR: Ovo je diferentno pitanje. U praksi se čini da u djece i adolescenata nije dovoljno samo

grupno psihoterapijsko liječenje. Dodatno je potreban rad s roditeljima, ali u praksi je potrebno i dodatno individualno liječenje. Danas se preferira multimodalno liječenje, kada je grupno psihoterapijsko liječenje samo jedan od modaliteta liječenja.

■ **PITANJE: Je li u dječjoj i adolescentnoj dobi dovoljno liječenje samo obiteljskom terapijom?**

ODGOVOR: Ovo je također diferentno pitanje, slično kao i pitanje o samostalnom grupnom psihoterapijskom liječenju. U praksi se čini da u djece i adolescenata nije dovoljno samo liječenje obiteljskom terapijom. Dodatno je potreban rad s roditeljima, ali je praksa pokazala da je potrebno i dodatno individualno liječenje. Obiteljska je terapija često neizvediva u praksi i, u pravilu, trebao bi je provoditi drugi terapeut (ne onaj koji radi individualnu terapiju s djetetom/adolescentom). Danas se preferira multimodalno liječenje, kada je obiteljska terapija samo jedan od modaliteta liječenja. Prema iskustvima autora, u praksi se pokazala dobra kombinacija individualne terapije djeteta/adolescenta i dodatne partnerske terapije, koju provodi drugi terapeut, što je lakše izvedivo u praksi.

■ **PITANJE: Je li u dječjoj i adolescentnoj dobi dovoljno liječenje samo psihodramom?**

ODGOVOR: Isto je tako diferentno pitanje. Prvo treba utvrditi je li riječ o individualnoj ili grupnoj psihodrami. Kod individualne psihodrame bit će potreban dodatni rad s roditeljima, ali vjerojatno neće biti nužne dodatne individualne terapije. Kod grupne psihodrame, slijede principi kao kod grupnih psihoterapija. Ovdje će biti potreban dodatni rad s roditeljima, kao i vjerojatno dodatne individualne terapije.

■ **PITANJE: Zašto liječenje grupnom psihoterapijom ili psihodramom može biti kontraindikacija kod traumi uzrokovanih tjelesnim i seksualnim zlostavljanjem?**

ODGOVOR: Ovo je važno pitanje. Kod traumi uzrokovanih tjelesnim i seksualnim zlostavljanjem preferiraju se individualne terapije. Kontraindicirane mogu biti grupne psihoterapije jer se pacijent previše izlaže u svojoj intimi cijeloj grupi pacijenata (mogućnost retraumatizacije) i neizvjesna je u dječjoj i adolescentnoj dobi reakcija drugih članova grupe. Slično rečenomu, kontraindikacije mogu biti i kod primjene psihodrame (bila ona individualna ili grupna), jer se traumatski sadržaj dijeli s više osoba, te dolazi eventualno do retraumatizacije s nepredvidivim posljedicama. Nada-

lje, ako se pacijent nalazi na stacionarnom liječenju, što je prema okviru grupna situacija, pacijentu se savjetuje da o izrazito traumatskim sadržajima govori na individualnim, a ne na grupnim terapijama, ili će se pacijenta ubrzo potpuno usmjeriti na individualne terapije.

■ **PITANJE: Kakva je uloga šutnje u psihoterapijskoj grupi u djece i adolescenata?**

ODGOVOR: Ovo je diferentno pitanje i nema jednoznačnog odgovora. Načelno, voditelj grupe mora procijeniti je li riječ o nestrukturiranoj grupi ili već postoje naznake strukturiranosti grupe. Najčešće se ipak u praksi nalaze grupe koje su nestrukturirane, tako da šutnja nije poželjna, odnosno može biti riječ o zlokobnoj šutnji pod utjecajem osjećaja praznine i nagona smrti. Seansa se kod ovakvih grupa može započeti npr. pitanjem „Što smo to pričali na prošloj seansi?“. Ovakva rečenica potiče mentalizacijske sposobnosti djece i adolescenata, a i radi se most u kontinuitetu tijekom seansi (makroprocesno gledano), da se naglasi važnost onoga što se odigrava u seansama (naglasak je na intrapsihičkim i interpersonalnim sadržajima koji se dijele u grupi). Psihodinamski terapeut nikada neće započeti grupnu seansu pitanjem: „No, kako je prošao prošli vikend kod kuće?“, jer će to nepotrebno usmjeriti sadržaj verbalizacija na neposrednu interpersonalnu dimenziju djeteta/adolescenta koji se nalazi u terapiji. Terapeut treba biti aktivniji, povremeno će vlastitim asocijacijama također poticati razvoj verbalizacije u grupi i povezivati aktivnije članove grupe da potiču pasivnije. Dakle, sažeto rečeno, u najčešćem se broju slučajeva šutnja u grupi treba izbjegavati.

■ **PITANJE: Kako pojedini autori u literaturi konceptualiziraju razvoj grupnog procesa (makroprocesno gledano)?**

ODGOVOR: Razvoj grupnog procesa se lakše može pratiti u zatvorenim grupama, ili kod dugotrajnijih grupa s odškrinutim vratima (ili drukčije rečeno, što se to događa makroprocesno gledano). Tako, Foulkes (1984) navodi početnu fazu, središnju fazu, fazu odlaska jednog člana grupe itd. Bion (1961/1983) navodi dosezanje depresivne pozicije cijele grupe, da bi se reklo da je ona zrelija. U dječjoj dobi također postoji niz autora koji slično konceptualiziraju proces grupe. Hayne (2001) navodi sljedeće faze grupnog procesa: nidacija (oplođeno se jaje gnijezdi u maternici) - gniježđenje - (pripadanje grupi; od voditelja se očekuje jedno rješenje). Slijedi pitanje kontrole (grupa se već diferencirala; diferenciranje s obzirom na vlastitu

zavist i mržnju; ili prema vanjskom svijetu). U ovoj se fazi može pojaviti „fenomen žrtvenog jarca“ kojeg se čini odgovornim za nesigurnost u grupi; inicijacija (isprobavanje, rituali); *oekodomea* – (izgradnja doma) – diferenciranje od drugih članova grupe i rivaliteti unutar grupe; kolektivne grupne asocijacije – (biti drukčiji shvaća se kao bogatstvo; osjećaji dosade), a zadnja faza jest faza separacije – žalost, potištenost; trijumfalni osjećaji. Slično prije rečenome Pigott (2008) navodi sljedeće faze: u početnoj fazi dominira napad na roditelje (napad na pravila grupe), grupa oscilira između neorganizacije i organizacije, a na početku se nalazi: 1. izomorfno nerazlikovno stanje (svemoćnost; arhaična i svemoćna majka; grupa kao veliko tijelo majke; ovisnost/ neovisnost); 2. koalicija protiv arhajskog imaga (grupa dobiva autonomnost i identitet, „podrijetlo”); 3. unutarnja reorganizacija (imago oca; princip realiteta); te konačno 4. prevladava edipska situacija, kultura grupe (važnost simbolizacije).

U dječjoj i adolescentnoj dobi rijetke su situacije kada će se moći makroprocesno pratiti razvoj ovakvih procesa, međutim, oni mogu biti vrlo edukativni za terapeuta ako ih poznaje. Naime, katkada će u jednoj seansi (mikroprocesno gledano) grupa oscilirati između prije navedenih faza, tako da je potrebna umjetnost voditelja da to opazi i da povremeno u skladu s tim daje uvremenjene intervencije. U praksi u radu s adolescentima terapeut će često nailaziti mikroprocesno (u jednoj seansi) na procese neorganizirane grupe: osjećaji svemoći i visokog narcizma, zlokobna šutnja ispunjena neaktivnošću, prazninom i nagonom smrti, paranoidne projekcije, dosada izražena pod utjecajem nagona smrti, neprijateljstvo u grupi, povreda okvira grupe (*acting-out*), fenomen žrtvenog jarca ili klauna u grupi, otvoreni protest prema voditelju grupe, fenomeni zavisti u grupi, nesposobnost tolerancije ovisnosti o grupi i drugi fenomeni. Međutim, osim tih fenomena terapeut će kadšto u istoj seansi opaziti i fenomene organizirane grupe: međusobnu kohezivnost između članova grupe, međusobne interpretacije, navođenje niza snova u grupi od različitih članova grupa kao grupne asocijacije, slobodno lebdeća rasprava, simbolizacijske procese povezivanja, međusobno uvažavanje i poticanje na razrješenje svojih problema (decentracija problema), empatija prema novom članu grupe koji je prvi put na seansi te pobuđuje asocijacije, verbalizacije i osjećaje drugih kada su prvi put došli u grupu, opraštanje jednog člana grupe koji rekapitulira svoj napredak u grupi, što aktivira

separacijsku problematiku kod drugih članova grupe, ali daje i progresivan smjer da je moguće razrješavanje svojih problema itd.

■ **PITANJE:** Što ako jedan adolescent tijekom održavanja grupe posegne u džep da zapali cigaretu (agiranje)? Kako postupiti u tom slučaju?

ODGOVOR: Sve ovisi o stupnju organiziranosti grupe, kao i o iskustvu terapeuta. Ako se želi interpretirati na interakcijskoj razini (svjesna razina), voditelj može reći npr. sljedeću rečenicu: „Sada sam prisiljen preuzeti ulogu vođe. Ti predlažeš jednu promjenu pravila i sebe stavljaš u ulogu provokatora.“ Nadalje, ako se želi interpretirati na dubljoj razini (predsvjesna razina – grupno specifična prorada konflikta odnosa, npr. fenomen žrtvenog jarca), onda terapeut može reći: „Ti uzimaš sada za cijelu grupu na sebe ulogu provokatora, i drugi pasivno iščekuju što će biti. Ti činiš nešto da bi smanjio napetost grupe u odnosu prema drugima, i svi potiču ovaj manevar.“ I konačno, ako je grupa organiziranija (nesvjesna razina npr. konflikti rivaliteta, ili narcistička ugroženost; terapeut čeka reakcije čitave grupe), tada terapeut čeka da čuje asocijacije drugih, što dovodi do određene regresije i dnevnog sanjarenja.

76.8. Pitanja

- 1 Navedite specifičnosti psihodinamske dijagnostike i indikacija u dječjoj i adolescentnoj dobi.
- 2 Navedite opće specifičnosti psihodinamskih terapija u djece, za razliku od adolescenata, npr. s obzirom na prijenos.
- 3 Navedite protuprijenosne osjećaje u radu s djecom i adolescentima.
- 4 Navedite specifičnosti nekih oblika psihodinamskih terapija (psihoterapija dojenče – skrbnik; individualna psihoterapija, grupna psihoterapija, psihodrama, rad s roditeljima, obiteljske terapije).
- 5 Navedite psihodinamske osnove dnevnoobolničke i stacionarne psihoterapije.
- 6 Navedite mogući raspon psihodinamskih intervencija s roditeljima.

76.9. LITERATURA

1. *Ahlheim R.* Die begleitende tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der Bezugspersonen. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie- Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Muenchen: CIP-Medien; 2009, str. 253-69.
2. *Arbeitskreis OPD-KJ-2.* Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
3. *Begovac I.* Psihoterapija adolescenata. U: Kozarić-Kovačić D, Frančišković T, ur. Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 455-63.
4. *Begovac I.* Savez u individualnoj psihoterapiji. U: Kozarić-Kovačić D, Frančišković T, ur. Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 31-5.
5. *Bion WR.* Iskustva u radu s grupama i drugi radovi. Zagreb: Naprijed; 1961/1983.
6. *Brazelton TB, Cramer BG.* Due Fruehe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem baby und seinen Eltern. Stuttgart: Klett-Cotta; 1994.
7. *Cramer- Azima FJ.* Group psychotherapy for children and adolescents. U: Lewis, ur. Child and adolescent psychiatry. 2. izd. Baltimore: William- Wilkins; 1996, str. 840-7.
8. *Erickson EH.* Identitaet und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp; 1976.
9. *Fonagy P, Gergeley G, Jurist EJ i sur.* Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett- Cotta; 2004.
10. *Foulkes SH.* Therapeutic group analysis. London: Maresfield Library; 1984.
11. *Freud A.* Das Ich und die Abwechmechanismen. Frankfurt: Suhrkamp; 1968.
12. *Freud S.* Analiza fobije jednog petogodišnjeg dječaka- Mali Hans. Zagreb: Naprijed; 1987/1909, str. 123- 240.
13. *Graovac M.* Psihodrama. U: Kozarić- Kovačić D, Frančišković T, ur. Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 221-32.
14. *Haar R.* Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in Gruppen bei Kindern und Jugendlichen. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie- Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Muenchen: CIP- Medien; 2009, str. 553-67.
15. *Hayne M.* Ausbildung in Gruppenpsychotherapie- Ausbilderperspektive. U: Tschuschke V, ur. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2001, str. 22-6.
16. *Heigl-Evers A, Heigl F.* Gruppentherapie: interaktionell-tiefen-psychologisch fundiert (analytisch orientiert)- psychoanalytisch. Gruppenpsychother Gruppensdynamik 1973;7:132-157.
17. *Klajn E.* Grupna analiza: analitička grupna psihoterapija. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
18. *Klein M.* Die Psychoanalyse des Kindes. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag; 1934.
19. *Kocijan-Hercigonja D.* Psihoterapija djece. U: Kozarić-Kovačić D, Frančišković T, ur. Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada; 2014. str. 443-54.
20. *Lebovici S.* Der Saegling, die Mutter und der Psychoanalytiker. Stuttgart: Klett- Cotta; 1990.
21. *Lebovici S, Diatkine R, Kestenberg E.* Applications of psychoanalysis to group psychotherapy and to psychodrama in France. *Evol Psychiatr (Paris)* 1952;(3):397-412.
22. *Lieberman AF, Pawl JH.* Infant-parent psychotherapy. U: Zeanah C, ur. Handbook of Infant Mental Health. New York, Boston: Guilford Press; 1993, str. 427-42.
23. *Moreno JL.* Psicodrama, Vol. 1st. São Paulo, New York, NY: Cultrix, Beacon House, Inc; 1946/1993.
24. *Nikolić S.* Scenska psihoterapija. U Nikolić S, ur. Mentalni poremećaji u djece i omladine 3. Zagreb: Školska knjiga; 1992, str. 91-102.
25. *Pigott C.* Dijete u grupi. U: Nikolić S, ur. Mentalni poremećaji u djece i omladine 3. Zagreb: Školska knjiga; 1992. str. 71-90.
26. *Pigott C.* Grupna psihoterapija djece i adolescenata. U: Klain E, ur. Grupna analiza- grupna analitička psihoterapija. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
27. *Prpić M.* Psihoterapija obitelji. U Nikolić S, ur. Mentalni poremećaji u djece i omladine 3. Zagreb: Školska knjiga; 1992, str. 103-20.
28. *Slavson SR, Schiffer M.* Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1976.
29. *Stern D.* Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart: Klett Cotta; 1998.
30. *Streeck U.* Psychotherapie komplexer Persoenlichkeitsstoeungen. Grundlagen der psychoanalytisch- interaktionellen Methode. Stuttgart: Klett- Cotta; 2007.
31. *Streeck-Fischer A, Freyberger HJ.* Borderline-Persoenlichkeitsstoeuerung. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ, ur. Adoleszenzpsychiatrie- Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz un des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer; 2009, str. 399- 410.
32. *Streeck – Fischer A, Streeck U.* Psychodynamische Psychotherapie. U: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ, ur. Adoleszenzpsychiatrie- Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer; 2009, str. 600- 15.
33. *Vidović V.* Obiteljska i bračna terapija. U: Kozarić- Kovačić D, Frančišković T, ur. Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada; 2014, str. 205-20.
34. *Windaus E.* Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen. U: Hopf H, Windaus E, ur. Lehrbuch der Psychotherapie- Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Muenchen: CIP-Medien; 2009, str. 231- 51.

Terapija igrom (*play therapy*)

Ivan Begovac

SADRŽAJ

77.1. Uvod, osnove, razvojne linije terapije igrom	1034
77.2. Dijagnostički proces kod djetetove igre, kapacitet za simboličku reprezentaciju	1034
77.3. Različite vrste terapija igrom	1035
77.3.1. Nedirektivna terapija	1035
77.3.2. Na klijenta orijentirana terapija igrom	1035
77.3.3. Psihodinamski i psihoanalitički autori	1035
77.4. Opći principi različitih terapija igrom, praktično djelovanje	1036
77.5. Granice u terapiji igrom	1037
77.6. Dodatni rad s roditeljima, edukacija iz terapije igrom, indikacije, ciljevi i učinkovitost	1037
77.7. Primjer iz literature	1037
77.8. Vlastiti primjer terapije igrom	1038
77.9. Upute za roditelje/nastavnike	1038
77.10. Često postavljena pitanja	1038
77.11. Pitanja	1039
77.12. Literatura	1039

77.1. Uvod, osnove, razvojne linije terapije igrom

Terapija igrom pretpostavlja poseban okvir (*setting*), odnosno prostor koji je prilagođen djetetu (*engl. child friendly*), da se dijete osjeća ugodno u sobi (Beck-Dvoržak 1992). Ovdje se orijentiramo na to kako treba izgledati soba dječjeg psihijatra – od sobe do psihološkog prostora koja će omogućiti igru. Ovdje se navode tipični rekviziti: pano s dječjim crtežima koje djetetu daje ugodu i ono ima osjećaj što će se ovdje, raditi npr. crtati, razgovarati, igrati, eksplorirati sobu terapeuta; zatim tipična knjižnica, na jednom stolu kuća lutaka s potrebnim rekvizitima: osobe, kuhinja, zahod, namještaj itd.; slagalice (*puzzle*), različite plišane lutke (lutke, žabac, princ, plavi policijski automobil), kao i lutke za izražavanje agresije (strašni dinosauri s oštrim zubima itd.), pištolji, kauboji i indijanci, mehaničke lutke (legići), kao npr. slagalice tako da od običnih slagalica složiti jedna simbolička poruka (od dijelova se slaže dvorac koji ima svoje zidove i prolaze – što može govoriti o djetetovoj psihološkoj otvorenosti ili zatvorenosti), kao i obitelj lutaka: mama, tata, braća, sestre, životinje kao kućni ljubimci itd. Mogu se tu naći i različite igre, npr šaha, „križić-kružić“, kao i sličice za skupljanje koje se mogu slagati itd. Dječji crteži zahtijevaju posebnu pozornost, i mogu se paralelno kombinirati s igrom, fantazijama, scenskim prikazivanjima, snovima, verbalizacijama itd. O slici i dječjem crtežu vidi drugu literaturu, prema kojoj oni mogu imati svoju dijagnostičku i terapijsku važnost (De Zan 2013).

U pravilu se terapija igrom radi jednom tjedno po 45 minuta, oko 30 seansi, te se poslije evaluira napredak te utvrđuje je li potrebna daljnja terapija (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). U literaturi razlikujemo različite forme terapije igrom. U jednu podjelu ubrajamo **nedirektivnu terapiju igrom** (Axline 1972) i „**na klijenta orijentiranu terapiju igrom**“ (Schmidtchen 1999), dok u drugi spektar ubrajamo **psihodinamske terapije igrom** (v. *tabl. 77.1.*).

Za igru možemo reći da je ona zajednički medij, a svrha je promjena psihičkih procesa i psihičkih simptoma. M. Klein (1926/1995) smatrala je „slobodnu igru“, analogom „slobodnih asocijacija“ u psihoanalizi, te se može promatrati kao san (v. posebno poglavlje 78 o snovima u djece i adolescenata; v. također klasične postavke psihoanalize o snovima kao kraljevski put u nesvjesno). Igra je djetetova spontana i intrinzična aktivnost. Ona nije samo ugodna, to je za dijete rad i

Tablica 77.1.

Različite vrste terapija igrom

- nedirektivna terapija igrom
- na klijenta orijentirana terapija igrom
- psihodinamske terapije igrom

djetetova potreba (Beck-Dvoržak 1992). Beck-Dvoržak (1992) daje neprocjenjiv doprinos ovoj tematici jer o terapiji igrom u djece piše na hrvatskom jeziku. Igranje u terapijskoj sobi, uz empatiju i akceptiranje terapeuta, optimalan je okvir za razvoj različitih procesa. Za dijete je igra primjerena ekspresija, gotovo bi se moglo reći i biološki određena. Slobodna igra potiče fantazijsku aktivnost i razvoj mišljenja, kao i emocionalnu različitost, te socijalne vještine. Igra se odigrava u „**kao da**“ modusu, kada je moguće eksperimentiranje. Ona djetetu pomaže u diferencijaciji između fantazije i realnosti. Igra potiče djetetov razvoj te nam daje uvid u različite poticajne osnove i konflikte. Igra je po sebi bliža emocionalnim procesima, dok je kod bihevioralne terapije orijentacija više na ponašanje (Mattejat i Schulte-Markwort 2013).

77.2. Dijagnostički proces kod djetetove igre, kapacitet za simboličku reprezentaciju

Detaljnije o procjeni dojenčeta treba vidjeti posebno poglavlje 16 i 17, a u tom poglavlju su također već navedeni dijagnostički aspekti igre. Dakle, djetetova igra zrcali sve psihičke funkcije, od ponašanja, raspoloženja, kognicije, mogućnosti pažnje, simbolizacije, interaktivnosti, pa sve do unutarnjih mentalnih stanja i konflikata, kao i unutarnju reprezentaciju svijeta oko sebe. Teme igara podložne su elaboraciji afekata, kao i agresivnih osjećaja. Igre mogu biti neverbalne, verbalne, s predmetima, od jednostavnijih igara pa do kompleksnijih. Ponašanje pri igri očituje se kroz njezinu kreativnosti, igru uloga, konstruktivnost igre, igru s pravilima, kroz uključivanje odraslih i vršnjaka u igru, igru u samoći, njezino trajanje, početak i završetak igre, time čuva li dijete ili uništava igračke, te postoji li neobična uporaba igračkica. **Razlikujemo** strukturu igre. U prvoj godini dominiraju **senzomotorne igre**, npr. ispitivanje ustima, bacanje igračkica, a pri kraju prve godine (6 – 12 mjeseci) dolazi do sve veće eksploracije novih predmeta. Od 12. do 18. mjeseca dominiraju **funkcionalne igre**, npr. guranje auta;

dijete se pokušava češljati; stavlja telefon na uho. Od 18. mjeseca postoji **rana simbolizacija**; dijete se pretvara u vezi s nečim; npr. pravi se da spava ili da jede, ili npr. „hrani” majku; ili npr. „kuha čaj”. Koristi se npr. jednom kockicom za koju zamišlja da je to auto, dijete se pretvara npr. kuhanjem ili jedenjem. Od 30. mjeseca postoji **kompleksna simbolizacija**. Tada dijete npr. drammatizira i pravi scenarije za cijele scene; uzima imaginarne osobe ili objekte; uključuje druge u svoje drammatizacije i scenarije. Nadalje, sve više dolaze do izražaja imitacija, npr. preuzimanje uloga, te rješavanje zadaća kao dio igre. Nakon prethodnih faza slijedi **imitacija drugih osoba**, okretanje uloga, kao i rješavanje problema kao dio igre. Ispravna dijagnostika igre pretpostavlja, nadalje, različite terapijske pristupe (Benham 2000; Greenspan 2003; Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Thomas i sur. 1997).

77.3. Različite vrste terapija igrom

77.3.1. Nedirektivna terapija

Nedirektivna terapija. Axline (1972) zagovara nedirektivnu terapiju igrom te potiče postajanje svjesnosti o unutarnjim događanjima, odnosno o self-refleksiji. Glavni čimbenik terapije jest poticanje razvoja djeteta unutar odnosa s terapeutom. Naglašava se važnost empatije, prihvaćanja i samokongruencije. Axline (1972) također zagovara emocionalno razumijevanje. Smjernice su sljedeće: terapeut zauzima topli i prijateljski odnos prema djetetu koje vodi dobrom odnosu; dijete se uzima onakvo kakvo ono jest; stav je da se dijete potvrđuje tako da ono može slobodno i bez inhibicija očitovati svoje osjećaje; terapeut je pažljiv da bi mogao poticati djetetove osjećaje koji se mogu iskazati i prepoznati, a terapeut ih reflektira, tako da dijete dobiva uvid u povezanost osjećaja i ponašanja. Terapeut posebnu pozornost pridaje djetetovoj sposobnosti da svoje tegobe prorađuje na svoj način ako mu se može dati prilika za to. Paralelno se procjenjuje mogućnost promjene djeteta i njegov kapacitet za to; terapeut se previše ne upleće u to da mijenja djetetove aktivnosti ili komentare. Dijete ima svoj ispravan put, a terapeut ga samo slijedi u tome. On se ne žuri ubrzati terapijski proces, nego slijedi dijete korak po korak. Terapeut postavlja granice ondje gdje su one nužne, da se poštuje realitet, kao i da se potvrdi međusobna suradnja u odnosu između djeteta i terapeuta. Naglasak je ovakve terapije na akceptirajućem i empatičnom

modusu terapeuta, odnosno prihvaćanje „samoeksploatacije“ djeteta.

77.3.2. Na klijenta orijentirana terapija igrom

Na klijenta orijentirana terapija igrom (Schmidtchen 1999) proizašla je iz nedirektivne terapije, međutim, zagovara izravniji pristup i uključivanje bihevioralnih elemenata. Primjenjuju se također i psihodinamski elementi, uloga nesvjesnog, kao i direktnog bihevioralnog pristupa itd. Smjernice ovog pristupa se mogu opisati na sljedeći način.

I. Tehnike za kreiranje odnosa i klime: 1. prihvaćanje prijateljstva (kontakt očima, osmijehivanje, kimanje glavom); 2. mirnoća i stvaranje povjerenja (u držanju, raspoloženju, gestikulaciji); 3. regulacija interpersonalne distance (fleksibilno određivanje udaljenosti prema tijelu); 4. partnersko socijalno ponašanje (davanje pomoći, zajednička igra, informiranje itd.).

II. Tehnike za radnu dijagnozu i demonstraciju međusobne komunikacije: Verbalizacija i empatijska povratna povezanost putem procesa percepcije i aktivnosti; putem osjećajnih procesa i procesa vrijednosti; te putem kognitivnih procesa (proces mišljenja, stvaranje ciljeva itd.).

III. Tehnike za procesno vođenje pomoći i intervencije koje su orijentirane prema cilju: 1. ojačavanje prikladnih procesa aktivnosti (verbalno, neverbalno); 2. poticanje diferenciranih procesa prorade i iskustava; 3. usmjerivanje na nove procese aktivnosti (prijedlozi, alternative); 4. fokusiranje na posebnu tematiku; 5. preispitivanje neprikladnih procesa aktivnosti (problematiziranje, preispitivanje); 6. informiranje o prikladnim procesima aktivnosti (davanje modela, razjašnjava vanja); 7. davanje normativne pomoći (procjena, pokazivanje granica, davanje granica); 8. stimuliranje uvida i komentiranje.

77.3.3. Psihodinamski i psihoanalitički autori

Psihodinamski i psihoanalitički autori zagovaraju u posljednje vrijeme revidiranje klasičnih postavki psihoanalize. Naime, zagovara se pristup koji uzima u obzir integraciju razvojno psiholoških elemenata, kao i klasične interpretacijske tehnike (Beck-Dvoržak 1992; Sandler 2002). Dakle, zagovara se istodobno i razvojni pristup (izgradnja strukture ličnosti), kao i konfrontativni i interpretacijski rad na već izgrađenoj strukturi ličnosti. Nadalje, **psihodinamski autori** (Fonagy i Tar-

get 2003; Rudolf 2006; Schore 2007) smatraju da je kod djetetove igre potrebno zadobivanje uvida u nesvjesne psihodinamske procese, kao i razumijevanje psihičkog razumijevanja u njegovoj kompleksnosti, konfliktnosti te određenosti od nesvjesnog, razjašnjavanje mehanizama obrane i ranih iskustava. Ističe se važnost prijenosnih aspekata, međutim, uz dodatnu razvojnu orijentiranost. Alan Schore (2007) posebno se bavio poveznicom između psihoanalize i neuroznanosti. On smatra da je psihoterapijska situacija razvojna mogućnost za restauraciju ili proširenje samoorganizacije unutar novih razvojnih mogućnosti. Naglašava važnost interaktivne afektivne regulacije, koja vodi prema samoregulaciji. Slično ovom Kohut (1977) navodi empatijski stav terapeuta (v. o self-psihologiji u posebnom poglavlju 4 o razvoju). M. Klein (1926/1995), Anna Freud (1927/1980), Peter Fonagy i Mary Target (2003) i Anne Hurry (2002) istaknuti su psihodinamski (psihoanalitički) autori, a njihove se postavke mogu primijeniti i kod terapije igrom. Psihoterapija se smatra razvojnom pomoći. Klasično se primjenjuju interpretacije nesvjesnih, konfliktnih psihičkih događanja ili interpretacije prijenosa. M. Klein (1926/1995) smatrala je da je igra simbolički jezik, te je preferirala visokofrekventne verbalne interpretacije koje su bile usmjerene na rano nastale destruktivne osjećaje prema značajnim drugima, kao i na „nezrele“ mehanizme obrane, za razliku od Anne Freud koja je više isticala pedagoške elemente u terapiji, kao i razvojno sazrijevanje. Pojedini autori zagovaraju, umjesto verbalnih interpretacija, zajedničko agiranje kao odgovor na djetetovu igru. Trend Anne Freud nastavlja A. Duehrssen (1967) u njemačkom govornom području. Winnicott (1973) naglašava pak manju ulogu uvida, a više ističe korigirajuće iskustvo odnosa u terapiji. Fonagy i Target (2003) naglašavaju mentalizacijske procese u svojem radu, sposobnosti da se vlastiti unutarnji procesi razlikuju od drugih osoba, da se zapaze kao simbolički i reprezentacijski, te da se na taj način relativiziraju. Potiče se sposobnost razvoja vlastite refleksije i sposobnosti da se razmišlja o načinima osjećanja i mišljenja drugih. Afektivno zrcaljenje potiče afektivnu regulaciju. Hurry (2002) potiče važnost igre kao metafore, koja je važnija od verbalne analitičke interpretacije. Potiče se ego-razvoj, kao i ekspresija osjećaja i misli, ali i postavljanje određenih granica. Prije opisane metode ciljaju na to da se djetetu omogućiti ekspresija negativnih osjećaja (kod psihoterapeuta je poželjno iznositi i negativne osjećaje), kao i tolerancija na njih.

Sumarno bi se moglo reći da ciljevi psihodinamske terapije u svjetlu razvojno reflektivnih i mentalizirajućih sposobnosti jesu sljedeći (Fonagy i Target, 2003): 1. razvoj ego-funkcija; 2. verbaliziranje unutarnjih stanja i diferenciranje različitih emocija; 3. smanjenje preplavljujućih anksioznosti (tjeskobe) u pojedinačne entitete koje dijete može prorađivati; 4. razvoj unutarnjih reprezentacija emocija, da dijete može izići na kraj s vlastitim stanjima; 5. poticanje kognicije povezivanjem različitih procesa; 6. poticanje stvaranja uzročnih i posljedičnih veza unutar interpersonalnih odnosa; 7. pomoć pri razdvajanja unutarnjeg i vanjskog, realnog i irealnog, fantazije i realiteta; 8. postavljanje granica i objašnjenja postojećih granica; 9. poticanje kreiranja unutarnjih reprezentacija vlastitog selfa i drugih; 9. kreiranje recipročnosti (primanja *vs.* davanja); 10. kreiranje veće tolerancije na frustraciju, odnosno odgodu neposrednog zadovoljstva; 11. kreiranje „kao da“ situacije, odnosno omogućivanje fantaziranja umjesto neposrednog realiteta; 12. postupno konfrontiranje djeteta sa suprotnim predodžbama.

77.4. Opći principi različitih terapija igrom, praktično djelovanje

Kako je već prije bilo navedeno u prethodnom poglavlju, postoje različite vrste pristupa kod terapije igrom. Praktična pitanja mogu biti različita (v. [tabl. 77.2.](#)).

Tablica 77.2.

Različita praktična pitanja kod terapije igrom

interpretacije *vs.* zajedničko igranje
terapijski *vs.* pedagoški elementi
u kojoj mjeri postoji direktivnost i vođenje
u kojoj mjeri su roditelji uključeni u terapiju

Kako se vidi u tablici, prvo, različitost može biti u stavu terapeuta koji primjenjuje više interpretativne tehnike prijenosa (verbalizacijom, scenskom dramatizacijom igre itd.) *versus* prepuštanja terapeuta zajedničkom igranju. Slični primjeri liječenja igrom koji oslikavaju ovu problematiku mogu se naći kod Beck-Dvoržak (1992). Drugo, pojedini terapeuti mogu više primjenjivati terapijske aspekte (zajednička fantazija o igri te koja je poruka same igre) *versus* primjene više pedagoških aspekata (fokus na pravilima). Treće, može biti pitanje količina direktivnosti i vođenja od tera-

peuta (direktniji pristup vs. nedirektivniji pristup). I konačno, četvrto, postoje različitosti u tome koliko su dodatno roditelji uključeni u terapijski pristup. Ovdje mogu prvo postojati varijacije u vezi s tim koliko se učestalo radi s roditeljima. Nadalje, ovdje mogu biti varijacije od toga da se nakon svake četvrte seanse posebno razgovara s roditeljima (njemačka tradicija) do potpuno drugog pola, kada jedan terapeut provodi terapiju igrom, dok drugi terapeut odvojeno razgovara s roditeljima (britanska tradicija) (von Aster 2011).

77.5. Granice u terapiji igrom

Postoji važno pitanje **granica** u terapiji igrom (v. tabl. 77.3.).

Tablica 77.3.

Pitanje granica kod terapije igrom

Tjelesne agresije i oštećenja igračkaka
Gruba i stalna prostačenja
Odugovlačenja sa završetkom terapije
Uzimanje igračkaka doma od strane djeteta
Tjelesna blizina

Kako se vidi u tablici, postoje niz otvorenih pitanja. Kako konkretno postupiti kada nastupi djetetova tjelesna agresija prema terapeutu ili ono ošteti igračke (*acting-out* ili divljanje). Uobičajeno se tada igra prekida i navodi da postoje granice u igri, odnosno može se dodatno interpretirati zašto je došlo do narušavanja granica. Sljedeći problem može postojati kada postoje gruba i stalna prostačenja. S obzirom na to da većinom pojedini terapeut ima, osim terapijske, i pedagošku ulogu, ovo također može biti tema na terapiji. Sljedeći fokus može biti na odugovlačenju sa završetkom terapije. U takvom slučaju također se mogu primijeniti klarifikacije i interpretacije. Sljedeće praktično pitanje može biti u vezi s djetetovom potrebom da uzima doma neke igračke od terapeuta. Ovisno o načinu pristupa i iskustvu terapeuta, mogu se primijeniti različite metode razrješavanja ovog pitanja. I konačno sljedeći fokus može biti na pitanju tjelesne blizine između terapeuta i djeteta. Potreba za tjelesnom blizinom tijekom psihoterapije ne može se ispuniti, terapeut ne može nadomjestiti realnu osobu koja se inače brine za dijete. Ovo bi trebala biti tema razgovora s roditeljima (skrbnicima). Sumarno se može reći da se granice trebaju navesti nepersonalno; trebaju se objasniti; trebaju biti

jasne; tjelesna se blizina treba razumjeti, treba biti akceptirana i verbalizirana. Zaključno valja reći da treba poštovati „**kao da**“ **situaciju**, čime se potiče „unutra“ i „vanjsko“. Osnovno je pravilo da se poštuje početak ili kraj terapije. U slučaju povrede granica, terapija se može „za danas prekinuti“ (von Aster 2011).

77.6. Dodatni rad s roditeljima, edukacija iz terapije igrom, indikacije, ciljevi i učinkovitost

Potreban je dodatni rad s roditeljima koji je redovit uz psihoterapiju djeteta. O ovome se može posebno govoriti. Terapeuti trebaju biti fleksibilni, skloni regresiji, osjećati veselje radeći ovaj posao, pokazati vlastitu kreativnosti i uživanje. Trebaju imati sposobnost uživanja u djetetove potrebe. Važno je također imati uvid u razvoj i razvojnu psihopatologiju. Potrebne su supervizije, kao i vlastiti rad na sebi. Pretežne su indikacije za terapiju igrom internalizirajuće smetnje, uz dodatne eventualne ponašajne smetnje. U slučaju kada se primjenjuje samo terapija igrom (većinom nedirektivniji pristup), a bez pedagoških mjera, bile bi primijenjene tzv. uže indikacije, a to bi bili anksiozni poremećaji, međutim, tada bi bilo kontraindicirano na takav način liječiti agresivno ponašanje djeteta (Mattejat i Schulte-Markwort 2013). Ako se iskorištava širi kontekst terapije igrom (uz pedagoške elemente), mogu se primjenjivati šire indikacije (uključujući i djeca s intelektualnim teškoćama, djeca s eksteralizirajućim smetnjama, impulzivna djeca itd.).

77.7. Primjer iz literature

Beck-Dvoržak (1992) daje u svojem članku niz prikaza slučajeva koji su vrlo fascinantni. Tako Beck-Dvoržak (1992) izvanredno prikazuje petogodišnju djevojčicu Vesnu koja se liječi od enureze i koja je nastupila nakon rođenja tri i pol godine mlađeg brata, dakle simptom traje dulje od godinu dana. U trećoj seansi tijekom psihoterapije djevojčica lista slikovnicu s domaćim životinjama. Terapeut je zapita koju životinju najviše voli. Vesna govori da su joj najdraža mladunčad. Djevojčica ovo povezuje s rođenjem mlađeg brata, uz asistenciju terapeuta. Terapeut tada maestralno iznosi svoju interpretaciju: „I Vesna bi htjela biti mala kao njezin brat. Ona to pokazuje mokrenjem u krevet. Htjela bi biti kao brat jer misli da roditelji više vole brata, ali i zato što bi htjela imati 'pišu' kao brat.“

Komentar terapeuta je toliko dramatično utjecao na djevojčicu da je prestao simptom enureze, odnosno dijete je razumjelo interpretaciju. Međutim, uz važnu dopunu samog autora članka da, terapeut nije interpretirao djevojčinu zainteresiranost za očev penis (edipska faza razvoja), već je samo navođen penis malog brata, što je djevojčici bilo lakše podnijeti u tom trenutku.

77.8. Vlastiti primjer terapije igrom

Psihoterapija se može razumjeti kao susret i putovanje dvoje glavnih likova - djeteta i terapeuta. U početnoj fazi psihoterapije dijete će imati potrebu doživjeti osjećaj intenzivne sigurnosti. Katkada će biti poteškoća u vezi s povezivanjem sadržaja igre, crteža, snova, sadržaja pojedinih komentara, pokreta i fluktuirajuće pažnje u neku smislenu cjelinu. Povezivanjem pojedinačnog dolazi se postupno do formulacije značenja, od pojedinog fragmenta do intersubjektivne izmjene. Pojedina figurica origamija (zvijezda, pognuti čovjek) koju jedan šestogodišnji dječak vješto izrađuje više nije samo njegova kreacija, to je i poklon koji se dijeli s terapeutom, štoviše, nakon nekoliko seansi dječak izrađuje figuricu katapultu i koša - sada se na terapiji možemo zajedno igrati košarke. U razvijenijoj fazi psihoterapije ovo se postignuće dalje njeguje uz intenzivnije interakcije i povremene interpretacije prijenosa. Tako jedna petogodišnja djevojčica sa separacijskim anksioznim poremećajem ulazi u sobu i kaže: „Idemo se igrati ono što smo se prošli put igrali, idemo se igrati dućana.” U dućanu (terapijskoj sobi) može se nešto i dijeliti, a može se nešto i ne dijeliti, kao da to poručuje djevojčica. Nakon dovoljno dobro uspostavljenog povjerenja, prorade konflikata, slijedit će završna faza ove zajedničke priče s proradom separacije. Više godina nakon završetka terapije terapeut će pokatkad čuti vijest da dijete dobro napreduje, što će ga vrlo obradovati. Ako se terapeut u ovome kratkom prikazu želi referirati na neke reference, onda tu treba spomenuti rad Winnicotta (1997) i njegov prikaz male djevojčice, koju je nazvao praščić ili *Piggle*. Čitajući više puta njegov prikaz male djevojčice, čitatelj ima povremeno osjećaj kao da terapeut govori nekakvim drugim nepoznatim jezikom i primjenjuje neki drugi način odnosa u susretu sa svojom malom pacijenticom. Svakako se to čini najfascinantnije u cijelom prikazu. Kada se bolje promisli, bio je to njihov privatni jezik i igra dijeljenja međusobnih osjećaja. Kako je i sam Winni-

cott priznavao, bilo je tu često i nerazumijevanja, kao i nagađanja od terapeuta, a povremeno se i terapeut osjećao bespomoćno ili dosadno.

77.9. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Igra je spontana i intrizična aktivnost djeteta. Ona nije samo ugodna, to je za dijete rad i djetetova potreba.
- ✓ Za dijete je igra primjerena ekspresija, gotovo bi se moglo reći, i biološki određena. Slobodna igra potiče fantazijsku aktivnost i razvoj mišljenja, kao i emocionalnu različitost te socijalne vještine.
- ✓ Igrati se u jednoj terapijskoj sobi, uz empatiju i akceptiranje terapeuta, optimalan je okvir za razvoj različitih procesa.
- ✓ Igra se provodi u „kao da” modusu, kada je moguće eksperimentiranje. Igra pomaže djetetu u razlikovanju između fantazije i realnosti. Ona potiče razvoj djeteta te nam daje uvid u različite poticajne osnove i konflikte.
- ✓ Igra je po sebi bliža emocionalnim procesima, dok je kod biheviornalne terapije orijentacija više na ponašanje.

77.10. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Može li se svaki dječji psihijatar koristiti terapijom igrom?

ODGOVOR: Svaki educirani dječji psihijatar trebao bi se znati prepustiti igri djeteta i u svojem se terapijskom radu koristiti elementima igre, kao što koristi i crtež, verbalizaciju, pričanje priča, komentare o bajkama, scensko prikazivanje itd. S vremenom se dječji psihijatar educira iz neke temeljne psihoterapijske tehnike koja uključuje i osobni trening, te može primjenjivati neku od usmjerenijih tehnika terapije igrom. Iskustvom u radu dječji psihijatar stječe vlastiti stil koji je integracija dotadašnje psihoterapijske edukacije.

■ PITANJE: Koje su praktične smjernice psihodinamskih terapija igrom?

ODGOVOR: Važno je da se na početku terapeut prepusti igri i da ga dijete vodi. Okvirom terapije je važno pokušati odvojiti dio kada se zajedno igra od komentara koji slijede nakon odigrane jedne igre (jednog

čina). Takvi komentari ne trebaju biti na početku interpretativni, mogu biti više komentari događanja igre ili afekta, odnosno ego podupirući. Kadšto je dovoljno da to bude samo jedna rečenica. Nakon takvoga komentara može se prigodno nastaviti „druga igra“ (drugi čin). Na kraju te igre i priče opet se daju komentari. Ovo prije rečeno posebno dobro učvršćuje „kao da“ situaciju, odnosno jača razdvajanje fantazije od realnosti, razdvaja se sama igra od komentara o igri, odnosno jača se ego. Dakle, kod psihodinamskih terapija nije dovoljna samo ekspresija preko igre nego se također pokušava dobiti uvid u scenarij igre.

■ **PITANJE:** Što mislite o igrama kao što su šah, čovječe ne ljuti se, križić-kružić, kartanje itd.?

ODGOVOR: To su načelno socijalizacijske igre i mogu biti korisne kada se npr. primjenjuju na stacionarnom psihoterapijskom odjelu, kao dopuna drugim psihoterapijskim metodama. U posljednje vrijeme postoje neke društvene igre s pravilima, međutim, mogu imati i jasno projektivne elemente, što valja pozdraviti. U individualnoj terapiji igrom također se mogu iskoristiti takve igre i vjerojatno nema dječjega psihijatra koji se nije igrao takvih igara sa svojim malim pacijentima. Ovdje postoji načelno opasnost od repetitivnosti i ponavljanju iste igre, npr. ponavljanje scene u kojoj dijete uvijek pobjeđuje. U psihodinamskoj terapiji igrom mogu se koristiti takve igre s pravilima, međutim, više se preferiraju igre koje pobuđuju fantaziju i projekciju djeteta, te koje stimuliraju djetetu kreativnost (stvaranje priče od igračaka).

77.11. Pitanja

- 1 Navedite općenite postavke o igri u djeteta.
- 2 Navedite različite stadije igre ovisne o razvojnoj dobi.
- 3 Navedite neke vrste terapije igrom.
- 4 Koja mogu biti različita praktična pitanja kod terapije igrom.
- 5 Koje sve mogu biti mogućnosti povrede granica kod terapije igrom.

77.12. LITERATURA

1. *Axline V.* Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Vefahren. Muenchen: Ernst Reinhard; 1972.
2. *Beck-Dvoržak M.* Liječenje igrom (play therapy). U: Nikolić, ur. Mentalni poremećaji u djece i omladine 3. Zagreb: Školska knjiga; 1992, str. 121-9.
3. *Benham AL.* The observation and assessment of young children including use of the infant-toddler mental status exam. U: Zeanah Jr. CH, ur. Handbook of infant mental health. 2 izd. New York: The Guilford Press; 2000, str. 249-65.
4. *De Zan D.* Slika i crtež u psihoterapiji djece i obitelji. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
5. *Duehrssen A.* Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Goettingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1967.
6. *Fonagy P, Target M.* Frühe Bindung und psychische Entwicklung: Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Giessen: Psychosozial Verlag; 2003.
7. *Freud A.* Vier Vortraege ueber Kinderanalyse. U: Die Schriften der Anna Freud, Bd. I. Muenchen: Kindler Verlag Muenchen; 1927/1980.
8. *Greenspan SI.* The clinical interview of the child. 3 izd. Washington: American Psychiatric publishing inc; 2003.
9. *Hurry A.* Psychoanalyse und Entwicklungstherapie. U: Hurry A, ur. Psychoanalyse und Entwicklungsfoerderung von Kindern. Frankfurt: Brandes und Apsel; 2002, str. 43-89.
10. *Klein M.* Die psychologischen Grundlagen der Fruehanalyse. U: Cycon R, Erb H, ur. Melanie Klein: Gesammelte Schriften. Band I, Teil 1. Schriften 1920-1945. Stuttgart: Verlag Fromman-Holzboog; 1926/1995.
11. *Kohut H.* The restauration of the self. New York: International University Press; 1977.
12. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
13. *Rudolf G.* Strukturbezogene Psychotherapie. 2 izd. Stuttgart: Schattauer; 2006.
14. *Sandler A.* Vorwort. U: Hurry A, ur. Psychoanalyse und Entwicklungsfoerderung von Kindern. Franfurt: Brandes und Apsel; 2002.
15. *Schmidtchen S.* Klientzentrierte Spiel- und Familientherapie. Weinheim: Psychologische Verlags Union; 1999.
16. *Schore A.* Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta; 2007.
17. *Thomas JM, Benham AL, Gean M i sur.* Practice Parameters for the Psychiatric Assesment of Infant and Toddlers (0-36 Months). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;(36)10: 21S- 36S.
18. *Von Aster S.* Kinderpsychotherapie-Spieltherapie. U: Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie- Eine Praktische Einfuehrung, ur. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag; 2011, str. 398-412.
19. *Winnicott DW.* Die therapeutische Arbeit mit Kindern. Mit einer Einfuehrung von M. Masud R. Khan. Muenchen: Kindler Studienausgabe; 1973.
20. *Winnicott DW.* Djevojčica Piggle. Zagreb: Prosvjeta; 1997.

Snovi u djece i adolescenata – psihoanalitički i psihoterapijski aspekti

Ivan Begovac

SADRŽAJ

78.1. Uvod	1041
78.2. Funkcije sna	1041
78.3. Početci snova, zapamćeni snovi	1041
78.4. Nisko strukturirani i više strukturirani snovi	1042
78.5. Dijagnostika snova u djece i adolescenata	1043
78.6. Psihoterapija i snovi	1044
78.7. Upute za roditelje/nastavnike	1044
78.8. Često postavljena pitanja	1045
78.9. Pitanja	1045
78.10. Literatura	1045

78.1. Uvod

Klasično je Freud (1900/1972) teoriju o radu sna postavio u svojem kapitalnom djelu o interpretaciji snova (knjiga koja je i danas u najvećem dijelu primjenjiva među psihoanalitičarima), a koji se može primijeniti u djece i adolescenata, međutim, za dublje razjašnjavanje ove tematike treba vidjeti i druga Freudova djela i djela drugih psihoanalitičara, jer opseg ove knjige ne može ulaziti u tu problematiku. Promotrite pojednostavnjenu i sažetu sliku o radu sna prema Freudu i drugim autorima (sl. 78.1.).

Freud (1916/1917/1969) je smatrao da su dječji snovi do pete godine kratki, jasni, koherentni i lagano se pretpostavljaju, te nemaju dvosmislenosti. Freud ih je smatrao jasnim izražajima želja te da su do pete godine snovi manifestnog i latentnog sadržaja pomiješani i da se tek kasnije oni razdvajaju. Anna Freud (1927/1980, 1957/1980, 1965/1980) smatra dječje snove također pojednostavnjeno. Svakako se čini iz današnje perspektive da je važno otkriti smisao sna. U međuvremenu manifestni san dobiva na svojem značenju, a i odsutnost slobodnih asocijacija nije bila zapreka za razumijevanjem djetetova sna (Hopf 2007).

Melanie Klein (1926/1995) smatrala je da je djetetova igra zapravo kao san. Ona je primjenjivala izravne i dosljedne interpretacije prijenosa koji se primjenjuju i pri rada sa snovima, fantazijama i igrom. U prvo vrijeme djeca sanjaju dijelove tijela: grudi, penis itd., da bi poslije dobivali na važnosti sve više psihičke funkcije parcijalnih objekata kao što su: vidjeti, misliti, osjećati, procjenjivati, uzimati itd. Danas je interpretacija snova sa stajališta klajnijanaca i bionovaca u smislu „**sadržavajuće**“ funkcije (Bion 1962). Terapeut reagira s „**reverie**“. Proces simbolizacije vrlo je važan u smislu da se zadobiva novo značenje u susretu između pacijenta i analitičara. Winnicott (1973) je snove smatrao važnima, međutim, on je snove kontinuirano i integrirano koristio u svojem terapijskom radu, zajedno uz crteže, igru, neverbalnu komunikaciju, verbalizacije itd..

Carlu Gustavu Jungu (1916/1991) bili su važniji komunikativna funkcija i oslanjanje na univerzalne simbole, dok to Freudu nije bilo toliko važno. Jung (1916/1991) je naglasio važnost snova, posebno **inicijalnog sna** za terapiju (prvi san kojeg pacijent ispriča svojem terapeutu), koji se proteže kroz cijelu analizu. Jung je govorio da je san spontana prezentacija aktualne pozicije selfa u simboličkoj formi. Daje se prednost **seriji snova** (više snova u nizu) s obzirom na

pojedinačne snove. Jung opisuje san kao određeni slijed drame ili scenarija. On se koristi metodom **amplifikacije**, odnosno stvaranjem bogatstva; personalnim kontekstom povezanim s obzirom na slike, simbole, mitologiju, priče i bajke; nastoji utvrditi ulogu arhetipova i simbola kolektivnoga nesvjesnog. Moglo bi se reći da je amplifikacija upravo suprotno od onoga što je Freud razumijevao pod „procesom sna“, kada se pojednostavnjivanjem dolazi od manifestnog sna do infantilnih želja i sjećanja.

78.2. Funkcije sna

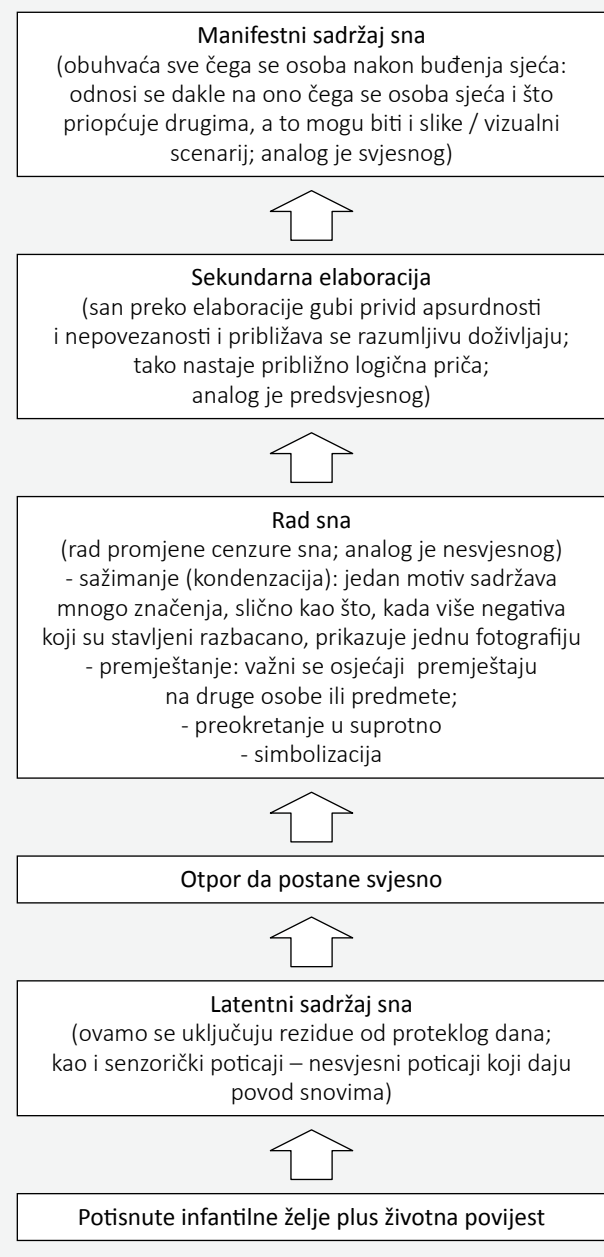
Funkcije sna mogu biti različite. Prva je funkcija ispunjenje želje (prema nagonskoj teoriji nagon teži ugodi i rasterećenju) da bi se održalo spavanje; to je klasično Freudovo (1900/1972) mišljenje. Druga bi funkcija mogla biti funkcija vlastita predočivanja: sve osobe u snu predočuju dio sebe. Treće, važna je komunikativna funkcija sna: važno je zašto se baš sada priča o tom snu, zašto baš meni ili zašto baš nekim drugim osobama. Posebna je vrijednost **inicijalni san**, tj. prvi san koji dijete navede tijekom psihoanalitičkog liječenja. On ima svoju komunikativnu funkciju, da navede važnost emocija i konflikta koje pacijent pokazuje. Četvrto, prema klajnijancima, snovi su izraz nesvjesne fantazije, koji su u antagonizmu prema svjesnom priznanju. Peto, današnji nalazi neurofiziologije i neuropsihologije spavanja donose nova saznanja. Moderna psihofiziologija danas zapravo smatra da je tijekom spavanja riječ o više kratkotrajnih (trajanja od nekoliko minuta) serija snova (i do pedesetak tijekom jedne noći), međutim, drugo je pitanje koliko se toga osoba sjeća. I konačno, pojedini autori navode da danas mitovi, rituali i religija gube na važnosti te da stoga postaje veća važnost snova u integrirajućoj funkciji za ličnost (Hopf 2007).

78.3. Početci snova, zapamćeni snovi

Dokazano je da snovi u djece započinju ubrzanim kognitivnih razvojem (odnosno razvojem govora), dakle između prve i druge godine života. Mogu se pretpostaviti da snovi postoje i kada djeca još i ne govore, dakle u prvoj godini života (ubrzani emocionalni razvoj; razvoj socijalizacije, razvoj trijadnih odnosa). Pitanje je postoje li snovi prenatalno, jer je dokazano da već u prenatalno doba postoji različiti ciklusi spavanja (REM i NON-REM spavanje) i budnosti (v.

Slika 78.1.**Pojednostavnjena slika nastanka manifestnog sadržaja sna iz infantilnih želja i sjećanja iz djetinjstva, prema Freudu**

Modificirano prema Ermann 2005; Freud, 1900/1972; Nikolić 1990; Hopf 2007.



posebno poglavlje 3 o prenatalnom razvoju). U prenatalno doba, kao i u prvoj godini, vjerojatno se mogu pretpostaviti snovi koji imaju senzomotorne karakteristike (snovi o osjećajima gušenja; snovi o fragmentiranosti, separacijski snovi itd.). Danas se smatra da djeca otprilike od 7. do 10. godine života smatraju da su snovi nešto što se događa intrapsihički. Prije tog raz-

dooblja dijete sanja npr. neku zastrašujuću životinju, međutim, ono jednostavno kaže da je životinja ušla u njegovu sobu tijekom noći.

Zapamćeni su snovi slike specifične strukture ličnosti i specifičnih konflikata tijekom razvojnih faza. Primjer snova djeteta od tri godine koje govori o konfliktu ovisnosti - autonomije: npr. mali dječak sanja vješticu koja ga želi oteti. Prema Hamburgeru (1987), djeca imaju više **anksioznih snova** zbog gubitka ljubavi nego snova ispunjenja želje. Oko pete godine prevladavaju snovi u vezi sa separacijskim strahovima i prijelaznim objektima. U adolescenciji, prema nagonskoj teoriji, dolazi do primata (centracije) genitalnosti pri seksualnom uzbuđenju, nastaju novi seksualni ciljevi i izbor seksualnih objekata izvan obitelji. Tada dominiraju separacijski strahovi, strahovi od ozljeđivanja, kastracijski strahovi, edipski strahovi od odbačenosti (dijete sanja životinju s više udova, npr. monstroznu hobotnicu ili pak sanja kako se događa sudar dviju zvižda u galaksiji ili sudar dvaju automobila na cesti ili je pak riječ o snu u kojemu nepoznate sile narušavaju neki prostor pojedinca, a zapravo se latentno radi o fantazmu primarne scene, kada roditelji u svojoj sobi vode ljubav, pri čemu je dijete isključeno iz tog odnosa), kao i dodatna vlastita agresivnost koja se kompenzatorno pojavljuje kako se budi i seksualnost. Postoji obuzetost izgledom vlastita tijela; mijenjaju se relacije adolescenta prema vršnjacima, kao i prema roditeljima. Česti su snovi proganjanja, padanja, kao i letenja (ekvivalent erekcije u dječaka); strahovi od seksualnosti manifestirani su u snovima; primjerice jedna djevojka sanja da ima ožiljke od operacije te da ih kirurg želi opet otvoriti (poistovjećenje rane s vaginom); snovi o operaciji na vlastitu tijelu itd. (Hopf 2007).

78.4. Nisko strukturirani i više strukturirani snovi

U djece i odraslih postoji podjela na nisko strukturirane i više strukturirane snove (v. tabl. 78.1.).

Kako se vidi u tablici, nisko strukturirani jesu primjerice regresivni snovi, konkretizirani prikazi somatsko-afektivnih stanja, jednostavno oterećenje selfa, opasnost za self, snovi o samofragmentaciji. Bion (1962) je nazivao takve strahove „bezimenim stravama“ koje nemaju psihičku reprezentaciju (simbolizaciju). Više strukturirane snove u djece obilježava simbolizacija. Oko 60 % četvorogodišnjaka sanja životinje, dok se to u odraslih događa u samo oko 7,5 %

Tablica 78.1.

Različiti tipovi snova prema strukturiranosti

Modificirano prema Bion 1962; Ermann 2005 i 2007; Hopf 2007.

	Nisko strukturirani snovi	Više strukturirani snovi
Faza razvoja	senzorička faza i individuacija	Preedipska i edipska faza
Ličnost	niže strukturirana	više strukturirana
Organizacija snova	mehanički (digitalni) znakovi ego-stanja	simboli za reprezentacije doživljavanja
Sadržaj sna	eksplicitna (neskrivena) aktivnost nagona i osjećaja	skrivena namjera sna
Uzrok snova	implicitna memorija; konkretno mišljenje	eksplicitna memorija; simboličko mišljenje
Funkcija snova	eksternalizacija i strukturiranje napetosti	neurotsko razrješavanje konflikta i narcistička restitucija
Primjeri snova	ego-stanja dezintegriranosti; bizarni snovi; snovi bez srama i stida; bezimena strava; beta-strah	različite životinje koje mogu simbolizirati različite konflikte; alfa-strah

slučajeva. U djece sa simboličkom funkcijom npr. krokodil može predočivati simbol zavisti, pohlepe, oralne agresije; zec obično simbolizira strah; ovčica potrebu za blizinom itd. Životinje u snu mogu imati funkciju prijelaznog objekata.

78.5. Dijagnostika snova u djece i adolescenata

Primarno je potrebno stvaranje dobrog terapijskog saveza s djetetom i roditeljem u početnoj dijagnostici. Djetetu se već na prvom sastanku može reći da su igra, snovi, crteži i drugi procesi poželjni u terapiji. Čini se da dječji terapeuti neopravdano vrlo malo dijagnostički pitaju djecu o njihovim snovima, usprkos evidentnoj spremnosti mnoge djece da govore o njima (Nikolić 1990). Danas se svi psihoanalitički terapeuti slažu s tim da su igra i snovi kraljevski put u nesvjesno,

a tomu se danas mogu pridodati i analiza prijenosa i protuprijenosa. Winnicott (1973) važnost pridaje prvom razgovoru s djetetom; prema njemu, terapeut može pitati za snove tek kada je uspostavljen terapijski odnos. Adolescentima se može na prvom pregledu reći da govore o svemu što im padne na pamet, uključujući i snove, ili ih ohrabriti riječima: „Primijetit ćete da to nije nikako lako, ali isplati se!“ (Thomae i Kaechele 1985/2006). Winnicott (1973) zagovara stajalište da snovi mogu biti integrirani unutar jedne seanse, kao i svaki drugi materijal (crtež), igra, verbalizacije, scensko prikazivanje itd. Sljedeća zanimljiva mogućnost jest da se djetetu ili adolescentu ponudi da nacrtava svoj san (kombinacija sna i crteža), a u literaturi postoje vrijedni opisi takvih snova (Hopf 2007). U dijagnostici moramo uvijek misliti na djetetove razvojne faze, kao što je već u uvodu rečeno, odnosno je li riječ o niže ili više strukturiranoj ličnosti, što je analog nisko strukturiranim ili više strukturiranim snovima. Važan je također **inicijalni san**, odnosno prvi san što ga pacijent povjerava svojem terapeutu, a o čemu je prije bilo govora. Danas se san može promatrati kao unutarnja pozornica ličnosti. Sve osobe u manifestnom snu različiti su dijelovi pacijenta (npr. policija i otac kao rigidni superego itd.). Katkada je dovoljna „sadržavajuća“ funkcija terapeuta pri pristupu snovima, međutim, kadšto će se ići i u interpretaciju sna, ako je to moguće. U psihoanalizi često san može biti izraz procesa prijenosa (transfera), npr. pacijent sanja da njegova majka nikako njega ne može dovoljno dobro razumjeti (a to se zapravo odnosi na terapeuta od kojeg osjeća nerazumijevanje).

Dijagnostički gledano, kod dječjih je snova važno stvaranje fokusa. Naime, u djece je češće „zgušnjavanje“ ili kondenzacija (njem. *Verdichtung*), kada jedan termin (jedna životinja, jedna scena, jedna slika) označuje mnogo toga. I konačno, središnja su pitanja na kojoj je strukturalnoj razini dijete, odnosno koji je nesvjesni psihički konflikt sada prisutan. Primjerice, neki trinaestogodišnji adolescent sanja u snu kako u vrlo ugodnoj kući susreće nekog muškarca i obuzima ga neopisivi osjećaj sreće, a taj je osjećaj u životnoj povijesti ovog pacijenta terapeut shvatio kao „osvješćivanje“ (*coming out*) njegove homoseksualne orijentacije (Hopf, 2007).

Razlikujemo različite **tipova snova** (v. poglavlje 63 o poremećajima spavanja). Kod **pavora nocturnus** obično je riječ o naglom buđenju s vikanjem, uz intenzivan strah, vegetativnu pobudnost, dijete se obično

ne sjeća sna, odgovara NON-REM 3. – 4. stadiju spavanja. Često su ovdje posrijedi niže strukturirana ličnost i masivni nesvjesni psihički konflikti. **Somnambulizam** se razlikuje od pavora nocturnus, pretežno u tome što ne dolazi do buđenja (v. poglavlje 63 o poremećajima spavanja). Kod **noćnih mora** riječ je o ustrašenim snovima koje bude dijete, česti su snovi o ozljeđivanju, o separaciji, snovi o čudovištima, traumatski snovi, postoji dobro sjećanje u djece, a povezano je s REM-spavanjem, i većinom se radi o više strukturiranoj ličnosti i o konfliktnoj, stresnoj ili traumatskoj etiologiji (v. posebno poglavlje 63 o poremećajima spavanja). Snovi u dječaka su općenito manje veseli, više su ispunjeni agresijom, dječaci sebe vide češće kao heroje povezane velikim događanjima ili avanturama. Djevojke više sanjaju interpersonalne odnose unutar četiri zida kod kuće.

Protuprijenosni snovi zavrjeđuju posebnu pozornost u dijagnostičkom procesu i terapijskom odnosu, i u posljednje vrijeme postoji sve više referenca o tome u psihoanalitičkoj literaturi (v. druge reference o tome). Danas se smatra da protuprijenosni snovi upućuju na razrješavanje jednog konflikta između pacijenta i terapeuta te je potreban autoanalitički ili supervizijski rad pri takvim snovima. Zwiebel (1977) jasno navodi da je kod protuprijenosnih snova riječ o indikatoru poremećaja interakcije između pacijenta i terapeuta, te je potrebno razrješeno ovakve situacije.

78.6. Psihoterapija i snovi

U **tablici 78.2.** sažeto su prikazani neki terapijski aspekti, koji će biti razjašnjeni u tekstu koji slijedi.

Osnova psihoterapije jest suportivni pristup, „sadržavajuća funkcija“ terapeuta, a s vremenom će se razmotriti mogućnost interpretacije sna s obzirom na strukturu ličnosti i dominantni psihički konflikt. Kako je već prije bilo rečeno, u psihoterapiji se posebno vrednuje **inicijalni san**. Nastaje nakon nastanka dobro uspostavljenog terapijskog saveza i odnosa. Inicijalni se san može protezati na cijelo liječenje. Katkada se smisao inicijalnog sna može razumjeti tek pri kraju liječenja. Već je rečeno da je posebno zanimljiva kombinacija kada dijete nacrtava svoje snove, što se onda kombinira u psihoterapijskom radu, a osobito su važne „serije snova“ (nizovi snova). Kako je već prije bilo rečeno, moderna psihofiziologija danas zapravo smatra da je tijekom spavanja riječ o više kratkotrajnih (trajanja od nekoliko minuta) serija snova (i do pede-

Tablica 78.2.

Snovi i terapijski aspekti

- Dobro uspostavljen terapijski savez i odnos s djetetom
- Diskretno poticanje djeteta da govori o snovima; „inicijalni san“
- Suportivni pristup, ego podupirući – posebno kod snova na niže strukturiranoj razini
- „Sadržavajući“ pristup
- Interpretativni pristup – kod snova na višoj strukturalnoj razini

setak tijekom jedne noći). U psihoterapijskoj praksi, ako postoji serija snova, može se bolje razumjeti značenje više snova uzme li se u obzir više snova u nizu. U psihoterapiji važni mogu biti i **repetitivni snovi**, koji govore o stalnosti pojedinog psihičkog konflikta (Nikolić 1990). Pojedini autori, slijedeći Jungovu tradiciju amplifikacije, u svojem radu snove više povezuju s bajkama, mitovima i drugim kreativnim postignućima, koji izražavaju nesvjesne težnje, kolektivno nesvjesno i širu sociokulturu.

Kod snova na nižoj strukturalnoj razini nema potrebe za dodatnim asocijacijama, nego se više koristi ego-podupiruće liječenje. Dakle, nije potrebna prerana interpretacija sna. Kadšto je dovoljna interpretacija osjećaja, npr. kako je biti izložen, kako mu je teško itd. Kod snova na višoj strukturalnoj razini mogu se primjenjivati klasične interpretacije educiranih psihoanalitičara. Prijenos u snovima se može manifestirati na različite načine: terapeut u snovima kao sluga, klaun, vozač automobila, predsjednik ili monstrum, dok je soba terapeuta predstavljena kao operacijska sala, zatvor, muzej, zahod, inozemstvo, neki restoran, teatar, dućan ili knjižnica. U psihoanalitičkoj se terapiji uobičajeno snovi bilježe pri završetku terapije, kada postoji obilje snova s temom separacije (Hopf 2007).

78.7. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Dokazano je da snovi u djece započinju ubrzanim kognitivnih razvojem (odnosno razvojem govora), dakle između prve i druge godine života.
- ✓ Može se pretpostaviti da snovi postoje i kada djeca još i ne govore, dakle u prvoj godini života (ubrzani emocionalni razvoj; razvoj socijalizacije, razvoj trijadnih odnosa), a mogu se pretpostaviti snovi i prenatalno.

- ✓ San može imati funkciju ispunjenja jedne želje, funkciju vlastita predočivanja, komunikativnu funkciju, daje omjer nesvjesnog i svjesnog, a može imati i druge funkcije.
- ✓ Zapamćeni su snovi slike specifične strukture ličnosti i specifičnih psihičkih konflikata tijekom razvojnih faza.
- ✓ Osnova je psihoterapije suportivni pristup, „sadržavajuća funkcija“ terapeuta, a s vremenom će se razmotriti mogućnost interpretacije sna s obzirom na strukturu ličnosti i dominantni psihički konflikt.

78.8. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Zašto načelno dječji terapeuti malo pitaju djecu o njihovim snovima?

ODGOVOR: Nije jasno zašto se to događa, premda su sama djeca spremna govoriti o njima. Vjerojatno je jedan od odgovora da terapeuti misle da snovi nisu toliko važni u psihoterapiji djece. Ovdje samo usput valja dodati da su npr. snovi u Bibliji i Talmudu navođeni te bili vrlo cijenjeni i da se njima daje velika važnost u židovstvu i kršćanstvu.

■ PITANJE: Po čemu se razlikuju snovi u djece od snova u odraslih osoba?

ODGOVOR: Nije lako odgovoriti na ovo pitanje. Prvo, osnovna je razlika u tome da u djece postoji ličnost u razvoju, tako da je pomiješani latentni sadržaj od manifestnog i o tome govori niz psihoanalitičkih autora u svojim radovima. Ili, na drukčiji način rečeno, snovi su konkretniji, jasniji, odnosno na „nižoj strukturnoj“ razini. U sličnom trendu, otprilike od sedme godine dalje, dijete tek počinje shvaćati svoje snove kao intrapsihička zbivanja. Treće, u djece su češći snovi o životinjama jer u to doba dijete ima više animalistički način promatranja svijeta. Nadalje, dijete se češće koristi kondenzacijom, odnosno češći su anksiozni snovi.

■ PITANJE: Koliko su snovi važni u psihoterapiji djece?

ODGOVOR: Winnicott je smatrao snove važnima, samo ako su kontinuiran i integriran dio terapijskog rada u djece uz crteže, igru, neverbalnu komunikaciju, agiranje, verbalizacije itd. Terapeut treba biti dovoljno fleksibilan da ima skokovitu pažnju te da prati dijete u njegovu kreiranje terapijske seanse. Dijete može malo

govoriti o snovima, ili može nešto nacrtati, a to katkada mogu biti i snovi. Nakon toga dijete će uzeti neku igračku, pa će se htjeti malo poigrati, ili će dodatno nešto komentirati, ili će pak neverbalno, scenski odgovoriti itd. Psihoanalitičar će iza nekih „realnih“ scenarijskih prikazivanja prepoznavati i intrapsihičke konstelacije (strukturu, konflikte, dominantne strahove, identifikacije itd.). Ako je riječ o snovima u djece, koji katkada mogu biti vrlo konkretni, to nije zapreka da se primjenjuju psihoanalitičke metode liječenja.

78.9. Pitanja

- 1 Navedite osnove procesa sna, ili rada sna, kako ga je opisao Freud.
- 2 Navedite razvojne posebnosti snova u različitim specifičnim razdobljima.
- 3 Navedite osnove dijagnostike snova u terapijskoj praksi.
- 4 Navedite razliku između niže i više strukturiranih snova.
- 5 Navedite najvažnije aspekte terapije koji se koriste snovima.

78.10. LITERATURA

1. *Bion WR*. A theory of thinking. *Int J Psychoanal* 1962; 43:306-410.
2. *Ermann M*. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 5. izd. Stuttgart: W.Kohlhammer GmbH; 2007.
3. *Ermann M*. Traeume und Traeumen. Hundert Jahre "Traumdeutung". Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2005.
4. *Freud A*. Vier Vortraege ueber Kinderanalyse. U: Die Schriften der Anna Freud, Bd. I. Muenchen: Kindler Verlag Muenchen; 1927/1980.
5. *Freud A*. Probleme der Pubertaet. U: Die Schriften der Anna Freud, Bd. VI. Muenchen: Kindler Verlag Muenchen; 1957/1980.
6. *Freud A*. Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. U: Die Schriften der Anna Freud, Bd. VIII. Muenchen: Kindler Verlag Muenchen; 1965/1980.
7. *Freud S*. Die Traumdeutung. Studienausgabe Bd.II. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag; 1900/1972.
8. *Freud S*. Vorlesungen zur Einfuehrung in die Psychoanalyse. Studienausgabe Bd.I. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag; 1916/1917/1969.
9. *Hamburger A*. Der Kindertraum und die Psychoanalyse. Ein Beitrag zur metapsychologie des Traums. Regensburg: S. Roderer Verlag; 1987.

10. *Hopf H.* Traeume von Kindern und Jugendlichen. Diagnostik und Psychotherapie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2007.
11. *Klein M.* Die psychologischen Grundlagen der Fruehanalyse. U: Cycon R, Erb H, ur. Melanie Klein: Gesammelte Schriften. Band I, Teil 1. Schriften 1920-1945. Stuttgart: Verlag Fromman-Holzboog; 1926/1995.
12. *Jung CG.* Allgemeine Gesichtspunkte zur Psychologie des Traumes: U: Jung CG. Traum und Traumdeutung. 3.izd. Muenchen: Deutscher Taschenbuch Verlag; 1916/1991.
13. *Nikolić S.* Snovi kao izraz nesvjesnog psihičkog života. U: Nikolić S, Klain E, Vidović V, ur. Osnove medicinske psihologije. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1990, str. 23-36.
14. *Thomae H, Kaechele H.* Lehrbuch der psychoanalytischen therapie, Bd 1: Grundlagen. Berlin: Springer Verlag; 1985/2006.
15. *Winnicott D.* Die therapeutische Arbeit mit Kindern. Mit einer Einfuehrung von M. Masud R. Khan. Muenchen: Kindler Studienausgabe; 1973.
16. *Zwiebel R.* Der Analytiker traeuimt von seinem Patienten. Gibt es typische Gegenuebertragungs-Traeume? Psyche 1977; 31:43-59.

Likovnost u psihoterapiji djece i adolescenata

Zorana Kušević

SADRŽAJ

79.1. Uvodni aspekti	1048
79.2. Likovno stvaralaštvo djece	1048
79.3. Dijagnostički, fenomenološki, likovno-pedagoški pristup crtežu, slici i bojama	1049
79.3.1. Dijagnostički aspekti - uvodni aspekti	1049
79.3.2. Dijagnostička analiza crteža ljudske figure, drveta, kuće i obitelji	1050
79.3.3. Boje, simbolika njihova značenja	1051
79.4. Psihoanalitički aspekti - vlastita iskustva	1052
79.5. Indikacije u dječjoj dobi	1053
79.6. Likovno stvaralaštvo u grupi	1053
79.7. Crtež i slika u djece i adolescenata i snovi	1054
79.7.1. Uvodni aspekti	1054
79.7.2. Primjer iz literature (Hopf 2007)	1054
79.8. Vinjete, zaključna razmatranja	1054
79.8.1. Vinjeta 1.	1054
79.8.2. Vinjeta 2.	1054
79.8.3. Vinjeta 3.	1055
79.8.4. Vinjeta 4.	1055
79.8.5. Zaključni komentari	1055
79.9. Upute za roditelje/nastavnike	1055
79.10. Često postavljena pitanja	1055
79.11. Pitanja	1056
79.12. Literatura	1057

79.1. Uvodni aspekti

Korisno je usporedo pročitati poglavlje o razvoju likovnog izražavanja i crteža u djeteta (v. posebno poglavlje 7 o razvoju pojedinih funkcija djeteta). U navedenom poglavlju treba posebno obratiti pozornost na stadij razvoja crteža, a posebno na fazu **črčkanja**, koja počinje prvo kao motorna manifestacija, a zatim sve više dobiva osjetilnu i emocionalnu komponentu, i može se podijeliti na 20 osnovnih komponenti. S vremenom dijete sve više dolazi do **simboličke razine (pre-shematski stadij)**, kada se koristi **mandalama (kružnim oblicima)**, sve se više počinju upotrebljavati boje, te se na spomenuti stadij nastavlja **shematski stadij** (crtež čovjeka kao punoglavac ili glavonožac; sunce, cvijeće, drveće, kuća). Posebno se razvija uporaba boja u stadiju **realizma, pseudorealizma**, kao i u daljnjem razvoju crteža (**faza odluke**). Važna su i druga povezana poglavlja (psihodinamske terapije u djece, snovi u djece, terapija igrom u djece), a mogu biti korisna i druga povezana poglavlja. Crtež i slika mogu se promatrati zapravo kao nešto iskonsko, spontano, prirodno-evolutivno, kreativno, bliže nesvjesnom, i bliski su snovima, igri u djece, kao i scenskom prikazivanju (agiranju) u adolescenciji.

Neraskidiva je veza između psihe i umjetničkog stvaralaštva ili izražaja. Još je Aristotel pisao o umjetničkim dostignućima npr. u maničnim stanjima. Obito se nakon pionirskih radova potkraj 19. i početkom 20. stoljeća, koji govore ne toliko o likovnom stvaralaštvu oboljelih koliko o likovnoj umjetnosti kao komunikaciji između duševno oboljelih i okoline, pojavljuju i prvi radovi o komunikaciji duševno oboljelih s liječnicima, a crtež i slika počinju zauzimati važno mjesto u simboličkom i ventilacijskom (katarktičkom) izražavanju pacijenata liječenih na psihijatriji, i odraslih, a posebice djece i mladih, sve do razvoja psihoterapijskih tehnika koje neizostavno, kao dijagnostičko ili terapijsko sredstvo, uključuju crtež i sliku, a koje mogu, ali i ne moraju nužno biti psihoanalitički orijentirane.

Patografije velikana likovnog stvaralaštva i u svjetlim i u domaćim razmjerima također govore o jednom od mogućih pogleda na vezu između likovnog stvaralaštva, psihopatologije, psihoterapije i umjetnosti općenito. Mnoge psihijatrijske bolnice, tj. klinike diljem Europe, čuvaju povijesno važne zbirke likovnog stvaralaštva psihijatrijskih pacijenata kao npr. bolnica u Heidelbergu. U našoj sredini u okviru radne terapije

i psihoterapije, likovno je stvaralaštvo najzastupljenije u smislu povijesnih izvora, očuvanosti i tradicije te brojnosti uradaka u Klinici Vrapče u Zagrebu, koja posjeduje i jedinstveni muzej.

79.2. Likovno stvaralaštvo djece

U vezi sa psihoterapijom kroz likovno stvaralaštvo djece tradicija psihoanalitičkog pristupa njeguje se u Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju u sklopu Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Rebro u Zagrebu. Sve ordinacije dječje i adolescentne psihijatrije, dnevne bolnice, odjeli i zavodi diljem RH njeguju određeni oblik likovnog stvaralaštva vezanog za dijagnostiku i psihoterapijsko liječenje, a crtanje je i gotovo oblatni dijagnostički dio u ordinacijama psihologa za djecu, bilo da se nalaze u privatnom ili bolničkom okviru (*settingu*). Pokatkad u okviru multidisciplinarnog pristupa i u uredima drugih suradnika, poput socijalnih radnika ili pedagoga, nailazimo npr. na likovno stvaralaštvo klijenata u dijagnostičkom procesu ili nekom tretmanu.

Povijesno gledano, već vrlo rano početkom prošloga stoljeća počinju se postupno analizirati i opisivati **projekcije pacijenata** (slika i crteži kao projektivne tehnike - v. poglavlje 21 o psihološkoj procjeni) putem likovnog stvaralaštva npr. afektivnih stanja ili nekih aspekata ličnosti, te se s pomoću likovne umjetnosti tumače nesvjesni aspekti ili poimanje realiteta pacijenata pa crtež i slika počinju zauzimati važno mjesto u dijagnostičkom i terapijskom smislu, posebno u području dječje psihijatrije jer je verbalizacija u djece manje razvijena nego u odraslih, a crtanje, modeliranje, kiparenje ili slikanje jesu, poput igre, nešto što je djeci imanentno i neupitno znači nezaobilaznu alternativu verbalizaciji.

U našoj sredini valja neizostavno spomenuti istraživanje od sredine šezdesetih godina 20. stoljeća dr. Branka Pražića te istraživanje u okviru današnjega Kliničkoga bolničkog centra „Sestre milosrdnice“, a u dječjoj psihijatriji rad i djelo dr. Damira De Zana, te dr. Ljubomira Radovančevića (De Zan 2013; Pražić 1971; Pražić 1987; Radovančević 1980). Vidjeti korisnu literaturu o povijesnom istraživanju likovnog izraza u psihijatriji (De Zan 2013). U Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC-a Rebro u okviru dijagnostičkog i terapijskog procesa vezano za implementaciju likovnog stvaralaštva pacijenata u manjem ili većem opsegu svakako valja povijesno spomenuti

velika imena kao što su Maja Beck-Dvoržak i drugi vrijedni prethodnici, te svakako kolege koji i danas rade u Zavodu.

Nezaobilazno je, naravno, na ovu temu spomenuti utjecaj S. Freuda i psihoanalize ne samo na psihijatriju nego i na kulturno-civilizacijske tijekove sve do današnjih dana. Sam Freud nije se koristio tehnikom crtanja u psihoanalizi, ali je svoju naklonost u tumačenju umjetničkoga stvaralaštva najavio već u svojim „Uvodnim predavanjima iz psihoanalize“, kao i u drugim radovima, kada uvodi danas široko prihvaćen pojam sublimacije (Freud 1910/1957; Freud 1916/1917/1969), kao društveno prihvatljiv način izražavanja nagonске aktivnosti. Vizualna se umjetnost koristi neverbalnom reprezentacijom i stoga zahtijeva drukčiji psihoanalitički pristup nego književnost. Umjetničko se djelo može smatrati kompromisnom formacijom između nagona i obrana. Psihoanaliza se trudi otkriti nesvjesne ideje koje stoje iza kreativnoga djela. Prvi psihoanalitički tekst koji se bavi vizualnom umjetnošću jest Freudov tekst „Leonardo da Vinci and a Memory of his Childhood“ (1910/1957). Freud je ovim djelom otvorio način psihobiografije, upozoravajući na učinak nagonskog i infantilnog života na umjetnikov umjetnički i kreativni opus. Freud opisuje Leonarda da Vincija kao izvanbračno dijete koje je bilo vezano za svoju majku, uz odsutnog oca; seksualna se znatiželja pretvara u intelektualnu znatiželju; jačaju nagoni za gledanjem i znanjem; u pubertetu jača potiskivanje, ostavlja dojam aseksualnog čovjeka; ili s platonskom ljubavlju prema dječacima. Na vrhuncu svojeg života on susreće Giocondu, koja ga podsjeća na osmijeh njegove majke. Ovdje dolazimo na njegove „osmijeh“, koje od tada nazivamo „leonardovskima“; najpoznatiji je primjer Mona Lisa. U osmijehu Mona Lise zrcale se suprotnosti koje vladaju ljubavnim životom žene: rezerviranost i zavođenje, nježnost i bezobzirna senzualnost koja traži i melje muškarca kao nešto tuđe. Pretpostavka je da ovakvu sliku Leonardo nosio i u sebi, sliku svoje majke Katarine. Slijedili su ga i drugi psihoanalitičari iz najranijih dana psihoanalize npr. Karl Abraham (Abraham, 1911/1937), kao i drugi suvremeni psihoanalitičari. Abrahamov (1911/1937) cilj je bio pokazati da se psihoanaliza može primijeniti i na analizu drugih mentalnih procesa osim na liječenje neuroze. U navedenom tekstu o Segantiniju prikazana je uloga djelovanja umjetnika u stvaranju djela s obzirom na psihičku ekonomiju umjetnika, važnost njegovih infantilnih iskustava, stvarnih i imaginarnih, kao i na antagoni-

zam ljubavi i mržnje u stvaranju djela (Buzov i Begovac 2012).

C. G. Jung (1974) imao je drukčije poimanje psihoterapije posredovane crtežom ili slikom, koje je bilo izraženo u vjerovanju da nije potrebno tumačenje crteža za uspješnu psihoterapiju. Jung se koristi slikom i crtežom kako bi utjelovio osobine frustracije, želje, fantazije i konflikte (Jung 1974). Smatra da je dovoljno izraziti ih slikom ili crtežom te da tada nije potrebno tumačenje. Vjeruje da je komunikacija slikom i crtežom i slikom alternativa verbalne komunikacije, te da je osnovno osloboditi bolesnikovu stvaralačku energiju i kreativni potencijal bolesnika te razviti kreativnost, što vodi izlječenju. Za razliku od Freudova pristupa interpretaciji simbola kao oznake osobnosti, Jung vjeruje u kolektivno nesvjesno i arhetip te tako i tumači simbole koji se pojavljuju kroz komunikaciju s pacijentom. Često je u psihoanalitičkoj psihoterapiji crtanje i slikanje najčešći, najlakši, a pokatkad i jedini način komunikacije terapeuta s djetetom-bolesnikom. S pojedincima u početku verbalna komunikacija nije moguća te, da bi se psihoterapijsko liječenje uopće počelo, nužno je stupiti u kontakt i uspostaviti komunikaciju.

79.3. Dijagnostički, fenomenološki, likovno-pedagoški pristup crtežu, slici i bojama

79.3.1. Dijagnostički aspekti – uvodni aspekti

Povremeno je u praksi teško odvojiti dijagnostički od terapijskih aspekata jer je katkada u prvom planu terapija. Crtež i slika informacije su o unutarnjim sadržajima pacijenta, a terapeut postavljanjem pitanja, u skladu s pacijentovom dobi i spolom, te razgovorom o crtežu (pacijentove slobodne asocijacije) otkriva i tumači simboličko značenje crteža i njegove osjećaje vezane za njih (Kondić i Dulčić 2008; Kušević 2018; Vuković 2012). Kao projektivnu tehniku uvela ga je Machover (1953). Najviše se primjenjuje u djece jer zbog strukture i funkcije njihove ličnosti ne mogu se tretirati poput odraslih pacijenata. Analiza crteža dopušta zaključivanje o trenutačnom stanju pacijentove emocionalne, psihoseksualne i psihosocijalne zrelosti, anksioznosti, osjećaja krivnje, agresije i slično, ali to ne znači da će oni dovesti do patologije jer normalnost ovisi o razini energije, stupnju kontrole, razvijenoj sposobnosti za integraciju iskustava i spremnost za

suočavanje s vlastitim problemima, nedostacima i oštećenjima (Kondić i Dulčić 2008).

Djeca su osobe u razvoju i njihov ego još nije dovoljno razvijen. Djeci se obično kaže da nacrtaju što žele ili im se ponudi neka tema (kuća, obitelj i slično). Kad to naprave, pažnju treba obratiti na značenje, veličinu likova, na njihov položaj te odnose između dijelova crteža: na način crtanja nekog lika, s mnogo ili malo detalja, na povezanost između dijelova crteža i njihov odnos u stvarnosti. Premali vlastiti lik upućivat će na osjećaj manje vrijednosti, prevelik će biti izraz kompenzacije za neko razočaranje ili izraz samodopadnosti, dok će izostavljanje nekog dijela tijela upućivati na strah od odnosa, agresivnost ili želju za kažnjavanjem. Crtež, bez živih likova, pokreta i živih boja može biti izraz trenutačne depresivnosti (Kondić i Dulčić 2008). Crte pak otkrivaju smjer i stupanj samokontrole te stupanj ovladavanja realnošću. Tanke, isprekidane crte mogu upućivati na neprilagodljivu djecu, zakrivljene linije svjedoče o nježnoj i skromnoj prirodi, a izdužene crte mogu biti znak agresivnosti. Kolebanja između apstraktnog i konkretnog svjedoče o povećanom unutarnjem emocionalnom konfliktu. Široki potezi karakteristični su za entuzijaste i zanesenjake, a suprotnost su im djeca koja vole sitne crteže s mnogo detalja. Razmjerno korištenje cijelim prostorom upućuje na uravnoteženo dijete, popravljavanje crteža znak je kritičnosti, discipliniranosti, opsesivnosti, a sjenčanje anksioznosti. Za djecu koja crtaju preko ruba papira smatra se da su bezobzirna prema željama, potrebama i pravilima, te da to mogu biti infantilna, usamljena i nevesela djeca. Dijagnostički gledano, najčešće se u primjenjuje analiza ljudske figure te drveta, kuće i obitelji (De Zan 2013).

79.3.2. Dijagnostička analiza crteža ljudske figure, drveta, kuće i obitelji

Nikolić (1991) opisuje različite razvojne **stadije ljudske figure**, dijete oko treće godine crta glavonošca, nakon pete godine pojavljuju se naznake lica i više pojedinosti na udovima. U sedmoj godini života postoje naznake odjeće, s osam godina dijete uspijeva nacrtati djelomičan profil, dok se oko devete godine pojavljuje potpuni profil. Osim glavonošca, mogu postojati i drugi slični motivi: čovjek-krumpir, čovjek-cvijet, čovjek-cesta, a poslije i čovjek-kuća, pojave su koje nazivamo **antropomorfizacijom** jer se u različite objekte projiciraju ljudske karakteristike. De Zan

(2013) posebno nalazi važnost **autoportretiranja**, kao važnoga dijagnostičkog i terapijskog aspekta. Pri analizi crteža polazi se od pretpostavke da je u određenom smislu nacrtana osoba sam crtač, a detaljno se analiziraju svi elementi figure, svi detalji odjeće i obuće, kao i veličina figure i njezino mjesto na papiru, položaj figure, perspektiva, tip crta, sjenčanje, brisanje itd. (Kondić i Dulčić 2008). Izraz lica jedno je od obilježja crteža koje se može procjenjivati sa znatnom sigurnošću. Pacijent će nesvjesno u svom crtežu lica izraziti mržnju, strah, zbunjenost, agresivnost, buntovnost, pokornost. Analiziraju se svi dijelovi lica (oči, nos, usta, usne, brada, obrve, uho, kosa), kao i ostali dijelovi tijela. Tako vrat često ističu osobe koje su uznemirene nekoordinacijom impulsa tijela i kontrole mentalnih funkcija, dok se preko crteža ruku i šaka zaključuje o ego-razvoju i socijalnoj prilagodbi osobe. Primjerice, različito crtanje šake u istog pacijenta može uputiti na nedostatak samopouzdanja u vlastita postignuća i slabu uspostavu socijalnih veza. Crtež prstiju otkriva kako su postavljene osnovne vrijednosti, a teškoće u prikazivanju stopala upućuju na nesigurnost osobe. Bizarnost, prekomjeren nesklad, pretjerana simbolika mogu biti pokazatelji mentalne patologije (Kondić i Dulčić 2008).

Crtež drveta može se također shvatiti kao simbol, kao i karakteristike djetetove ličnosti (De Zan 2013). Razvija se od okomite linije, preko oštro odvojene linije i kružnice koje prezentiraju deblo i krošnju do prvih vodoravnih naznaka grana i listova. Tijekom psihoterapije drvo može poprimiti različite dimenzije: drvo ojačava i razvija se (razvoj djetetova ega) ili se, naprotiv, pojavljuju regresivni fenomeni u obliku izlomljenih grana i osušenog lišća drveća (De Zan 2013).

Crtež kuće čest je i popularan u slobodnom izražavanju (Pražić 1971, 1987; De Zan 2013). Može imati konkretne oznake, ali i simboličko značenje (samo dijete, majka, skrbnik, osjećajno stanje djeteta itd.). Treba obratiti pozornost i na moguće detalje: ima li kuća uopće vrata, ima li uopće prozore, koliko su oni veliki, ima li puteljak koji vodi do te kuće (mogućnost uspostavljanja puta komunikacije), ima li dimnjak iz kojega se vije dim (znak emocionalne topline doma), je li kuća ograđena od drugih ili nije itd.

Crtež obitelji posebno je koristan i De Zan (2013) ga, pozivajući se na literaturu, naziva **familiogramom**. Može biti nacrtan na različite načine: realističan, shematiziran ili simboličan. Pojedini autori sugeriraju u dijagnostičke svrhe da dijete nacrtat obitelj, ali da svaki

pojedinačni član obitelji bude jedna životinja (npr. mama se nacrtava kao zmaj, otac kao dupin itd.). Posebno se navodi korisnost mjesta na kojemu se taj crtež pojavljuje „u nizu” (kao i kod drugih crteža koji su u nizu), a može biti koristan pri indikaciji za obiteljsku psihoterapiju. U literaturi postoji niz vrijednih primjera familiograma, pa se zainteresirani čitatelj upućuje na dodatnu literaturu (De Zan 2013).

79.3.3. Boje, simbolika njihova značenja

Simbolika boja može upućivati na različita osjećajna stanja (Chevalier i Gheerbrant 1983; De Zan 2013; Kondić i Dulčić 2008; Vuković 2012).

Plavom se bojom najčešće koriste svi ljudi, ona ostavlja najjači dojam, asocira na apsolutni mir, vječnost, nadnaravnost, ravnotežu, asocira na san i nesvjesno. Može se tumačiti i kao beskonačnost, gdje se zbiljsko pretvara u imaginarno. Može biti boja ptice sreće, plave ptice, nedohvatne, a sasvim bliske. Plava je i najhladnija od svih boja, a u svojoj apsolutnoj vrijednosti i najčišća, izuzme li se potpuna praznina neutralne bjeline. Plava je boja najdublja boja: pogled u nju tone ne susrećući zapreka i gubi se u beskraju kao da boja neprestano uzmiče. Plava je i najmanje materijalna boja: u prirodi se obično prikazuje kao da je načinjena od prozirnosti, to jest od nagomilane praznine, praznine zraka, vode kristala ili dijamanta. U jeziku i govoru plava boja najčešće poprima negativno značenje (Chevalier i Gheerbrant, 1983). Plava boja u dječjim crtežima može se tumačiti kao izraz potrebe za druženjem.

Crvena je boja po uporabi na drugome mjestu. To je boja borbenosti i strasti, snage, samosvijesti, ali pretjerana uporaba crvene boje u dječjem crtežu može biti i znak uznemirenosti i prikrivene agresivnosti. Crvena boja jest boja vatre i krvi, i najdublje je povezana s principom života. Ono je tajna, misterij života skriven na dnu tmina i iskonskih oceana. To je boja duše, libida, srca. Ambivalentnost crvenog tamne krvi u tome je što je ono uvjet života kad je skriveno, međutim, znači smrt kad je proliveno. Otuda i zabrana koja pogađa žene u vrijeme menstruacije: odbačena je krv nečista jer je prešavši, iz uterusne tame na svjetlo dana, promijenila polarnost, od svetog desno u sveto lijevo. Svojstvo je crvene boje da na svjetlo dana obrne polarnost simbola, koji od ženskog i noćnog postaje muški i solaran. Pojavljuje se novo crveno, povezano s bijelim i zlatnim, osnovni simbol životne snage. Ono utjelovljuje ljubavni žar i ljepotu, impulsivnost i obilje snage,

slobodu i pobjedu Erosa. Ono utjelovljuje i svećeničke i ratničke sposobnosti. Dakle, postoje dvije crvene boje: jedna je noćna, ženska, s privlačnom, s centripetalnom snagom (središnja vatra, tajna, nešto matično itd.), a druga je danja, muška, centrifugalna, što se okreće poput Sunca i sve obasjava golemom i neodoljivom snagom (mladost, zdravlje, bogatstvo, ljubav) (Chevalier i Gheerbrant 1983).

Zelena boja smiruje, to je boja nade i života, optimizma, dok u dječjem crtežu može biti procijenjena kao znak potiskivanja emocija i njihova skrivanja. Zeleno je jednako udaljeno od plavog i od podzemnog crvenog, koji su apsolutni i nedostupni, zeleno, srednja veličina, posrednik između toplog i hladnog, visokog i niskog, umirujuća je, osvježavajuća, ljudska boja (Chevalier i Gheerbrant, 1983). Svakog proljeća, zemlja se iznova odijeva u zeleno ruho koje vraća nadu istodobno kada zemlja postaje hraniteljica. Zeleno je kao i čovjek, toplo, donositelj plodonosnih kiša. Zeleno je boja biljnog carstva, buđenje iskonskih voda, buđenje života, a označuje zaštitničko, umirujuće, osvježavajuće, ublažujuće, zeleni raj dječjih ljubavi kao mladost svijeta, te kao vječna mladost obećana odabranima. U literaturi se navodi komplementarnost zelenog i crvenog. Međutim, zeleno može imati zlotvornu moć, kao duboka krv u zelenoj posudi.

Žuta boja označuje aktivnost, poduzetnost, živahnost, trajanja, ali i opasnosti, ljubomore, nesigurnosti. Za djecu koja se pretežno koriste žutom bojom smatra se da su djetinjasta i sretna. Intenzivno i prodorno, zaštićeno i blještavo, poput rastaljena metala, žuto je najtoplija, najekspanzivnija i najsjajnija boja, koju je teško ugasiti i koja uvijek prelazi svoje okvire, žuto toliko teži svjetlomu da tamnožutoga i ne može biti, žuto je boja vječnosti, kao što je i zlato kovina vječnog života (Chevalier i Gheerbrant 1983). Slično je i sa zlatnim, to je dvosmjernan put, posrednik između ljudi i bogova. Djeca žutom bojom najčešće crtaju Sunce, pa i to može biti dobar dijagnostički i terapijski putokaz.

Smeđa boja u dječjem crtežu, ako je dominantna, svjedoči o pretjeranim higijenskim, analnim zahtjevima (sličnost izmetu) te o sklonosti sadizmu. Nadalje, smeđa je boja njive, gline i Zemljina tla. Podsjeća na uveo list, jesen i tugu, u kršćanstvu je simbol poniznosti, npr. kod mnogih redovnika odjeća je smeđe boje, npr. kod karmelićana (Chevalier i Gheerbrant 1983).

Crna je boja, suprotna bijeloj, međutim, po apsolutnoj joj je vrijednosti jednaka. Poput bijelog (v. poslije u tekstu), može se smjestiti s obiju strana kromatske ljestvice, označujući na jednoj strani granicu toplih

boja, a na drugoj strani granicu hladnih boja. Najčešće se značenje pridaje hladnom, negativnog aspektu crnog, kao iskonska tmina, evocira kaos, ništavilo, zemaljske noćne tmine, zlo, tjeskobu, tugu, neshvatljivost, smrt, te se poistovjećuje s prvobitnim nediferenciranim stanjem (Chevalier i Gheerbrant 1983). Dakle, može biti simbol za tužno, staro, beživotno, smrtno – oznaka depresije i žalosti, ali i ozbiljnosti, dostojanstva, elegancije. Djeca koja se koriste crnom bojom izražavaju strah koji utječe na prigušivanje ostalih emocija. Ako strahovi nisu prejak, takva djeca pokazuju izraziti intelektualni interes, ali su usamljena i agresivna. Njihovi su crteži uglavnom nacrtani samo crnom bojom i nebojani (**monokromatski**, samo s crnom bojom).

Bijela se boja, kao i njoj suprotna crna boja, može postaviti na dva kraja kromatske ljestvice. Budući da je bijelo apsolutna boja koja nema drugih varijacija, osim onih koje idu od prigušenog do sjajnog, ona označuje ili odsutnost ili zbroj boja. Moglo bi se reći da se bijela boja nalazi ili na početku ili na završetku danjeg života i svijeta, što joj pridaje idealnu asimptotičku vrijednost (poklapanje ili pravac sa svojim svojstvom – termin se rabi u matematici i informatici). Bijelo je istodobno i granična vrijednost (dva kraja beskonačnosti obzora), kao i boja prijelaza (boja svitanja). Bijela boja zapada (strane svijeta) prigušena je boja smrti, koja obuzima biće i uvodi ga u Mjesečev, hladni i ženski svijet, odvodi u odsutnost, u noćnu prazninu, u nestanak svijesti i danjih boja. Bijela boja, koju često smatramo nebojom, poput simbola jednoga svijeta u kojemu su sve boje, kao svojstva materijalnih supstancija, iščeznule. Bijela boja djeluje na našu dušu poput apsolutne tišine. Ta tišina nije smrt, ona je ipak prepuna živih mogućnosti. U zlokobnom aspektu blijeđa je bijela boja koja može biti samostalna ili se suprotstavlja crvenoj (mrtvački pokrov; boja duhova; vampir – kombinacija bjeline izgleda vampira i crveno kada se krv prelijeva preko usana; bijela vjenčanica – kombinacija bijelog i crvenog – gubitak nevinosti penetracijom). Bijela boja je boja čistoće, neutralna, pasivna boja (ministrant, prvopričesnik, zaređenik za svećenika, zaručnica itd.) (Chevalier i Gheerbrant 1983).

79.4. Psihoanalitički aspekti – vlastita iskustva

Autorovo kliničko iskustvo pokazuje da se danas u dijagnostičkom i terapijskom smislu crtež i slika mogu

uspješno upotrebljavati zbog fenomena projekcije i ekspresije i bez tumačenja, odnosno interpretacije, a mogli bismo taj oblik psihoterapijskog doprinosa razumjeti i kao neka vrsta sadržavanja (*containment*) (Kušević 2018). Taj je aspekt važan u stabilizaciji raznih psihopatoloških fenomena u djece i adolescenata, osobito regresivnih stanja. Prema autorovu iskustvu, interpretativni rad u psihoterapiji djece i adolescenata posredovanoj slikom i crtežom donosi, barem u psihoanalitički orijentiranim seansama, svakako i kvalitetu više, poput interpretativnog rada u psihoterapijskim psihoanalitički orijentiranim seansama licem u lice. Slično kao u psihoterapijskom radu u klasičnim analitički orijentiranim psihoterapijskim seansama s odraslima, tako i u interpretativnom radu s crtežima ili slikama u seansi, tj. psihoterapiji, prethodi nešto ili zapravo mnogo konfrontacijskog i klarifikacijskog rada, analize prijenosa i protuprijenosa uz empatiju i sadržavanje (*containment*) te čuvanje *settinga* (okvira terapije).

Prijepori oko gore navedenog više freudovskog ili Jungova gledišta traju do današnjih dana, pa tako danas susrećemo razne nazive poput, art-terapije, art-psihoterapije, dinamički orijentirane art-terapije te umjetnosti u psihoterapiji i sl., iza čega se kriju ipak nešto različiti teorijski i praktični pogledi i tehnika, a, prema autorovu iskustvu, onda i različita učinkovitost.

Dakle, nedvojbeno je da su crtež i slika u psihoanalitički usmjerenoj terapiji djece nezaobilazna alternativa verbalizaciji u odraslih, no imaju pokatkad i značenje slobodnih asocijacija ili sna, što daje mogućnosti za kvalitetan interpretativni rad koji, prema autorovu iskustvu, omogućuje veliku uspješnost u liječenju raznih psihopatoloških fenomena u djece (v. posebno poglavlje 78 o snovima i poglavlje 77 o terapiji igrom u djece i o mogućnostima povezanosti s likovnim izražavanjem). Valja napomenuti da su crtež i slika kao fenomen možda i bliži nesvjesnom nego verbalizacija, što tehnikama koje rade s nesvjesnim pruža sjajne mogućnosti za analitički rad. Crtež i slika mogu se primjenjivati kako u dijagnostičkom, tako i u terapijskom smislu. Mogu biti na zahtjev ili spontani. Psihoanalitički orijentirani dječji psihoterapeuti promatraju crtež u dječjoj psihoterapiji kao oblik komunikacije, kao prijenos, kao projekciju emocionalnog stanja, fantazije ili želje. Samo držanje olovke ili kista te likovna kreacija mogu se povezivati i s vrlo dubokim osjećajima te regresijom na dojenačko doba ili fuzije identiteta. Kreiranjem prijelaznih objekata npr. i kasnije separa-

cije kroz gotovo uvijek **dvostruke prijenose (prema kreaciji i prema liječniku)** i zajedničkim radom s terapeutom dijete vježba neke elemente razvoja, te crtež i slika služe za njegovu facilitaciju, pa i otklanjanje zastoja u psihoseksualnom i psihosocijalnom razvoju. Mnogi autori smatraju, a i autorovo kliničko iskustvo govori o tome da se djeca koriste crtežom i papirom kao **medijem za projekcije** da bi se npr. „riješila“ loših introjekata koji se mogu pojavljivati u noćnim morama ili fobijama, npr. psihoanalitički terapeuti pri analizi crteža obraćaju pažnju i na prazan prostor na papiru jer, ako ga je mnogo, onda može upućivati na autoagresivnost mnogo prije negoli to dijete verbalizira, ili na depresivnost mnogo prije negoli se otkrije u ponašanju, a rana dijagnostika i rano liječenje u dječjoj su psihijatriji uvijek povezani i s učinkovitošću tretmana.

Uz poznate teorije o npr. toplim ili hladnim bojama, ništa se u psihoterapiji djece posredovanoj crtežom ne može pravilno tumačiti samo intepretacijama terapeuta već su potrebna svakako **objašnjenja ili asocijacije samog pacijenta** te dobro poznavanje anamneze i heteroanamneze, kao i povijesti bolesti. Iako su boje važne, još je važniji odnos prema kreaciji, materijalu ili psihoterapeutu. Nemoguća je interpretacija izvan psihoterapijskog konteksta. Osim prijenosa, analitički orijentirani psihoterapeuti koji upotrebljavaju crtež ili sliku u psihoterapiji bave se i pitanjem protuprijenosa, te aktivnošću ili pasivnošću terapeuta, kao i značenjima zajedničkih kreacija. Dakle, u psihoanalitički orijentiranoj psihoterapiji djece crtež i slika nisu sami sebi svrha, kao što to može biti u nekim površnijim pristupima, nego su kroz interpretativni rad i sadržavanje (*containment*) usmjereni na jačanje ega, čuvanje granica, usmjerivanje razvoja, otklanjanje blokada u psihološkom razvoju, poboljšanja u svijetu introjekata, obogaćivanje sublimatornih procesa, osnaživanje pozitivnih obiteljskih odnosa, uklanjanje konflikata, smanjenje i uklanjanje simptoma, odnosno takva je terapija usmjerena na mnogo toga i široko je primjenjiva.

U skladu s gore navedenim psihoanalitički orijentirana psihoterapija posredovana likovnim izričajem jest psihoterapija koja se može primjenjivati u dijagnostičke svrhe gotovo u svim dijagnostičkim kategorijama u djece, pa i adolescenata, s naglaskom na tome da će u djece s autističnim spektrom, u djece s intelektualnim teškoćama ili u djece sa psihotičnim poremećajima, biti potrebno modificirati tehniku i u dijagnostičkom i u psihoterapijskom smislu. Dakle, iako su crtež i slika u biti nezaobilazan dio u dijagnostičkom

pa i terapijskom procesu u ambulanti dječjeg psihijatra, oni mogu počivati na različitim psihoterapijskim pristupima, pri čemu je psihoanalitički orijentirani pristup kojim se autor bavi jedan od mogućih.

79.5. Indikacije u dječjoj dobi

Uspješne psihoterapijske intervencije u ordinacijama psihoanalitički orijentiranih dječjih i adolescentnih psihoterapeuta, upotrebljavajući sliku i crtež u psihoterapiji, moguće su u gotovo ukupnom psihopatološkom spektru, a autorovo iskustvo govori o izrazito uspješnoj primjeni kod sljedećih dijagnostičkih kategorija: neurotskih stanja, fobično-anksioznih, anksioznih smetnji i poremećaja, reakcija na stres, disocijativnih poremećaja, raznih anksioznih/neurotskih stanja, somatoformnih poremećaja, opsesivno-kompulzivnih poremećaja, depresivnih epizoda i poremećaja, anoreksije i bulimije, poremećaja navika i nagona, hiperkinetskog poremećaja, poremećaja ponašanja, mješovitih poremećaja ponašanja i emocija, emocionalnih poremećaja s početkom specifičnim za djetinjstvo, elektivnog mutizma, tikova, enureze, enkopreze, mucanja, autoagresivnih i heteroagresivnih fenomena. Ovo, posljednje ima osobitu važnost s obzirom na sve veću prisutnost problema s agresivnosti u djece i adolescenata s implikacijama na širi društveni kontekst, a ne samo psihopatologiju (Kušević i Melša 2017). U fazama dostatne remisije moguće je uz modifikacije psihoterapijsku tehniku posredovanu crtežom ili slikom primijeniti i u djece čiji psihijatrijski poremećaj ima kvalitetu psihotičnog, u djece s intelektualnim teškoćama ili s nekim manjim organskim (neurološkim) smetnjama, te u djece s neurorazvojnim poremećajima. Osim crtanja i slikanja, i modeliranje u glini ili plastelinu, odnosno neki oblik „kiparenja“, kao i biblioterapija (čitanje i vlastito stvaralaštvo u terapijske svrhe), te igra općenito, poput crtanja i slikanja, imaju važno mjesto u psihoterapijskom liječenju djece i adolescenata kod većine psihopatoloških fenomena koji se pojavljuju u toj životnoj dobi. Može se uspješno upotrebljavati samostalno u okviru psihoterapijskog pristupa ili, kada je indicirano, u kombinaciji s farmakoterapijom.

79.6. Likovno stvaralaštvo u grupi

Određeni dijagnostički i terapijski rezultati i uspješni pokazatelji, prema iskustvu autora, mogu se

također prepoznati i pratiti i u grupnim crtežima djece i adolescenata nastalima na odjelima ili u okviru dnevnih bolnica ili stacionarnog liječenja, gdje i inače prevladava psihoterapijski rad u grupi (v. posebno poglavlje 72 o školi i dječjoj psihijatriji te poglavlje 71 Medicinska sestra / tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije). Autorovo iskustvo govori o uspješnoj primjeni likovnosti i u grupnom psihoterapijskom okviru (*settingu*), bilo da je riječ o analizi grupnog crteža bilo o pojedinačnima na slobodnu ili zadanu temu. Crtež i slika služe i da bi se inače pratio psihoterapijski napredak u dječjoj psihijatriji i psihoterapiji. U sredini široj od bolničke likovno se izražavaju uspješno upotrebljava sve od vrtičke preko školske dobi i, zasigurno, ima određenu preventivnu ulogu u razvoju psihopatologije, a katkad možda i, skriveno, terapijsku.

79.7. Crtež i slika u djece i adolescenata i snovi

79.7.1. Uvodni aspekti

Slika i crtež kao snovi, i snovi kao slika i crtež. Snovi, slika i crtež, kao i scensko prikazivanje (dramatsko prikazivanje) vjerojatno su mnogo bliže nesvjesnom i emocionalnom nego verbalizacije. Mnogi će današnji psihoanalitički psihoterapeuti sve oblike za razumijevanje značenja koje ponudi pacijent uporabiti kao dar. Relativno su rijetki autori koji su u literaturi pokušavali i opisali odnos snova u djece i pokušaja da pacijent i oslika ili nacrtaju svoj san. U tekstu koji slijedi pokušava se prikazati primjer iz literature, a za detalje o ovoj problematici treba se koristiti dodatnom literaturom (Hopf 2007).

79.7.2. Primjer iz literature (Hopf 2007)

Riječ je o 4,5-godišnjoj djevojčici koja ima probleme s vlastitim rodnim identitetom, a ima i separacijske probleme. Djevojčica je navela sljedeći san: U snu je bila neka životinja s trbuhom kao bačva, a glava je imala oblik divlje svinje. Djevojčica oslikava svoj san na sljedeći način: „svinjica-bačva“, smještena u sredini, a koloristički, u sredini slike dominira lik svinje koji naturalistički prikazuje u detalje nos s ustima, oštre zube, oči i uši svinje, uz izražene noge i rep u svijetlo-smeđoj boji, međutim, umjesto tijela ima jednu bačvu koja se prikazuje u narančasto-smeđoj boji drveta s tamno smeđim željeznim oprugama. U pozadini kao

kontrast prevladava bijela boja. Slijedi interpretacija terapeuta: Eva je bila nezadovoljna kao djevojčica. Protestirala je zbog toga što je manje vrijedna, osjećala se također kao i mala svinjica u snu. Dakle, fokus se može formulirati na sljedeći način: ja se osjećam manje vrijedno kao i ova životinja-bačva, zato što sam djevojčica. Ja bih htjela sve raditi kao i moj brat, ali pitanje je hoće li me onda moja majka voljeti. Dilema djevojčica ili dječak upućuje na traženje rodnog identiteta.

79.8. Vinjete, zaključna razmatranja

79.8.1. Vinjeta 1.

Dječak s blažim intelektualnim teškoćama i elektivnim mutizmom u dobi od 12 godina koji je u višegodišnjem psihoterapijskom praćenju u individualnoj, a zatim u grupnoj psihoterapiji kroz likovnost uspješno izražava konflikte, teškoće u odnosima, intersubjektivni doživljaj realnosti, ali i uspješno uz pomoć psihoterapeuta postiže napredak u emocionalnom razvoju unatoč intelektualnim teškoćama i dolazi do smanjenja inicijalnih simptoma, napretka u interpersonalnim odnosima, što je vidljivo i u likovnome stvaralaštvu koje je osebujno kao i klinička slika. Nakon prve godine terapije nestao je elektivni mutizam.

79.8.2. Vinjeta 2.

Primjer interpretacije Nataše Vuković uz suradnju Ivana Begovca i mentora (Vuković 2012). Djevojčice mogu imati suptilniji likovni izraz, više se ustručavaju izraziti nešto iz mašte. Primjerice, djevojčica koja je na liječenju dulje razdoblje zbog emocionalnih problema, fobija i prevelike vezanosti za majku u dobi od 10 godina i dalje ima shematski crtež (iako je karakterističan za dob do 6 godina) i prisutno je stalno ponavljanje istog obrasca crtanja npr. cvijeće i drveće, prikaz kuće. Samo jedan uradak prikazuje odmak od shematizacije, prikazuje osamljeno drvo na livadi (vjerojatno predodčuje nju), grane su iskrivljene prema unutra, što označuje introvertiranost, povlačenje u sebe te kao da te grane štite lišće da ne otpadne, može se tumačiti kao strah od gubitka. Većina je prostora ostavljena neispunjena (bijela). U jednom radu prikazuje školu koja je isto tako shematski nacrtana, no prevladava dosta uznemireno popunjavanje ploha. Staza je grbava jer očito ima strah od škole. Pokraj škole su dva kržljava drveta. Nakon tri godine crta sličan rad, no umjesto škole nacrtala je dvorac. Rukopis je manje ekspresivan,

puteljak je jasniji. Drvo je sad snažno, puno vitalnosti, preraslo je dvorac (strah je nestao), Sunce sja.

79.8.3. Vinjeta 3.

Primjer interpretacije Nataše Vuković uz suradnju Ivana Begovac i mentora (Vuković 2012). Pacijentica ima 9 godina. U kliničkoj su slici dominantne motorička hiperkineza, smanjena koncentracija, impulzivnost; prisutni su također emocionalno-socijalizacijski problemi. Njezina se impulzivnost da iščitati iz linija koje odabire: valovite, zakrivljene. Kompozicijski ima dobar razmještaj u prostoru, no, kad crta članove svoje obitelji, prikazuje ih jako male i stjerane u kut s obzirom na cijeli papir. Iz prvog je pokušaja nacrtala veći lik oca, no zatim ga je izbrisala i nacrtala drugi koji je manji, no ipak najveći. Nakon dvije godine terapije nastaje rad na kojemu prikazuje svoju kuću s imanjenom iz ptičje perspektive. Prisutni su i dalje nemiran rukopis, oštre linije.

79.8.4. Vinjeta 4.

Primjer interpretacije Nataše Vuković uz suradnju Ivana Begovac i mentora (Vuković 2012). Riječ je o dječaku od 9 godina. Na temu „Da sam cvijet” crta ružu s istaknutim bodljama (obrambeni mehanizam). Na temu „Strah” nacrtao je stan i sebe pokraj, a jedino su obojeni dijelovi prozori jer vjerojatno predočuju izlaz. Očito ima nešto što ga plaši kod kuće. Cijela je kompozicija smještena u donjemu lijevom kutu. Niz je autora proučavao negativan i pozitivan sadržaj crteža. Pod pozitivnim sadržajem razumijevaju ispunjenu podlogu slike ili crteža, dok negativnim sadržajem smatraju prazninu (bjelina), neispunjenu plohu podloge, što se vidi na spomenutom crtežu. Pokušaj vlastita portretiranja ili simbol osobnog identiteta smješten je na mali dio podloge, obično stiješnjen, dok je ostali dio prepušten praznini. Kolorističke su intervencije minimalističke. Obojeni su samo prozori. Na sljedećem radu crta dvorac i ispisuje upozorenje: „Nemoj se približavati ovom dvorcu! Dvorac će te progutati.” Naznačio je da je i on tamo. Antropomorfizacija je prisutna, kuća preuzima ljudski izgled. Pokazuje strah od stvari izvana, zarobljen je. Na sljedećem crtežu radi snjegovića sa svojom sestrom, sestru nije htio obojiti, stalno ju je brisao i ponovno crtao. Šake su nedefinirane. Djeca koja crtaju sitnu figuru i kratke ruke pokazuju tendenciju povlačenja od drugih ljudi, kao i osjećaje nesigurnosti i nestabilnosti. Prevladava crna boja, a njome se boje „strašne” stvari, predmeti ili osobe.

79.8.5. Zaključni komentari

Navedene vinjete oslikavaju rad iz ordinacije dječjeg psihijatra, gdje su dominantno upotrijebljeni crtež i slika. Kao što je iz vinjeta vidljivo, upotreba crteža i slikanja uz igru te možda povremeno i uz biblioterapiju ili kiparenje, u mlađoj životnoj dobi, uz primjenu alata iz psihoanalitički orijentirane prakse, može i bez primjene farmakoterapije postići odličan klinički rezultat u širokome spektru psihopatologije.

79.9. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Likovno izražavanje djece prirodna je potreba djece i adolescenata.
- ✓ Važna je uloga prirodne sredine u kojoj se dijete koristi slikom i crtežom, npr. obitelj, vrtić, škola itd. Također je važna uloga roditelja, odgojitelja, likovnih pedagoga, učitelja i drugih multidisciplinarnih stručnjaka.
- ✓ Likovno izražavanje djece može se iskoristiti u razvojnoj procjeni, u dijagnostičkoj procjeni, kao i u terapijskim aspektima.
- ✓ Terapija likovnim izražavanjem može se primijeniti u različitim psihoterapijskim tehnikama.
- ✓ Psihoanalitička terapija likovnim izražavanjem odigrava se u cjelokupnom odnosu prijenosa i protuprijenosa, uz primjenu eventualno dodatnih interpretativnih tehnika.
- ✓ Često je likovno izražavanje djece i adolescenata dio multimodalnog i multidisciplinarnog liječenja u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji.

79.10. Često postavljena pitanja

■ PITANJE: Upotrebljava li se likovno izražavanje djece u različitim kontekstima?

ODGOVOR: Likovno izražavanje prirodna je potreba djece i adolescenata. Često se primjenjuje u obitelji, vrtiću i školi. U vrtićima i školama mogu postojati i likovni pedagozi koji su posebno orijentirani na ekspresivnu kvalitetu likovnog izražavanja, što omogućuje projekciju djeteta, kao i povećanje vlastita samopoštovanja djeteta.

■ PITANJE: Što su to Winnicottove črčkarije?

ODGOVOR: Winnicott se koristio črčkarijama da bi njima uspostavio komunikaciju s inhibiranom djecom.

Primjerice, terapeut napravi jednu crtu, zatim se djetetu ponudi da napravi drugu crtu, pa onda opet terapeut nastavlja, pa dijete itd. Na kraju nastaje neki lik koji uključuje asocijacije terapeuta i djeteta, te se otvara put komunikacije. Važnost je ovakve tehnike svakako u tome da je terapeut onaj koji nudi sebe, nudi svoju ličnost, spontanost, nudi svoje asocijacije, terapeut daje inicijalni poticaj, terapeut se nudi kao identifikacijski i novi razvojni objekt. Konačno, nastaje zajednička kreacija crteža. S vremenom dijete sve više preuzima inicijativu, a terapeut postaje više aktivni promatrač.

■ **PITANJE: Može li simbolika boja na dječjem crtežu ili slici upućivati na osjećajna stanja?**

ODGOVOR: Odgovor nije jednoznačan. S jedne strane, simbolika boja je prisutna kod likovnih pedagoga, kao i kod pojedinih psihoanalitičkih autora, koji uzimaju u obzir različite religije, mitove, arhetipove te antropološka istraživanja. Prema tome, žuta i crvena su najtoplije boje, dok je plava boja najhladnija, a mogle bi upućivati na emocionalna stanja djece. Crna i bijela boja zauzimaju, prema navedenom, izdvojeno mjesto. S druge strane, pojedini psihoanalitički autori ne uzimaju toliko u obzir simboliku boja, nego su više usredotočeni na „priču“, „scenarij“ nacrtanog i na to kako to utječe na cjelokupan odnos između terapeuta i djeteta. Dodatno se onda mogu primjenjivati i interpretacije prijenosa. U tome smislu nije važna umjetnička dimenzija slike i crteža, nego kakvo ono ima značenje na odnos terapeut – dijete.

■ **PITANJE: Može li se preko crteža ili slika pratiti psihoterapijski napredak djeteta?**

ODGOVOR: Svakako. U pojedinim su vinjetama prikazani mogući konflikti i strukturna razina na početku terapije te, kako se nastavlja rad crteža ili slike, tako dolazi do sve većeg razvoja prijenosa, i razrješavanja simptoma. Ilustrativan i impresivan jest rad De Zana (2013) koji navodi da se kroz crtež i sliku djeteta mogu bilježiti napredci u psihodinamskoj terapiji: autor navodi termin „rad crteža“ analogno „radu sna“; rad na manifestnim simptomima, rad na otporima u terapiji, kao i rad na intrapsihičkim dimenzijama: rad na prijenosu i protuprijenosu (protuprijenosni osjećaji uplašenosti, bespomoćnosti, imobilizacije itd.), terapeut kao identifikacijski model i novi razvojni objekt, značenje „trećeg u psihoterapiji“ u ovom primjeru crteža, bolja diferencijacija selfa, naznake agresivnosti (pregenitalnosti) u crtežima (npr. monokromatski crteži crnom bojom, aspekti negativnoga prijenosa), te

sve veća uporaba boja (simbolizacija, preživljavanje agresivnosti, edipska razina, uspostavljanje pozitivnoga prijenosa), kako napreduje terapija, te konačno crteži opraštanja (separacije) iz terapijskog odnosa.

■ **PITANJE: Može li se likovno izražavanje primjenjivati i u adolescenata?**

ODGOVOR: Uobičajeno se likovno izražavanje primjenjuje u djece, međutim, i adolescenti se rado koriste ovom metodom, uključujući i odrasle osobe. Poneki adolescent koji je verbalno inhibiran lakše može preko slike i crteža manifestirati svoje konflikte i strukturnu razinu ličnosti.

■ **PITANJE: Koji raspon intervencija može biti u psihoanalitičkom pristupu likovnog izražavanja djece?**

ODGOVOR: Raspon intervencija može biti od suportivnih, ekspresivnih, narativnih, sadržavajućih (*containment*), uz empatiju terapeuta, pa sve do interpretativnih tehnika, koje ciljaju na zadobivanje uvida u nesusvesne psihičke konflikte, kada će se primjenjivati dodatna verbalizacija likovno izraženog.

■ **PITANJE: Kombiniraju li se kod psihoanalitičkih terapija i drugi oblici ekspresije, osim likovnog izražavanja?**

ODGOVOR: Kod psihoanalitičkih terapija u djece nikako ne postoji slijepo vođenje samo jedne metode. U praksi je češća situacija da se kombiniraju različiti modaliteti ekspresije: likovno izražavanje, scenska ekspresija, ekspresija igrom, te povremene verbalizacije, koje mogu uključivati pričanje priča o nacrtanom, navođenje snova i fantazija i drugo. Ili, na drukčiji način rečeno, psihoanalitičkom terapeutu nije važna isključivo umjetnička dimenzija npr. nekog likovnog djela, već njegovo značenje (cjelokupni kontekst) u odnosu pacijent – terapeut.

79.11. **Pitanja**

- 1 Navedite neke osobitosti razvojne procjene likovnog izražavanja djeteta i adolescenta.
- 2 Navedite neke osobitosti dijagnostičke procjene likovnog izražavanja djeteta i adolescenta.
- 3 Navedite najčešće indikacije u dječjoj psihijatriji za primjenu terapije likovnim izražavanjem.

- 4 Navedite neke osobitosti terapijskih aspekata likovnog izražavanja djeteta i adolescenta.
- 5 Navedite neke osobitosti psihoanalitičkih terapijskih aspekata likovnog izražavanja djeteta i adolescenta?

79.12. LITERATURA

1. *Abraham K.* Giovanni Segantini a Psychoanalytic Essay. *The Psychoanalytic Quarterly* 1937; 6(4): 453-512.
2. *Buzov I, Begovac I, ur.* Tajna jedne duše. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
3. *Chevalier J, Gheerbrant A.* Rječnik simbola. Zagreb: Nakladni Zavod Matice Hrvatske; 1983.
4. *De Zan D.* Slika i crtež u psihoterapiji djece i obitelji. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
5. *Freud S.* Leonardo da Vinci and a Memory of his Childhood. Standard Edition. Vol 11. London: The Hogarth Press; 1910/1957.
6. *Freud S.* Vorlesungen zur Einfuehrung in die Psychoanalyse. Studienausgabe Bd.I. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag; 1916/1917/1969.
7. *Hopf H.* Traeume von Kindern und Jugendlichen. Diagnostik und Psychotherapie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2007.
8. *Jung CG.* Čovjek i njegovi simboli. Zagreb: Mladost; 1974.
9. *Kondić Lj, Dulčić A.* Crtež i slika u dijagnostici i terapiji. Zagreb: Alinea; 2008.
10. *Kušević Z, Melša M.* Agresivnost kod djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija* 2017;45(2): 105-16.
11. *Kušević Z.* Crtež i slika u psihoterapiji djece i adolescenata, U: Hrvatska psihijatrija početkom 21 stoljeća. Jukić V, ur. Zagreb: Medicinska naklada, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2018, str. 148-52.
12. *Machover K.* Human Figure Drawings of Children. *Journal of Projective Techniques* 1953;17, 1: 85-91.
13. *Nikolić S.* Psihijatrija dječje i adolescentne dobi: Propedeutika. Zagreb: Školska knjiga; 1991.
14. *Pražić B.* Crtež kao prilog dijagnostici u psihijatriji. Zagreb: Anali; 1971.
15. *Pražić B.* Crtež i slika u psihoterapiji. Zagreb: Naprijed; 1987.
16. *Radovančević Lj.* Likovni radovi psihički bolesne djece. Magistarski rad. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1980.
17. *Vuković N.* Slika i crtež djece s općim anksioznim poremećajem. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Akademija likovnih umjetnosti, diplomski Sveučilišni studij likovna kultura, Nastavnički odsjek. Mentor: Emil Robert Tanay, 2012.

VI.

Ostala poglavlja

Kratki rječnik pojmova

Ivan Begovac

A

Abnormalno jedenje: možemo ga shvatiti u najširem smislu, koji uključuje simptome kod poremećaja hranjenja, a može uključivati restrikciju hrane (gladovanje, post), prejedanje (*binge eating*), stalan nedostatak dobivanja nutrijenata/energije, često uz gubitak emocionalne kontrole; žudnju za prejedanjem itd., te koji znatno utječu na psihosocijalno funkcioniranje pojedinca.

Adaptacija (prilagodba): ovdje je shvaćamo u njezinu najširem, biološkom, evolucijskom i psihološkom smislu, na način da je riječ o jednom potencijalu tijekom procesa razvoja pojedinca u odnosu prema okolini, odnosno o konstelaciji protektivnih i rizičnih čimbenika.

Adaptabilne vještine: adaptabilne vještine sastoje se od konceptualnih, socijalnih i praktičnih vještina koje su naučene i koje osoba primjenjuje. Konceptualne se vještine odnose na jezik i pismenost; koncept novca, vremena i brojeva; kao i na samousmjerenost. Socijalne se vještine odnose na interpersonalne vještine, socijalnu odgovornost, samopoštovanje, lakovjernost, naivnost, rješavanje socijalnih problema, sposobnost pridržavanja pravila / slijedenje zakona, uz izbjegavanje da se bude žrtva. Praktične se vještine odnose na aktivnosti svakodnevnog življenja (briga o sebi), radne vještine, briga za zdravlje, putovanja / prijevozna sredstva, zadatci/rutine, sigurnost, korištenje novcem, korištenje telefonom itd. Uključuje dakle motorički razvoj, komunikaciju, brigu o sebi, vođenje kućanstva, socijalne vještine, sposobnost upravljanja, samoodređenje, zdravlje i sigurnost, teoretsku povezanost, sposobnost za školovanje, i radnu sposobnost. Uz kvocijent inteligencije i razvojnu dob, jedan od kriterija za intelektualne teškoće.

Adolescencija: adolescencija se definira kao razdoblje koja traje okvirno od 10. do 22. godine. Pubertet je kulminacija dugotrajnog i kompleksnog maturacijskog procesa započeta već prenatalno, a posebno je vidljiv u početnom dijelu drugog desetljeća života i često ozna-

čivan kao zbroj fizičkih promjena. Adolescencija označuje psihičku prilagodbu na stanje puberteta, na nova unutarnja i vanjska stanja s kojima se osoba suočava. Pojedini drugi autori navode pod adolescencijom ukupne psihičke, fizičke i hormonalne promjene. Prijelaz između djetinjstva i odraslosti. Peter Blos dijeli adolescenciju u tri faze: preadolescencija, adolescencija u užem smislu (koja se dijeli na ranu adolescenciju, srednju ili pravu adolescenciju i kasnu adolescenciju), te postadolescenciju. Nikolić i Vidović adolescenciju također dijele na slične tri faze, oslanjajući se više na francuske autore.

Adolescentne trudnice sa psihičkim smetnjama: zahtijevaju posebnu pozornost kliničara jer je riječ o posebno vulnerabilnoj skupini.

Afazije: označuju poremećaj gubitka stečenih jezičnih vještina. Obično nastaju zbog ograničena upalnog procesa u dominantnoj hemisferi velikog mozga (lijeva hemisfera u dešnjaka). Kod **motoričke afazije** postoji poremećaj ekspresivnog jezika te je klinički slična specifično ekspresivnom jezičnom poremećaju, dok je razumijevanje sačuvano. Izostaje spontani govor ili govor zvuči poput „telegrama“ – izražavanje u vrlo kratkim rečenicama. Upotrebljavaju se pogrešne riječi (parafazija), artikulacija može biti oštećena, a postoji disgramatizam ili agramatizam. Također može biti oštećen diskurs. Kod **senzoričke afazije** riječ je o poremećaju receptivnog jezika, čime je ujedno zahvaćen i ekspresivni modalitet. Klinička je slika slična mješovitom receptivno-ekspresivnom poremećaju. Govor djece obilježen je nedovoljno gramatičnom (nezrelom) rečenicom te teškoćama diskursa. Dakle, uz oštećeno razumijevanje nalaze se i ekspresivne teškoće, izostanak spontane produkcije, dodatne artikulacijske teškoće, a pojavljuju se i parafazije, neologizmi.

Afektivni poremećaji: zovemo ih i poremećaji raspoloženja. Ovamo ubrajamo depresivne poremećaje (depresivna epizoda i povratni depresivni poremećaj), maniju i bipolarni afektivni poremećaj, kao i perzistirajući poremećaj raspoloženja (distimija i ciklotimija).

Depresivna epizoda i povratni depresivni poremećaj odgovaraju konceptu „velike depresije“ (engl. *major depression*) u DSM-5 klasifikaciji. DSM-5 razlikuje bipolarni poremećaj 1 i bipolarni poremećaj 2. U depresivne poremećaje DSM-5 ubraja i posebnu dijagnozu: Ometajući (disruptivni) poremećaj disregulacije raspoloženja (v. poseban termin).

Afektivno usklađivanje (engl. *affect attunement*). Definirao ga je Daniel Stern. Ovdje se usklađuju aspekti unutarnjeg osjećajnog stanja, i to kroz ponašanje djeteta i skrbnika, koje pokazuje određenu kvalitetu toga stanja, međutim, bez točne reprodukcije vanjskog ponašanja karakterističnog za to stanje.

Agresivno ponašanje: postoji izravna konfrontacija zlostavljača sa žrtvom. Agresivno ponašanje dijelimo na: instrumentalni tip, impulzivni tip i anksiozni tip.

Agresivnost: svako nasilno ponašanje koje uključuje misli, osjećaje i postupke. Vjerojatno se može razumjeti kao prirodni nagon, koji se može mobilizirati putem frustracije jedne želje ili potrebe. Nije uvijek manifestna, može biti nesvjesna kao npr. u psihosomatskom poremećaju. Može se očitovati prema vanjskim osobama ili prema samom sebi (autoagresija).

Akutna stanja napetosti, psihomotorna agitacija, agresija: ubrajaju se u hitna psihijatrijska stanja, te postoje razrađene metode dijagnostike i liječenja.

Akutna stresna reakcija: riječ je o privremenom psihičkom poremećaju, određenom različitom težinom simptoma, s obzirom na izvanredno tjelesno ili duševno opterećenje, koje načelno prolazi tijekom nekoliko dana.

Akutni ili tip 1 traumatski događaj: pojedinačna, akutna pojava traumatskog događaja – klasična trauma kako ju je opisao Freud, kao što su npr. tjelesni napad, teroristički napad, poniženje koje su uzrokovali ljudi, neočekivana smrt bliske osobe, prometna nesreća, prirodne katastrofe.

Aleksitimija: definiramo je kao nemogućnost prepoznavanja i diferenciranja osjećaja, te nemogućnost njihove verbalizacije. Tipično se nalazi kod psihosomatskih poremećaja.

Alkoholni fetalni spektar poremećaja (AFSP): u djeteta je to najšira kategorija, koja nije po sebi klinička dijagnoza, a uključivale bi niz manjih sindroma kao npr. fetalni alkoholni sindrom (FAS) (koji je relativno dobro definiran), te neurobihevirolni poremećaj povezan s prenatalnom izloženosti alkoholom (NP-PIA), koji nalazimo kao novinu u DSM-5 klasifikaciji. Fetalni alkoholni sindrom (FAS) definiran je trima kriterijima:

1. prenatalni ili postnatalni zastoj rasta; 2. tri kardinalna simptoma izgleda lica: mala duljina palpebralne fisure očiju (male oči); izravnat filtrum iznad usnica i tanke gornje usne; 3. niz deficita SŽS-a, koji uključuju funkciju, strukturu ili neurološki dio. Neurobihevirolni poremećaj povezan s prenatalnom izloženosti alkoholu (NP-PIA) određuju različiti kriteriji, prema DSM-5. NP-PIA se može dijagnosticirati s dodatnim FAS-om ili bez njega, jer FAS uključuje dismorfne crte lica i zastoj rasta.

Anamneza novorođenčeta, dojenčeta, djece u dobi „trčkarala“ i predškolske djece: zaslužuje poseban pristup u dječjoj psihijatriji. Uključuje intervju (što uključuje i anamnezu) s roditeljima; anamnezu i procjenu rizika od zanemarivanja i zlostavljanja za dojenče ili skrbnika; opservaciju dojenčeta; opservaciju roditelja; opservaciju interakcije između roditelja i dojenčeta (dijadni aspekt), ali koja implicite uključuje i zasebno promatranje dojenčeta te roditelja; formalnu opservaciju i psihički profil (psihički status) (pismeni nalaz) dojenčeta; anamnezu i procjenu trijadnih aspekata i cijele obitelji.

Anamneza školskog djeteta i adolescenta (engl. *history*): preko intervjua dobivaju se podatci o povijesti bolesti. Dodatno se primjenjuje i opservacija ponašanja. Anamneza se načelno sastoji od razloga dolaska i načina upućivanja, odnosno glavnih tegoba; aktualne simptomatologije problema (što uključuje i prošle psihičke probleme); anamneze i procjene rizičnosti i sigurnosti djeteta i roditelja; ranije procjene, testiranja, liječenja, dosadašnje medicinske dokumentacije; osobne anamneze; izloženosti stresovima i traumi; školske anamneze; sposobnosti i snage djeteta, korištenje slobodnim vremenom, hobi i interesi, podrška šire okoline; izloženost medijima; anamneze glede roda i seksualnosti; anamneze somatskog i neurološkog stanja i drugih somatskih čimbenika; anamneze dijadnih odnosa; anamneze trijadnih odnosa; obiteljske anamneze i šire socijalne sredine.

Anđeli iz prošlosti (engl. *angels in the nursery*): može se reći i anđeli iz dječje sobe. Koncept je koji je postulirala Alicia Lieberman. Opozit je koncepta duhova iz prošlosti. Ovaj koncept označuje pozitivne i protektivne osobine koje može imati majka u sadašnjem odnosu prema djetetu, a generacijski potiče iz prošlosti (djetinjstva) majke.

Anhedonija: nesposobnost da se osoba raduje ugodnim aktivnostima ili da postoji orijentacija na buduće ugodne stvari. Redukcija intenziteta pozitivnih osje-

čaja koju navodi pacijent, kao i redukcija sposobnosti iskustva ugone npr. hrana, novac. Pojedini autori anhedoniju ubrajaju u poremećaje nagona, dok je drugi autori svrstavaju među poremećaje raspoloženja i afekta. Vrlo sličan pojam jest nagonski siromašan. Nalazi se kao negativni simptom kod shizofrenije, ali se može naći i kod depresije. „Osjeti li se da dijete nema više veselja ili ugone u stvarima u kojima mnogi imaju ili u kojima je prije uživalo?” Razlika između anhedonije i avolucije jest u tome da se prva više odnosi na hedonistički sistem ugone (bliže je osjećajima i raspoloženju), dok se avolucija više odnosi na manjak energije i inicijative (bliže je nagonskome). Sličnosti između anhedonije i avolucije mogu biti u mogućoj kombinaciji simptoma kada se kombiniraju redukcija osjećaja ugone i interesa.

Anksiolitici: skupina lijekova koja djeluje anksiolitički, ali imaju i druga djelovanja. Najčešći kemijski spojevi jesu benzodiazepini. Rjeđe se daju u dječjoj dobi, međutim, mogu se davati u akutnim psihijatrijskim stanjima ili kao kraća terapija uz neke druge vrste lijekova.

Anksiozni (emocionalni) poremećaji: prisutna je anksioznost u većoj mjeri kod pojedinca ili zbog anksioznosti postoji nemogućnost nalaženja rješenja u odnosu prema prilagodbenim i razvojnim zadacima. Intenzivni strahovi traju dulje od četiri tjedna; nisu dobno sukladni, nisu prikladni realnosti, ili su vrlo pretjerani; kvalitativno su promijenjeni u svojem sadržaju; osoba ih ne može reducirati te utječu na ukupno (socijalno) funkcioniranje i razvoj. Dakle, anksioznost je kod anksioznih poremećaja težega stupnja, više nose sa sobom patnje u obitelji i ovise o djetetovoj razvojnoj dobi ili su pak stupanj i trajanje anksiozne reakcije nerazmjerni u odnosu na neposredni okidač tjeskobe. Nesvjesna je anksioznost prisutna u bilo kojemu psihičkom poremećaju, međutim, kod anksioznih poremećaja ta je anksioznost manifestna.

Anoreksija nervoza: kriteriji prema DSM-5 jesu: Kriterij A: restrikcija energetskog unosa sa značajno smanjenom tjelesnom masom; Kriterij B: Intenzivan strah od dobivanja na masi ili od biti debeo/debela ili stalno ponašanje koje interferira s dobitkom na masi čak i kad je ona značajno snižena; Kriterij C: Poremećaj u doživljavanju mase ili oblika tijela (tjelesne sheme), pretjeran utjecaj mase i oblika tijela na samoprocjenu ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti stanja zbog sadašnje niske mase. Dodatno se restriktivni tip razlikuje od prejedajućeg tipa s čišćenjem. U prepubertalnih, kao i u maloljetnih pacijenata, kao kriterij reducirane tjelesne mase trebao bi se uzimati ITM ispod 10. centile.

Antidepresivi: kemijski heterogena skupina lijekova koji se primjenjuju pri liječenju depresije, ali i kod različitih drugih poremećaja, npr. OKP, anksiozni poremećaji i drugi poremećaji.

Antipsihotici: kemijski heterogena skupina lijekova koji se primjenjuju u liječenju psihotičnih poremećaja, prije svega shizofrenije. Međutim, u posljednje vrijeme, a zbog širokoga spektra djelovanja novijih antipsihotika, oni se mogu primjenjivati i u drugim poremećajima.

Antisocijalni poremećaj ličnosti: Dobro definiran poremećaj ličnosti, a naziva se i disocijalni poremećaj ličnosti. Treba ga razlikovati od pojma disocijalnog (nedruštvenog) ponašanja. Vidi pod termin disocijalno ponašanje.

Apatija: pojam vrlo sličan pojmu poremećaja vitalnih osjećaja. Označuju je manjak ili gubitak vršnjačkih aktivnosti i interesa ili nedostajuća prilagodba na nove aktivnosti ili interese. Deficit energije, snage i sposobnosti da se izvrše svakodnevne aktivnosti. Osjećaj bezosjećajnosti, manjak aktivnosti, manjak spontane aktivnosti. Pojedini autori navode ovaj termin kao negativni simptom kod shizofrenije. Termin apatija kod pojedinih autora odgovara zajedničkim terminima avolucije i asocijalnosti pri shizofreniji. Prema psihijatrima, apatija je konstrukt koji se odnosi na psihičke sadržaje (bliže osjećajnom), a ne na tjelesne simptome. Termin avolucije sličan je terminu abulije.

Artificijelni poremećaji: grupa poremećaja za koje je karakteristično namjerno stvaranje ili insceniranje (proizvodnja, produciranje) simptoma ili nesposobnosti, bilo tjelesnih bilo psiholoških. U ovom su poremećaju dva elementa bitna: 1. teški poremećaj odnosa prema svojem tijelu i 2. teško poremećen odnos prema liječniku ili medicinskom sustavu. Artificijelne poremećaje karakteriziraju tjelesni i psihički simptomi, koji se namjerno produciraju i koji se skrivaju da bi se preuzela uloga pacijenta.

Aspergerov sindrom: u ovoj se knjizi smatra dijagnostičkom kategorijom prema MKB-10 i DSM-4. Nema ga više kao dijagnoze u DSM-5, naime uklopljen je u širu kategoriju autistični spektar poremećaja.

Astma bronhalna: riječ je o kroničnoj upalnoj bolesti uz reverzibilno suženje perifernoga respiratornog puta s posljedicom oštećene ekspiracije te bronhalne hiperreaktivnosti (hiperpodražljivosti) na različite podražaje. Pojedini se tipovi mogu ubrojiti u psihosomatske poremećaje.

Atipični (netipični) autizam: u ovoj se knjizi smatra dijagnostičkom kategorijom prema MKB-10 i DSM-4.

Nema ga više kao dijagnoze u DSM-5. Vrlo neprecizna dijagnoza te je treba izbjegavati.

Autistični sindromi: ovdje se misli na pojedinačne entitete koji su bili u prethodnim klasifikacijama (MKB-10; DSM-4). Pod ovim pojmom razumijevali smo: dječji autizam; Aspergerov sindrom, dezintegrativni poremećaj, atipični autizam i Rettov sindrom.

Autistični spektar poremećaja (ASP): možemo ga definirati kao neurorazvojni poremećaj koji je okarakteriziran dubljim poremećajem socijalne interakcije i socijalne komunikacije u različitim kontekstima, a manifestira se deficitom u socijalnom reciprocitetu, neverbalnom komunikacijskom ponašanju koje se primjenjuje kod socijalnih situacija, kao i potrebnim vještinama u razvoju, održavanju i razumijevanju relacije (odnosa), te prisutnošću restriktivnog i repetitivnog ponašanja. DSM-5 je napravio revolucionaran korak s obzirom na druge klasifikacijske sustave (DSM-4 i MKB-10) jer je u područje autizma uveo dimenzionalni pristup umjesto dosadašnjeg kategorijskog. U njemu se govori o ASP-u, što znači da su prijašnji pojedinačni entiteti (autistični sindromi) obuhvaćeni jednim imenom, osim Rettova sindroma koji se izdvaja kao genski poremećaj. Dakle, ne treba ASP poistovjetiti s izrazom „autistični sindromi“, koji se odnose na različite prijašnje dijagnostičke entitete (v. poseban termin). Sinonim ASP mogao bi biti u nekom smislu izraz koji se prije upotrebljavao: pervazivni razvojni poremećaji. Važno je također znati da je klasifikacija *Zero to five* također uvela dijagnozu: Rani atipični autistični spektar poremećaja (RAASP) (v. poseban termin).

Autizam: neprecizan pojam, tako da ga treba izbjegavati, odnosno treba znati u kojem se kontekstu upotrebljava. U ovoj je knjizi u jednom poglavlju autizam bio poistovjećen s terminom ASP. Međutim, može imati različita značenja, npr. kao simptom, kao razvojni koncept i često tada ima različita značenja, a pokatkad i sasvim suprotna itd. Treba ga također razlikovati od pojma „dječji autizam“, koji se u ovoj knjizi smatra, u svojem uže smislu, dijagnostičkom kategorijom prema MKB-10 i DSM-4.

B

Bihevioralna terapija: osnovna pretpostavka bihevioralne paradigme jest da su sva ponašanja (prilagođena i neprilagođena) naučena. Nadalje, taj proces učenja nije završen jer uči se stalno. Potkrepljenje koje pojedinac dobiva od svoje okoline već od najranijega djetinj-

stva odredit će način na koji će se ponašati i funkcionirati u socijalnoj okolini. Bihevioralna paradigma pretpostavlja kako se sva nepoželjna ponašanja (simp-tomi) mogu svrstati u dvije velike skupine: pretjerana i odstupajuća te nepostojeća i nedovoljno izgrađena (koja tek treba izgraditi). Osobe sa psihičkim smetnjama (i djeca i odrasli) najčešće imaju neka ponašanja pretjerano naučena, ali istodobno imaju nedovoljno izgrađena socijalno poželjna ponašanja. Vidjeti također kod biheviorizam.

Biheviorizam: biheviorizam je utemeljen na teoriji učenja, počevši od klasičnog Pavlovljeva eksperimenta sa psom, klasičnim kondicioniranjem, te radovima Watsona i Skinera, kao i važnim modifikatorima teorije učenja. Biheviorizam daje važnost manifestnom ponašanju u odnosu prema podležecim psihološkim konstruktima. Osnovna je teorijska postavka u određivanju ponašanja i učenja tijekom različitih situacijskih uvjeta (uvjeti podražaja, posljedice). Normalni je razvoj konceptualiziran kao učenje sposobnosti i načina ponašanja prema pravilima učenja. Razlika s obzirom na klasično uvjetovanje jest u tome da potkrepljenje dolazi prije reakcije, a u instrumentalnom uvjetovanju nakon nje.

Biološki spol (engl. sex): biološka obilježja (genska, kromosomska, gonadalna, hormonalna, fenotipska) s kojima je osoba rođena, na kontinuumu ženskoga ili muškoga, ali može biti i interseks stanje. Obično se određuje „prema svojim genitalijama“ ili, drukčije rečeno, „što je to u vlastitim gaćama“. Može biti nejasan pojam jer se ne zna odnosi li se na kariotip, gonade ili vanjske genitalije itd.

Biopsihosocijalni model razvoja i etiopatogeneze uključuje različite čimbenike iz ovih triju područja (dimenzije), koja se međusobno isprepleću.

Bipolarni afektivni poremećaj: vidjeti pod afektivni poremećaji.

Bolovi u prsima: funkcionalni su bolovi u prsima učestali, ponavljajući i teški. Traju obično između jedne i 15 minuta, pojavljuju se prosječno oko 10 puta u mjesecu i mogu trajati nekoliko tjedana do mjeseci. Mogu se ubrojiti u somatiformne bolne poremećaje.

Borderline poremećaj ličnosti: ubrajamo ga u jedan tip poremećaja ličnosti koji se razlikuje od drugih poremećaja ličnosti (v. kod poremećaja ličnosti).

Bulimija nervoza: kriteriji, prema DSM-5, jesu: Kriterij A: Rekurentne ponavljane epizode prejedanja (engl. *binge eating*) velikom količinom hrane, s osjećajem gubitka kontrole nad jedenjem; Kriterij B: Ponavljajuće

neodgovarajuće kompenzatorno ponašanje kako bi se spriječilo dobivanje na masi (npr. povraćanje, zlopovraha laksativa, klizmi ili diuretika, post, pretjerana tjevolježba); Kriterij C: Prejedanje i kompenzatorno ponašanje (A. i B.) javljaju se u prosjeku najmanje jednom tjedno, tijekom tri mjeseca; Kriterij D: Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku tijela i masi (analog poremećaju tjelesne sheme kod anoreksije nervoze); Kriterij E: Isključuje se anoreksija nervoza.

C

Ciklotimija: perzistentni poremećaj raspoloženja karakteriziran nestabilnošću raspoloženja između blage depresije i blago povišenog raspoloženja.

Cisrodnost (cisgender): doživljeni rod kod pojedinca odgovara spolu dodijeljenom pri rođenju. Pokatkad se razumijeva kao suprotnost od transrodnosti.

Cistična fibroza: naziva se još i mukoviscidozom. Etiopatogenetski je riječ o genskom enzimskom defektu, dakle radi se o vrlo kompleksnoj i multisistemskoj bolesti. Tjelesna bolest, koja, međutim, može imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Crtež djeteta: vidjeti termin grafičko stvaranje djeteta.

D

Delinkvencija: pod delinkvencijom podrazumijevamo osobe s poremećajima ponašanja koje su počinitelji kaznenih djela, te time obuhvaćamo više pravni i socijalni aspekt. Pojam delinkvencije (tal. *delinque* – pogriješiti, činiti kaznena djela) obuhvaća teže oblike asocijalnog, antisocijalnog, sociopatološkog i kriminalnog ponašanja (s iznimkom ubojstva), kao što su krađa, pljačke i prijestupništva. Dakle, ovdje delinkvenciju promatramo u njezinu užem smislu, kada stalna poremećena ponašanja imaju obilježja kaznenih djela.

Delirij: danas ga definiramo kao neuropsihijatrijski poremećaj, a najvažnije mu je obilježje oštećenje svjesnosti ili kognicije, koje rezultira „konfuznim stanjem“. Prema definiciji, uzrokovano je nekim medicinskim stanjem. Dijelimo ga na hiperaktivni i hipoaktivni. Ubrajamo ga u hitna psihijatrijska stanja.

Depersonalizacijsko-derealizacijski poremećaj: ubrajamo ga u disocijativni poremećaj svjesnosti.

Depresivni poremećaji: vidjeti pod afektivni poremećaji.

Dermatotilomanija (engl. *excoriation disorder* ili *skin picking disorder*): poremećaj nastaje unutarnjom

napetosti, opservacijom vlastite kože, kao i manipuliranjem kožom, tako da nastaju male lezije, ali nije riječ o primarnim dermatološkim bolestima. Nakon toga se takve lezije dalje grebu ili stiskaju tako da mogu nastati kraste i ožiljci. Može se ubrojiti u poremećaj kontrole impulsa.

Dezinhibirani poremećaj privrženosti u djetinjstvu: neinhibirani tip. Prema DSM-5, definira se ovako: A. Obrazac ponašanja u kojem dijete aktivno pristupa i u interakciji je s nepoznatim odraslim osobama, a očituje se kao najmanje dvoje od sljedećeg: 1. Smanjenje ili nepostojanje povučeniosti kod pristupanja i u interakciji s nepoznatim odraslim osobama; 2. Pretjerano prisno verbalno ili fizičko ponašanje (koje nije u skladu s kulturalno dopuštenim i dobi primjerenim socijalnim granicama); 3. Smanjeno ili odsutno provjeravanje gdje je odrasli skrbnik nakon što se dijete usudilo udaljiti, čak i kad je u nepoznatoj okolini; 4. Voljnost da se otiđe s nepoznatom odraslom osobom uz minimalno oklijevanje ili bez oklijevanja; B. Ponašanja iz kriterija A nisu ograničena na impulzivnost (kao kod deficita pažnje / hiperaktivnog poremećaja), ali uključuju socijalno dezinhibirano ponašanje; C. Dijete je iskusilo obrazac ekstremno nedovoljne brige, što se očituje kao najmanje jedno od sljedećeg: 1. socijalno zanemarivanje ili deprivacija u formi nedostatka zadovoljavanja osnovnih (bazičnih) emocionalnih potreba za utjehom, stimulacijom i ljubavlju od strane odraslih skrbnika; 2. Ponavljajuće promjene primarnih skrbnika, što ograničava prilike da se formira stabilna privrženost (npr. česte promjene udomiteljstva); 3. Odrastanje u neobičnim okruženjima koja ozbiljno ugrožavaju prilike da se formira selektivna privrženost (npr. institucije s velikim brojem korisnika s obzirom na broj skrbnika); D. Za njegu iz kriterija C pretpostavlja se da je odgovorna za poremećeno ponašanje iz kriterija A (npr. Poremećaji iz kriterija A slijede nakon nedostatka adekvatne njege iz kriterija C); E: Dijete ima razvojnu dob od barem 9 mjeseci.

Dezintegrativni poremećaj: u ovoj se knjizi smatra dijagnostičkom kategorijom unutar autističnih sindroma prema MKB-10 i DSM-4. Nema ga više kao dijagnoze u DSM-5. Nekada se još nazivao Hellerovim sindromom ili psihozom te dementia infantilis.

Diabetes mellitus: diabetes mellitus tipa 1 (juvenilni dijabetes) kronična je metabolička bolest, koja počinje u djetinjstvu. Autoimunosni procesi uzrokuju propadanje gušteračnih beta-stanica te manjak inzulina, a posljedice su hiperglikemija te polidipsija, poliurija,

glukozurija i ketonurija. Tjelesna bolest, koja, međutim, može imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Dijada: dijada (interakcija dviju osoba); od 18. mjeseca nadalje, napušta se simbioza. Dolazi do integracije djelomičnih objekata, nastaju realističnije, cjelovitije objektne reprezentacije. Način strukture odnosa, kada postoji odnos između dviju osoba. Pojedini ih autori ne poistovjećuju sa simbiozom.

Dijagnostički proces: dijagnostika kroz dijagnostički proces ima zadaću prepoznati psihičke poremećaje u djece i adolescenata, ali i snage i sposobnosti, razjasniti uzroke i različite čimbenike, kao i procijeniti potrebu za liječenjem, odnosno kreirati plan liječenja (v. poseban termin). U ovom se tekstu upotrebljava u najširem smislu. Vidjeti pod terminom dijagnoza.

Dijagnostika obitelji (minimalna): načelno, anamnestički su važna sljedeća tri područja pri promatranju obitelji kao cjeline: individualne karakteristike pojedinaca (posebno djeteta, posebno roditelja); obilježja dijadnih i trijadnih interakcija, te funkcioniranje obitelji kao cjeline. Osnove obiteljske anamneze ili procjene čine dakle nekoliko dimenzija: temeljni (bazični) podatci (uključujući psihopatologiju pojedinog roditelja itd.), stilovi, partnerski odnos, odnos roditelj – dijete, odnos dijete – roditelj, odnos između braće/sestara; trijadni odnosi, pojedini aspekti obitelji; stresori; šira socijalna sredina; genogram; problem djeteta s obzirom na obitelj; mogućnosti rješavanja; self-refleksija terapeuta i koterapeuta, radne hipoteze te indikacije. Za napredniju procjenu obitelji potreban je strukturirani trening.

Dijagnoza: u literaturi se ne upotrebljava jednoznačno. U angloameričkoj literaturi vjerojatno je najuži pojam s obzirom na formulaciju i kliničku procjenu, te se tako definira kao identifikacija i klasifikacija specifičnog poremećaja u djeteta. Kod drugih se autora dijagnoza definira više kao najširi termin (odgovarao bi angloameričkom terminu formulacije – dijagnostičke), a odgovarao bi terminu dijagnostički proces. U ovoj knjizi slijedimo ovo, potonje stajalište.

Disforičnost: zlovoljno raspoloženje. Pacijent je mrzovoljan, ojađen, ćudljiv, čangrizav, s osjećajem nevoljivosti, nezadovoljan, ljutit. Utječe na to da se ljudi iz okoline povlače od takve osobe. Pojedini autori disforiju i iritabilnost povezuju u jedan koncept.

Dimenzionalni pojam bolesti: polazi se od toga da je razlika između normalnog i patološkog samo u kvanti-

tativnim razlikama, odnosno da postoje lagani prijelazi (model kontinuiteta ili statistički model).

Diskurs: praćenje pravila diskursa, konverzacije i pričanja priča (narativnost). Jedna od vještina komunikacije i jezika (v. termin komunikacije i jezika). Vještine diskursa kod komunikacije podrazumijevaju mijenjanje stajališta, održavanje teme, prilagodbu jezika na potrebe slušača, pružajući maksimalno informativni iskaz bez previše ili premalo detalja, kao i strategije repariranja konverzacije. Jedan od kriterija kod specifičnih jezičnih poremećaja, ali u manjoj mjeri postoji odstupanje nego kod autizma ili socijalno-pragmatičkog poremećaja komunikacije.

Disocijalno (nedruštveno) ponašanje: neprihvatanje socijalnih pravila, s važnim obilježjem da nema izravne konfrontacije sa žrtvom. Može se zamijeniti s disocijalnim (antisocijalnim) poremećajem ličnosti, ali zapravo se razlikuju u svojem značenju.

Disocijativni poremećaji: o disocijativnom poremećaju govorimo kada se pojedine psihičke funkcije (npr. motorika, senzorički sustav, funkcije svjesnosti ili funkcije identiteta) „odvoje“ od ukupnog (integrativnog) doživljavanja ličnosti. MKB-10 razlikuje disocijativne poremećaje motorike i svjesnosti, dok DSM-5 u disocijativne poremećaje ubraja samo poremećaje svjesnosti, dok DSM-5 konverzivni poremećaj ubraja u poremećaje sa somatskim simptomima (*somatic symptom and related disorder*).

Disocijativni poremećaji s tjelesnim simptomima: ovamo ubrajamo: Disocijativne motoričke poremećaje, Disocijativne konvulzije (pseudopileptički napadaji), Disocijativnu anesteziju i gubitak osjeta, Mješoviti disocijativni (konverzivni) poremećaj, a možemo pridodati i Psihogenu sinkopu.

Disocijativni poremećaji svjesnosti (poremećaji s pretežno psihičkom simptomatologijom): ovamo ubrajamo: Disocijativnu amneziju, Depersonalizacijsko-derealizacijski sindrom, Stuporozna ili transu slična stanja, Disocijativnu fugu te Druge disocijativne (konverzivne) poremećaje, među koje možemo ubrojiti Ganserov sindrom, Disocijativni poremećaj identiteta (multipli poremećaj ličnosti) te Psihogeno sumračno stanje.

Distimija: perzistentni poremećaj raspoloženja, karakteriziran stalnom blagom depresivnošću.

Dječji autizam: u ovoj se knjizi, u svom smislu, smatra dijagnostičkom kategorijom, prema MKB-10 i DSM-4, kao jedan od autističnih sindroma. Nazivao se također „klasičnim autizmom“; „infantil-

nim autizmom“, „Kannerovim sindromom“ ili ga DSM-4 naziva autističnim poremećajem.

Dnevnobolnička psihoterapija: označuje obično vremenski određen multi-dimenzionalni i multimodalni terapijski koncept. Tako se njime mogu koristiti različite terapije koje provode različiti stručnjaci. Sličan je konceptu stacionarne psihoterapije.

Dobit od bolesti: klasično se razlikuje primarna od sekundarne dobiti od bolesti. Primarna se dobit definira kao dinamično uspostavljanje homeostaze u smislu umanjivanja napetosti formiranjem simptoma koji je kompromis između obrana i onoga od čega se osoba brani. Sekundarna dobit od bolesti može se definirati kao nesvjesna dobit od reakcije okoline, kada dijete ima neki simptom ili problem (npr. veća pažnja usmjerena prema djetetu i obraćanje djetetu itd.).

Duhovi iz prošlosti (engl. *ghosts in the nursery*): može se reći i duhovi iz dječje sobe. Koncept je postulirala Selma Fraiberg. Označuje transgeneracijske probleme majke koji se prenose na njezin odnos s djetetom. Primjerice, problematičan odnos majke u vlastitu djetinjstvu odražava se na sadašnji odnos s djetetom.

E

Edipska faza razvoja: u edipskoj fazi razvoja dolazi do erotizacije odnosa prema okolini (majci i ocu), nagon-ska je aktivnost usmjerena na genitalne potrebe i fantazije, a nakon uspostavljanja triangularizacije, postoji usmjerenost na druge osobe u smislu rivaliteta. Edipov kompleks ima više aspekata: 1. on je triangularni konflikt između selfa i dvaju ljubavnih objekata, koji uključuje genitalno-seksualnu ljubav (raspoznavanje majke, oca i sebe kao trokuta); 2. libidinozno-rivalitetni konflikt, između ljubavi i mržnje (prema jednom se objektu ponaša s ljubavlju, a prema drugom smržnjom). Intrapsihički gledano, govorimo o konfliktu između nagona i superega, koji uzrokuje edipske osjećaje krivnje; 3. konflikt rivaliteta prije svega u fantaziji, međutim, kad je realiziran u realnosti (incest) dolazi do katastrofe, jer se pojavljuje aktualna realizacija fantazije (činjenično realiziranje fantazije); 4. cjeloviti Edipov kompleks sastoji se od pozitivnog i negativnog; pozitivni je fantazija ljubavi između djeteta i roditelja drugoga spola, uz želju za eliminacijom istospolnog roditelja, a pri negativnom događa se obrnuto. Hornay je objašnjavala edipov kompleks djevojčica, koje su od najranije dobi svjesne svoje vagine. „Mala vagina“ u odnosu prema „velikom penisu“ svojeg oca, fantaziranim ispunjenjem želje za seksualnim aktom s ocem,

dovodi do fantazijske ozljede njezinih genitalija i stvaranja „straha od ozljede“, tjelesne i psihičke. Obratno, dječakov osjećaj „malog penisa“ prema „velikoj vagini“ majke stvara intenzivan strah od nedovoljnog fantazijskog zadovoljenja majke, odnosno osjećaja odbačenosti i ismijanosti. Dok je u djevojčica prisutan psihološki „strah od ozljede“, za dječake su značajniji strah i opasnost od „samopoštovanja“. Može se reći da je Edipov kompleks univerzalan kompleks (u našoj, zapadnoj kulturi) ako ispunjava dvije osnovne zadaće. Jedna je stvaranje odvojenoga rodnog identiteta u pojedinca, a druga održavanje granice između generacija preko incestnog tabua.

Eksplzivni govor (engl. *cluttering*): poremećaj fluentnosti govora. Vidjeti termin govor. Eksplzivni govor kao dijagnoza postoji u MKB-10 klasifikaciji, dok se u klasifikaciji DSM-5 više ne izdvaja. Pojedini ga autori jasno razlikuju od mucanja, iako je pri obama poremećajima posrijedi poremećaj fluentnosti govora. Riječ je o ubrzanom govoru s prekidima u tečnosti, ali bez izraženih ponavljanja ili odugovlačenja. Govor je dizritmičan i monoton, s naglim povećanjem brzine, pokatkad praćen nejasnom artikulacijom te izostavljanjem ili oštećenjem glasova, riječi ili dijelova rečenica ili pak teškoćama u pronalaženju riječi. Okolini su obično nerazumljivi zadnji dijelovi rečenice.

Elektivni mutizam (ili selektivni mutizam): prisutna je nemogućnost govora u specifičnim socijalnim situacijama (npr. u školi) ili pred nekim osobama uz očuvano razumijevanje i ekspresiju govora. Većina ga autora ubraja u emocionalne (anksiozne) poremećaje.

Emocija: emocije malenog djeteta organizirane su i spremne za interakciju s okolinom, u prvim iskustvima dominantnom diskriminacijom (razlikovanje) u dimenziji ugone ili neugode. U psihičkom statusu u odraslih osoba emocija se definira kao kompleksno stanje osjećanja, s različitim psihičkim, somatskim i ponašajnim (bihevioralnim) komponentama. Emocija bi, prema ovoj definiciji, bila najširi termin. U najranijoj dobi (prva godina života) mogu se konceptualizirati tzv. temeljne (bazične) emocije koje su inspirirane Darwinovim radovima. Izard je u svojim radovima dao teorijske postavke „temeljnih emocija“ kao primarnih motivacijskih sustava za ljudska bića. Najpoznatija podjela „temeljnih emocija“ jest, prema Ekmanu i sur., tzv. velikih šest (*The Big Six*), a to su radost (engl. *happiness*), tuga (engl. *sadness*), ljutnja (engl. *anger*), gađenje (engl. *disgust*), strah (engl. *fear/anxiety*), iznenađenje (engl. *surprise*).

Endokrini poremećaji: kod endokrinih poremećaja uobičajeno razlikujemo različite pedijatrijske entitete (npr. smanjen rast, hipotireoza, hipertireoza, Cushingov sindrom, adrenogenitalni sindrom i poremećaji razvoja puberteta). Mogu imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Enkopreza: neorgansku enkoprezu definiramo kao učestalo nevoljnu ili voljnu defekaciju u neprikladna mjesta (odjeća, podovi) djeteta dobnog ili mentalno (razvojno) starijeg od četiri godine, a da je pritom isključen neki organski uzrok. Simptomi se najčešće pojavljuju tijekom dana (za razliku od enureze), a za definiciju nije presudna količina fecesa (izmeta). Razlikujemo, prema vremenu pojavljivanja, primarnu i sekundarnu, s obzirom na konstipaciju, razlikujemo s (češće) ili bez; s obzirom na komorbiditete (postoje li ili ne), te, prema psihoanalitičkom pristupu, je li psihosomatska (poremećaj faze individuacije) ili psihogena (konfliktna patologija).

Enureza: Dijagnosticira se nakon pete godine djeteta. Enureza se definira kao nevoljno ili voljno ispuštanje urina minimalno dvaput u mjesecu do dobi od 7 godina, ili jednom mjesečno nakon dobi od 7 godina, i to tijekom barem tri mjeseca. Prema tipu, razlikujemo noćnu, dnevnu, kombiniranu (noćna i dnevna); prema tipu inkontinencije, noćnu – enurezu i dnevnu – funkcionalnu urinarnu inkontinenciju; prema vremenu pojavljivanja, dijeli se na primarnu ili sekundarnu; s obzirom na simptome, na monosimptomatsku (noćnu) enurezu – nema nikakvih simptoma tijekom dana, na nemonosimptomatsku (noćnu) enurezu – postoje drugi simptomi tijekom dana (npr. pritisak mokrenja, diskoordinacija itd.), ali nema dnevne urinarne inkontinencije (dnevne enureze); te, prema psihoanalitičkom pristupu, određujemo je li psihosomatska (poremećaj faze autonomije) ili psihogena (konfliktna patologija).

Epidemiologija: možemo je definirati kao studiju distribucije bolesti u humanoj populaciji, kao i studiju čimbenika koji utječu na tu distribuciju. Najčešće se pojavnost bolesti u literaturi mjeri na tri načina: incidencijom, kumulativnom incidencijom (proporcija incidencije) te prevalencijom.

Epilepsija: u literaturi postoji definicija epilepsije koja se karakterizira kao poremećaj mozga uz stalnu predispoziciju za stvaranje epileptičkih napadaja. Kriteriji za postavljanje dijagnoze epilepsije jesu: 1. dva epileptička napadaja koja su neprovocirana (ili refleksna) s razmakom od najmanje 24 sata, 2. jedan neprovocirani

(ili refleksni) napadaj s vjerojatnošću daljnjih napadaja sličnom općem riziku od povrata (više od 60 %) nakon dvaju neprovociranih napadaja, a koji se pojavljuju sljedećih deset godina; 3. dijagnoza elektrokliničkog sindroma koja je dobnog ovisna.

Epileptički napadaj: prolazna pojava znakova i/ili simptoma koji nastaju zbog abnormalnog, prekomjernog sinkronog neuronalnog izbijanja. Ne mora značiti da dijete ima epilepsiju.

F

Fantazam „obiteljskog romana“: tipičan je za latentciju, kao i za adolescenciju. Taj fantazam dramatičira deidealizaciju svojih roditelja. Fantazam „obiteljskog romana“ označuje djetetovo maštanje da ti sasvim obični ljudi, njegovi roditelji, kako ih iznenada vidi, nisu njegovi pravi roditelji, već im je ono samo povjerenje na brigu zbog nekih nepoznatih razloga. Taj fantazam progresivan je proces prevladavanja infantilne ovisnosti o roditeljima u kombinaciji s regresivnom željom za povratkom u sigurnost ranog djetinjstva i apsolutnu vjeru u svemoćne i savršene roditelje. Važno je da roditelji prežive ovu djetetovu destrukciju i da budu dostupni njegovim kontinuiranim i mijenjajućim potrebama.

Fantazijsko kreiranje kod konverzije: slično manifestnom snu: simbolizacija, premještanje, kondenzacija nagonске želje i obrane, preokretanje u tjelesni jezik.

Farmakodinamika: bavi se biološkim i terapijskim učincima lijekova, primjerice, učinak na neke transmitsorske sustave (npr. dopaminergički i serotoninergički sustav).

Farmakokinetika: bavi se resorpcijom, raspodjelom, metabolizmom i izlučivanjem lijekova iz organizma.

Fetalni smiješak: različita mimika lica fetusa, uključujući i fetalni smiješak, može se uočiti od početka drugog trimestra trudnoće. Vjerojatno upućuje na emocionalna stanja fetusa. Fetalni je smiješak iznimno poticajan za trudnicu, ako se on registrira tijekom pregleda. Najvjerojatnije taj fetalni smiješak nije indikator socijalne interakcije, no može biti pokazatelj unutar-njega emocionalnog stanja.

Fetalni um: danas znamo da fetus ima svoje različite funkcije, motoričke funkcije, odgovore na podražaje (senzoričke funkcije), a pretpostavlja se da postoje i „više“, kognitivne (elementi učenja, sjećanja) i emocionalne funkcije. Tako se s pravom govori o „fetalnom umu“.

Fetalno programiranje: značilo bi da već u fetalno vrijeme postoje korijeni poremećaja u kasnijoj dobi. Može se odnositi na somatske bolesti (npr. kardiovaskularne), kao i na psihičke poremećaje.

Fibromialgija: muskuloskeletni bol odnosi se na bolove koji najčešće zahvaćaju zglobove. Može se ubrojiti u somatoformne bolne poremećaje.

Fobični poremećaj: riječ je o strahu od jasno definiranih, u pravilu, neopasnih situacija ili objekata. Karakteristično je izbjegavanje situacija koje uzrokuju anksioznost (engl. *avoidance behavior*). Manifestacija poremećaja varira od nelagode pa sve do panike. Ovamo ubrajamo agorafobiju, klaustrofobiju, socijalnu fobiju, izolirane fobije itd.

Formulacija (dijagnostička): formulacija (engl. *formulation*), prema angloameričkoj literaturi, vjerojatno je najširi pojam koji uključuje anamnezu, psihološko testiranje, psihički status, procjenu (*assessment* – u užem smislu), te plan liječenja. Dakle, formulacija (dijagnostička) (engl. *diagnostic formulation*) označuje na koji je način klinička prezentacija shvaćena u djetetovim odnosima, kao i u biologiji, socijalnoj mreži i razvojnem statusu. Ili, drukčije rečeno, formulacija je pročišćavanje djetetove i obiteljske nijansirane životne priče u smisljeni sinopsis. U ovoj se knjizi neće mnogo rabiti ovaj termin, već će se upotrebljavati sličan termin – dijagnostički proces, koji se može shvatiti u najširem smislu.

Funkcionalna dispepsija: obilježena je bolom pri jedenju i u gornjem epigastriju. Može se ubrojiti u somatoformne bolne poremećaje.

Funkcionalni poremećaji GI trakta u dojenčeta: ovamo možemo ubrojiti infantilno povraćanje, ciklično povraćanje, dojenačku disheziju, funkcionalnu dijareju (iritabilni kolon u djeteta), funkcionalnu opstipaciju i zadržavanje stolice, te sindrom odbijanja defekacije na zahodu (engl. *stool toileting refusal*). Mogu imati veliko psihološko značenje.

G

Generalizirani anksiozni poremećaj: riječ je o kroničnom i stalnom strahu koji nije povezan s određenim situacijama ili objektima, a odnosi se na svakidašnje situacije (npr. financijska situacija obitelji, loš uspjeh u školi itd.). U pravilu, traje najmanje oko šest mjeseci, a ne samo oko četiri tjedna kao kod drugih anksioznih poremećaja.

Glavobolje uzrokovane napetošću: karakterizirana je bilateralnim, tupo pritiskajućim do povlaćećim, nepul-

sirajućim bolom laganog do umjerenog intenziteta koji se ne pojačava motoričkim kretnjama, utječe na sva-kodnevicu, ali je ne čini nemogućom. Može se ubrojiti u somatoformne bolne poremećaje.

Govor (engl. *speech*): u usporedbi s komunikacijom i jezikom, govor (engl. *speech*) najuži je termin i označuje ekspresivnu produkciju zvukova, a uključuje individualnu artikulaciju (izgovor glasova), fluentnost (ritam i tempo), te glas. Deficite u ovim domenama dijagnosticiramo kao artikulacijski poremećaj (engl. *speech disorder*), mucanje (engl. *stuttering*), eksplozivni govor (engl. *cluttering*) i poremećaje glasa (engl. *voice disorder*).

Grafičko stvaranje djeteta (crtež djeteta): pokazatelj je napretka u različitim sferama – od motoričkih sposobnosti, percepcije, jezika, emocija, stvaranja simbola, osjetilne svijesti do prostorne orijentacije. Tijekom različitih faza razvoja dječjeg crteža, od početne faze črčkaranja do kompleksnijih crteža u perspektivi te apstraktnog crteža, možemo pratiti i djetetovo udaljšavanje od egocentričnog načina mišljenja, spoznavanja svijeta oko sebe i uporabe crteža kao načina prijenosa mišljenja i emocija o određenim problemima, demonstraciju vlastite filozofije i samih sebe. Vidjeti također termin: likovnost u psihoterapiji djece i adolescenata.

Grizenje noktiju (engl. *nail biting ili onychophagia*): pojedini autori grizenje noktiju ubrajaju u „habitualne poremećaje“, a može se ubrojiti i u poremećaj kontrole impulsa. U kliničkoj slici nokti mogu biti izgrizeni sve do korijena nokta, uključujući i okolnu kožicu.

Grupna psihoterapija djece i adolescenata: vrsta psihoterapije koja se primjenjuje na grupni način.

H

Halucinacija: osjetilne percepcije koje imaju karakter realnosti, kao u slučaju prave percepcije, a da ne postoji perceptivni podražaj.

Hemofilija: hemofilija je X-vezana recesivna genska bolesti koju prenose žene, a oboljevaju dječaci. Posrijedi je prirođeni nedostatak faktora VIII ili IX zgrušavanja krvi, zbog čega je oboljeli sklon krvarenju nakon minimalne ozljede. Oboljeli najčešće krvare u zglobove, što postupno dovodi do oštećenja zglobova, smanjene pokretljivosti i kroničnog bola. Mogu imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Higijena spavanja: roditelje i djecu potrebno je educirati o higijeni spavanja, tj. o zdravim navikama. Kako

bi se stabilizirao cirkadijurni ritam, djeca bi trebala održavati regularan obrazac budnost – spavanje tijekom radnog tjedna i vikenda, imati pravilan dnevni raspored, uključujući obroke i tjelesnu aktivnost, izbjegavati jako svjetlo i ekrane najmanje sat vremena prije poćinka, izlagati se prirodnom svjetlu tijekom jutra te ograničiti unos kofeinskih pića i drugih supstancija koje utječu na san.

Hiperkinetski poremećaj: razvojno neuropsihijatrijski poremećaj karakteriziran stalnim i teškim oštećenjem psihološkog razvoja s trijasom simptoma: visoki stupanj motoričkog nemira, impulzivno ponašanje (nedovoljno kontrolirajući tok misli i aktivnosti ili spontano nekontrolirano ponašanje bez obzira na posljedice) i nemogućnosti pažnje, koje se manifestira u više situacija i ne odgovora stupnju razvoja. U literaturi na hrvatskom jeziku postoje različita imena za ovaj poremećaj: hiperkinetski sindrom, hiperkinetički sindrom, hiperaktivni sindrom, smetnje aktivnosti i pažnje, ADHD (engl. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) itd., međutim, ovdje će se radi jednostavnosti rabiti naziv hiperkinetski sindrom ili poremećaj.

Hipohondrijski poremećaj: karakteriziran je intenzivnim strahom da postoji ozbiljna bolest. Ovdje su pacijenti usmjereni više na to da se dijagnosticira ozbiljna somatska bolest. Pitanje je uopće može li se ubrajati u somatizaciju i srodne poremećaje, odnosno je li primjerenije svrstavati ga među anksiozne poremećaje jer prevladava intenzivan strah.

Histerija: danas pod općim terminom histerije razumijevamo osobu s različitim manifestacijama, i to tako da se zapravo prema van nesvjesno manifestira drukčijim nego što ono zapravo jest. Promijenjeno ponašanje prema van psihoanalitičari objašnjavaju tvrdeći kako iza ovakve vanjske manifestacije postoji neurotski intrapsihički konflikt. Prije rabljeni naziv histerija danas podrazumijeva disocijativne i somatoformne poremećaje, kao i histrionički poremećaj ličnosti. Sličan je pojmu neuroza i konverzija pa treba pogledati te termine.

Hitna psihijatrijska stanja u djece: najčešća stanja jesu: akutna stanja napetosti i anksioznosti; akutne psihotične slike; stanja agresivnosti, suicidalnost, samoozljeđujuće ponašanje, intoksikacije; nuspojave lijekova (akutne ekstrapiramidne nuspojave antipsihotika, maligni neuroleptički sindrom te serotoniniski sindrom), stanja tjelesnog i seksualnog zlostavljanja djeteta, delirij i katatonija.

Humano fizičko sputavanje: u Hrvatskoj su općenito mjere prisile regulirane pravilnikom (Narodne Novine

16/2015). Mjere prisile primjenjuju se prema osobi s težim duševnim smetnjama, u osobito hitnim slučajevima ozbiljnog i izravnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti, kada je to jedini način sprječavanja pacijenta da svojim postupcima ugrozi svoj ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. Prema pacijentu se mogu primijeniti sljedeće mjere prisile: sputavanje (fiksacija) i odvajanje (izolacija). Sputavanje je katkada nužno, a posebno pri hitnim psihijatrijskim stanjima u djece, a provodi se sukladno pravilima struke.

I

Igra djeteta: djetetova igra zrcali sve psihičke funkcije, od ponašanja, raspoloženja, kognicije, mogućnosti pažnje, simbolizacije, interaktivnosti, pa sve do unutarnjih mentalnih stanja i konflikata, kao i unutarnju reprezentaciju svijeta oko sebe. Igra je spontana i intrinzična aktivnost djeteta. Ona nije samo ugodna, to je za dijete rad i njegova potreba. Za dijete je igra primjerena ekspresija, gotovo bi se moglo reći i biološki određena. Slobodna igra potiče fantazijsku aktivnost i razvoj mišljenja, kao i emocionalnu različitost, te socijalne vještine.

Impulzivnost: načelno se u literaturi razlikuje od kompulzije. Kod impulzivnosti je riječ o emocionalnom konceptu, a osoba se ne može oduprijeti, nema kontrole, nastaje naglo, neplanirano, dolazi relativno do ugone tijekom aktivnosti; može postojati osjećaj krivnje nakon izvršene aktivnosti, u pravilu je ego sintono i nije ritualizirano. Primjer bi bio kada dijete prekida druge u govorenju. Impulzivnost ima veliku ulogu pri poremećaju kontrole impulsa.

Incest: označuje seksualne aktivnosti unutar članova obitelji, može uključivati i rodbinsku vezu (kao i nekrvnu vezu npr. između očuha i pokćerke). U većini zemalja u svijetu incest je zakonom zabranjen.

Incidencija: označuje broj novooboljelih među pojedincima koji su prethodno bili bez bolesti, a koji se opserviraju tijekom određenog razdoblja (opservacijski period). Često se u literaturi navode podatci o incidenciji na sljedeći način: npr. u Velikoj Britaniji od 1994. do 2000. godine nalazi se incidencija anoreksije nerveze (broj novooboljelih) 4,7 na 100 000 osoba.

Indeks tjelesne mase (ITM): ITM se izračunava tako da se tjelesna masa u kilogramima podijeli s kvadratom visine izražene u metrima (kg/m²). Govori nam o prosječnoj masi, o pretilosti ili o pothranjenosti. U dječjoj je dobi važnija podjela prema centilima s obzi-

rom na spol i dob nego prema apsolutnim vrijednostima ITM-a.

Individualna psihodinamski orijentirana psihoterapija: vrsta psihoterapije koja se može primijeniti u djece već od četvrte godine života.

Individualni čimbenici u razvoju i etiopatogenezi: tipični individualni čimbenici jesu: genski i hereditarni čimbenici (genska vulnerabilnost); mozak, središnji živčani sustav, imunostni sustav; prenatalni i perinatalni čimbenici; konstitucija, inteligencija, karakter, temperament, crte ličnosti; psiha: percepcija/ doživljavanje/osjećanje/ponašanje; privrženost, kognitivno-bihevioralni čimbenici; psihodinamski čimbenici (ličnost) te socijalno ponašanje. Uključuje biološke i psihološke čimbenike.

Insceniranje: radnja i kreiranje jedne scene, može biti agiranje, ali može biti i neka fantazija. Vidjeti termine scena i scensko razumijevanje.

Intelektualne teškoće (IT): IT su heterogeni poremećaj koji uključuje ispodprosječnu inteligenciju (oštećenje kognicije, jezika, motorike, socijalnih sposobnosti) i oštećenja u adaptabilnim vještinama, koji su prisutni prije 18. godine života. Prema DSM-5 klasifikaciji, također su potrebna oba navedena kriterija: znatno oštećenje intelektualnih sposobnosti mjereno testovima inteligencije, s dvjema ili više standardnih devijacija ispod prosjeka (manje od 70) te kriterij oštećenja adaptabilnih funkcija, koji je ovdje jasnije specificiran. U prijašnjim je klasifikacijama taj kriterij smatran problematičnim zbog njegove neodređenosti i nedostatka dogovorenih mjernih metoda. Međutim, DSM-5 velik naglasak stavlja na mjerenje ovih vještina novim metodama koje su razvijene u posljednjih nekoliko godina (v. pod adaptabilne vještine).

Inteligencija: samu inteligenciju prilično je teško definirati, a obično se definira kao kognitivne sposobnosti osobe povezane s duševnim sposobnostima u njihovu potencijalnom i dinamičkom značenju. Kognitivne funkcije podrazumijevaju perceptivno-integrativne i produktivno-ekspresivne procese te mnoge druge funkcije koje su na složen način međusobno organizirane. Drugi autori navode da je inteligencija konstrukt koji nije jednoznačno definiran, ali se najčešće određuje kao svojstvo uspješnog snalaženja jedinke u novim situacijama, u kojima ne pomaže stereotipno nagonsko ponašanje, a ni učenjem stečene navike, vještine i znanja. Konačno, pojedini autori navode da se inteligencija može definirati kao prirodna psihička postignuća i kao takva su dio nadarenosti, kao i spo-

sobnosti prikupljanja i procjene iskustava. Inteligencija počiva na niz čimbenika, međutim, u svojem je ostvarivanju ovisna o stanju osjećanja, volje, sjećanja, fantazije, kao i općih nagonskih događanja.

Interakcionistički model: prema Oerteru (1995), riječ je o međusobnoj interakciji različitih čimbenika, koji često imaju kružni model međusobnih utjecaja povratne sprege različitih čimbenika.

Intermitentni (koji se javlja na mahove) eksplozivni poremećaj: riječ je o izrazitim izljevima bijesa, međutim, postoji i izravna agresija, dakle radi se o impulzivnoj agresiji koja ne postoji kod opozicionalnog poremećaja. Intermitentni eksplozivni poremećaj na neki način slični impulzivnom tipu agresije, te se ne odnosi na dobivanje nekog cilja svoje agresije, kao kod poremećaja ponašanja.

Intersubjektivnost: može se šire definirati kao dijeljenje iskustava između osoba. Intersubjektivnost se danas može shvatiti kao jedna psihološka teorija socijalnog razvoja (teorija privrženosti također je jedna od teorija socijalnog razvoja, ali nije jedina). Pojedini autori navode u širem i užem smislu intersubjektivnost u odnosu prema mentalizaciji, povremeno ih suprotstavljajući kao koncepte.

Intervju (psihijatrijski, psihoterapijski, klinički): klinički je intervju osnovno sredstvo u psihijatrijskoj procjeni djece i adolescenata i ne može se nadoknaditi nijednom drugom metodom. Ima svoju subjektivnu vrijednost koja je neprocjenjiva. Osobni je susret u intervjuu nešto jedinstveno što se kreira između terapeuta i djeteta/adolescenta i njegovih roditelja. Osobni susret između dviju (ili više) osoba, osim dijagnostičke funkcije, imat će i poruku djetetu/adolescentu i cijeloj obitelji da je njihove probleme prepoznao netko drugi i da su našli sugovornika koji ih je razumio, sugovornika koji će im dati određeni osjećaj povjerenja i sigurnosti i koji će pokušati u zajedničkome daljnjem procesu naći rješenje i umanjiti poteškoće, odnosno patnje zbog nastalog problema. Osim ovog, „nestrukturiranog“ intervju, u literaturi postoje i drugi polustrukturirani i strukturirani intervjui. Važan je okvir intervju (setting) (utvrđen prostor, vrijeme seansi), gdje se i kada se provodi intervju.

Iritabilni kolon: definira se postojanjem minimalno triju stolica na dan, smanjene konzistencije i povećanog volumena te bolnom defekacijom. Navedeno traje dulje od 2 do 4 tjedna. Može se ubrojiti u somatoformne bolne poremećaje.

Iritabilnost: pacijent reagira neprimjereno ubrzano ili žestoko bijesom ili agresijom. Pojedini autori iritabilnost i disfornost povezuju u jedan koncept.

Izbjegavajuće/restriktivni poremećaj unosa hrane (IRPUH): kriteriji tog poremećaja, prema DSM-5, jesu: Kriterij A. Abnormalno jedenje ili abnormalno hranjenje (eating i feeding), odnosno stalni nedostatak dobivanja nutrijenata/energije (barem jedno): 1. značajni gubitak težine; 2. nutritivna deficijencija; 3. ovisnost od enteralnog hranjenja ili oralnih nutritivnih suplemenata; 4. oštećenje psihosocijalnog funkcioniranja; Kriterij B. Nije zbog nedostatka hrane ili kulturno sankcionirane prakse; Kriterij C. Isključuje se anoreksija nervoza ili bulimija nervoza; Kriterij D. Nije zbog nekog drugog psihičkog poremećaja. Nema straha od dobivanja na masi niti postoji poremećaj tjelesne sheme, a iz toga nema ni namjernog gladovanja, kao ni prejedanja. Sinonim je poremećaj hranjenja, jedenja i rasta u dojenčadi.

Izbor organa kod konverzije: može biti preko analogije (poistovjećivanje npr. glave i penisa); zatim uz asocijativno povezivanje scena i organa (npr. fantazije penetracije manifestiraju se bolovima u trbuhu ili križima); izbor organa koji je imao posebno značenje u razvoju u djetinjstvu; izbor organa kroz mogućnosti funkcije (npr. otvori na tijelu povezuju se s percepcijom, a ne toliko s motoričkim funkcijama); izbor organa kroz kondicioniranje – organ je izabran zbog ranije fiksacije; izbor organa može biti temeljen na prisutnim somatskim bolestima (ovdje je riječ o sekundarnoj konverziji npr. tzv. histero-epilepsije); te, konačno, izbor organa zbog promatranja drugih u okolini koji imaju sličan poremećaj (epileptički napadaji, paralize).

J

Jezik (engl. language): uključuje formu, funkciju i uporabu konvencionalnog sustava simbola (npr. izgovorene riječi, znakovni jezik, pisane riječi, slike) na način vođen pravilima u komunikaciji. Uži je pojam od komunikacije, a širi od govora. Razlikujemo njegov receptivni (razumijevanje) i ekspresivni aspekt (produkcija). Klasično kod jezika možemo proučavati semantiku, morfologiju, sintaksu i fonologiju. Semantika obuhvaća značenje jezika, a u predškolske djece pod time se misli na razvoj fonda riječi (vokabulara), dakle odnosi se na aspekte značenja koji su izraženi u jeziku, kodu ili nekom drugom obliku predočivanja. Primjerice, dijete koje uči hrvatski za mačku će reći mačka, dok će dijete koje uči engleski jezik reći „kaet“. Gramatika se sastoji od dviju komponenata, morfologije i sintakse. Morfologija se odnosi na strukturu riječi (npr. vrijeme, rod, broj), a sintaksa na strukturu reče-

nice, tj. na raspored riječi u rečenici. Ako dijete ima problem s vokabularom i gramatikom, to onda posljedično smanjuje kapacitet za diskurs. Diskursom ili razgovorom (engl. *discourse*) označujemo sposobnost uporabe vokabulara i povezivanje rečenica da bi se objasnila ili opisala jedna tema ili niz događaja ili upućuje na postojanje konverzacije (narativni ili konverzacijski diskurs). Ili, drukčije rečeno, dijete koje ima njegov poremećaj, ima smanjenu sposobnost davanja prikladnih informacija o ključnim događajima i manju sposobnost da ispriča koherentnu priču. Fonologija se odnosi na glasovnu strukturu jezika koja je u svakom jeziku različita. Najjednostavnije definirano, može se reći kako se jedna riječ izgovara, npr. engleska riječ za mačku će se izgovarati „kaet“ (fonologija), dok će se pisati „cat“ (dakle kako se riječ piše – ortografija). Pojmove fonologije i ortografije posebno proučavamo kod razvojnih poremećaja čitanja i pisanja. Vidjeti druge termine komunikacije i govora.

K

Karakter: pojam karaktera vrlo je sličan terminu ličnosti, međutim, taj je pojam više povezan s određenim vrijednostima, kao i s voljnim (intencija) dijelovima ličnosti. Uže je definiran od termina ličnosti.

Katatonija: definiramo je kao neuropsihijatrijski poremećaj, sa skupinom (klasterom) (psiho)motornih simptoma, koji su ili povišeni ili umanjeni, a mogu biti i fluktuirajući simptomi tijekom dana. Može biti uzrokovana medicinskim stanjem (do 20 %), te psihičkim poremećajima, a može se okarakterizirati i kao nespecifična. Teške oblike katatonije nazivamo malignom katatonijom. Važna je diferencijalna dijagnoza u odnosu prema malignom neuroleptičkom sindromu.

Kategorijalni pojam bolesti (klinički model): označuje jasnu razliku između normalnog i patološkog, dakle postoji kvalitativna razlika (model diskontinuiteta).

Klasično uvjetovanje: mehanizam učenja pri kojemu se podražaj koji prirodno izaziva neku reakciju uparuje s podražajem koji tu reakciju ne izaziva. Nakon klasičnog uvjetovanja podražaj koji prije nije izazivao neku reakciju počinje je izazivati, jednako kao i podražaj koji tu reakciju prirodno izaziva. Primjerice, pri liječenju noćne enureze mogu se upotrebljavati „uređaji (aparati) sa alarmom“, koji se temelje na načelima učenja, a sastoje se od „gaća ili jastuka/madraca koji imaju zvonice/alarm“ i koje na male količine urina počinju zvoniti i bude dijete. Na ovaj način dijete „nauči“ ovla-

dati svojim urinarnim sfinkterom putem klasičnog uvjetovanja. Dakle, u klasičnom uvjetovanju potkrepljenje dolazi prije reakcije, a u instrumentalnom uvjetovanju nakon nje. U klasičnom su uvjetovanju životinja ili čovjek pasivni i reagiraju tek na uvjetovani podražaj, dok su u instrumentalnom uvjetovanju aktivni, a ponašanje se potkrepljuje nakon što je nešto učinjeno. Vidjeti termin: operantno uvjetovanje.

Klasifikacija psihičkih poremećaja: u ovoj se knjizi upotrebljava u smislu operacionalizacije kriterija različitih klasifikacijskih sustava, a približno odgovara zapravo terminu dijagnoze prema angloameričkim autorima. Kod klasifikacije primjenjujemo MKB-10 (1993), MKB-10 – višeosna klasifikacija u dječjoj dobi (1996), DSM-5 (2013), *Zero to five: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC: 0-5*; treća verzija (2016), Operacionalizirana psihodinamska dijagnoza u dječjoj dobi njemačkih autora – druga verzija (2016), Statistički modeli (internalizirajući, eksternalizirajući poremećaji – Thomas Achenbach i suradnici, 2006), smjernice dijagnosticiranja pojedinih poremećaja: NICE smjernice; američke, njemačke, primjerice, *Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter*, 2015 (revidiranje svakih pet godina) itd.; te obiteljsku dijagnostiku. Ako se dječja psihijatrija po nečemu razlikuje od drugih struka, onda su to važeće klasifikacije u dječjoj dobi.

Kleptomanija (patološka krađa): klasično se ubraja u poremećaj kontrole impulsa. Osoba se ne može oduprijeti (nemogućnost kontrole) repetitivnom porivu za krađom predmeta (barem dvije počinjene krađe), od kojih zapravo nemaju nikakvu osobnu korist niti im služe za bogaćenje. Postoji i tenzija prije krađe, kao i naknadno smirenje ili osjećaji krivnje. Može biti povezano s dosadom i beznadnošću, ili pak depresijom.

Kognitivna teorija: u kognitivni razvoj ubrajamo razvoj pažnje, koncentracije, sjećanja, pojmovnog mišljenja, opće inteligencije, razvoj govora, te specifične vještine (čitanje, pisanje, računanje itd.). Senzorno-motorni razvoj i motorička koordinacija prethode općemu kognitivnom razvoju. Teorija kognitivnog razvoja vezana je za rad Piageta i njegovih sljedbenika i modifikatora. Osnovne teorijske postavke u konstrukciji realnosti jesu procesi asimilacije i akomodacije. Diferencijacija i integracija psihičkog sustava, prema Piagetu, odigravaju se tijekom četiriju faza kognitivnog razvoja: senzomotorni razvoj (od nula do dvije godine), preoperacijska faza (između 2. i 6. – 7.

godine), faza konkretnih operacija (od 7. do 11. godine), te razdoblje formalnih operacija (od 11. godine i dalje).

Kognitivna terapija: zasniva se na medijacijskoj hipotezi prema kojoj emocionalno reagiranje i ponašanje osobe ovisi o njezinu kognitivnom procesiranju događaja, ali i sebe u specifičnoj situaciji. Pretpostavlja se da se promjenom nefunkcionalnog načina mišljenja mogu postići željene promjene u ponašanju i emocionalnom doživljavanju. Kognitivna se terapija započinje otkrivanjem i mijenjanjem negativnih automatskih misli. Zatim se otkrivaju pogrešna temeljna (bazična) vjerovanja, pretpostavke, iskrivljena mišljenja. Rad na tim vjerovanjima i nedjelotvornim pretpostavkama sporiji je i teži. Kada se vjerovanja i iskrivljena mišljenja promijene, dolazi do duljeg poboljšanja u kliničkoj slici nekog poremećaja jer te promjene sprečavaju povratak simptoma.

Kognitivno-bihevioralna terapija: kombinacija je dvaju teorijskih i terapijskih pristupa nastala iz različitih, ali dopunjujućih paradigmi razumijevanja ljudske prirode i psihopatologije (kognitivizma i biheviorizma). Prva generacija uključuje klasičnu kognitivnu terapiju koja je usmjerena na promjene u sadržaju, pa čak i u strukturi mišljenja (scheme), a bihevioralna terapija na učenje „zdravih“ ponašanja. Druga generacija KBT-a više je usmjerena na odnos pojedinca prema vlastitim mislima i procesima mišljenja, a uključuje metakognitivnu terapiju. Treća generacija KBT-a obuhvaća različite teorijske i kliničke modele: dijalektičku bihevioralnu terapiju, *mindfulness*, terapiju prihvaćanja i posvećenosti, integrativnu terapiju (*Integrative Couples Behavior Therapy*, ICBT) itd.

Komorbiditet: označuje prisutnost više nego jednog poremećaja u jedne osobe u istom definiranom razdoblju.

Komplicirano žalovanje: ono perzistira dulje od 12 mjeseci u odraslih, odnosno dulje od 6 mjeseci u djece. Uključuje simptome čežnje za umrlim koji u djece može biti izražen u igri. Mogu biti prisutna intenzivna žalost, emocionalna bol, preokupacija s umrlim, te preokupacije o okolnostima smrti. Može biti prisutan niz simptoma patnje s obzirom na smrt: neprihvatanje smrti; nevjerica i emocionalna otupjelost s obzirom na gubitak; poteškoće u pozitivnim sjećanjima na umrlog; gorčina i bijes povezani s gubitkom; neprikladno dovođenje sebe u vezu s umrlom osobom npr. samookrivljavanje; izbjegavanje podsjetnika na gubitak, npr. u djece izbjegavanje misli i osjećaja povezanih s umrlim;

i ometanje socijalne interakcije/socijalnog identiteta: želja za smrću da bi se bilo zajedno s umrlom osobom, poteškoće s povjerenjem u druge ljude; usamljenost i odvojenost od drugih osoba; osjećaj besmisla ili praznine bez umrle osobe; konfuzija oko vlastite uloge ili identiteta; poteškoće u planiranju daljnjih aktivnosti. Poseban oblik kompliciranog žalovanja jest traumatsko žalovanje.

Kompulzija: prema DSM-5, definiraju se kao repetitivna ponašanja ili mentalni čini (*mental acts*) (npr. brojenje, moljenje, tiho ponavljanje brojeva itd.), koje je pojedinac prisiljen učiniti kao odgovor na opsesiju ili s obzirom na pravila koja se moraju rigidno provesti. Kompulzije su definirane s 1 i 2: 1. Repetitivno ponašanje (npr. pranje ruku, čišćenje, provjeravanje) ili mentalni čini koje pojedinac osjeća da ih mora provesti kao odgovor na opsesiju ili s obzirom na pravila koja se moraju primjenjivati rigidno; 2. ponašanje ili mentalni čini imaju za cilj prevenciju ili smanjenje tjeskobe ili distresa, ili pak prevenciju nekog zastrašujućeg događaja ili situacije; međutim, ta ponašanja ili mentalni čini nisu povezani na realističan način da bi se nešto neutraliziralo ili preveniralo, ili su iznimno pretjerani. Napomena kod točke 2.: mala djeca ne mogu verbalizirati (artikulirati) ciljeve ovakog ponašanja ili mentalnih čina. Vidjeti termin opsesija.

Komunikacija (engl. *communication*): najširi je pojam (s obzirom na jezik i govor) i podrazumijeva primanje i davanje informacija između osoba, odnosno razmjenu znakova i kombinaciju znakova među ljudima. Informacije se mogu prenositi verbalno (govorom) i neverbalno (stavom tijela, gestama, mimikom, dodirom, pogledom, intonacijom – bilo da su oni namjerni ili nenamjerni), a one utječu na ponašanje, ideje ili stajališta drugih pojedinaca. Klasično se kod komunikacije proučava pragmatička uporaba jezika. Komunikacija dakle uključuje socijalnu i pragmatičku uporabu verbalne i neverbalne komunikacije: komunikaciju u socijalnom kontekstu, npr. dijeljenje informacija; sposobnost promjene komunikacije u vezi s prilagodbom na kontekst ili potrebu slušača; praćenje pravila diskursa, konverzacije i pričanja priča (narativnost); pragmatički jezik – razumijevanje onoga što nije eksplicitno rečeno i razumijevanje figurativnog ili dvo-smislenog značenja jezika; te učinkovitu komunikaciju, socijalnu participaciju, socijalne odnose, odnosno komunikaciju u socijalnom kontekstu (kriterij B kod socijalno- pragmatičkog poremećaja komunikacije). Odstupanje u navedenim domenama rezultira soci-

jalnim (pragmatičkim) poremećajem komunikacije (DSM-5). Vidjeti druge termine jezika i govora.

Koncept neuroplastičnosti: definira se kao sposobnost neuralnoga tkiva da se mijenja kao odgovor na vanjske podražaje. Počinje vjerojatno već u fetalnom razdoblju i možemo ga nazvati i „razvojnom neuroplastičnošću“. Tijekom izloženosti okolišnih čimbenika povezanih sa senzitivnim periodima ovdje možemo pretpostaviti utjecaj na temeljne (bazične) senzoričke (perceptivne) domene, kao i na mnogo složenije procese, kao što su emocionalna regulacija, socijalna kognicija, sistem nagrade, kao i egzekutivne funkcije.

Koncept otpornosti (*resilience*): unatoč rizičnim čimbenicima pojedinac ima uspješan razvojni put.

Koncept razvojnih linija: kreirala ga je Anna Freud (1965), a govori da dijete tijekom razvoja prolazi putem različitih razvojnih linija: od nagonskog, odnosa prema objektu (npr. od djelomičnih objekata do objektne konstantnosti), do kreativnih postignuća (od igre do rada) itd.

Koncept razvojnih zadaća: kreirao ga je Havighurst (1972). Sličan je konceptu razvojnih linija (v. termin). Pretpostavlja se da u svakom životnom razdoblju postoje pojedine razvojne zadaće, npr. u adolescenciji postoji zadaća separacije od svojih roditelja, te stvaranje vlastite autonomije.

Koncept smrti u djece: djeca ne mogu razumjeti koncept smrti onako kako ga razumiju odrasli. Razumijevanje svijeta oko sebe i pojava u tom svijetu dijete temelji na postignutom stupnju kognitivnog i emocionalnog razvoja koji je ovisan o njegovoj dobi. Stoga se i razumijevanje koncepta smrti mijenja usporedo s rastom, razvojem i sazrijevanjem djeteta. Na drukčiji bi se način moglo reći da slično kao i kod koncepta vlastitog tijela (i bolesti), postoji i određeni razvojni koncept odnosa prema smrti. Razumijevanje pojmova kao što su nepovratnost, konačnost, neizbježnost i uzročnost izravno je povezano s dostignutim razvojnim stupnjem djeteta u vrijeme kada se ono susreće s pojmom smrti. Pojedini autori u literaturi navode različite faze razvoja koncepta smrti u djeteta.

Koncept vulnerabilnosti: podrazumijeva konstelaciju koja pojedinca čini posebno osjetljivim na negativne utjecaje, odnosno u kojega se može predvidjeti negativni tijek zbog djelovanja nepovoljnih razvojnih čimbenika.

Konflikt (psihički, intrapsihički): intrapsihički se konflikti definiraju kao nesvjesni intrapsihički sukobi

suprotstavljenih afekata, motivacija, težnji ili tendencija ponašanja. Govorimo o konfliktima kada oni ometaju funkcioniranje djeteta/adolescenta.

Kontinuitet prenatalnog i postnatalnog razdoblja: mnogi autori govore o kontinuitetu prenatalnog i postnatalnog razdoblja. Na primjer, zanimljivi su ovdje pokreti mimike u fetusa, treptanja, pokreti ustima, kao i pokreti ruke prema ustima, te pokreti ruke prema očima, dakle motoričke i senzoričke funkcije, međutim, pretpostavljaju se i više psihičke funkcije, kao što su kognicija (sjećanje, habituacija) i emocionalna regulacija. Danas postoje nove metode istraživanja prenatalnog razvoja u koje ubrajamo 3D i 4D UZV, kao i slikovne prikaze fetalnog mozga (fMRI skeniranje), a postoje i druge metode mjerenja fetalnih funkcija: fetalne hemodinamike, stupanj saturacije kisikom (BOLD), mjerenje auditorne i vizualne kortikalne aktivnosti, snimanje EEG aktivnosti, kao i normalna cirkulacija indeksa pulsa srednje cerebralne arterije, koje mogu upućivati i na psihološke funkcije. Nadalje, s obzirom na to da su u novorođenčeta dokazani tzv. temeljni (bazični) osjećaji, kao evolutivne psihobiološke danosti, u smislu kontinuiteta, isto se može pretpostaviti i kod fetusa (npr. stanja ugone i mirovanja, stanja neugode i aktivnosti itd.). Danas smo svjesni različitih čimbenika koji djeluju na prenatalno i postnatalno razdoblje.

Kontratransfer (protuprijenos): osjećaji koji se u pojavljuju u terapeutu s obzirom na pacijenta, ali kao reakcija na prijenos. Pojedini autori to nazivaju rezonancijom terapeuta.

Konverzija: sam termin konverzije definira se kao događaj kojim nastaju histerični simptomi. Jedan se psihički konflikt konvertira u tjelesne simptome. Slični su termini histerija i neuroza (v. te termine).

Konzilijarna djelatnost: dječjeg se psihijatra poziva npr. na pedijatrijski odjel radi dodatne psihijatrijske procjene.

Kriminalitet: pojam kriminalitet (lat. *crimen* – kaznena aktivnost, zločinstvo) obično se rabi kad je riječ o odraslima, a delinkvencija kada je riječ o maloljetnim počiniteljima kaznenih djela.

Kronična renalna insuficijencija: zatajenje bubrega, nastaje radi različitih razloga. Pedijatrijska bolest, koja, međutim, može imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Kronično tjelesno (motoričko) oštećenje: riječ je o skupini različitih poremećaja s obzirom na moguć stupanj izraženosti, kao i na komorbiditet. Postoji niz

stanja koja uzrokuju kronično tjelesno oštećenje, od prirodnih sindroma (spastička paraliza; statička encefalopatija ili cerebralna paraliza), do traumatskih stanja (prometne nesreće), te može biti kombinirano s drugim oštećenjima (oštećenja komunikacije, senzorička oštećenja, epilepsija, intelektualne teškoće). Može imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Kronološka dob: vidjeti pod „kvocijent inteligencije“.

Kumulativna incidencija: računa se kao broj novooboljelih u jednoj zatvorenoj populaciji kroz određeno fiksno promatrano vrijeme. Primjerice, ako 8 braće/sestara od 100 dijagnosticirane djece s autizmom razviju autizam od rođenja do treće godine (opservacijsko vrijeme je tri godine), kumulativna incidencija za autizam u ovom visoko rizičnom uzorku jest 0,08 ili 8 % u prve tri godine.

Kvocijent inteligencije (IQ): odnosi se na omjer mentalne dobi (razvojna dob; dob inteligencije) s obzirom na kronološku dob. Mentalna (razvojna) dob nekog subjekta jest prosječna mentalna razvijenost one dobne skupine djece s kojom se taj subjekt može izjednačiti. Na primjer, ako je neko dijete mentalno razvijeno kao većina desetogodišnjaka, mentalna dob toga djeteta jest 10 godina. Kronološka dob označuje dob izraženu godinama života, a u manje djece još i mjesecima. Mentalna se dob danas sve više zamjenjuje pojmom IQ. Dakle, IQ se izračunava tako što se mentalna dob podijeli s kronološkim dobi, te se to pomnoži sa 100. IQ označuje stoga omjer postignuća inteligencije jednog pojedinca u odnosu prema statističkoj sredini vršnjaka (prema kronološkoj dobi). Iz ovoga proizlazi da prosječna inteligencija označuje vrijednost IQ-a od 100.

L

Landau-Kleffnerov sindrom: poremećaj jezika (v. termin jezik). Posebna forma afazije jest Landau-Kleffnerov sindrom koji se ubraja u „epileptičke encefalopatije“, a pojedini autori nazivaju ga poremećajem auditornog procesiranja (engl. *auditory processing disorder*) ili auditorna verbalna agnozija (engl. *auditory verbal agnosia*) ili pak u djetinjstvu stečena epileptička afazija (engl. *childhood-acquired epileptic aphasia*). U ovom rijetkom sindromu djeca tijekom nekoliko tjedana ili mjeseci, gube stečene jezične vještine (receptivne i ekspresivne). Jezična regresija nikada nije simptom specifičnih razvojnih poremećaja, te je stoga u ovom slučaju potrebna hitna neuropedijatrijska evaluacija. Dob je pojavljivanja između 3. i 10. godine

života, s vrhom pojavnosti između 5. i 7. godine. Opća inteligencija i socijalne vještine nisu oštećeni. Prvi simptom može biti nemogućnost razumijevanja govora, zbog čega se djeca mogu doimati kao gluha. Početak bolesti obilježen je paroksizmalnim EEG izbijanjima koja su najizraženija noću, te epileptičkim napadajima (koji ne moraju uvijek biti prisutni).

Latencija: vremenom latencije označujemo razdoblje između 6. i 12. godine ili ga možemo jednostavnije nazvati školskim razdobljem. Razdoblje je to relativno mirnih nagonskih poriva, u kojem je dijete dominantno tolerantno, prilagodljivo (engl. *pliable*), dobrog ponašanja i sklonu učenju, premda je to u praksi sve teže vidljivo. Latencija odgovara fazi konkretnih operacija (od 7. do 11. godine) prema Piagetu, i obilježena je napretkom kognicije. Pojedini autori nisu bili zadovoljni tumačenjem latencije kao vremena smanjenih seksualnih nagona, nego su fokus okretali prema jačim ego sposobnostima i ego reorganizacijama. Usprkos kulturološkom prihvaćanju samog pojma latencije – mira – interes prema seksualnosti ne jenjava.

Leukemije i tumori: etiopatogeneza tumora i leukemija je multifaktorijelna i većinom nepoznata. U dječjoj su dobi najčešće maligne bolesti leukemije (33 %), tumori mozga (21 %) i limfomi (15 %). Tumori kostiju i maligni limfomi karakteristični su tumori u adolescenciji. Mogu imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Liaison psihijatrija u dječjoj dobi: Uključivalo bi da je dječji psihijatar ravnopravni član tima na nepsihijatrijskom odjelu, npr. na pedijatrijskom odjelu. Uključivao bi se također rad s osobljem.

Ličnost: ličnost se izražava posebno u prvih 20 godina života pojedinca i u kasnijem tijeku života definira se kao skup stabilnog načina ponašanja i obrazaca reakcija jedne ličnosti, koja uključuje i vlastiti identitet, interpersonalne odnose i sociokulturalna očekivanja. Vjerojatno je termin ličnosti najširi pojam i upotrebljuje se više u psihologiji. U psihodinamskoj psihijatriji termini slični terminu ličnost koji se u uporabi jesu ego i identitet, dok se u kognitivnoj psihologiji više upotrebljava termin self-koncept.

Lijekovi za liječenje enureze: heterogena skupina lijekova koja se primjenjuje kao dodatna terapija pri liječenju djece. U Hrvatskoj su odobreni dezmozepin i amitriptilin.

Likovnost u psihoterapiji djece i adolescenata: obično mislimo na sliku i crtež u dječjoj dobi. Likovno izražavanje djece prirodna je potreba djece i adolesce-

nata. Ono se može iskoristiti u razvojnoj procjeni, u dijagnostičkoj procjeni, kao i u terapijskim aspektima. Vidjeti također termin grafičko stvaranje u djece;

M

Maligni neuroleptički sindrom: rijetka nuspojava na antipsihotike ili slične lijekove. Postoji trijas simptoma: autonomni, neuromuskularni (psihomotorni) i bihevioralni (kognitivni, emocionalni, konfuzija, delirij, koma). Riječ je o hitnome psihijatrijskom stanju. Prema pojedinim autorima, povišena je kreatin-kinaza (100 %), a postoje i visoka temperatura (78 %); tahikardija (74 %) te muskularna rigidnost (70 %). Potrebno ga je diferencijalnodijagnostički razlikovati od katatonije.

Manija: vidjeti pod afektivni poremećaji.

Medicinska sestra / tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije: medicinska sestra / tehničar dio su integralnog tima u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji.

Mehanizmi obrane: definiraju se kao intrapsihički procesi koji se uključuju kod unutarnjih situacija opasnosti kao unutarnji zaštitni mehanizmi kako bi se ovladalo takvim situacijama. Opasni intrapsihički sadržaji modificirani su tako da bi postali izdržljiviji. Mehanizmi obrane upotrebljavaju se automatizirano i nesvjesno.

Meningitički sindrom ili meningizam: znakovi su sljedeći: kočenje vrata; pozitivan Brudzinskijev znak (fleksija vrata dovodi do fleksije kukova i koljena); pokus poljupca koljena (bolesnik ne može poljubiti vlastito koljeno); znak tronošca (bolesnik, kada sjedi, mora se podbočiti rukama); Lasegueov znak (pri podizanju ekstenzirane noge dolazi do pojave bolnosti i ograničenja pokretljivosti istog ekstremiteta); Kernigov znak (fleksijom jedne noge u kuku dolazi do fleksije suprotne noge u kuku i koljenu); opistotonus (izvijanje u luku unatrag s napetošću paravertebralnih mišića).

Mentalizacija: koncept mentalizacije ili „teorije uma“ predočuje djetetovu mogućnost da razumije sebe i druge u terminima misli, osjećaja, percepcije, doživljavanja, djelovanja, pridavanja značenja, utjecaja itd. Ili, na društiji način rečeno, mentalizacija je forma imaginativne mentalne aktivnosti, dakle percepcija i interpretacija ljudskog ponašanja u terminima intencionalnih mentalnih stanja (npr. želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja, ciljevi, svrha i razlozi).

Mentalna (razvojna) dob: Mentalna (razvojna) dob nekog subjekta jest prosječna mentalna razvijenost one

dobne skupine djece s kojom se taj subjekt može izjednačiti. Na primjer, ako je neko dijete mentalno razvijeno kao većina desetogodišnjaka, mentalna dob toga djeteta jest 10 godina. Mentalna se dob danas sve više zamjenjuje pojmom kvocijenta inteligencije (IQ). Vidi također termin kvocijent inteligencije.

Metabolički sindrom: karakteriziran je pretilošću, povišenim krvnim tlakom i dislipidemijom, koja je preteča budućeg dijabetesa. Dobivanje na tjelesnoj masi vjerojatno je najvažniji razlog opće metaboličke disregulacije. Brojni antipsihotici mogu biti povezani s metaboličkim sindromom, a posebno klopazin i olanzapin.

Migrena: Obilježavaju je atake (napadaji) žestokih, često unilateralnih, pulsirajuće-kucajućih glavobolja, pri kojima se glavobolja pojačava ako je osoba motorički aktivna. Može se ubrojiti u somatoformni bolni poremećaj.

Mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj: riječ je o slobodno flotirajućoj anksioznosti koja je blago izražena, te o blago izraženim depresivnim simptomima. U pravilu, trebalo bi se ovom dijagnozom koristiti što manje jer je preopćenita.

„**Model diskrepancije**“ kod razvojnih poremećaja: primjenjuje se npr. kod specifičnih školskih razvojnih poremećaja. Izostavljen je iz DSM-5 (diskrepancija specifične razvojne vještine s obzirom na globalne intelektualne sposobnosti), međutim, i dalje je naglašeno odstupanje određenih specifičnih vještina. Danas se umjesto modela diskrepancije zagovara drukčija paradigma: sva djeca trebaju dobiti dovoljno dobru stimulativnu edukaciju, a tek se djeca koja budu zaostajala za drugom trebaju dalje dijagnostički razjasniti i trebaju se prema njima primijeniti dodatne intervencije. Ovaj, zadnji današnji model primarno je dakle usmjeren na davanje prikladne edukacije svoj djeci, i nije više toliko usmjeren na pojedine deficite u određenog broja djece.

Model psihosocijalne prilagodbe na tjelesnu bolest: skup različitih čimbenika koji sudjeluju u psihosocijalnoj prilagodbi na tjelesnu bolest. To su npr. priroda bolesti, razvojni čimbenici, situacijski čimbenici, individualni i interpersonalni, obiteljski, kao i različiti moderirajući čimbenici. U slučaju nedostatne prilagodbe mogu se pojaviti različiti psihički problemi u djeteta, u roditelja ili u obitelji u cjelini.

Model somatizacije: kao model „afektivnih ekvivalenta“ označuje model pri kojemu kod funkcionalnih poremećaja ostaje održan tjelesni izraz afekata, dok se

psihička doživljavanja potiskuju. Psihovegetativni poremećaji nemaju simboličko značenje kao kod konverzivnog modela, međutim, imaju situacijski sadržaj značenja (neposredni povod). Dakle, ovdje nije riječ o simboličkoj aktivnosti, već o tome da je tijelo postalo instrument, npr. dijete ima smetnje gutanja te odbija jesti. Odbijanje jela jednostavno je arhaični ekvivalent afektivnog protesta i ljutnje. Disfonija ili afonija jednostavna je afektivna inhibicija arhaičnog bijesnog vikanja, urtikarija kao potisnuto plakanje, bol kao ekvivalent agresivnih (ili seksualnih) pobuda. Simptom glavobolje povezuje se s odsutnošću zaštite i neprijateljstvom.

Monada: jedinka. Pretpostavlja se da postoji prvih nekoliko dana djetetova života, odnosi prema drugima su nesvjesni, pomalo se stvara percepcija okoline.

Motivacija: obično se misli na motivaciju djeteta i roditelja pri inicijalnim pregledima radi daljnje dijagnostike te eventualne terapije, jer u dječjoj dobi postoje česta odustajanja. Motivacija je više kognitivni konstrukt. Pojedini autori to poistovjećuju s terapijskim savezom, terapijskim raportom i drugim sličnim terminima.

Motoričke stereotipije: repetitivni, naizgled zbog napetosti, gotovo nesvrhoviti motorički pokreti (npr. drmanje, mahanje, njihanje tijelom, lupanje glavom, samogriženje, udaranje vlastita tijela). DSM-5 motoričke stereotipije stavlja u kategoriju motoričkih poremećaja te razlikuje motoričke stereotipije s automutilacijom ili bez nje; te je li povezano s poznatim medicinskim stanjem, gensku bolest, neurorazvojnim poremećajem ili okolišnim čimbenikom (npr. izloženost alkoholu u trudnoći).

Mucanje (engl. *stuttering, stammering, dysfluency, child-onset fluency disorder*): poremećaj fluentnosti govora. Poremećaj tijekom govora pojavljuje se u toničkom (inhibicija), kloničkom (ponavljanje) i kombiniranom toničko-kloničkom obliku.

Münchhausenov sindrom: sličan je termin zapravo kao i artificijelni poremećaji. Pojedini autori razdvajaju ipak artificijelne poremećaje od Münchhausenova sindroma. Naime, pri potonjem se naglašava verbalizacija.

Münchhausenov sindrom preko posrednika: u tom se sindromu aktivno producira (inscenira, fabricira) bolest ili simptomi u druge osobe da bi ta osoba bila u ulozi bolesnika i imala doticaj s medicinskim timom. Najčešće je riječ o majkama koje svjesno uzrokuju simptome u djece. Dakle, u ovom slučaju majka dobiva

dijagnozu Münchhausenova sindroma preko posrednika, dok dijete dobiva dijagnozu žrtve zlostavljanja.

Multiaksijalna procjena prema MKB-10: višeosna klasifikacija prema MKB-10.

Multidisciplinarna dijagnostika: u sveobuhvatnoj dijagnostici, osim dječjih psihijatarata, sudjeluje niz drugih stručnjaka: drugi liječnici (pedijatri, liječnici školske medicine, neuropedijatri, liječnici opće medicine, drugi liječnici), psiholozi, edukatori rehabilitatori, logopedi, socijalni radnici, medicinske sestre, učitelji i drugi stručnjaci.

Multi-informativni pristup pri kliničkoj procjeni: u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji uobičajeno je da se informacije dobivaju iz više izvora, od samog djeteta, od roditelja, od osoba iz pratnje, od pedagoga te od drugih osoba.

Multimodalna dijagnostika: postupak kada isto dijete promatramo s više različitih razina npr. dječji psihijatar promatra i procjenjuje emocionalnu dimenziju, psiholog procjenjuje kognitivnu dimenziju, dok edukator rehabilitator procjenjuje poteškoće učenja u jednog te istog djeteta (obično to dakle rade multidisciplinarno različiti stručnjaci).

Multimodalna terapija: naziv za postupke kada se u istog djeteta koristimo terapijama koje su usmjerene na različite razine funkcioniranja, npr. dječji psihijatar usmjeren je na psihoterapijsko liječenje, dok je edukator rehabilitator orijentiran na poteškoće učenja koristeći se tehnikama fokusiranja pažnje itd.

Muskuloskeletni bol: sličan je fibromialgiji. Može se ubrojiti u somatoformne bolne poremećaje.

N

Natalni spol / spol pri rođenju (natal sex / birth sex): obično se dodjeljuje prema fizičkim karakteristikama (npr. vanjske genitalije). Može biti nejasan pojam jer se ne zna na što se odnosi (v. kod biološkog spola).

Negativni simptomi kod shizofrenije: pojedini autori dijele negativne simptome na motivacijske/volitionalne (prvo, anhedonija /zahvaćen sustav ugone/; drugo, nedostatak voljne spontanosti /engl. *avolition*/zahvaćen sustav energije i inicijative, bliže nagonskom; i treće, asocijalnost); te ekspresivne dimenzije, a u koje ubrajamo siromaštvo/zaravnjenost afekta (engl. *blunted affect*) i alogiju.

Neurobiheviornalni poremećaji koji se odnose na fetus: načelno, u literaturi postoji malo istraživanja koja su istodobno mjerila neke poremećene funkcije u

fetusa, tijekom različitih psihičkih poremećaja majki, međutim, ona su pokazala manjak interakcije majka – fetus, iregularne otkucaje fetalnog srca, te veću aktivnost fetusa. Najpoznatiji neurobiheviornalni poremećaj koji se odnosi na fetus jest alkoholni fetalni spektar poremećaja (v. poseban termin).

Neurodermitis (atopični dermatitis): jedna je od najčešćih bolesti u djetinjstvu i pokazuje kronično recidivirajući tijek, u smislu crvenila i papuloznih eflorescencija na koži. Pojedini se tipovi mogu ubrojiti u psihosomatske poremećaje.

Neurokognitivni poremećaji: DSM-5 navodi posebnu kategoriju neurokognitivnih poremećaja, među koje ubraja delirij, te veliki i lagani neurokognitivni poremećaj, koji se odnose na jasno definirane bolesti koje zahvaćaju SŽS. Najčešće takve poremećaje uzrokuju upalne bolesti SŽS-a, trauma glave i mozga, otrovanja i tumori mozga. Delirij ima posebno mjesto u klasifikaciji i označuje akutno stanje. U neurokognitivne poremećaje (u užemu smislu) mogu se ubrojiti veliki i lagani neurokognitivni poremećaj. Njih dominantno uključuje značajno ili umjereno kognitivno oštećenje od prethodne razine funkcioniranja. Takve poremećaje karakteriziraju opći simptomi, dodatni specifični kriteriji za pojedine moždane bolesti, te druga medicinska stanja koja se odnose na izravno funkcioniranje mozga.

Neuroza: danas pod terminom neuroze psihoanalitičari smatraju da je riječ o psihogeno uzrokovanim poremećajima, kada postoji simbolički izraz putem simptoma, a posljedica je intrapsihičkih konflikata koji su nesvjesni. Postoji daljnja podjela na različite oblike neuroza. Slični su termini histerija i konverzija (v. te termine). Ovim se modelom mogu objasniti tzv. klasične neuroze, a to su histerija, depresija, fobije i opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Neuropedijatrijska (neurološka) anamneza i pregled: anamneza i neurološki pregled u novorođenčeta i dojenčeta razlikuju se od onog u djeteta starijeg od jedne godine. Pretpostavka jednog neurološkog pregleda jest detaljna anamneza, a posebno ono što se tiče razvoja, somatskih bolesti, kao i mogućih neuroloških bolesti, gubitak određenih motoričkih ili kognitivnih funkcija, kao i npr. simptom glavobolje u anamnezi (v. anamnezu), te prethodno učinjen orijentacijski somatski status, koji će pokazati otklone. Slično tjelesnom pregledu, potreban je i orijentacijski neurološki pregled koji će procijeniti mogućnost postojanja neurološke bolesti u pozadini psihičkog poremećaja, a, s

druge strane, dobit će se orijentacijska procjena neurološkog razvoja. Takav orijentacijski pregled nikako ne može zamijeniti specijalistički pregled kod specijalista neuropedijatra ili neurologa. U knjizi su opisane točke koje je treba poznavati dječji psihijatar: neuropedijatrijski pregled glave i vrata i meningizam, neuropedijatrijski pregled moždanih živaca te neuropedijatrijski pregled motorike i koordinacije, kao i druge funkcije.

O

Obiteljska anamneza: preko intervjua i opservacijom dobivaju se anamnestički podatci o obitelji. Nakon anamneze slijedi procjena, odnosno daljnji dijagnostički proces u obitelji. U ovoj je knjizi procjena obitelji podijeljena na jednostavnije opisane, kada se navode samo osnove (poglavlja kod anamneze dojenčeta i anamneze školskog djeteta i adolescenta) te na napredniju i zahtjevniju procjenu obitelji (posebno poglavlje 24 o dijagnostičkom procesu obitelji), koja od ispitivača zahtijeva dodatno znanje ili trening.

Obiteljska, bračna i partnerska terapija: treba razlikovati obiteljsku od bračne i partnerske terapije. Kod obiteljske terapije fokus je terapije na cijelom sustavu obitelji ili na različitim aspektima obiteljskog funkcioniranja (npr. komunikacija).

Obiteljski dijagnostički proces: kako je opisano kod termina obiteljska anamneza, u ovoj je knjizi opisan obiteljski dijagnostički proces na zahtjevniji način, koji iziskuje ispitivačevo dodatno znanje ili trening.

„Off Label“ primjena lijekova: u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji znači da se pojedini lijekovi upotrebljavaju u dječjoj dobi izvan svojih indikacija ili minimalne dobi, međutim, ti su isti lijekovi ispitani kod pojedinih drugih indikacija ili u odrasloj dobi ili pak postoje snažni dokazi o njihovoj mogućoj učinkovitosti. „Off label“ davanje lijekova nema samo odobrenje nadležne regulatorne agencije (npr. Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode- Halmed, U.S. Food and Drug Administration- FDA, European Medicines Agency - EMA). Međutim, lijek je učinkovit, a preporučuju ga svjetske kliničke smjernice.

Okolišni čimbenici u razvoju i etiopatogenezi: vanjski utjecaji koji djeluju na tjelesnom, psihičkom ili socijalnom području (tjelesna oštećenja, način interakcije, stresori, trauma, obiteljski čimbenici, škola, socijalni i ekološki uvjeti). Uključuju biološke, psihološke i socijalne čimbenike.

Ometajući (disruptivni) poremećaj disregulacije raspoloženja: sličan je opozicionalnom (suprotstavljajućem)

poremećaju, međutim, poremećaj raspoloženja (izljevi bijesa) jače je izražen i ovaj poremećaj raspoloženja pokazuje tendenciju stalnosti. Riječ je o novoj dijagnostičkoj kategoriji koja postoji u DSM-5, međutim, ne postoji u MKB-10, tako da nema mnogo podataka o tom poremećaju. DSM-5 ga ubraja u depresivne poremećaje, što je logično jer se sam koncept razdražljivosti ubraja u poremećaje raspoloženja i afekata, a ima poveznice i s anksioznošću. Međutim, općenito govoreći, sam koncept razdražljivosti ima, osim internalizirajućih problema, i poveznice s eksternalizirajućim problemima. Zanimljivost te, nove dijagnoze jest da se može postaviti u djece, ali ne i u odraslih. Logika uvođenja ovog poremećaja bila je da ga se pokuša razgraničiti od bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP-a), jer se činilo da je dijagnoza BAP-a prije postavljana djeci neracionalna.

Opće razvojno kašnjenje (ORK) (engl. global developmental delay): DSM-5 klasifikacija navodi kategoriju koja se može rabiti u djece mlađe od pet godina, a minimalna dob djeteta jest 6 mjeseci, kada se ne može pouzdano (relijabilno) ustvrditi klinička težina razvojnog stupnja. ORK dijagnoza temelji se na tome da dijete odstupa u mnogim domenama razvoja. Klasifikacija „Zero to five“ bolje definira ovu kategoriju: uključuje razvojno kašnjenje (deficite) mnogih razvojnih domena: verbalno i neverbalno mišljenje (engl. reasoning), rješavanje problema, razvoj jezika, socijalni razvoj, fina i gruba motorika, kao i adaptabilne vještine. Adaptabilne vještine podrazumijevaju učinak u dobno očekivanoj komunikaciji, socijalne i svakodnevne vještine i stjecanje iz dana u dan sve veće samostalnosti. Adaptabilne vještine uključuju aktivnosti svakodnevnog života (briga o sebi), igranje s članovima obitelji i drugom djecom, kao i iskustva u svojoj zajednici (npr. kod igrališta).

Opći principi ustroja središnjega živčanoga sustava: središnji živčani sustav sastoji se od mozga (encephalon) i kralježnične moždine (medulla spinalis). Telencefalon, koji obuhvaća moždanu koru, hipokampus, olfaktorni bulbus, bazalne ganglije i amigdala najsloženiji je i evolucijski najrazvijeniji dio ljudskog mozga. On je sjedište viših spoznajnih funkcija, uključujući i pohranu informacija, integraciju i obradu senzornih i motornih funkcija, te kompleksnu modulaciju afektivnog odgovora.

Operacionalizirana psihodinamska dijagnoza: strukturirana i operacionalizirana psihodinamska dijagnostika koju razvijaju njemački autori (OPD-KJ-2).

Operantno uvjetovanje: operantno (instrumentalno) uvjetovanje mehanizam je učenja pri kojemu dolazi do stvaranja veze između ponašanja i posljedica tog ponašanja. Posljedice ponašanja jesu: potkrepljenje, kažnjavanje i izostanak reakcije. Dakle, operantno (instrumentalno) uvjetovanje nastaje sistematskim potkrepljivanjem (engl. *reinforcement*). Sličan se postupak odnosi na eliminaciju određenog ponašanja (ekstinkcija). U ovom se postupku prethodno pojačavanje uskraćuje ili umanjuje, a može se kombinirati paralelnim potkrepljivanjem (pojačavanjem) drugoga poželjnog ponašanja. Dakle, u klasičnom uvjetovanju potkrepljenje dolazi prije reakcije, a u instrumentalnom uvjetovanju nakon nje. U klasičnom su uvjetovanju životinja ili čovjek pasivni i reagiraju tek na uvjetovani podražaj, dok su u instrumentalnom uvjetovanju aktivni, a ponašanje se potkrepljuje nakon što je nešto učinjeno. Vidjeti termin: klasično uvjetovanje.

Opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj: označuje ponašanje u kojemu se nalazi opozicija, nema izravne agresije, postoji emocionalna disregulacija (koje nema kod poremećaja ponašanja) i blaže je od poremećaja ponašanja.

Opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj u dobi „trčkarala“ ili predškolskog djeteta: opozicionalno (suprotstavljajuće) ponašanje odnosi se na ponavljano negativno, neposlušno i neprijateljsko ponašanje prema osobama s autoritetom.

Opsesije: DSM-5 definira opsesije kao ponavljajuće i stalne misli, impulse (engl. *urges*) ili slike (predodžbe) koje se doživljavaju kao intruzivne i neželjene. Opsesije su, prema DSM-5, definirane u dva kriterija: 1. Ponavljajuće i stalne misli, impulsi, ili slike koje se doživljavaju, tijekom poremećaja, kao intruzivne i neželjene, i kod većine izazivaju značajnu tjeskobu ili distres; 2. Pojedinačnik pokušava ignorirati ili zaustaviti takve misli, impulse ili slike, ili ih pokušava neutralizirati drugim mislima ili akcijom (provedbom kompulzije). Najčešće opsesivne misli uključuju četiri teme: čistoća, simetrija, skupljanje i zabranjene misli. DSM-5 navodi „besmislenost“ misli (i radnji) u kontinuumu od većeg doživljaja besmislenosti do lošijeg uvida (*with absent insight/delusional*). Ove precijenjene ideje mogu biti blizu sumanutim mislima, međutim, nemaju perzistenciju kao sumanute misli. Vidjeti termin kompulzija.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj: prema DSM-5, definiramo ga kao prisutnost opsesija i kompulzija. Vidjeti termine opsesija i kompulzija. Kriterij B navodi

da opsesije i kompulzije zahtijevaju mnogo vremena (npr. više od jedan sat tijekom dana) ili uzrokuju značajni distres ili pak oštećenje u socijalnom, radnom ili drugom važnom okruženju funkcioniranja (npr. škola). Pojedinačnik ih doživljava kao da ga obuzimaju (zaokupiraju), doživljava ih kao ometajuće, besmislene, neugodne, otežavajuće i u odnosu prema osobi strane (ego distone).

Opsesivno-kompulzivni spektar poremećaja: DSM-5 je u svojoj klasifikaciji uveo novinu u smislu OKP spektra u koje ubraja OKP u užem smislu, ali i druge poremećaje: poremećaj s tjelesnom dismorfijom, poremećaj skupljanja; trihotilomanija, dermatotilomanija, OKP uzrokovan uzimanjem supstancija, OKP uzrokovan drugim stanjima te ostali poremećaji. Logika ove grupe poremećaja jest da se odvoje od anksioznih poremećaja, odnosno da se upozori na njihovu sličnost.

Os interakcije (relacijski i interpersonalni aspekti): prema OPD-KJ dio operacionalizirane psihodinamske dijagnoze.

Os subjektivne dimenzije: prema OPD-KJ dio operacionalizirane psihodinamske dijagnoze. Subjektivne dimenzije uključuju četiri dimenzije: subjektivna težina somatskog / psihičkog oštećenja; subjektivna hipoteza o bolesti; pritisak patnje (težine); te subjektivna motivacija za promjenu.

Oštećenje sluha: tjelesne bolesti, koje, međutim, mogu imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Oštećenje vida: tjelesne bolesti, koje, međutim, mogu imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Otpornost (*resilience*): zaštitni čimbenik. Djetetova mogućnost da unatoč rizičnim i traumatskim čimbenicima bude „otporan“ i razvija svoju ličnost.

P

Palijativna skrb djece: vidjeti termin pod praćenje umiruće djece.

PANDAS: pedijatrijski autoimunski neuropsihijatrijski poremećaj povezan sa streptokoknom infekcijom. Klasično je povezan s OKP-om i tikovima.

Panični poremećaj: riječ je o epizodičnom, paroksizmalnom i intenzivnom strahu koji se ponavlja, a nije vezan za neku situaciju ili posebne okolnosti, odnosno ne mogu se unaprijed predvidjeti napadaji. Načelno, osim intenzivnog straha, od somatskih ili vegetativnih simptoma dominiraju kardiovaskularni i respira-

torni simptomi, za razliku od nekih drugih entiteta (npr. pseudoneuroloških kod konverzivnih napadaja). Kasnije tijekom vremena može nastati strah od samog paničnog napadaja.

Parafilije: označavale bi normalnu varijantu i raznolikost seksualnosti. Treba destigmatizirati ovaj pojam jer je dio uobičajene seksualne aktivnosti.

Parafilicni poremećaji: prema DSM-5 poremećaji seksualnosti u užemu smislu, a prije su se nazivale perverzijama, pretežno u psihoanalitičkoj literaturi. Ovamo ubrajamo: voajeristički poremećaj; egzibicionistički poremećaj; frotiristički poremećaj; seksualni mazohistički poremećaj; seksualni sadistički poremećaj; pedofilični poremećaj; fetišistički poremećaj te transvestični poremećaj.

Patološko kockanje: označuje nemogućnost odupiranja porivu za kockanjem (kompulzivno ponašanje) unatoč teškim osobnim, obiteljskim ili poslovnim posljedicama takvog djelovanja. U MKB-10 patološko je kockanje ubrojeno u poremećaj kontrole impulsa, dok ga je DSM-5 revolucionarno ubrojio u grupu ovisnosti, odnosno u „bihevioralne (ponašajne) ovisnosti“, jer ima sličnosti s ovisnostima (npr. o alkoholu i drogi) u simptomima (tolerancija, žudnja, simptomi ustezanja), komorbiditetu, nasljeđu te u promjenama mozga.

Patološko korištenje internetom i videoigrama (engl. *internet gaming disorder ili compulsive-impulsive internet usage disorder*): moguće je „patološko“ korištenje internetom i igricama, koje pokazuje ovisničko ponašanje, slično kao što i patološko kockanje danas ubrajamo u ovisnosti. Drugi ga autori ubrajaju u poremećaj kontrole impulsa.

Perinatalno mentalno zdravlje i perinatalna psihijatrija: perinatalno mentalno zdravlje ili perinatalna psihijatrija bavi se mentalnim zdravljem i psihičkim poremećajima u perinatalnom razdoblju, koje je definirano trudnoćom (prenatalna dob), kao i razdobljem nakon rođenja (postnatalna dob do prve godine nakon rođenja), fokus je na poremećajima u majke, ali također i u fetusa i dojenčeta, odnosno na interakciji trudnica – fetus i majka – dojenče. U literaturi je tradicionalno fokus na majci, ali ne treba zanemariti ni očeve (partnere).

Perzistirajući poremećaji raspoloženja: ovamo ubrajamo distimiju i ciklotimiju.

Pica: to je poremećaj koji se odnosi na stalno, ponavljano jedenje nejestivih tvari (npr. pijeska, vapna, lišća, kamenja, kose, fecesa /izmeta/) prisutno najmanje dva puta tjedno tijekom mjesec dana.

Piromanija (patološko paljenje): klasično se ubraja u poremećaj kontrole impulsa. Piromanija označuje psihijatrijski poremećaj i odnosi se na ponavljajuće paljenje (barem dva), naoko bez nekoga pravog motiva, i više je nego obična radoznalost, naime, postoji bizarna potreba ili želja da se namjerno nešto zapali.

Plan liječenja: unutar plana liječenja potrebna je procjena svih čimbenika koje smo dobili tijekom dijagnosticanja, a posebno se to odnosi na način kako dijete i roditelj doživljavaju svoje probleme. S liječničke strane slijedi postavljanje indikacija za pojedine vrste terapija te procjena jesu li ove metode provedive. Može se dati okvirno vrijeme koliko će trajati terapija.

Pojmovnik psihopatoloških termina u dječjoj i adolescentnoj dobi: termini (nazivi) koji se upotrebljavaju kod psihičkoga statusa. Posebnosti u djece i adolescenta s obzirom na odrasle osobe jest u različitim pojmovima koji se rabe u dječjoj dobi, kao i da postoji veća orijentacija na strahove i emocionalnost negoli na „klasične“ psihopatološke pojmove koji su povijesno došli iz kliničkog promatranja odraslih, shizofrenih pacijenata. Nadalje, u ovoj su knjizi navedeni neki termini koji su više tipični za dječju dob, a dodani su i neki novi termini kao što je procjena socijalne interakcije (dijadni odnosi), kao i termini o trijadnim odnosima koji su tradicionalno došli iz istraživanja dojenčadi. Područja psihopatoloških pojmova podijeljena su u 16 domena: Poremećaji interakcije; Nagoni, vitalne, temeljne (bazične) aktivnost (motivacija, volja), psihomotorika (motorika), impulzivnost, abnormalne navike; Strahovi, anksioznost, hipohondrija, opsesije; Poremećaj raspoloženja i afekata; Poremećaj svijesti; Poremećaj orijentacije; Poremećaj pažnje i pojedinih kognitivnih funkcija; Kvalitativni poremećaji percepcije; Formalni poremećaji mišljenja; Sumanutosti; Ego poremećaji; Smanjena inteligencija i pojedini razvojni poremećaji; Opozicionalno (suprotstavljajuće) – disocijalno (nedruštveno) ponašanje; Jedenje; Tjelesni (somatski) poremećaji, te Drugi poremećaji.

Ponašanja čišćenja (*purging behavior*): među njih ubrajamo povraćanja (*vomiting*) ili zloporabu laksativa, klizmi ili diuretika, obično se pojavljuje kod poremećaja hranjenja ili jedenja. Pretjerano (ekscesivno) vježbanje kao simptom također zaslužuje posebnu pozornost, no ne ubrajamo ga u ponašanje čišćenja.

Ponavljani ili tip 2 traumatski događaj: ponavljano, sekvencijalno i dugotrajno pojavljivanje traumatskog događaja, koje se nalazi u sindromu tjelesnog i seksualnog zlostavljanja i u sindromu preživjelog, kod intra-

familijarnih trauma, teških bolesti u članova obitelji (uključujući i psihičke bolesti).

Poremećaj glasa (engl. *voice disorder*): poremećaj glasa pri govoru. Riječ je o poremećaju glasovne produkcije koji se ne ubraja u razvojne poremećaje govora niti se u klasifikacijskim sustavima opisuje kao psihijatrijski poremećaj (MKB-10 i DSM-5), ali može biti povezan s različitim razvojnim smetnjama. Karakteriziran je abnormalnom produkcijom i/ili oštećenom vokalnom kvalitetom glasa (visina, glasnoća, rezonancija, trajanje) s obzirom na dob i/ili spol pojedinca. Vidjeti termin govor.

Poremećaj hranjenja, jedenja i rasta u dojenčadi: sinonim je s izbjegavajućim /restriktivnim poremećajem unosa hrane (IRPUH) (v. taj termin).

Poremećaj hranjenja: prema klasifikacijama, ubrajamo ga među poremećaje koje obilježava abnormalno jedenje. Ovamo također ubrajamo anoreksiju nervozu (restriktivni tip; prejedajući s čišćenjem tip), bulimiju nervozu, poremećaj prejedanja, izbjegavajuće/restriktivni poremećaj unosa hrane (IRPUH) te druge poremećaje.

Poremećaj jezičnog izražavanja (specifični poremećaj ekspresivnog jezika): razvojni poremećaj pri kojemu je oštećena produkcija, dok je razumijevanje jezika očuvano. Može se otkriti već u prvoj godini života. Djeca kasnije progovaraju, a prve se riječi obično ne pojavljuju prije druge godine života. U dobi od dvije godine djeca govore tek dvije do tri riječi, u trećoj godini ne upotrebljavaju rečenice od minimalno dvije riječi, dok je usvajanje novih riječi usporeno. Neverbalna je komunikacija relativno očuvana. Vokabular je siromašan, češće se rabe pojedine riječi, a rečenice su kratke. Pojavljuju se i dodatne gramatičke pogreške (lakši ili umjereni disgramatizam ili agramatizam) u obliku izostavljanja pojedinih riječi (prijedloga, neodređenih zamjenica, pomoćnih glagola), ograničen izbor gramatičkih struktura (npr. samo sadašnje vrijeme), nepravilni poredak riječi ili neodgovarajuće kombinacije riječi ili glasova. Općenito, vokabular i gramatika mnogo su teže oštećeni nego socijalna uporaba govora (pragmatika).

Poremećaj jezičnog razumijevanja (mješoviti receptivno-ekspresivni poremećaj jezika): budući da je riječ o poremećaju razumijevanja (receptivni modalitet), do određene mjere uvijek je oštećena i produkcija (ekspresivni modalitet), zbog čega govorimo o mješovitoj formi poremećaja. Klinička slika nalikuje na onu kao kod ekspresivnog jezičnog poremećaja (v. poremećaj jezič-

nog izražavanja). Poteškoće u razumijevanju trebaju biti prisutne u svim aspektima (vokabular, gramatika te diskurs). Poremećaj se može otkriti već tijekom prve godine života, premda se pokatkad čini da djeca jednostavno kasnije progovaraju, odnosno da je oštećen samo ekspresivni modalitet. Na primjer, u dobi od godinu dana djeca ne reagiraju na dozivanje imenom, s 18 mjeseci ne imenuju predmete, a s dvije godine ne slijede jednostavne zahtjeve. Često daju pogrešne odgovore ili odgovaraju samo s „da” ili „ne znam”. Može se činiti da su im intelektualne sposobnosti ispod normalnih, no to nije slučaj. Budući da imaju očuvane socijalne vještine te razrađene druge strategije razumijevanja, dobiva se dojam da „sve razumiju” te da su jedini problem govor i jezik. Stoga je potrebno pažljivo dijagnostičko ispitivanje receptivnih vještina.

Poremećaj kontrole impulsa: riječ je o heterogenim poremećajima. Prema MKB-10, među poremećaje kontrole impulsa ubrajaju se patološko kockanje, piromanija, kleptomanija i trihotilomanija. Poremećaj kontrole impulsa (u širem smislu riječi) karakterizira ponavljajuće ponašanje bez smislene (svjesne) motivacije i u pravilu je protiv vlastita i tuđeg interesa, odnosno uzrokuje oštećenje. Zbog srodnosti poremećaja ovdje će se dodatno ubrojiti patološko korištenje internetom i igricama, dermatotilomanija, grizenje noktiju i poremećaj s tjelesnom dismorfijom. Moglo bi se reći da postoji kontinuum velikih grupa poremećaja od ovisnosti o supstancijama, preko biheviornalnih (ponašajnih) ovisnosti, poremećaja kontrole impulsa u užemu smislu, poremećaja kontrole impulsa prema vlastitu tijelu, poremećaja s tjelesnom dismorfijom (PTD) (*body dysmorphic disorder*), pa sve do opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP-a).

Poremećaj ličnosti: poremećaje ličnosti možemo definirati kao ekstremno izražene, duboko ukorijenjene i kronično stalne osobine ličnosti, koje uključuju doživljavanje i ponašanje koje je izvan neposrednog konteksta (situacije), dakle, s otklonom u percepciji, mišljenju, osjećanju (u svim domenama ličnosti), koje uzrokuju subjektivnu patnju pojedinca i/ili poremećaj socijalne funkcionalnosti i nisu uzrokovane drugim psihičkim ili medicinskim (psihoorganskim) poremećajem.

Poremećaj (socijalnog) ponašanja: definiramo ga kao vremenski trajnu nesposobnost da se kontrolira vlastito ponašanje unutar socijalno definiranih pravila. Riječ je o repetitivnom i stalnom obliku disocijalnog (nedruštenog), agresivnog ili izazivajućeg (prkosnog) ponašanja, koji narušava dobno očekivana ponašanja.

Posrijedi je široka i heterogena skupina poremećaja, što komplicira klasifikaciju, dijagnostiku i terapiju. Sve se manifestacije poremećaja socijalnog ponašanja odnose na kratkotrajnu dobit kroz agresivno ili antisocijalno ponašanje na račun nekoga trećega, uz manjak socijalnih kompetencija, s negativnim stavovima prema drugima, kao i sa smanjenom spremnosti na reakciju u slučaju socijalnog odobravanja ili neodobravanja.

Poremećaj povezan s uporabom supstancija: prema DSM-5 klasifikaciji, uključuju dvije velike kategorije poremećaja: 1. Poremećaji zbog korištenja supstancijama (engl. *substance use disorders* – SUD) i 2. Zbog korištenja supstancijama uzrokovani poremećaji (engl. *substance induced disorders* – SID), te ih je potrebno razlikovati. Supstancije su podijeljene u deset skupina: 1. alkohol; 2. kofein; 3. kanabis; 4. halucinogeni; 5. inhalanti; 6. opiodi; 7. sedativi, hipnotici ili anksiolitici; 8. stimulanti; 9. nikotin; te 10. drugi ili nepoznati. Smatra se da te supstancije imaju izravan fiziološki aktivacijski učinak na sistem nagrade u mozgu. SUD uključuje sindrom (klaster) oštećene kontrole, socijalnog oštećenja, rizične uporabe i farmakoloških učinaka. SID se dijeli na intoksikaciju, ustezanje te na druge psihičke poremećaje koji su uzrokovani uzimanjem štetnih tvari.

Poremećaj prejedanja: kriteriji prema DSM-5 klasifikaciji jesu sljedeći: Kriterij A: Abnormalno jedenje: rekurentne epizode prejedanja velikom količinom hrane, s osjećajem gubitka kontrole nad jedenjem; Kriterij B. Specifičnosti epizoda prejedanja (barem tri): 1. brzo jedenje 2. jedenje dok se ne osjeti neugodna punoća 3. jedenje velike količine hrane bez osjećaja gladi 4. jedenje u samoći 5. osjećaj gađenja, depresije ili krivnje nakon jedenja; Kriterij C. Značajan distress zbog prejedanja; Kriterij D: Prejedanja se pojavljuju u prosjeku najmanje jednom tjedno, tijekom tri mjeseca; Kriterij E: Isključuje se AN ili BN.

Poremećaj prilagodbe: riječ je o stanjima subjektivne patnje i emocionalnog poremećaja koji ometa socijalno funkcioniranje i učinak nakon neke značajne životne promjene.

Poremećaj privrženosti: ovamo ubrajamo poremećaj reaktivne privrženosti u djetinjstvu (PRPD) i dezinhbirani poremećaj privrženosti u djetinjstvu (DPPD) (v. te termine).

Poremećaj reaktivne privrženosti u djetinjstvu: inhibirani tip. Prema DSM-5, definira se kao: A. Stalni obrazac inhibiranog, emocionalno povučenog ponaša-

nja prema odraslom skrbniku (dijete ne traži i slabo reagira na utjehu kada pati); B. Minimalni socijalni i emocionalni odgovor na druge, ograničeni pozitivan afekt, epizode neobjašnjive razdražljivosti, tuge ili strahljivosti u neprijetećim kontaktima s odraslim skrbnicima; C. Dijete je doživjelo obrazac iznimno nedostane njege koje se očituje kao barem jedno od sljedećeg: 1. Socijalno zanemarivanje ili deprivacija; 2. Česte promjene primarnih skrbnika; 3. Odrastanje u okružjima koja jako ograničavaju mogućnosti izgradnje selektivne privrženosti (npr. institucije s velikim brojem korisnika s obzirom na broj skrbnika). D. Za njegu iz kriterija C pretpostavlja se da je odgovorna za poremećeno ponašanje iz kriterija A (npr. Poremećaji iz kriterija A slijede nakon nedostatka adekvatne njege iz kriterija C); E. Nisu ispunjeni kriteriji za poremećaj iz spektra autizma; F. Ovaj poremećaj nastupio je prije pete godine života; G. Dijete je u razvojnoj dobi od najmanje devet mjeseci.

Poremećaj s kroničnim motoričkim ili glasovnim tikom: u tekstu se još naziva kao kronični tikovi. Riječ je o pojedinačnim i/ili multiplim motoričkim ili glasovnim tikovima, ali nikako ne o obama, koji traju dulje od 12 mjeseci.

Poremećaj s prolaznim (*provisional*) tikom: pojedinačni i/ili multipli motorički i/ili glasovni tikovi, koji traju manje od jedne godine.

Poremećaj s tjelesnom dismorfijom (PTD) (engl. *Body dysmorphic disorder*): PTD karakterizira poremećaj pri kojemu postoji prekomjerna (opsesivna) obuzetost (zaokupljenost) doživljenim ili neznatno promijenjenim izgledom vlastita tijela, a posebno se to odnosi na vlastito lice (koža lica, izgled ušiju, nos, drugi dijelovi tijela, genitalije). U ovoj je knjizi opisan u poglavlju o poremećaju kontrole impulsa, dok ga DSM-5 ubraja u OKP spektar.

Poremećaj skupljanja (engl. *Hoarding disorder*): poremećaj skupljanja u MKB-10 klasificiran je unutar uobičajenog OKP-a, dok ga DSM-5 ubraja u poseban poremećaj, odnosno u spektar OKP-a. Pri ovom poremećaju pacijent ima opsesije o tome da mora nešto skupljati, dok se kompulzije sastoje u prekomjernom akumuliranju različitih predmeta.

Poremećaj spavanja: među poremećaje spavanja kao najvažnije predstavnike ubrajamo: insomniju (nesanica); poremećaj disanja u spavanju (npr. opstruktivna apneja u dječjoj dobi); centralni poremećaj hipersomnolencije (npr. idiopatska hipersomnija, narkolepsija); poremećaje cirkadijurnog ritma budnost – spava-

nje (npr. zamjena noći i dana); parasomnije (npr. hodanje u spavanju, noćni strahovi, noćne more).

Poremećaj spavanja dojenčadi: o poremećaju spavanja govorimo ako dojenče nakon šestog mjeseca života nije naučilo samo zaspati, dok pojedini autori kao kriterij uzimaju dob od 12 mjeseci. Razlikujemo smetnje usnivanja i smetnje prosnivanja.

Poremećaj tjelesne sheme (*body shape distortion*) ili trajno nerazumijevanje ozbiljnosti stanja očitovanog ponašanjem: obično se definira kao poremećaj percepcije vlastite mase ili oblika, definiramo ga kao manifestno nezadovoljstvo izgledom vlastita tijela, ali se može očitovati i „skriveno” putem ponašanja, odnosno da se ne shvati ozbiljnost smanjene tjelesne mase.

Poremećaj vezan za suparništvo s bratom ili sestrom: postoje izrazito negativni i neprijateljski osjećaji prema mlađem bratu/ sestri. Očituju se dodatna regresija u ponašanju, izljevi bijesa, promjene raspoloženja, poremećaji spavanja, kao i opozicionalno ponašanje ili ponašanje koje traži pažnju prema jednom ili obama roditeljima. Pojavljuje se unutar šest mjeseci od rođenja mlađeg brata/sestre i traje minimalno četiri tjedna.

Postnatalni psihički poremećaji u majke i dojenčeta: njima označujemo stanje žene i dojenčeta do prve godine nakon porođaja/rođenja. Mogući su depresija, anksiozni poremećaji, kao i psihotični poremećaji u majke. Međutim, potrebno je uzeti u obzir i interakciju majka –dojenče, odnosno potrebe dojenčeta. Ovdje su mogući poremećaji interakcije majka – dojenče, kao i poremećaji u dojenčeta. Najpoznatiji poremećaji jesu poremećaji regulacije, neurobihevioralni poremećaj povezan s prenatalnom izloženosti alkoholu, apstinencijski sindrom u novorođenčeta zbog opijatske ovisnosti majke te drugi poremećaji.

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP): riječ je o produljenom odgovoru na neki stresor ili traum. DSM-5 razlikuje kriterije i simptome u djece mlađe i starije od šest godina.

Poteškoće privrženosti: NICE smjernice u svojim dijagnostičkim i terapijskim smjernicama nesigurnu/dezorganiziranu privrženost i poremećaje privrženosti opisuju pod zajedničkim nazivom.

Pozitivni kriteriji za dijagnozu disocijativnog poremećaja: dječjem psihijatru nisu dovoljne samo izjave da „nema organskog uzroka“, nego moraju postojati pozitivni kriteriji. To su: 1. nagli nastanak simptoma; 2. nedostatak tjelesnih uzroka, koji bi mogli objasniti simptome, odnosno nesukladnost simptoma i tjelesnih nalaza; 3. psihosocijalni stres, odnosno vremenska

povezanost stresa i simptoma; 4. model za simptome u okolini; 5. simboličko značenje simptoma (fantazijska aktivnost ega); 6. demonstrativnost simptoma; 7. primarna dobit (umanjivanje napetosti – održavanje intrapsihičke homeostaze) i sekundarna dobit od simptoma (oslobađanja od nekih aktivnosti, dobivanje pažnje od drugih) te 8. manjak subjektivnog distresa s obzirom na pojedini simptom unatoč znatnim tjelesnim simptomima tzv. prekrasna ravnodušnost (*la belle indifference*).

Pozitivni kriteriji za somatizacijski i somatoformni poremećaj: opisivanje simptoma: – bolovi ili simptomi pojavljuju se jednom tjedno ili češće (posebno su kritični ako se pojavljuju svaki drugi dan); opis boli manje je „senzoričan“, druga osoba se teško može uživjeti (empatizirati); nejasan je opis lokalizacije; opetovano su bolovi jaki, npr. broj 8 do 10 (vizualno-analogni skala) od ukupno brojke 10 ili „skokovita“ skala (npr. broj od 20, a maksimum je 10); negira se modulacija bola, opća sredstva ne djeluju (toplina, hladnoća itd.); bolovi su multilokularni; simptomi su multipli i/ili fluktuirajući; može postojati zamjena simptoma; proširenje simptoma ili promjene tijekom medicinskog pregleda; 2. Osobitosti anamneze: – preuzimanje simptoma s obzirom na model iz okoline; – organske bolesti mogu biti prisutne prije, za vrijeme i tijekom početka simptoma; izbjegavanje škole i drugi gubitak funkcionalnosti; somatizacijski simptomi mogu biti prisutni rano u anamnezi; mogu postojati traumatski i stresni događaji u anamnezi; mnogo prethodnih liječenja, mnogo negativnih prethodnih nalaza, te mijenjanje i biranje liječnika (*doctor shopping*); 3. obitelj – učestalost psihosomatskih i psihijatrijskih bolesti u obitelji; obitelji su vrlo povezane; postoji model za simptom i/ili izbor organa u obitelji („često povezan sa svojom kućom i obitelji“); u obitelji postoji veća zabrinutost za somatske simptome nego za emocionalna stanja; znatan utjecaj simptoma na obiteljske interakcije, postoji primarna i sekundarna dobit od simptoma; 4. terapijski odnos: – pacijent upadno nije zabrinut unatoč teškim simptomima (*la belle indifference*); uzimanje anamneze je teško (pacijent odgovora jednim slogom), opisano ostaje „blijedo“, kod ispitivača postoje osjećaji „praznine“ i „slijepe pjege“; pozitivni psihodinamski čimbenici mogu se istražiti tek kasnije u terapijskom procesu; kod ispitivača ostaje nelagoda, otežana je empatija; postoji kritički način interakcije (posebno s roditeljima), npr. tipične su rečenice: „Da, ali...“; može dominirati idealiziranje/razočaranje, odbijanje psiho-

dinamskih hipoteza, „orijentacija na činjenice i koje je u ponašanju odbijajuće“ itd.

Praćenje umiruće djece (palijativna skrb djece): umirućoj su djeci svakako potrebni prisutnost i potpora bliskih osoba, uključenje braće i sestara i šire rodbine, iskreno i prikladno davanje informacija o bolesti od roditelja djetetu, međutim, uz veliki takt i vremensku usklađenost. Treba također respektirati prirodene adaptabilne procese kod pokušaja preživljavanja, kao što su negacija stanja u djeteta. Ovdje treba postupiti vrlo individualno. Za roditelje i liječnike djetetova terminalna faza može biti vrlo iscrpljujuća (depresija, PTSP roditelja i osoblja). Nakon djetetove smrti korisno je da terapeuti razgovaraju s roditeljima koji su u žalovanju. Ovakvi razgovori mogu se protezati u nekoliko termina i mogu pomoći roditeljima u proradi žalovanja.

Pragmatika: sastavni dio komunikacije. Označuje uključenje jezične okoline, kao i socijalni kontekst. Uže shvaćeno, odnosi se na ono što nije eksplicitno rečeno da bi se došlo do značenja ili razrješenja dvojbene poruke. Primjeri pragmatičke uporabe jesu humor, figurativnost, kao i dolaženje do pojedinih zaključaka. Kako se razvoj nastavlja kroz interakciju s okolinom, djeca spontano usvajaju pragmatička pravila. Tipično je kod specifičnih razvojnih jezičnih poremećaja bolje očuvana pragmatička uporaba jezika nego kod autizma ili socijalno-pragmatičkog poremećaja komunikacije (kod jezičnih poremećaja postoji poremećaj kriterija samo jedne čestice).

Preduvjeti za liječenje: prema OPD-KJ dio operacionalizirane psihodinamske dijagnoze. Os pretpostavke za liječenje uključuje potrebu postavljanja indikacija i kreiranje terapijskoga plana. Može se reći da ne postoji poseban teorijski konstrukt iza ovih dimenzija, uz iznimku dimenzije dobiti od bolesti, koja ima jasniju psihoanalitičku pozadinu.

„**Prekrasna ravnodušnost**“ (*la belle indifférence*): označuje preobraćanje u svoju suprotnost, jer iza nje zapravo stoji vrlo intenzivan afekt. Nalazi se kod konverzivnih poremećaja.

Prenatalna spolna diferencijacija mozga: ova je hipoteza važna teorija unutar psihologije i psihijatrije. Ona se temelji više na biološkom promatranju jedinke, odnosno na „prenatalno programiranom“ razvoju seksualnosti u svim domenama: razvoj rodnog identiteta, seksualne orijentacije (preferencije) itd. Posebno se ističu hormonalni aspekti, dakle utjecaj androgena na maskulinizaciju mozga, odnosno izostanak androgena kod feminizacije mozga.

Prenatalni psihički poremećaji majke: prenatalnu dob označuje stanje trudnoće u žene, dakle razdoblje od koncepcije do porođaja. Najčešći psihički poremećaji u ovom razdoblju jesu depresija, anksiozni poremećaji, uzimanje sredstava ovisnosti i drugi. Osim toga što je fokus na ženi, paralelno je potreban fokus i na fetusu, odnosno na utvrđivanje moguće interakcije majka – fetus.

Prenatalni (fetalni) razvoj: uključuje složenu međugru motoričkih funkcija, neurorazvoj, odgovore na podražaje, kao i začetke drugih funkcija (kognicija, emocionalnost), podijeljene prema tjednima u fetusa. Posebno su intrigantna istraživanja interakcija različitih čimbenika pri maternalnom stresu, što ostavlja posljedice na interakciju majka – fetus, odnosno na sam fetus.

Pretilost: u tekstu u knjizi termini pretilost i debljina navode se u istom značenju. Pretilost se može definirati kao kronična, relapsirajuća, multifaktorijska, neurobihevioralna bolest, pri kojoj prekomjerno nakupljanje masnoga tkiva stimulira disfunkciju masnoga tkiva i abnormalna fizička zbivanja u masnome tkivu, a sve to rezultira u nepovoljnim metaboličkim, biomehaničkim i psihosocijalnim ishodima. Dakle, pretilost je stanje prekomjernog nakupljanja masnoga tkiva u organizmu, s poremećajem sekretorne aktivnosti masnog tkiva. Za procjenu i klasifikaciju pretilosti preporučuje se primjena indeksa tjelesne mase (ITM) koji dobro korelira s ukupnom količinom masnoga tkiva u organizmu (v. termin ITM). U dječjoj je dobi važnija podjela prema centilima s obzirom na spol i dob nego prema apsolutnim vrijednostima ITM-a. Različiti autori navode ITM centile prema dobi i spolu te se uvriježila klinička praksa da se govori o prekomjernoj tjelesnoj masi (ili o riziku od razvoja pretilosti) iznad 85. – 90. centile, a o pretilosti kada je iznad 95. – 97. centile.

Pretjerane (ekscesivne) genitalne manipulacije male djece (engl. *gratification disorder*): riječ je o ekscesivnim, pretjeranim genitalnim manipulacijama, uz osjećaj ugone.

Pretjerano (ekscesivno) plakanje dojenčadi: dijagnozu ekscesivnog, pretjeranog plakanja moguće je postaviti tek nakon trećeg mjeseca djetetova života. Pri tome pomaže Wesselovo pravilo koje kaže da plakanje mora biti prisutno najmanje tri sata na dan, tri ili više dana u tjednu te dulje od tri tjedna.

Pretjerano (ekscesivno) vježbanje: čest je simptom kod anoreksije nervoze, ali može biti i kod bulimije nervoze.

Prevalencija: računa se kao status pojedinaca s bolesti unutar populacije, a ne kao broj novooboljelih u toj populaciji. Prevalencija nije dinamičko mjerilo s obzirom na vrijeme kao incidencija. Prevalencija se izračunava kao proporcija broja pojedinaca koji imaju bolest s obzirom na populaciju/uzorak u određenoj točki vremena (fiksno vrijeme).

Prevalencija – životna (*lifetime*): s obzirom na to da je u psihijatriji često teško odrediti početak poremećaja, može se rabiti i cjeloživotna prevalencija, koja uključuje sve osobe koje su npr. imale depresivnu epizodu, bez obzira na to kada se pojavila bolest, odnosno koliko je bilo epizoda ili je li sada osoba u remisiji itd. Primjer može biti da je životna (*lifetime*) prevalencija za anoreksiju nervozu u dobi od 19 do 20 godina, prema DSM-5 kriterijima, u žena 1,7 posto ili 0,017.

Prijenos u djece i adolescenata: vidjeti termin transfer.

Prirođene srčane greške: u međunarodnoj literaturi obično se ovi poremećaji nazivaju angiokardiopatijama. Tjelesne bolesti, koje, međutim, mogu imati veliko psihosocijalno značenje, kao i potrebu za psihološkim i drugim intervencijama.

Pritisak patnje (težine): os subjektivne dimenzije u sklopu pretpostavki za liječenje prema OPD-KJ. Riječ je o emocionalnom konstrukt. Definira se kao subjektivna mjera somatske/psihičke patnje ili psihičkog stanja. Ovdje se jasno kodira subjektivni osjećaj patnje bez obzira na moguću želju za promjenom (v. drugi termin).

Privrženost: privrženost (vezivanje; *attachment*) podrazumijeva trajnu afektivnu vezu između djeteta i osobe koja se o njemu brine, obično majke. Produkt je mnogobrojnih urođenih modela ponašanja koja su integrirana u složeniji sistem „ponašanja privrženosti“ (*attachment behavior*), a kao predvidivi rezultat imaju zadržavanje djeteta u majčinoj blizini. Teorija privrženosti odnosi se na biološki utemeljenu potrebu za „sigurnom bazom“, u smislu potrebe za „blizinom“, prije svega nagonskih i osnovnih (motivacijskih) potreba. Antagonist privrženosti jest eksplorativno (istraživačko) ponašanje. Evolucijsko-biološki gledano, oba modela ponašanja (privrženost vs. eksplorativno ponašanje) u normalnim uvjetima harmonično koegzistiraju i u stalnom su međudjelovanju, unutar kojeg aktivacija jednog obično inhibira drugo ponašanje. Razlikuju se četiri tipa privrženosti u dječjoj dobi: sigurna, nesigurna izbjegavajuća (*avoidant*), nesigurna anksiozno-ambivalentni (opirući – *resistant*), te dezorganizirana privrženost. Ovim tipovima u dječjoj dobi

mogu odgovarati analogni tipovi u odrasloj dobi, a također odgovaraju reprezentacijama majki u odnosu prema djetetu, kao i eventualnoj različitoj kliničkoj slici u odrasloj dobi. Također os privrženosti – prema OPD-KJ – dio je operacionalizirane psihodinamske dijagnoze.

Privrženost između majke i fetusa: analogno konceptu privrženosti u dojenačkoj dobi i tijekom odrastanja, pojedini su autori koncipirali i privrženost između majke i fetusa, a koncipirane su u tom smislu i posebne skale. Može se poboljšati ova emocionalna veza ako se dođe do rezultata o njezinu manjku. Također su važni i koncepti reprezentacija u trudnice/majke, kao i reflektivna funkcija trudnice/ majke.

Procjena (klinička) (engl. *assessment – clinical*): vjerojatno je uži pojam od formulacije, odnosno od dijagnostičkog procesa, te je rezultat pojedinačnog dobivanja informacija iz medicinske dokumentacije, uzimanje anamneze od djeteta i skrbnika preko intervjua, psihički status te provođenje neformalnih ili više strukturiranih opservacija djetetova ponašanja.

Procjena interakcije između roditelja i dojenčeta: sastoji se od nekoliko aspekata. Koristi li se dijete roditeljima za podršku i ohrabivanje? Emocionalno usklađivanje roditelja i responzivnost (emocionalni odgovor) u odnosu prema djetetovim emocionalnim stanjima? Slanje i primanje pozitivnih interakcija. Procjena sigurne privrženosti između roditelja i djeteta. Afektivno odgovaranje roditelja u odnosu prema djetetovim naporima tijekom opservacije.

Protektivni čimbenici u razvoju i etiopatogenezi: definiramo ih kao one koji umanjuju rizik od pojavljivanja psihičkog poremećaja ili umanjuju djelovanje rizičnih čimbenika.

Protuprijenos: vidjeti pod terminom kontratransfer.

Psihička struktura: koncept psihičke strukture integrira koncepte self-psihologije, kao i teorije objektivnih odnosa, preko iskustava interakcije. Međutim, taj koncept strukture također je kompatibilan s drugim istraživanjima (npr. dojenčadi, emocija itd.). Ovamo je uključen i intermedijarni prostor u kojemu je moguće fantaziranje. Psihička se struktura može definirati kao rezultat bidirekcionalnog međudjelovanja prirođenih osobina, kao i interakcijskih iskustava. Prema OPD-KJ, dio operacionalizirane psihodinamske dijagnoze.

Psihički poremećaj: psihički poremećaji i bolesti mogu se definirati kao odstupanja od pojedine norme, odnosno odstupanja od normalnog razvoja, primjerice stanja poremećenih životnih funkcija koja se manife-

stiraju početkom nastanka, svojim tipičnim tijekom i eventualnim vremenskim završetkom; te koja sprječavaju da dijete aktivno sudjeluje u dobno tipičnim životnim aktivnostima i suočava se s njima. Naglašena je jasno razvojni komponenta.

Psihički poremećaji roditelja i poveznica sa psihičkim problemima u djece: ovdje u tekstu misli se na poremećaje izvan perinatalnog razdoblja. Navedenom se mogu pridodati i somatski poremećaji roditelja. Moguće su različite poveznice između psihičkih i somatskih poremećaja roditelja i psihičkih poremećaja djece.

Psihički status u dojenčadi, dobi „trčkarala“ i predškolskog djeteta: u ovoj su knjizi prikazane posebno psihičkog statusa. Može uključivati i novorođenačku dob.

Psihički status za školsku djecu i adolescente: kod psihičkog statusa djeteta i adolescenta važniji su nam opća interaktivnost djeteta, ponašanje kod igre, nagon-ska aktivnost, afektivnost, govor i jezik, negoli klasične dimenzije poremećaja mišljenja kao što to postoji u odrasloj dobi. Primjenjuje se niz točaka koji se rabi fleksibilno na naturalistički način.

Psihodinamska dijagnoza: mogu postojati „nestrukturirane“ za razliku od „strukturiranih“ dijagnostika. Naime, kod „nestrukturiranih“ postoji također pokušaj „strukturiranja“ psihodinamske teorije koja stoji u pozadini pristupu djetetu i njegovoj obitelji. Primjerice, svaki će educirani psihoanalitičar tijekom psihoterapijskog intervjua imati svoja psihodinamska razmišljanja, osluškivat će svoj protuprijenos i vlastite osjećaje i asocijacije itd. Scensko razumijevanje (v. poseban termin) također se može ovdje primijeniti. Od strukturiranih postupaka ovdje se može navesti operacionalizirana psihodinamska dijagnoza (v. poseban termin).

Psihodinamske terapije u djece i adolescenata: različite vrste psihoterapija koje se koriste psihoanalitičkim i/ili psihodinamskim principima.

Psihodrama: posebna vrsta psihoterapije pri kojoj se primjenjuje scensko prikazivanje. Može biti ekspresivna ili psihodinamska.

Psihogena sinkopa: naziva se još i psihogenom pseudosinkopom (engl. *psychogenic pseudosyncope*). Pseudosinkopu obilježava privremeni gubitak svijesti koji oponaša sinkopu (npr. vazovagalnu). Povezana je s disocijativnim poremećajima.

Psihogeno: označivalo bi da u nastanku poremećaja sudjeluju dominantno psihološki čimbenici, npr. kod

anksioznih poremećaja. Ne treba ga poistovjetiti sa psihosomatskim (integrativni učinak psihe i tijela).

Psihološka procjena: proces ispitivanja pri kojemu se psiholozi koriste nizom tehnika i postupaka kako bi došli do određenih saznanja o osobama i njihovu ponašanju, njihovoj ličnosti i specifičnim sposobnostima. Psihološka se procjena često naziva i psihološkim testiranjem, što je nepotpun naziv, budući da je psihološka procjena opširnija od same primjene testova te, osim testova, uključuje intervju i opažanje ponašanja (prikupljanje anamnestičkih, odnosno heteroanamnestičkih podataka, opservacija djetetova ponašanja, opservacija verbalne, neverbalne i paraverbalne komunikacije, opažanje interakcije između djeteta i roditelja itd.). Osim navedenih postupaka rezultati psihološke procjene uključuju i klinički dojam, te se nikada ne fokusiraju isključivo na rezultate testova, nego se temelje na cjelokupnoj obradi koja daje sveobuhvatnu i cjelovitu sliku osobe koja se ispituje.

Psihološki testovi: mogu se definirati kao sustavni postupak opažanja i opisivanja ponašanja neke osobe u standardnoj situaciji. Postoji velik broj psiholoških testova, a usprkos njihovoj golemoj različitosti, mnogi testovi imaju sličnu svrhu. Pojedini autori razlikuju najvažnije grupe testova: razvojne testove, testove za mjerenje inteligencije, neuropsihološke testove, testove adaptabilnog ponašanja, upitnike za ispitivanje ličnosti, projektivne testovi. Dodatno se opisuju skale za procjenu emocija, ponašanja i specifičnih vještina, skale za procjenu komunikacije i jezičnih vještina, skale za procjenu poremećaja školskih vještina itd.

Psihosomatski poremećaji: u ovom su tekstu navedeni različiti koncepti utvrđivanja postoji li ili ne postoji psihosomatski poremećaj. Danas pojedini autori pod psihosomatskim označuju integrativno djelovanje između psihe i tijela. U ovoj smo se knjizi priklonili tom mišljenju te se stoga mogu ipak izdvojiti, radi edukativnih razloga, pojedini psihosomatski poremećaji. Psihosomatski bi značilo barem to da u nekom poremećaju jednakomjerno sudjeluju psihički (npr. psihički konflikti/deficiti) i somatski čimbenici (genska predispozicija za poremećaj, alergijska komponenta, imunosni čimbenici) kako to preporučuju pojedini autori. Sljedeći je način promatranje da ne postoje psihosomatski poremećaji (već samo npr. „psihosomatsko polje“ kao područje rada i istraživanja), pa se stoga oni priklanjaju dinamici opisa drugih kroničnih tjelesnih bolesti npr. *diabetesu mellitusu* itd.

Psihosomatsko polje: „psihosomatsko polje“, u širem smislu, upućuje na međuigru tijela i psihe i u najširem smislu uključuje ovu povezanost, odnosno sva stanja u medicini koja tu povezanost mogu uključivati. Osnova liječenja ovoga psihosomatskog polja jest psihoterapija kao metoda liječenja (dakle integrativno liječenje), a ne isključivo somatsko liječenje.

Psihostimulansi: lijekovi koji se rabe pri liječenju hiperkinetskog poremećaja i ADHD-a. Najvažniji iz ove skupine lijekova jest metilfenidat. Relativno nejasan pojam koji je ostao u psihijatrijskoj tradiciji. Tako zvano nestimulativno liječenje ADHD-a može se provoditi različitim skupinama lijekova, od kojih je najpoznatiji atomoksetin.

Psihoterapija para dojenče – skrbnik: posebna vrsta psihoterapije zajedničkog para dojenče – skrbnik.

Psihoza: definiramo je kao kompleksni poremećaj odnosa prema sebi i svijetu, odnosno poremećaj odnosa prema stvarnosti (realitetu).

R

Rad s roditeljima (psihodinamski): u ovoj se knjizi jasno definira kao paralelni rad s roditeljima, uz individualnu terapiju djeteta (ili neku drugu vrstu terapije s djetetom). Rad s roditeljima više je upućen na poticanje terapijskog saveza terapeut-roditelji i trianguliranja, ojačavanja roditeljske pozicije, te sadržavanje (*containment*) od roditelja djetetovih projekcija, rad na otporima u roditelja, strahovi u roditelja od promjena u djeteta, rad na osjećajima srama, rad na osjećajima ljubomore i zavisti u odnosu prema terapeutu, rad na osnaživanju narcističke ravnoteže roditelja te rad sa strukturno oštećenim roditeljima. Nije riječ o individualnoj psihoterapiji roditelja, koju u tom slučaju može provoditi drugi terapeut (ne onaj koji provodi individualnu terapiju s djetetom).

Rani atipični autistični spektar poremećaja: možemo ga definirati kao teži poremećaj socijalne komunikacije, uz restriktivno i repetitivno ponašanje u dojenčadi i djece između 9 i 36 mjeseci, koja nemaju potpunu dijagnozu za autistični spektar poremećaja. Kriteriji su kompatibilni s onima opisanim kod autističnog spektra poremećaja, uz napomenu da su potrebni kriteriji ublaženi: potrebno je da budu ispunjena dva kriterija od socijalno-komunikacijskih simptoma, te jedan od kriterija repetitivnog ili restriktivnog ponašanja.

Razvoj (integrativni psihoanalitički i psihološko/psihijatrijski model): prema različitim autorima,

uključuje senzorički razvoj (0 do 6 mjeseci; regulacija pijenja, spavanja, budnosti, ciklusa aktivnosti; „*face to face*“ interakcija bez drugih igračaka; „smiješak trećeg mjeseca“; zajednička igra s predmetima; oralna faza; autizam; simbioza; pojavljujući self, interes, znatiželja); individuaciju (8 do 18 mjeseci; oralna faza; vježbanje; strah od stranca, faza fokusirane privrženosti; temeljni self; kompleksni osjećaj selfa; „psihološko rođenje“); autonomiju (8 do 36 mjeseci; analna faza, ponovno približavanje, verbalni self; semantičko ne; reprezentacijska i simbolička elaboracija i diferencijacija); preedipski razvoj (36 – 48 mjeseci; egzibicionistička faza; faličko-narcistička faza; konstantnost objekta); te edipski razvoj (46 do 60 mjeseci; edipska faza, konstantnost objekta; kategorizacija i povezivanje „značenja“). Svaka navedena faza (ukupno pet) ima svoje razdoblje, razvojnu poziciju temu i nagone, ego organizaciju i tip obrane, strukturu i reprezentacije, konflikte, središnje nesvjesne strahove, svjesne strahove, objektne odnose, strukture odnosa, stupanj razina, vrstu moguće patologije te kliničke dijagnoze, koje se povezuju s prije navedenim razinama. Vidjeti termin razvoj (psihoanalitičko hermeneutičko-scenski i razumijevajući model).

Razvoj (psihoanalitičko hermeneutičko-scenski i razumijevajući model): bavi se „tekstom“, pojavom doživljaja, percepcijom ponašanja, kao i njegovim značenjem u kontekstu relacija. „Tekst“ je neposredna forma izjave osjećaja, fantazija, i radnji, koje se interpretiraju i o njima se raspravlja. Tendencija je da se mnoge „scene“ povežu. Čovjeka se promatra kao specifičnog pojedinca u vlastitoj povijesti i u vlastitu osobnom okolišu. Razvoj djeteta, scenski gledano, više se promatra kroz pitanje „kako je sada“, a ne „kako bi trebalo nešto biti“, odnosno kako se sada određene konfliktne situacije doživljavaju i kako se prorađuju. Dakle, razvoj djeteta nije samo napredovanje nego praćenje kako se određene krize i konfliktne situacije prorađuju, odnosno praćenje različitih mogućnosti prorade konflikta. Vidjeti termine razvoj (integrativni psihoanalitički i psihološko/psihijatrijski model); scena, scensko razumijevanje, insceniranje.

Razvoj homoseksualne orijentacije: homoseksualna orijentiranost (seksualna orijentacija prema istom spolu) danas se smatra normativnom varijantom seksualne (ljubavne) i romantične orijentacije, odnosno nije prihvaćena kao psihijatrijski poremećaj. Pojedini autori posebno opisuju homoseksualnost kod muških osoba (*gay* veza) i kod ženskih osoba (lezbijka veza), navodeći različite fenomene kod njih. U literaturi

postoje različiti termini koji su povezani s homoseksualnosti, homoseksualnim razvojem, odnosno seksualnom orijentacijom.

Razvoj jezika i govora: slijedi opći napredak kognitivnog razvoja, kao i drugih funkcija: neverbalnog perioda, emocionalnog razvoja, socijalnog razvoja itd. Za procjenu normalnog razvoja govora potrebno je poznavati različite stadije razvoja ekspresivnog i receptivnog jezika.

Razvoj kognitivnih mentalnih procesa s neurobiološkog stajališta: posebno intenzivan razvoj najsloženijih (čovjeku specifičnih) kognitivnih funkcija, a koje uključuju razvoj jezika, razvoj „teorije uma“ i komunikacijskih sposobnosti, odigrava se u razdoblju od 2. do 6. godine života: u tom razdoblju nema značajnijeg povećanja u složenosti same strukture mozga, ali se zbiva maturacija neuralnih elemenata koji omogućuju bolju integraciju u procesiranje.

Razvoj morala: pri razvoju morala pojedini autori uz njegov razvoj svrstavaju i druge koncepte s tim u vezi, npr. kao što su emocionalni razvoj (npr. razvoj empatije); regulaciju ponašanja, tolerancija na frustraciju, razvoj (pro)socijalnog ponašanja i socijalnih odnosa i druge. Nabrojen niz različitih funkcija teško je međusobno razlikovati pa su i neizbježna preklapanja u ovim konceptima. Grupa autora razlikuje različite stupnjeve razvoja morala u djece: prekonvencionalna razina, konvencionalna razina i postkonvencionalna razina.

Razvoj motivacije: koncept motivacije rabi se u teoriji učenja, a njemu analogni koncepti u psihodinamskoj teoriji jesu koncepti nagona i afekata. Saznanje da se osobe u istim situacijama i s istim ciljevima različito ponašaju dovelo je do potrebe da se definira različita motivacija. Motivaciju možemo definirati kao aktivnost organizma određenu varijabilnošću odnosa prema cilju, kvantiteti i intenzitetu. Slično tomu, možemo reći da se pod motivacijom razumijeva poticaj (nagon) prema određenim aktivnostima, odnosno ponašanju. Tijekom razvoja motivi se razvijaju kao stalne želje (pokretači). Svi procesi motivacije povezani su s afektivnim procesima. Tipično se motivacija dijeli na biološku i socijalnu. Drugi autori motivacijske sustave dijele na primarne i sekundarne.

Razvoj prema dobi: načelno, razvojno razdoblje dijelelimo na prenatalno, dojenačko, dob „trčkarala“, predškolsko razdoblje, školsko razdoblje (latencije), te razdoblje puberteta i adolescencije. U svim ovim prije navedenim razdobljima nalaze se kvalitativno različite zadaće ili funkcije koje se razvijaju. Razvoj djeteta kon-

cipira se kroz „razvojne zadaće“ ili „razvojne linije“ ili promatranje kroz različite funkcije, što znači da se u određenoj dobi očekuju prorada različitih aspekata funkcioniranja. Razvoj djeteta složen je proces u kojemu su različite funkcije međusobno isprepletene i međusobno utječu jedne na drugu. U psihološkoj literaturi postoje koncepti psiholoških kamena temeljaca koje je potrebno poznavati u određenoj dobi da bismo mogli procijeniti teče li razvoj djeteta unutar granica normale.

Razvojna psihopatologija (*developmental psychopathology*) ili razvojna psihijatrija (*developmental psychiatry*): integrativna disciplina koja naglašava važnost razvojnih procesa pri promatranju psihopatologije.

Razvojna razdoblja kore velikog mozga: predreorganizacijsko razdoblje obuhvaća razdoblje prvog i drugog tromjesečja trudnoće (do 24./28. tjedna), a karakterizirano je progresivnim događanjima vezanima za temeljne histogenetske procese u mozgu: proliferaciju, tj. stvaranje neurona; migracija, tj. putovanje od mjesta stvaranja do konačnog odredišta; diferencijaciju, tj. rast dendrita i aksona. Posljednja trećina trudnoće razdoblje je najbolje razvijenosti prolaznih fetalnih oblika organizacije mozga; najizraženija je pojava fetalnih kortikalnih slojeva i neurona, prolaznih oblika organizacije kortikalnih krugova, vidljive su prolazne supkortikalne strukture, kao i prolazna ekspresija neurotransmitora. Rođenje nije točka razgraničenja između dvaju razvojnih stadija, već razdoblje zadnjeg tromjesečja (trimestra) trudnoće i prvih nekoliko mjeseci života nakon rođenja čine jedinstveno razdoblje strukturnog razvoja kore velikoga mozga, a vidljiv je i kontinuitet funkcionalnog razvoja kroz to razdoblje. U prvim dvjema godinama života događaju se intenzivan rast dendrita i sinaptogeneza (uspostava veza između neurona), a pred kraj druge godine života makroskopska i mikroskopska obilježja mozga ne odudaraju znatnije od onoga u odrasloj dobi. Interakcija sa skrbnikom tijekom prvih dviju godina života posebno je važna za razvoj neuralnih krugova povezanih uz socioemocionalne funkcije: neuroznanstvene spoznaje pokazuju kako deprivacija od prikladnog emotivnog okruženja u ovoj dobi može uzrokovati trajnu dezorganizaciju ovih neuralnih krugova i nemogućnost prikladnog emotivnog i socijalnog odgovora.

Razvojne zadaće: definiraju se kao predvidivi i regularni (normalni) zahtjevi, koji se postavljaju pojedincu u određeno vrijeme te je vrlo važno uspješno ovladava-

nje njima tijekom daljnjeg razvoja. Postulirao ih je Havighurst. Sličan pojam jesu razvojne faze. S obzirom na termine specifičnih faza razvoja, ovdje je naglasak na trenutku aktivnog suočavanja, samopotvrđivanja i samoregulacije.

Razvojni poremećaj ličnosti: u ovom se slučaju govori o djeci i adolescentima, mlađima od 16 godina, koji pokazuju već ustaljene obrasce cjelokupnog ponašanja i doživljavanja, međutim, nije nužno da tijekom pokaže prelazak u poremećaj ličnosti odrasle dobi.

Razvojni procesi središnjega živčanoga sustava: razvoj mozga u čovjeka je dinamičan, složen i dugotrajan proces koji započinje prenatalno i ne prestaje rođenjem, nego se nastavlja i tijekom prvih triju desetljeća života. Kako brojni neurološki i psihijatrijski poremećaji imaju razvojno podrijetlo, poznavanje specifičnih obilježja i mehanizama koji omogućuju oblikovanje složene neuralne mreže kore velikoga mozga u čovjeka ključno je za razumijevanje patofizioloških mehanizama tih poremećaja. Pojava i razvoj neuronskih veza ključan je histogenetski proces u središnjemu živčanom sustavu.

Razvojno-psihopatološki model: uključuje čimbenike razvoja od neurobioloških do psiholoških i okolišnih.

Reflektivna funkcija: obično se definira kao kapacitet predočivanja mentalnog, subjektivnog, psihološkog stanja selfa i drugih. Operacionalizirano je tako da se dijeli u dvije grupe: niži bodovi kao manja reflektivnost te viši bodovi kao veća reflektivnost.

Regionalni enteritis (Chronova bolest): riječ je o kroničnoj upalnoj bolesti tankog crijeva, koja je ograničena na pojedine dijelove, najčešće je zahvaćen terminalni ileum, ali može biti zahvaćen i cijeli GI trakt. Pojedini se tipovi mogu ubrojiti u psihosomatske poremećaje.

Regulacijski poremećaji: obuhvaćaju pretjerano (ekscitivno) plakanje, poremećaj spavanja i poremećaj jedenja dojenčeta, a mogu se pojaviti pojedinačno ili u komorbiditetu.

Rekurentni abdominalni poremećaj (RAP): definiramo ga kao epizodične trbušne atake bolova koje traju tri mjeseca i koje su dovoljno jake da utječu na uobičajene djetetove aktivnosti. Može se ubrojiti u somatiformne bolne poremećaje.

Reprezentacije: tradicionalno su reprezentacije u psihoanalizi bile definirane kao kompleksni unutarnji „materijali” koji sadržavaju predodžbe o vlastitoj osobi

i o drugim osobama, a utječu na posljedično ponašanje (i interakciju).

Reprezentacije (roditeljske): koncept roditeljskih reprezentacija ili fantazija koje govore o povezanosti trudnice i majke s dojenčetom, koja je često nesvjesna, a stoji iza manifestnog ponašanja (manifestnih interakcija). Dugo je prisutan u literaturi u području mentalnog zdravlja dojenčadi. Razlikuju se načelno četiri vrste reprezentacija, a koje su sukladne stilu privrženosti u odraslih osoba: 1. balansirane; 2. isključujuće (engl. *disengaged*); 3. zapletene, isprepletene (engl. *distorted*), te 4. poremećene, kaotične (engl. *disrupted*).

Respiratorni afektivni napadaji (engl. *breath holding spells*): riječ je o psihogeno izazvanim napadajima apneje s posljedičnom promjenom boje kože (u 85 % cijanoza, a u 15 % bljedilo, tj. acijanotični oblik) te gubitkom svijesti. Većinom se pojavljuju od 6. do 18. mjeseca života, a nastaju nakon vrištanja i plakanja ili nakon jakih afektivnih podražaja (strah, bol, bijes).

Restrikcija hrane: metode uskrate hrane, npr. dijeta, gladovanje, post.

Resursi (snage): uključuju odnose s vršnjacima, obiteljske snage, intrapsihičke snage, te izvanobiteljske socijalne potpore. Os pretpostavki za liječenje prema OPD-KJ-2.

Rettov sindrom: u ovoj se knjizi smatra kao dijagnostička kategorija prema MKB-10 i DSM-4. Prije se ubrajao među autistične sindrome, a danas smatramo da je riječ o genskom poremećaju.

Rizični čimbenici u razvoju i etiopatogenezi: definiramo ih kao čimbenike koji povećavaju rizik od pojavljivanja jednoga psihičkog poremećaja.

Rod: općenito se rod odnosi na psihološki identitet i socijalne uloge (npr. rodni identitet, rodna uloga).

Rod dodijeljen pri rođenju (*assigned gender*): DSM-5 u svojoj se klasifikaciji koristi ovim terminom umjesto spola pri rođenju, premda pojedini autori jednoznačno rabe termin spola pri rođenju i rod dodijeljen pri rođenju. Prema DSM-5, ovaj je termin važan jer je posebno koristan kod interseks stanja. DSM-5 klasifikacija dominantno ga uporabljuje umjesto termina spola pri rođenju (v. prije).

Rod – doživljeni (*gender*): psihosocijalna kategorija spola koja podrazumijeva individualni doživljaj i personalni identitet (shvaćanje, razumijevanje, objektivne relacije, superego ideali i kulturološka shvaćanja) pripadanja određenom spolu, odnosno „psihološki spol”.

Rod – potvrđen (*affirmed gender*): individualno psihosocijalno razumijevanje vlastita roda. Tipično se

odnosi na osobe koje tranzicijski socijalno žive (npr. u odijevanju) sukladno svojem rodu.

Rodna disforija: psihološki stres s obzirom na doživljeni rod (ili spol) (zlovoljnost). Također je dijagnostička kategorija prema DSM-u.

Rodna disforija u adolescenata i odraslih: DSM-5 razlikuje posebnu dijagnostičku kategoriju. MKB-10 to naziva transseksualizam.

Rodna disforija u djece: DSM-5 razlikuje posebnu dijagnostičku kategoriju. MKB-10 to naziva poremećaj spolnog identiteta u djetinjstvu.

Rodna ekspresija (gender expression): Vanjska ekspresija subjektivno doživljenog rodnog identiteta. Ono što sama osoba pokazuje „svojim ponašanjem, svojim imenom, svojom odjećom i vrstom kose“, a to uključuje sveobuhvatnost ekspresije. Može biti od pola maskuliniteta, do androginiteta, pa sve do femininiteta. Pojedini autori to poistovjećuju s rodnom ulogom, međutim, potrebno je to ipak razlikovati.

Rodna nenormativnost: različitost od cisrodnosti, tj. to može biti transrodnost, ali i bilo koja varijanta gdje osoba doživljava svoj rod nebinarnim. U tekstu se ne rabi ovaj pojam.

Rodna uloga (gender role): socijalno i kulturološki nametnuta dimenzija. Sve ono što osoba čini, ponaša se, govori, pokazuje, odnosi se dakle na intrapsihičku i interakcionalnu dimenziju, kao i kulturološku dimenziju, a na temelju čega drugi prepoznaju da je riječ o maskulinitetu ili feminitetu (npr. djevojčice se igraju barbicama ili lutkama, dječaci se igraju autićima itd.)

Rodni identitet (doživljeni identitet) (gender identity): doživljaj kako se osoba internalno doživljava, kao dječak ili djevojčica (maskulinitet, feminitet), u svojoj biološkoj, psihološkoj, socijalnoj i kulturnoj domeni, a moguća je i treća mogućnost, kao rodno fluidan, bez roda, ili nebinaran, ili „genderqueer“. Rodni je identitet subjektivan osjećaj biti dječak ili djevojčica (npr. „ja se osjećam kao muškarac“ ili „ja se osjećam kao žena“). Odnosi se na to kako osoba sebe doživljava na kontinuumu biti dječak ili djevojčica „svojim mozgom“ ili, drukčije rečeno, „kako za sebe osoba smatra ili misli“.

Rodni identitet – temeljni (bazični): Stoller smatra primarnu maskulinitet ili primarnu femininitet, kojim označujemo primitivno svjesno i nesvjesno pripadanje određenom rodu na koji vjerojatno najviše utjecaja ima biološka predispozicija, nastaje već u dobi od oko 18 mjeseci; danas se ne smatra toliko značajnom razlikom između temeljnoga (bazičnog) rodnog identiteta i rodnog identiteta.

Rodno neodgovarajući (non-conforming): znači da osoba nema isti rod kao i spol. Međutim, prema DSM-5, ovo je više normativna i kvantitativna pojava, kada se djevojka ponaša kao dječak (*tomboy*); ili kod dječaka „curica-dečko“. Dakle, moglo bi se reći, uključuje atipičnu ekspresiju svojeg roda.

Rodna varijanta: izvan muško-ženske dihotomije.

Rodna nesukladnost (incongruence): nesukladnost između spola dodijeljenog pri rođenju i rodnog identiteta. Trenutačno u DSM-5 šira kategorija od rodne disforije. Pokatkad se poistovjećuje s transrodnosti ili rodnom disforijom. Pojedini autori predlažu ovaj termin umjesto rodne disforije, kao uži pojam, jer ne mora postojati afektivno stanje disforije.

Ruminacija: označuje voljnu i ponavljajuću (habitualnu) regurgitaciju želučanog sadržaja, uz ponovno žvakanje hrane.

S

Sa stresom povezani poremećaji: ovamo ubrajamo akutnu stresnu reakciju, posttraumatski stresni poremećaj, kao i poremećaj prilagodbe. Među takve poremećaje možemo također ubrojiti i komplicirano žalovanje, kao i traumatsko žalovanje. Vidjeti ove posebne termine pojedinačno.

Samoozljeđivanje: nije posebna psihijatrijska dijagnoza i nalazi se uz različita druga stanja, međutim zahtijeva veliku kliničku pozornost. Samoozljeđujuće ponašanje (*self-injurious behavior*), kao široki oblik ponašanja, može se definirati kao ponašanje, gdje se pojedinac namjerno ozljeđuje zbog razloga koji nisu socijalno prihvatljivi i gdje, u pravilu, nema suicidalne namjere. Dakle, u ovom se slučaju samoozljeđivanje definira kao nesuicidalno. Druga je mogućnost, međutim, da uz samoozljeđujuće ponašanje postoji i izražena suicidalnost i želja ili namjera za smrću (*intent to die*), što može biti često u praksi. Teoretski i praktično, moguća je i treća mogućnost, da postoji samoozljeđivanje s nejasnom željom za smrću, kao što je katkada prisutno pri nekim pokušajima suicida.

Samorefleksivnost: odnos pacijenta prema sebi. Dio osi interakcije, prema OPD-KJ-2, dio operacionalizirane psihodinamske dijagnoze.

Samoregulirajuće funkcije: takve funkcije posebno promatramo i procjenjujemo u dojenčeta. Odnosi se na temeljne (bazične) funkcije regulacija trenutačnog stanja, budnosti, spavanja, plakanja, jedenja.

Scena (scensko prikazivanje): scena je uvijek „nešto konkretno, inscenirani događaj“ u stvarnosti ili fanta-

ziji u okviru jednog susreta, koji se može shvatiti kao smisleni, premda se može činiti i besmislenim. Ona je prožeta kroz pacijentovu psihičku realnost. Postoji na trima razinama: aktualna scena u „realitetu“; scena u analitičkoj terapiji; ponovno sjećanje na neku scenu iz djetinjstva.

Scensko razumijevanje: označuje interpretaciju scena s pomoću modusa interakcija. Odnosi se na priopćenja (verbalno, neverbalno), agirajuće od pacijenta, na njegove fantazije i predodžbe koje postaju potvrđene kroz analitički doživljaj evidentnosti. Korijen scenskog razumijevanja jest u razumijevanju scene i razumijevanju modusa interakcija, koje odgovaraju strukturi interakcija pacijenta.

Seksualna orijentacija (*sexual orientation*): usmjerenost osobe prema određenom spolu u pitanju romantičnog izbora, seksualnog uzbuđenja i seksualne reakcije, a može biti homoseksualna, heteroseksualna, biseksualna ili aseksualna. Postoji kontinuum između homoseksualnog i heteroseksualnog doživljen „svojim srcem“ ili, drukčije rečeno, „za kim srce kuca“. Danas se više uporabljaju termini: androfilija, ginofilija, bifilija ili afilija.

Seksualna terapija (engl. *sex therapy*): terapija koja integrira različite aspekte, naime, ima neke elemente bihevioralne, kognitivne i psihodinamske terapije, ali istodobno ima i svoje posebnosti, zapravo nema unificirane teorije. U većini europskih i sjevernoameričkih zemalja, seksualna terapija smatra se terapijom za sebe, odnosno jednostavna bi definicija bila da se bavi seksom. Seksualna se terapija može primjenjivati i kod adolescenata, jer su u većini zemalja (a tako i u Hrvatskoj), seksualni odnosi označeni kao normalni i legalizirani u adolescenata nakon 15 godina. Seksualna terapija može biti individualna, a može uključivati i partnera/partnericu. Seksualni terapeuti nemaju seksualni, ni fizički kontakt sa svojim klijentima, ni u svojem uredu, ni izvan njega. Seksualna je terapija tipično kratkog trajanja, s ograničenim brojem seansi. Plan liječenja ovisi o simptomima i ciljevima koji se žele postići.

Seksualne disfunkcije: seksualne disfunkcije, prema DSM-5, možemo definirati kao heterogenu skupinu poremećaja koji su tipično karakterizirani klinički značajnim poremećajem sposobnosti pojedinca da seksualno odgovori ili da doživi seksualni užitek. Ovamo ubrajamo: poremećaj s hipoaktivnom seksualnom željom u muškaraca; poremećaj seksualne želje/uzbuđenja u žena; erektilni poremećaj; odgođenu ejaku-

laciju; orgazmički poremećaj u žena; prijevremena (rana) ejakulacija; poremećaj s genitalno-zdjeličnog bola / bola pri penetraciji. Faze ciklusa seksualnog odgovora jesu faza želje, uzbuđenje, orgazam i razrješnje (četiri faze). Pojedini se poremećaji vežu uz određenu fazu, dok se pojedini poremećaji ne mogu povezati s pojedinom fazom.

Seksualno zlostavljanje: odnosi se na bilo kakav seksualni čin između odrasle i maloljetne osobe ili između dvije maloljetne osobe ako jedna ima moć nad drugom te uključuje i prisiljavanje ili uvjeravanje djeteta na sudjelovanje u njemu.

Seksualnost (općenito): najvažnije tri dimenzije seksualnosti jesu produljene vrste (najvjerojatnije je to filogenetski najstarija dimenzija); dimenzija interakcije i povezanosti s drugim osobama; te dimenzija ugone. Što se tiče dimenzije interakcije, ona je važan dio seksualnosti. Postoje osnovne potrebe za prihvaćanjem, sigurnosti, povjerenjem, zaštićenosti i blizinom. Dakle, seksualnost i erotika mogu biti shvaćene u širem smislu tako da na tjelesni način izražavaju temeljne potrebe čovjeka, na način „voljeti i biti voljen“ u doslovnom i simboličkom smislu.

Separacijski anksiozni poremećaj: karakterizira ga strah vezan uz separaciju od figure privrženosti (osoba za koju ima razvijen *attachment*). Postoji zabrinutost da će izgubiti drage osobe ili da će se njima nešto loše dogoditi (bolest, smrt), kao i strah od nepovoljnog događaja (npr. da će ih netko oteti) koji uzrokuje separaciju od važnih osoba.

Serotoninski sindrom: ovisno o dozi, toksični je skup simptoma koji se pripisuju povećanju koncentracije serotonina u središnjemu živčanom sustavu (npr. pri davanju inhibitora ponovne pohrane serotonina, ali i drugih vrsta lijekova). Simptomi su bihevioralni (konfuzija, delirij, agitacija, motorički nemir), autonomni (hipertermija, znojenje, tahikardija, hipertenzija, midrijaza, valovi crvenila u licu i cijelom tijelu) te neuromuskularni (klonus koji je simetričan i tipičan za donje ekstremitete; hipotonija). Razlikuje se od neuroleptičkog malignog sindroma jer u laboratorijskim nalazima nema povišenu kreatin-fosfokinazu i leukocitozu.

Shizofreni spektar poremećaja i drugi psihotični poremećaji: prema DSM-5, ovamo ubrajamo shizotipni poremećaj, sumanutni poremećaj, kratki psihotični poremećaj, shizofreniformni poremećaj, shizofreniju, shizoafektivni poremećaj (bipolarni tip, depresivni tip); psihotični poremećaj zbog uzimanja droga/lijekova;

psihotični poremećaj zbog drugih medicinskih stanja; katatoniju povezanu s drugim psihičkim poremećajima; katatoniju zbog drugih medicinskih stanja; nespecificiranu katatoniju; druge specifične poremećaje (npr. inducirana psihoza); te neodređene poremećaje.

Simbioza: iluzija biti dvoje u jednome (simbiotsko-monadni odnos). U prvoj godini života, postoji faza djelomičnih objekata (odnos prema djelomičnim objektima), granica prema sebi i drugima nije sasvim jasna, nema dostatne individuacije, ona je u nastajanju.

Simboličko značenje simptoma: uključuje fantazijsku aktivnost ega u procesu konverzije.

Sisanje prsta (engl. thumb sucking): ovdje je riječ o pretjeranom (ekscesivnom) sisanju. Posljedice mogu biti deformacije čeljusti, krivo srastanje zubi, deformacije prsta (prst za sisanje). Patološko postaje kada traje nakon treće ili pete godine života ili se pojačava.

Smanjena (reducirana) tjelesna masa (pothranjenost): definiramo je kao gubitak ili nenapredovanje, koji uzrokuju održavanje tjelesne mase na razini manjoj od 85 % očekivane, odnosno apsolutni indeks tjelesne mase (ITM) manji je od 17,5 u odraslih pacijenata. U maloljetnih pacijenata, kao kriterij reducirane tjelesne mase trebao bi se uzimati ITM niži od 10. centile. Pri tome se rabe posebne skale za djevojčice i dječake, koje prikazuju centilnu krivulju za tjelesnu masu, visinu i ITM s obzirom na dob, za odabranu populaciju. U literaturi postoje međunarodne i hrvatske centilne krivulje.

Snovi u djece i adolescenata: snovi u djece započinju ubrzanim kognitivnih razvojem (odnosno razvojem govora), dakle između prve i druge godine života. Može se pretpostaviti da snovi postoje i kada djeca još i ne govore, dakle u prvoj godini života (ubrzani emocionalni razvoj; razvoj socijalizacije, razvoj trijadnih odnosa), a mogu se pretpostaviti snovi i prenatalno. San može imati funkciju ispunjenja jedne želje, funkciju vlastitog predočivanja, komunikativnu funkciju, daje omjer nesvjesnog i svjesnog, a može imati i druge funkcije. Zapamćeni su snovi slike specifične strukture ličnosti i specifičnih konflikata tijekom razvojnih faza. Osnova je psihoterapije suportivni pristup, „sadržavajuća funkcija“ terapeuta, a s vremenom će se razmotriti mogućnost interpretacije sna s obzirom na strukturu ličnosti i dominantni konflikt.

Socijalna komunikacija: u užem, određenom smislu, može se definirati kao sinergistička pojava socijalne interakcije, socijalne kognicije, pragmatike (verbalne i

neverbalne), kao i receptivno i ekspresivno jezično procesiranje. Moglo bi se reći da je termin socijalne komunikacije širi nego pragmatičke funkcije jezika, odnosno pojedini autori razlikuju ove termine. Neverbalni aspekti komunikacije obuhvaćaju ton glasa, facialnu ekspresiju i geste. Socijalna komunikacija uključuje također vještine diskursa (v. termin diskurs).

Socijalna tranzicija: obično se primjenjuje u djece kao jedina metoda, ali se odnosi i na adolescente i odrasle osobe. Odnosi se na mogućnost osoba da manifestiraju uporabu osobne zamjenice, imena, te nošenja odjeće, sukladno svojemu željenom rodnom identitetu.

Socijalno pragmatički poremećaj komunikacije: poremećaj komunikacije (v. termin komunikacija). Ova se dijagnoza prvi put uvodi u DSM-5 klasifikaciji, dok je u MKB-10 klasifikaciji nema, ali se planira uvesti u MKB-11. Pri uvrštavanju te dijagnoze u DSM-5 pretpostavka je bila postojanje djece koja imaju poremećaj socijalne komunikacije bez drugih simptoma, kao što su stereotipije (kako to nalazimo kod autističnog spektra poremećaja – ASP-a). Ovakav pristup ima prednosti jer pokušava razdvojiti sindrom (klaster) poteškoća socijalne komunikacije kod ASP-a s obzirom na poremećaj od sindroma (klastera) stereotipnog ponašanja, predmnijevajući različitu etiopatogenezu tih dvaju sindroma. Kriteriji se odnose na oštećenje socijalne pragmatičke uporabe jezika i socijalne komunikacije i relativno su strogi jer zahtijevaju sva četiri kriterija iz točke A, ali je važan i jedan kriterij točke B (ukupno pet kriterija). Važno je isključiti ASP, odnosno kriterij stereotipija upućivao bi na ASP. Tipično su u djece prosječni vokabular, morfologija i sintaksa, a neverbalni IQ također je prosječan.

Somatizacijski poremećaj: za somatizacijske i somatoformne poremećaje karakteristično je ponavljano pojavljivanje tjelesnih simptoma (pokatkad vrlo dramatičnih) vezanih za organe koji su vegetativno inervirani. Simptomi se ne mogu objasniti somatskim ili funkcionalnim poremećajem niti im se može naći organska podloga. Dodatno je obilježje stalno inzistiranje djeteta i/ili roditelja na pronalasku somatske podloge tegoba. MKB-10 razlikuje somatizacijski poremećaj, pri kojemu su zahvaćeni multipli sustavi (polisimptomatski), dok kod somatoformne autonomne disfunkcije, prema definiciji, postoji jedan zasebni sustav (npr. iritabilni kolon).

Somatoformni bolni sindrom: prema MKB-10, riječ je o bolnim sindromima, za koje se ne može dokazati organski uzrok. DSM-5 ubraja ga u somatizacijske poremećaje.

Somatoformno: prema MKB-10, impliciralo bi poremećaj koji je sličan somatskom, međutim, koji se ne može objasniti medicinskim razlogom, dok DSM-5 odbacuje ovaj izraz i govori o poremećajima koji su povezani s tjelesnim (somatskim) simptomima (*somatic symptom and related disorder*).

Somatski sindrom kod depresije: možemo ga nazvati i vitalnim sindromom; melankoličnim; biološkim; endogenomorfim. Označujemo ga takvim kada dominiraju gubitak interesa ili gubitak radosti, nemoćnost emocionalne reakcije na okolinu, rana jutarnja buđenja, lošije osjećanje ujutro, psihomotorna retardacija ili agitacija, znatan gubitak apetita, gubitak težine, znatan gubitak libida.

Spavanje: spavanje je fiziološko, visoko strukturirano stanje neuralne mreže, a označuje privremeni i periodični prekid budnosti. Važno je za sazrijevanje mozga i razvoj djeteta, kao i za ravnotežu mentalnih procesa i prorađivanje iskustava. Ciklično smjenjivanje spavanja i budnosti u 24-satnom razdoblju čini tzv. cirkadijurni ritam. Razlikujemo stupnjeve budnosti i spavanja: aktivno budno stanje, relaksirano budno stanje, REM stadij (engl. *rapid eye movement*) te četiri NREM stadija (*non-rapid eye movement*).

Specifična terapijska motivacija: ovdje se podrazumijeva motivacija osobe da se upusti u psihodinamsku terapiju. Os pretpostavki za liječenje prema OPD-KJ-2.

Specifični poremećaj artikulacije (fonološki ili artikulacijski poremećaj ili tepanje /dislalija/, engl. *speech sound disorder*): karakteriziran je oštećenom produkcijom glasova (ili fonema) koji bi već trebali biti usvojeni, dok su razumijevanje, ekspresija (produkcija), odnosno gramatička struktura jezika uredni, a komunikacija odgovara socijalnom kontekstu.

Specifični poremećaj interakcije ranoga djetinjstva: ovdje je riječ o alternativnoj dijagnozi koja ne postoji u postojećim klasifikacijama (DSM-5 i MKB-10), međutim, pojavljuje se u *Zero to five* klasifikaciji, odnosno postoji prijedlog ove, nove dijagnoze u poznatom udžbeniku mentalnog zdravlja dojenčadi. Ovdje je riječ o iznimci u klasifikaciji jer se ne radi o poremećaju kod pojedinca gdje se poremećaj tradicionalno povezuje s individuom. Logika uvođenja ove dijagnoze jest fokus na dijagnozi koja uključuje međusobnu interakciju djeteta – skrbnik. U literaturi nije nepoznat trend da se poremećaji shvaćaju kao ishodi poremećenih interakcija, počevši od psihoanalitičkih autora, od Bowlbyja, Winnicotta, Selme Fraiberg, kao i niza drugih autora. Razlika je u ovakvom pristupu da se ovaj poremećaj

definira na prvoj osi, dakle kao glavna dijagnoza, dok su inače prije uobičajeno drugi nepovoljni utjecaji (kao i nepovoljni interakcijski problemi), bili kodirani na drugim osima (npr. vidi višeosnu klasifikaciju MKB-10 ili višeosnu klasifikaciju *Zero to five*). Specifični poremećaj interakcije ranog djetinjstva definira se kao poremećaj u relaciji između dviju osoba, koji izaziva simptome u djeteta i koji su oštećujući u odnosu prema djetetu i/ili prema obiteljskom funkcioniranju, a odnosi se na relaciju djeteta prema jednoj osobi.

Specifični razvojni poremećaj motoričke koordinacije: DSM-5 ga naziva „developmental coordination disorder”. Ubraja se u specifične razvojne poremećaje i može negativno utjecati na školski uspjeh, kao i na slabo samopoštovanje. Relativno se malo nalazi svjesnost da je riječ o poremećaju. Karakteriziran je poremećajem motoričkih funkcija i koordinacije koje nije u skladu s dobi. Dijete može zaostajati u stjecanju kamena temeljaca motoričkog razvoja, kao što su sjedenje, puzanje i hodanje, zatvaranje gumba na košulji, oblačenje hlača. Osoba je često nespretna u gruboj i finoj motorici, ali nije globalno kognitivno oštećena.

Specifični razvojni poremećaj školskih vještina (engl. *Learning disorders*): DSM-5 klasifikacija navodi sljedeće kriterije kod razvojnih poremećaja školskih vještina: A. Poteškoće učenja i korištenja školskih vještina, barem jedan simptom od ukupno šest, a koji traje minimalno šest mjeseci, unatoč primijenjenoj intervenciji koja je bila ciljana na te poteškoće: 1. Neprimjereno ili sporo i uz napor čitanje riječi (poremećaj dekodiranja /u užem smislu- disleksija/); 2. Poteškoće razumijevanja značenja što je bilo pročitano (nerazumijevanje rečenice, odnosa, međusobnih utjecaja, ili dubljeg značenja onoga što je pročitano) /poremećaj razumijevanja pročitano/engl. *reading comprehension impairment*/; 3. Poteškoće pisanja jedne riječi (ortografija) ili imenovanja slova u jednoj riječi-poteškoće sricanja (engl. *spelling*), npr. mogu se dodati, oduzeti ili zamijeniti samoglasnici ili suglasnici u jednoj riječi; 4. Poteškoće pisane ekspresije (multiple gramatičke greške, ili greške puntuacije unutar rečenice; poteškoće organizacije pasusa; nedostaje jasnoća ideja u pisanom izrazu) /pojedini ih autori nazivaju razvojnom disgrafijom/; 5. Poteškoće matematičkog razumijevanja /pojedini ih autori nazivaju razvojnom diskalkulijom/; B. Zahvaćene školske vještine značajno su i kvantitativno ispod onoga što se očekuje za individualnu kronološku dob i znatno utječu na školski i radni uspjeh, ili aktivnosti svakodnevnog življenja, a

potvrđene su individualno primijenjenim testovima i ukupnim kliničkim testiranjem. C. Počinju tijekom školovanja; D. Isključuju se intelektualne teškoće, oštećenje vida i sluha; druge psihičke ili neurološke bolesti; psihosocijalna deprivacija, manjak vještine u jeziku kod školske stimulacije; ili neprimjerena edukacijska instrukcija.

Spol: općenito se odnosi na biološke karakteristike (npr. spolni organi, spolni hormoni) itd.

Spolne različitosti: spolne različitosti mogu biti specifične (kvalitativne) i tipične (kvantitativne). Specifične (kvalitativne) različitosti kvalitativno se dihotomno označuju kao muške ili ženske, i u području su biološke reprodukcije da žene mogu menstruirati, začinjati, roditi, dojiti, dok muškarci mogu začinjati djecu. Tipične (kvantitativne) različitosti više su kvantitativne, odnosno statističko-deskriptivne u smislu usporedbe grupa i odnose se na biološke, psihološke i socijalne čimbenike. Danas postoji kritika dihotomnog razdvajanja. U pristupu rodu danas se sve više preferira dimenzionalni pristup (a ne kvalitativni, kategorijalni), odnosno zagovara se „treća mogućnost“, dakle fluidnost seksualnosti, odnosno seksualna i rodna neopredijeljenost.

Spolni dimorfizam mozga: ili spolna diferencijacija mozga. Danas mnogi podatci govore u prilog spolnog dimorfizma mozga, a on ne mora odgovarati spolnom fenotipu. Neke su razlike alomorfne, što znači da su razlike u prosječnim obilježjima između spolova mnogo manje nego razlike između jedinki istoga spola. Hipotetski na seksualnu diferencijaciju mozga sudjeluju različiti prenatalni i postnatalni čimbenici. Također različiti čimbenici mogu biti biološki (genski, epigenetski, npr. utjecaj androgena ili odsutnost androgena, te utjecaj drugih hormonskih sustava itd.), kao i drugi psihološki i socijalni čimbenici. Ostaje otvoreno pitanje u znanosti imaju li neki specifični klinički entiteti povezanosti sa seksualnom diferencijacijom mozga.

Stabilizatori raspoloženja: kemijski heterogena skupina lijekova koja se primjenjuje za prevenciju bipolarnog afektivnog poremećaja, no mogu se upotrebljavati i u drugim indikacijama. Tradicionalno se isti lijekovi rabe kao antiepileptici.

Stacionarna psihoterapija: obično čini vremenski određen, multidimenzionalan i multimodalni terapijski koncept. Tako se mogu primjenjivati različite terapije, koje provode različiti stručnjaci. Sličan je konceptu dnevno-bolničke psihoterapije.

Strah od dobivanja na masi ili strah biti debela/debeo (*fear of gaining weight or to be fat*) ili stalno ponašanje koje interferira s dobitkom na masi: može se manifestirati na različite načine: kao manifestni strah; ili se očituje ponašanjem; ili se očituje primjenom kompenzatornih ponašanja.

Strukturirani dijagnostički psihijatrijski intervjui: u literaturi se mogu primjenjivati u svrhu dijagnostike polustrukturirani ili strukturirani dijagnostički psihijatrijski intervjui. Mogu se rabiti u kliničke svrhe, ali češće se upotrebljavaju u znanstvene svrhe.

Subjektivna hipoteza o bolesti: os subjektivne dimenzije u sklopu pretpostavki za liječenje, prema OPD-KJ-2. Ovdje je riječ o subjektivnim shvaćanjima i fantazijama djece/adolescenata o nastanku njegove somatske ili psihičke bolesti/poremećaja.

Subjektivna motivacija za promjenom: os subjektivne dimenzije u sklopu pretpostavki za liječenje, prema OPD-KJ-2. Ovdje se jasno treba označiti djetetova/adolescentova genuina motivacija (želja) za promjenom.

Subjektivna težina somatskog/psihičkog oštećenja: os subjektivne dimenzije u sklopu pretpostavki za liječenje, prema OPD-KJ-2. Subjektivna se težina razlikuje od pritiska patnje (težine) (v. drugi termin), većinom po tome što je ovdje riječ više o kognitivnom konstruktumu.

Suicid: obično se misli na izvršeni suicid. U određenoj je mjeri postojala želja za smrću.

Suicidalnost: najširi pojam. Kognicije i aktivnosti kojima se traže vlastita smrt preko misli, akcijom ili omaškom. Neki autori to nazivaju suicidalnim sindromom.

Suicidalni pokušaj: neletalne ili preparatorne (pripremne) aktivnosti koje ne rezultiraju smrću. Suicidalne aktivnosti mogu biti povučene, prekinute ili mogu biti neuspješne. Obično postoji želja za smrću ili je ona ipak prisutna u manjoj mjeri.

Sumanutost: sumanutost nastaje na razini opće promijenjenosti doživljavanja i čini se kao pogrešna procjena realnosti, koja nastaje apriorno (bez obzira na iskustvo) i koja se održava na subjektivnoj (privatnoj) definiranoj, unatoč suprotnosti realnosti i iskustvu drugih ljudi iz okoline, odnosno socijalnog miljea. Razlikuju se sumanuta doživljavanja (njem. *Wahnvorstellung*), u koje ubrajamo sumanutu iznenadnu misao (njem. *Wahneinfall*) i sumanutu ideju (njem. *Wahnidee*), od sumanutog opažanja, gdje postoji prisutan

perceptivni podražaj. U sličnom tonu DSM-5 definira sumanutosti kao fiksna uvjerenja koja nisu podložna promjeni unatoč konfliktnim dokazima.

Suočavanje (*coping*): stalno mijenjajući kognitivni i bihevioralni naponi koji se ulažu kako bi se ovladalo specifičnim vanjskim i/ili unutarnjim zahtjevima.

Suradljivost (engl. *compliance*): definiramo kao sposobnost pacijenta da slijedi upute koje je dobio od terapeuta, a obično mislimo na pridržavanje uzimanja lijekova.

Š

Škola i dječja psihijatrija: međusobno isprepletanje je višestruko: tema školskog neuspjeha, poremećaji koji ometaju školsko funkcioniranje, odgojne i obrazovne funkcije škole, procjena sposobnosti djeteta za upis u školu i različite mogućnosti, procjena školskog izostajanja, multidisciplinarna suradnja, te specifičnosti škole na odjelu dječje psihijatrije.

Škola na stacionarnom odjelu dječje psihijatrije: zadaće su višestruke: dio integrativnog i multimodalnog liječenja i mjera; doprinosi dijagnostičkoj medicinskoj evaluaciji u pozitivnom i suportivnom okruženju (oaza zaštićenosti); nalazi se korisnost odvojenosti djece i adolescenata od svojih obitelji ili dotadašnje okoline; pridonosi motivaciji za školska postignuća; dolazi se do nadoknade određenih neznanja u nastavnom gradivu; pridonosi stvaranju terapijske suradnje; dolazi do „probnog“ testiranja realnosti kao što je to školska sredina; priprema za ponovno uključanje u matičnu školu i svijet socijalnih odnosa; treba razlikovati psihoterapijske mjere u užem smislu od pedagoško-obrazovnih mjera tijekom multimodalnog pristupa i imati balans među njima; u većini slučajeva riječ je o „zajedničkom grupnom radu u školi“, što pridonosi većoj socijalizaciji djece s vršnjacima, uz vodstvo nastavnika; djeca se više orijentiraju na čitanje knjiga, socijalizaciju i društvene igre nego na internet koji može imati negativne učinke.

Školska socijalna fobija: strah od negativne ocjene koju daju drugi, nema manifestne separacijske anksioznosti; posebnosti socijalne fobije, ne mogu biti smireni u socijalnim situacijama.

Školsko izostajanje: bolje je rabiti termin školsko izostajanje nego školska fobija, koja je u literaturi vrlo nejasan pojam. Razlozi su školskog izostajanja višestruki: separacijski anksiozni poremećaj, školska socijalna fobija, poremećaj ponašanja (markiranje), depresija, poremećaji stresa i prilagodbe te nepsihijatrijski

razlozi. Prije navedeni poremećaji mogu se kombinirati u pojedinog djeteta.

T

Temperament: vjerojatno je najuži termin s obzirom na ličnost i karakter. Definiramo ga kao nešto konstitucionalno što se odnosi na individualne reakcije u području osjećanja, volje i nagona te se smatra nečim energijskim, biotonusnim i više se odnosi na emocionalno nego na kognitivno.

Teorija sadržavanja (*containment, container/containered*): W. Bion opisao ju je na način da majka „metabolizira“ djetetova negativna emocionalna stanja te ih „probavljena“ djetetu vrati natrag.

Teorija uma (*theory of mind*): označuje kognitivnu teoriju u komunikaciji. U njoj se pretpostavlja da dijete shvaća kako druge osobe imaju zasebne misli i osjećaje koji pokatkad ne moraju odgovarati neposrednoj okolini. Sličan je pojmu mentalizacije.

Terapija igrom (*play therapy*): terapija putem igre. Terapija igrom pretpostavlja poseban okvir (*setting*), odnosno prostor koji je prilagođen djetetu (*engl. child friendly*), da se dijete osjeća ugodno u sobi. U jednu podjelu ubrajamo nedirektivnu terapiju igrom i klijent-orijentiranu terapiju igrom, dok u drugi spektar ubrajamo psihodinamske terapije igrom. Igrati se u jednoj terapijskoj sobi, uz empatiju i akceptiranje terapeuta, optimalan je okvir za razvoj različitih procesa. Postoje praktične različitosti: prvo, različitost može biti u stavu terapeuta koji primjenjuje više interpretativne tehnike prijenosa (putem verbalizacije, scenskom drammatizacijom igre itd.) vs. prepuštanja terapeuta zajedničkom igranju. Drugo, pojedini terapeuti mogu više primjenjivati terapijske aspekte (zajednička fantazija o igri, te koja je poruka same igre) vs. primjena više pedagoških aspekata (fokus na pravilima). Treće, može biti pitanje količina direktivnosti i vođenja od terapeuta (direktniji pristup vs. nedirektivniji pristup). I konačno, četvrto, postoje različitosti koliko su dodatno uključeni roditelji u terapijski pristup.

Terapija rodne disforije u djece: postoje tri vrste terapije. „Terapijski model“ koji se izravno ili posredno odnosi na umanjanje suprotno-rodne identifikacije. „Afirmativni pristup“ odnosi se na jasno podupiranje djetetove želje za socijalnom tranzicijom, prihvaćajući jasno mogući ishod u smislu željenoga rodnog identiteta djeteta. „Intermedijarni pristup“ u kojemu prevladava „promatrajuće čekanje“ (*watchfull waiting*), u kojemu se izravno ne zabranjuje izražavanje rodno-

nesukladno ponašanje, ali se istodobno dopušta mogućnost otvorenih dugotrajnijih ishoda uz izbjegavanje rane socijalne tranzicije.

Terapijski savez: ova je dimenzija psihoterapijska forma „zajedničkog ugovora”. Riječ je o svjesnim fenomenima. Terapijski se savez definira u svojem širem smislu kao međusobni dogovor o kolaborativnom radu u intervjuu i psihoterapiji. U dječjoj je dobi terapijski savez dodatno složen jer, osim saveza djeteta – terapeut, postoji i savez između roditelja i terapeuta.

Tikovi: nevoljne, nagle, repetitivne kretnje, neritmične motoričke kretnje (u pravilu, pojedine grupe mišića) i/ili vokalizacije, a koje su tipično kratke i nastupaju u napadajima (salvama), naoko nemaju neku svrhu. Pojedini autori navode ključne dodatne karakteristike tika: 1. Sposobnost da ga se na kratko vrijeme inhibira; 2. Inhibicija uzrokuje neugodu ili senzorički osjećaj prije tika; 3. Aktivno je sudjelovanje potrebno u provedbi tika te 4. Često je visoko sugestibilan. Tipično je za tikove da mogu fluktuirati. Pojedini autori navode vremenski tijek događanja jednog tika. Prvo postoji neugodni predosjećaj (senzomotorni fenomen kao analog svrbežu), zatim osjećaj napetosti, slijedi realizacija tika, a nakon tika slijedi umanjene napetosti (sekunde do minute) te neugodni predosjećaj itd., dakle slijedi opet isti slijed. U literaturi se navode da mogu biti „napola-voljni“, jer ih osoba povremeno svjesno može potisnuti. Prema težini, mogu biti lagani ili teški. Prema manifestaciji mogu biti motorički ili vokalni. Prema složenosti, mogu biti jednostavni (zahvaćaju samo jednu regiju mišića, riječ je o naizgled besmislenoj kretnji ili je riječ o jednostavnoj vokalizaciji) ili složeni, odnosno generalizirani, što može izgledati kao da imaju smisao, da su elaborirani. Postoje različiti poremećaji s tikovima, naime, razlikuju se tri entiteta: poremećaj s prolaznim (*provisional*) tikom; poremećaj s kroničnim motoričkim ili glasovnim tikom; te Touretteov sindrom.

Tjelesne bolesti: definirane somatske bolesti, u kojima se, međutim, nalazi važnost i psiholoških i drugih čimbenika.

Tjelesni pregled: važan dio dijagnostičkoga procesa u dječjoj psihijatriji. Uključuje specifičnu anamnezu o tjelesnim bolestima, inspekciju, tjelesni pregled, laboratorijske metode, druge pretrage različitim metodama, upućivanje drugim specijalistima te druge metode.

Tjelesni rast: tjelesni razvoj djeteta i adolescenta važan je aspekt razvoja, koji već intenzivno počinje u prena-

talno vrijeme i kroz prve godine života te se postupno nastavlja do u odraslu dob. Potrebno je poznavati osnovne miljokaze (ključne točke ili *milestones*) djetetova motoričkog razvoja.

Tjelesno kažnjavanje: odnosi se na primjenu fizičke sile s nakanom da djeteta doživi bol i/ili nelagodu, ali ne i ozljedu, u svrhu korekcije ili kontrole djetetova ponašanja. Tjelesno kažnjavanje od tjelesnog se zlostavljanja razlikuje po intenzitetu, riziku od ozljede i namjeri roditelja. U Hrvatskoj je, kao i u nekim drugim zemljama poput Njemačke, tjelesno kažnjavanje zakonom zabranjeno, međutim, to nije slučaj u nekim drugim zemljama poput Velike Britanije, nekih država SAD-a itd.

Tjelesno zanemarivanje (zapostavljanje): odnosi se na teži manjak minimuma njege i brige o djetetu (npr. manjak hrane, odjeće, higijene, skloništa).

Tjelesno zlostavljanje: odnosi se na učestalo ili jednokratno grubo, namjerno nanošenje bola, tjelesnih ozljeda, kao i na neodgovorno postupanje roditelja i drugih osoba koje uključuje potencijalni rizik od tjelesnog ozljeđivanja.

Touretteov sindrom: dobio je naziv prema Georgeu Gillesu de la Tourette, koji ga je prvi opisao godine 1885. U Touretteovu sindromu, tipično motorički tikovi počinju u gornjem dijelu tijela te imaju svoju progresiju (od rostralnog do kaudalnog dijela tijela), npr. tikovi počinju oko šeste godine života, a potpuna se klinička slika razvija oko jedanaeste godine, kada se pridodaju i vokalni tikovi. Ubraja se u poremećaje tikova koji imaju trajanje više od 12 mjeseci, a obilježavaju ga istodobno i motorički i vokalni tikovi.

Touretteova trijada: uključuje komorbiditet OKP-a, tikova i hiperkinetskog sindroma.

Transfer u djece i adolescenata: na hrvatski se može prevesti kao prijenos. Riječ je o djetetovim osjećajima prema terapeutu. Transfer je također moguć u djece i adolescenata, bez obzira na nezrelost ega te aktualne odnose djeteta sa skrbnikom. Vidjeti također termin kontratransfer.

Transrodnost: pojedinci kojima je rodni identitet nesukladan (*incongruent*) s dodijeljenim spolom pri rođenju. Povremeno se podrazumijeva binarna kategorija suprotna s obzirom na spol dodijeljen pri rođenju.

Transseksualnost: tipično se definiraju pojedinci koji traže medicinske intervencije s obzirom na vlastiti rodni identitet. Pokatkad se primjenjuje kao sinonim s obzirom na transrodnost, međutim, ovaj se termin sve manje rabi u literaturi.

Trauma: zastrašujući događaj ili serija događaja koja probija stimulusnu barijeru pojedinca i ostavlja dijete bespomoćno.

Triangularizacija (trokut interakcija): započinje u četvrtoj godini. Dotadašnje se trijade doživljavaju međusobno isprepletene. Nastaje kompleksniji doživljaj: ja sam u odnosu prema majci i ocu, međutim, oni se također nalaze u međusobnom odnosu. Edipska je faza na vrhuncu. Ovo je praforma kasnijih socijalnih odnosa.

Trihotilomanija (čupkanje kose): u kliničkoj slici postoji impuls za čupkanje, koji se ne može obuzdati, uz izvršeno zavrtnanje, povlačenje i čupkanje kose, s konačnim gubitkom kose, kao i trepavica ili obrva, ili može biti njihova kombinacija. MKB-10 ga ubraja u poremećaj kontrole impulsa, dok ga DSM-5 ubraja u OKP spektar.

Trijade: u trećoj se godini zapažaju alternative (interpersonalnih) odnosa u obliku više dijada (self-majka, self-otac). Ova faza odgovora preedipskoj fazi. Način odnosa između triju osoba. Pojedini autori ne poistovjećuju ih s terminom triangularizacija.

Trudnoća: trudnoća je „kritična faza“ u životu žene, kada nastaju velike promjene, reorganizacija, kao i integracija „procesu kreiranja osjećaja majčinstva“ (engl. *mother-to-be*), a u tom procesu sudjeluju biološki čimbenici, životno iskustvo, kao i psihološko stanje. Trudnoća počinje uobičajeno koncepcijom, odnosno seksualnim odnosom partnera, međutim, u posljednje vrijeme postoje i nove metode fertilizacije (*in vitro* fertilizacija), doniranje jajašaca (npr. *gay* parovi), kao i artifičijalne fertilizacije, koje mogu imati svoje posebne biološke i psihološke osobitosti.

U

Učitelji u bolnici: poučavaju u bolničkom okruženju obrazovne sadržaje u skladu s nastavnim planom i programom i individualnim potrebama ne zanemarujući pritom ni odgojnu komponentu. Svakodnevno se suočavaju s potrebama učenika i prilagođuju se osobnostima učenika i okolnostima organizacije nastave.

Ulcerozni kolitis: riječ je o teškoj kroničnoj recidivirajućoj upalnoj bolesti debeloga crijeva, uz povremena pogoršanja. Pojedini se tipovi mogu ubrojiti u psihosomatske poremećaje.

Ulcus pepticum: želučani i duodenalni ulkus recidivirajuće su bolesti i označuju leziju sluznice koja uzrokuje smetnje probavnog trakta u obliku bolova, osje-

ćaja napetosti u abdomenu, mučnine i izbjegavanja određene hrane. Pojedini se tipovi mogu ubrojiti u psihosomatske poremećaje.

Uvid: pojam „uvida“ (engl. *insight*; njem. *Einsicht*) u mnogim je psihoterapijskim školama važan konstrukt. Ovdje se taj konstrukt odnosi na jedan širi kognitivni kontinuum od introspekcije do samorefleksije. Pojedine grupe autora to navode kao Uvid u biopsihosocijalne povezanosti, koji je dio osi specifičnih pretpostavki za terapiju, koju je razvio OPD-KJ-2. Dakle, ovdje se pojam odnosi više na kognitivni aspekt.

V

Vršnjačko nasilje (engl. *bullying*): možemo ga ubrojiti u jedan oblik tjelesnog zlostavljanja, ali je važan kriterij repetitivnosti i asimetrija moći između nasilnika i žrtve, odnosno onda ne uključuje međusobni fizički sukob npr. dvaju dječaka iste dobi, što se može činiti kao razvojno prihvatljivo ako je povremeno. Nije psihijatrijska dijagnoza na prvoj osi.

Vrtnje glavom i tijelom (*jactatio capitis i jactatio corporis*): pod vrtnjama razumijevamo stereotipne, ritmične pokrete koji se većinom pojavljuju tijekom uspavlivanja ili u stanju samoće, a za dijete čine određenu ugodu.

Z

Zdravstvena njega na odjelima dječje i adolescentne psihijatrije: primjenjuju se opći principi zdravstvene njege, međutim, postoje i nadopune i modifikacije posebne za dječju i adolescentnu psihijatriju.

Združena pažnja (engl. *shared attention*): može se označiti i kao zajednička pažnja. Označuje situaciju kada se i majka i dijete fokusiraju na neki treći objekt. Zajednička pažnja često je odsutna ili površna u djece s autističnim spektrom poremećaja.

Zlatni standard dijagnostike: neprecizan pojam u psihijatriji i psihologiji. Za dječjeg je psihijatra zlatni standard u dijagnostici djece i adolescenata klinički intervju, odnosno nijedan dodatni instrument ne može nadomjestiti intervju. Kada se kaže da je zlatni standard dijagnostike neki strukturirani test (npr. strana situacija za mjerenje privrženosti), onda se implicira važnost ove procedure, međutim, može uzrokovati zbrku pojmova i praktičnih procedura kako nešto dijagnosticirati u dječjoj dobi.

Zrcaljenje: u literaturi je to višeznačni pojam, ima svoju važnu perceptivnu dimenziju, a obuhvaća spek-

tar od vanjskog ponašanja u smislu imitacije, neverbalnog ponašanja, pa sve do intersubjektivnog odnošenja, odnosno dijeljenje nekog unutrašnjeg stanja (afektivno usklađivanje u užem smislu) i posljedične verbalizacije afektivnih stanja. Dakle, može se reći da kroz zrcaljenje djetetovih afektivnih stanja majka omogućuje stvaranje mentalnih reprezentacija afekata u djeteta usporo razvijajući iskustvo o sebi i drugima.

Ž

Žalovanje u djece: žalovanje ili rad žalovanja možemo definirati kao psihofiziološki odgovor na gubitak bliske osobe s preokupacijama o umrloj osobi, i postupnim otpuštanjem od ove povezanosti, karakteriziran manjkom interesa za vanjski svijet, praćeno osjećajima tuge, poremećajima spavanja i drugim fenomenima. Riječ je o normalnoj, fiziološkoj pojavi.

Kazalo pojmova

Ivan Begovac

A

Abnormalno jedenje (v. poglavlje 33, 59)
 Adaptacija (prilagodba) (v. poglavlje 10)
 Adaptabilne vještine (v. poglavlje 21, 39)
 Adolescencija (v. poglavlje 6)
 Adolescentne trudnice sa psihičkim smetnjama
 (v. poglavlje 32)
 Afazije (v. poglavlje 42)
 Afektivni poremećaji (v. poglavlje 55)
 Afektivno usklađivanje (engl. *affect attunement*)
 (v. poglavlje 4)
 Agresivno ponašanje (v. poglavlje 64)
 Agresivnost (v. poglavlje 64)
 Akutna stanja napetosti, psihomotorna agitacija,
 agresija (v. poglavlje 26)
 Akutna stresna reakcija (v. poglavlje 30, 31, 67)
 Akutni ili tip 1 traumatski događaj
 (v. poglavlje 30, 31, 67)
 Aleksitimija (v. poglavlje 48)
 Alkoholni fetalni spektar poremećaja (v. poglavlje 32)
 Anamneza školskog djeteta i adolescenta
 (v. poglavlje 18)
 Anamneza u novorođenčeta, dojenčeta,
 djece u dobi „trčkarala“ i predškolske djece
 (v. poglavlje 16)
 Anankastični (opsesivno-kompulzivni) poremećaj
 ličnosti (v. poglavlje 65)
 Anđeli iz prošlosti ili dječje sobe (engl. *angels*
in the nursery) (v. poglavlje 3)
 Anhedonija (v. poglavlje 15, 54)
 Anksiolitici (v. poglavlje 26, 73, 74)
 Anksiozni (emocionalni) poremećaji
 (v. poglavlje 56)
 Anksiozno (izbjegavajući) poremećaj ličnosti
 (v. poglavlje 65)
 Anoreksija nervoza (v. poglavlje 59)
 Antidepresivi (v. poglavlje 73, 74)
 Antipsihotici (v. poglavlje 26, 54, 73, 74)
 Antisocijalni, disocijalni, asocijalni poremećaj
 ličnosti (v. poglavlje 65)

Apatija (v. poglavlje 15)
 Artificijelni poremećaj (v. poglavlje 49)
 Asertivnost (v. poglavlje 64)
 Aspergerov sindrom (v. poglavlje 41)
 Astma bronhalna (v. poglavlje 48)
 Atipični (netipični) autizam (v. poglavlje 41)
 Autistični sindromi (v. poglavlje 41)
 Autistični spektar poremećaja (v. poglavlje 40)
 Autizam (v. poglavlje 40, 41)

B

Bihevioralna terapija (v. poglavlje 5, 75)
 Biheviorizam (v. poglavlje 5)
 Biološki spol (engl. *sex*) (v. poglavlje 8, 68)
 Biopsihosocijalni model razvoja i etiopatogeneze
 (v. poglavlje 10)
 Bipolarni afektivni poremećaj (v. poglavlje 55)
 Bolovi u prsima (v. poglavlje 47)
 Borderline poremećaj (v. poglavlje 65, 66)
 Borderline organizacija ličnosti (v. poglavlje 65, 66)
 Bulimija nervoza (v. poglavlje 59)

C

Ciklotimija (v. poglavlje 55)
 Cisrodnost (*cisgender*) (v. poglavlje 8, 68)
 Cistična fibroza (v. poglavlje 51)
 Crtež djeteta (v. poglavlje 7, 79)

D

Delinkvencija (v. poglavlje 64)
 Delirij (v. poglavlje 26)
 Depersonalizacijsko-derealizacijski poremećaj
 (v. poglavlje 45)
 Depresivni poremećaji (v. poglavlje 55)
 Depresivni poremećaj ličnosti (v. poglavlje 65)
 Dermatotilomanija (engl. *excoriation disorder*
 ili *skin picking disorder*) (v. poglavlje 58)
 Dezinhibirani poremećaj privrženosti u djetinjstvu
 (v. poglavlje 35)
 Dezintegrativni poremećaj (v. poglavlje 41)

Diabetes mellitus (v. poglavlje 51)
 Dijada (v. poglavlje 4; 20)
 Dijagnostički proces (v. poglavlje 13, 14)
 Dijagnostika obitelji (v. poglavlje 24);
 Dijagnoza (v. poglavlje 13, 14)
 Dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT)
 (v. poglavlje 65, 66)
 Dimenzionalni pojam bolesti (v. poglavlje 10)
 Disforičnost (v. poglavlje 15)
 Diskurs (v. poglavlje 42)
 Disocijalno ponašanje (v. poglavlje 64)
 Disocijativni poremećaji (v. poglavlje 44, 45)
 Disocijativni poremećaji svjesnosti (poremećaji
 s pretežno psihičkom simptomatologijom)
 (v. poglavlje 44, 45)
 Disocijativni poremećaji s tjelesnim (somatskim)
 simptomima (v. poglavlje 44, 45)
 Distimija (v. poglavlje 55)
 Dječji autizam (v. poglavlje 41)
 Dnevnobolnička psihoterapija (v. poglavlje 76)
 Dobit od bolesti (v. poglavlje 20)
 Duhovi iz prošlosti (engl. *ghosts in the nursery*)
 (v. poglavlje 3)

E

Edipska faza razvoja (v. poglavlje 4)
 Eksplozivni govor (engl. *cluttering*) (v. poglavlje 42)
 Elektivni mutizam (ili selektivni mutizam)
 (v. poglavlje 56)
 Emocija (v. poglavlje 5)
 Emocionalno nestabilna ličnost (v. poglavlje 65, 66)
 Endokrini poremećaji (v. poglavlje 51)
 Enkopreza (v. poglavlje 62)
 Enureza (v. poglavlje 61);
 Epidemiologija (v. poglavlje 11)
 Epilepsija (v. poglavlje 52)

F

Fantazam „obiteljskog romana“ (v. poglavlje 6)
 Fantazijsko kreiranje kod konverzije
 (v. poglavlje 44)
 Farmakodinamika (v. poglavlje 74)
 Farmakokinetika (v. poglavlje 74)
 Fetalni smiješak (v. poglavlje 3)
 Fetalni um (v. poglavlje 3)
 Fetalno programiranje (v. poglavlje 3)
 Fibromialgija (v. poglavlje 47)
 Fobični poremećaj (v. poglavlje 56)
 Formulacija (dijagnostička) (v. poglavlje 13, 14)

Funkcionalna dispepsija (v. poglavlje 47)
 Funkcionalni poremećaji GI trakta u dojenčeta
 (v. poglavlje 33)

G

Glavobolje uzrokovane napetošću (v. poglavlje 47)
 Generalizirani anksiozni poremećaj
 (v. poglavlje 56)
 Govor (engl. *speech*) (v. poglavlje 42)
 Grafičko stvaranje djeteta (crtež djeteta)
 (v. poglavlje 7, 79)
 Grizenje noktiju (engl. *nail biting ili onychophagia*)
 (v. poglavlje 58)
 Grupna psihoterapija djece i adolescenata
 (v. poglavlje 76)

H

Halucinacija (v. poglavlje 15, 54)
 Hemofilija (v. poglavlje 51)
 Higijena spavanja (v. poglavlje 63)
 Hiperkinetski poremećaj (v. poglavlje 37)
 Hipohondrijski poremećaj (v. poglavlje 46)
 Histerija (v. poglavlje 44, 45)
 Histrijski poremećaj ličnosti (v. poglavlje 65)
 Hitna psihijatrijska stanja djece (v. poglavlje 26)

I

Igra djeteta (v. poglavlje 16, 77)
 Individualni čimbenici u razvoju i etiopatogenezi
 (v. poglavlje 10)
 Impulzivnost (v. poglavlje 15, 58)
 Incest (v. poglavlje 31)
 Incidencija (v. poglavlje 11)
 Indeks tjelesne mase (v. poglavlje 59, 60)
 Individualna psihodinamski orijentirana
 psihoterapija (v. poglavlje 76)
 Insceniranje (v. poglavlje 20)
 Intelektualne teškoće (IT) (v. poglavlje 21, 39)
 Inteligencija (v. poglavlje 21, 39)
 Interakcionistički model (v. poglavlje 20)
 Intermitentni eksplozivni poremećaj
 (v. poglavlje 64)
 Intersubjektivnost (v. poglavlje 4)
 Intervju (psihijatrijski, psihoterapijski, klinički)
 (v. poglavlje 14)
 Iritabilni kolon (v. poglavlje 46)
 Iritabilnost (v. poglavlje 15)
 Izbjegavajuće/restriktivni poremećaj unosa hrane
 (IRPUH) (v. poglavlje 33, 59)
 Izbor organa kod konverzije (v. poglavlje 44)

J

Jezik (*engl. language*) (v. poglavlje 42)

K

- Karakter** (v. poglavlje 65)
Katatonija (v. poglavlje 26)
Kategorijalni pojam bolesti (klinički model)
 (v. poglavlje 10)
Klasično uvjetovanje (v. poglavlje 5, 75)
Klasifikacija psihičkih poremećaja
 (v. poglavlje 14, 25)
Kleptomanija (patološka krađa) (v. poglavlje 58)
Kognitivna teorija (v. poglavlje 5, 75)
Kognitivna terapija (v. poglavlje 5, 75)
Kognitivno-bihevioralna terapija (v. poglavlje 5, 75)
Komorbiditet (v. poglavlje 11)
Komplicirano žalovanje (v. poglavlje 67)
Kompulzija (v. poglavlje 57)
Komunikacija (*engl. communication*)
 (v. poglavlje 42)
Koncept neuroplastičnosti (v. poglavlje 3)
Koncept otpornosti (*resilience*) (v. poglavlje 10)
Koncept razvojnih linija (v. poglavlje 20)
Koncept razvojnih zadaća (v. poglavlje 20)
Koncept smrti u djece (v. poglavlje 12, 51)
Koncept vulnerabilnosti (v. poglavlje 10)
Konflikt (psihički, intrapsihički) (v. poglavlje 20, 44)
Kontinuitet prenatalnog i postnatalnog razdoblja
 (v. poglavlje 3)
Kontratransfer (protuprijenos) (v. poglavlje 14, 20, 76)
Konverzija (v. poglavlje 44, 45)
Konzilijarna djelatnost (v. poglavlje 50)
Kriminalitet (v. poglavlje 64)
Kronična renalna insuficijencija (v. poglavlje 51)
Kronično tjelesno (motoričko) oštećenje
 (v. poglavlje 51)
Kumulativna incidencija (v. poglavlje 11)
Kvocijent inteligencije (IQ) (v. poglavlje 39)

L

- Landau-Kleffnerov sindrom** (v. poglavlje 42)
Latencija (v. poglavlje 6)
Leukemije i tumori (v. poglavlje 51)
Liaison psihijatrija u dječjoj dobi (v. poglavlje 50)
Ličnost (v. poglavlje 65)
Lijekovi za liječenje enureze (v. poglavlje 61, 73, 74)
Likovnost u psihoterapiji djece i adolescenata
 (v. poglavlje 7, 79)

M

- Maligni neuroleptički sindrom** (v. poglavlje 26, 54, 73, 74)
Manija (v. poglavlje 55)
Medicinska sestra / tehničar u području rada dječje i adolescentne psihijatrije (v. poglavlje 71)
MBT – na mentalizaciji utemeljena terapija
 (v. poglavlje 65, 66)
Mehanizmi obrane (v. poglavlje 10, 44)
Meningitički sindrom ili meningizam
 (v. poglavlje 23)
Mentalizacija (v. poglavlje 4, 65, 66)
Metabolički sindrom (v. poglavlje 74)
Migrena (v. poglavlje 47)
Mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj
 (v. poglavlje 56)
„Model diskrepancije“ kod razvojnih poremećaja
 (v. poglavlje 43)
Model psihosocijalne prilagodbe na tjelesnu bolest
 (v. poglavlje 50)
Model somatizacije (v. poglavlje 46)
Monada (v. poglavlje 4)
Motivacija (v. poglavlje 18)
Motoričke stereotipije (v. poglavlje 36)
Mucanje (v. poglavlje 42)
Münchhausenov sindrom (v. poglavlje 49)
Münchhausenov sindrom preko posrednika
 (v. poglavlje 49)
Multiaksijalna procjena MKB-10 (v. poglavlje 20, 25)
Multidisciplinarna dijagnostika (v. poglavlje 13)
Multiinformativni pristup kod kliničke procjene
 (v. poglavlje 13, 14)
Multimodalna dijagnostika (v. poglavlje 13)
Multimodalna terapija (v. poglavlje 13)
Muskuloskeletni bol (v. poglavlje 47)

N

- Narcistički poremećaj ličnosti** (v. poglavlje 65)
Natalni spol / spol pri rođenju (natal sex / birth sex)
 (v. poglavlje 8, 68)
Negativni simptomi kod shizofrenije (v. poglavlje 15, 54)
Neurobihevioralni poremećaji koji se odnose na fetus (v. poglavlje 32)
Neurodermitis (atopični dermatitis) (v. poglavlje 48)
Neurokognitivni poremećaji (v. poglavlje 53)
Neuropedijatrijska (neurološka) anamneza i pregled (v. poglavlje 23)
Neuroza (v. poglavlje 44)

O

- Obiteljska anamneza (v. poglavlje 16, 18)
 Obiteljska, bračna i partnerska terapija
 (v. poglavlje 76)
 Obiteljski dijagnostički proces (v. poglavlje 24)
 „Off Label“ primjena lijekova (v. poglavlje 73)
 Okolišni čimbenici u razvoju i etiopatogenezi
 (v. poglavlje 10)
 Ometajući (disruptivni) poremećaj disregulacije
 raspoloženja (v. poglavlje 55, 64)
 Opće razvojno kašnjenje (ORK) (engl. *global developmental delay*) (v. poglavlje 21, 39)
 Opći principi ustroja središnjega živčanoga sustava
 (v. poglavlje 1)
 Operacionalizirana psihodinamska dijagnoza
 (v. poglavlje 20)
 Operantno uvjetovanje (v. poglavlje 5, 75)
 Opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj
 u dobi „trčkarala“ ili predškolskog djeteta
 (v. poglavlje 33)
 Opozicionalni (suprotstavljajući) poremećaj
 (v. poglavlje 64)
 Opsesije (v. poglavlje 57)
 Opsesivno-kompulzivni poremećaj (v. poglavlje 57)
 Opsesivno-kompulzivni spektar poremećaja
 (v. poglavlje 57)
 Os interakcije (relacijski i interpersonalni aspekti)
 (v. poglavlje 20)
 Os subjektivne dimenzije (v. poglavlje 20)
 Oštećenje sluha (v. poglavlje 51)
 Oštećenje vida (v. poglavlje 51)
 Otpornost (*resilience*) (v. poglavlje 20)
 Ovisni (astenični; pasivni) poremećaj ličnosti
 (v. poglavlje 65)

P

- Palijativna skrb djece (v. poglavlje 12, 51)
 PANDAS (v. poglavlje 57)
 Panični poremećaj (v. poglavlje 56)
 Parafilije (v. poglavlje 69)
 Parafilijni poremećaji (v. poglavlje 69)
 Paranoidni poremećaj ličnosti (v. poglavlje 65)
 Patološko kockanje (v. poglavlje 58)
 Patološko korištenje internetom i videoigrama
 (engl. *internet gaming disorder ili compulsive
 – impulsive internet usage disorder*) (v. poglavlje 58)
 Perinatalno mentalno zdravlje i perinatalna
 psihijatrija (v. poglavlje 32)
 Perzistirajući poremećaji raspoloženja
 (v. poglavlje 55)
 Pica (v. poglavlje 33)
 Piromanija (patološko paljenje) (v. poglavlje 58)
 Plan liječenja (v. poglavlje 13)
 Pojmovnik psihopatoloških termina u dječjoj
 i adolescentnoj dobi (v. poglavlje 15)
 Ponašanja čišćenja (*purging behavior*)
 (v. poglavlje 59)
 Ponavljani ili tip 2 traumatski događaj
 (v. poglavlje 30, 31, 67)
 Poremećaj glasa (engl. *voice disorder*)
 (v. poglavlje 42)
 Poremećaj hranjenja (v. poglavlje 59)
 Poremećaj hranjenja, jedenja i rasta u dojenčadi
 (v. poglavlje 33)
 Poremećaj jezičnog izražavanja (specifični
 poremećaj ekspresivnog jezika) (v. poglavlje 42)
 Poremećaj jezičnog razumijevanja (mješoviti
 receptivno-ekspresivni poremećaj jezika)
 (v. poglavlje 42)
 Poremećaj kontrole impulsa (v. poglavlje 58)
 Poremećaj ličnosti (v. poglavlje 65)
 Poremećaj ponašanja (socijalnog) (v. poglavlje 64)
 Poremećaj povezan s uporabom supstancija
 (v. poglavlje 27)
 Poremećaj prejedanja (vidi poglavlje 59)
 Poremećaj prilagodbe (vidi poglavlje 67)
 Poremećaj privrženosti (v. poglavlje 35)
 Poremećaj reaktivne privrženosti u djetinjstvu
 (v. poglavlje 35)
 Poremećaj s kroničnim motoričkim ili glasovnim
 tikom (v. poglavlje 38)
 Poremećaj s prolaznim (*provisional*) tikom
 (v. poglavlje 38)
 Poremećaj s tjelesnom distorfijom (PTD)
 (engl. *body dysmorphic disorder*) (v. poglavlje 58)
 Poremećaj skupljanja (engl. *hoarding disorder*)
 (v. poglavlje 57)
 Poremećaj spavanja (v. poglavlje 63)
 Poremećaj spavanja dojenčadi (v. poglavlje 33)
 Poremećaj tjelesne sheme (v. poglavlje 59)
 Poremećaj vezan za suparništvo s bratom
 ili sestrom (v. poglavlje 56)
 Postnatalni psihički poremećaji u majke i dojenčeta
 (v. poglavlje 32)
 Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)
 (v. poglavlje 30, 31, 67)
 Poteškoće privrženosti (v. poglavlje 35)
 Pozitivni kriteriji za dijagnozu disocijativnog
 poremećaja (v. poglavlje 45)

- Pozitivni kriteriji za somatizacijski i somatoformni poremećaj** (v. poglavlje 46)
- Praćenje umiruće djece (palijativna skrb djece)** (v. poglavlje 12, 51)
- Pragmatika** (v. poglavlje 42)
- Preduvjeti za liječenje** (v. poglavlje 20)
- „Prekrasna ravnodušnost“ (*la belle indifférence*)** (v. poglavlje 44, 45)
- Prenatalni psihički poremećaji majke** (v. poglavlje 32)
- Prenatalni (fetalni) razvoj** (v. poglavlje 3)
- Pretilost** (v. poglavlje 60)
- Pretjerane (ekscesivne) genitalne manipulacije male djece** (v. poglavlje 36)
- Pretjerano (ekscesivno) plakanje dojenčadi** (v. poglavlje 33)
- Pretjerano (ekscesivno) vježbanje** (v. poglavlje 59)
- Prevalencija** (v. poglavlje 11)
- Prevalencija – životna (*lifetime*)** (v. poglavlje 11)
- Prijenosno fokusirana psihoterapija (TFP)** (v. poglavlje 65, 66)
- Prirođene srčane greške (angiokardiopatije)** (v. poglavlje 51)
- Pritisak patnje (težine)** (v. poglavlje 20)
- Privrženost** (v. poglavlje 5, 20, 35, 65, 66)
- Privrženost između majke i fetusa** (vidi pogl. 3, 32)
- Procjena (klinička) (engl. *assessment – clinical*)** (v. poglavlje 14)
- Procjena interakcije između roditelja i dojenčeta** (v. poglavlje 16)
- Protektivni čimbenici u razvoju i etiopatogenezi** (v. poglavlje 10)
- Psihička struktura** (v. poglavlje 20)
- Psihički poremećaj** (v. poglavlje 10, 13)
- Psihički poremećaji roditelja i poveznica sa psihičkim problemima u djece** (v. poglavlje 32)
- Psihički status u dojenčadi, dobi „trčkarala“ i predškolskog djeteta** (v. poglavlje 17)
- Psihički status za školsku djecu i adolescente** (v. poglavlje 19)
- Psihodinamska dijagnoza** (v. poglavlje 20)
- Psihodinamske terapije u djece i adolescenata** (v. poglavlje 76)
- Psihodrama** (v. poglavlje 76)
- Psihogena sinkopa** (v. poglavlje 45)
- Psihogeno** (v. poglavlje 48)
- Psihološka procjena** (v. poglavlje 21)
- Psihološki testovi** (v. poglavlje 21)
- Psihosomatsko polje** (v. poglavlje 48)
- Psihosomatski poremećaji** (v. poglavlje 48)
- Psihostimulansi** (v. poglavlje 37, 73, 74)
- Psihoterapija para dojenče – skrbnik** (v. poglavlje 76)
- Psihoza** (v. poglavlje 54)

R

- Rad s roditeljima (psihodinamski)** (v. poglavlje 76)
- Rani atipični autistični spektar poremećaja** (v. poglavlje 40)
- Razvoj (integrativni psihoanalitički i psihološko/psihijatrijski model)** (v. poglavlje 4)
- Razvoj (psihoanalitičko hermeneutičko-scenski i razumijevajući model)** (v. poglavlje 20)
- Razvoj jezika i govora** (v. poglavlje 7)
- Razvoj kognitivnih mentalnih procesa s neurobiološkog stajališta** (v. poglavlje 1)
- Razvoj morala** (v. poglavlje 7)
- Razvoj motivacije** (v. poglavlje 7)
- Razvoj prema dobi** (v. poglavlje 9)
- Razvojna psihopatologija (*developmental psychopathology*) ili razvojna psihijatrija (*developmental psychiatry*)** (v. poglavlje 10)
- Razvojna razdoblja kore velikog mozga** (v. poglavlje 1)
- Razvojne zadaće** (v. poglavlje 10)
- Razvojni *borderline* poremećaj ličnosti** (v. poglavlje 65, 66)
- Razvojni poremećaj ličnosti** (v. poglavlje 65, 66)
- Razvojni procesi središnjega živčanoga sustava** (v. poglavlje 1)
- Razvojno psihopatologijski model** (v. poglavlje 20)
- Reflektivna funkcija** (v. poglavlje 3, 4, 32)
- Regionalni enteritis (Chronova bolest)** (v. poglavlje 48)
- Regulacijski poremećaji** (v. poglavlje 33)
- Rekurentni abdominalni poremećaj (RAP)** (v. poglavlje 47)
- Reprezentacije** (v. poglavlje 3, 4, 32)
- Respiratorni afektivni napadaji (engl. *breath holding spells*)** (v. poglavlje 33)
- Restrikcija hrane** (v. poglavlje 59)
- Resursi (snage)** (v. poglavlje 20)
- Rettov sindrom** (v. poglavlje 41)
- Rizični čimbenici u razvoju i etiopatogenezi** (v. poglavlje 10)
- Rod** (v. poglavlje 8, 68)
- Rod dodijeljen pri rođenju (*assigned gender*)** (v. poglavlje 8, 68)
- Rod – doživljeni (*gender*)** (v. poglavlje 8, 68)

- Rod – potvrđen (*affirmed gender*) (v. poglavlje 8, 68)
 Rodna disforija (v. poglavlje 68)
 Rodna disforija u adolescenata i odraslih (v. poglavlje 68)
 Rodna disforija u djece (v. poglavlje 68)
 Rodna ekspresija (*gender expression*) (v. poglavlje 8, 68)
 Rodna nenormativnost (v. poglavlje 8, 68)
 Rodna uloga (*gender role*) (v. poglavlje 8, 68)
 Rodni identitet (doživljeni identitet) (*gender identity*) (v. poglavlje 8, 68)
 Rodni identitet – temeljni (bazični) (v. poglavlje 8, 68)
 Rodno neodgovarajući (*non-conforming*) (v. poglavlje 8, 68)
 Rodna varijanta (v. poglavlje 8, 68)
 Rodna nesukladnost (*incongruence*) (v. poglavlje 8, 68)
 Ruminacija (v. poglavlje 33)
- S**
- Sa stresom povezani poremećaji (v. poglavlje 30, 31, 67)
 Samoozljeđivanje (v. poglavlje 28, 29)
 Samorefleksivnost (v. poglavlje 20)
 Samoregulirajuće funkcije (v. poglavlje 16)
 Scena (scensko prikazivanje) (v. poglavlje 20)
 Scensko razumijevanje (v. poglavlje 20)
 Seksualna orijentacija (*sexual orientation*) (v. poglavlje 8, 68)
 Seksualna terapija (engl. *sex therapy*) (v. poglavlje 70)
 Seksualne disfunkcije (v. poglavlje 70)
 Seksualno zlostavljanje (v. poglavlje 30, 31, 67)
 Seksualnost (općenito) (v. poglavlje 8, 70)
 Separacijski anksiozni poremećaj (v. poglavlje 56)
 Serotoninski sindrom (v. poglavlje 74)
 Shema – fokusirana terapija (SFT) (v. poglavlje 65, 66)
 Shizofreni spektar poremećaja i drugi psihotični poremećaji (v. poglavlje 54)
 Shizoidni poremećaj ličnosti (v. poglavlje 65)
 Shizotipni poremećaj ličnosti (v. poglavlje 65)
 Simbioza (v. poglavlje 4)
 Simboličko značenje simptoma (v. poglavlje 44, 45)
 Sisanje prsta (engl. *thumb sucking*) (v. poglavlje 36)
 Smanjena (reducirana) tjelesna masa (pothranjenost) (v. poglavlje 59)
 Snovi u djece i adolescenata (v. poglavlje 78)
- Socijalna komunikacija (v. poglavlje 42)
 Socijalna tranzicija (v. poglavlje 68)
 Socijalno pragmatički poremećaj komunikacije (v. poglavlje 42)
 Somatizacijski poremećaj (v. poglavlje 46)
 Somatoformni bolni sindrom (v. poglavlje 46, 47)
 Somatoformno (v. poglavlje 46)
 Somatski sindrom kod depresije (v. poglavlje 55)
 Spavanje (v. poglavlje 63)
 Specifična terapijska motivacija (v. poglavlje 20)
 Specifični poremećaj artikulacije (fonološki ili artikulacijski poremećaj ili tepanje /dislalija/, engl. *speech sound disorder*) (v. poglavlje 42)
 Specifični poremećaj interakcije ranoga djetinjstva (v. poglavlje 34)
 Specifični razvojni poremećaj motoričke koordinacije (v. poglavlje 43)
 Specifični razvojni poremećaj školskih vještina (v. poglavlje 43)
 Spol (općenito) (v. poglavlje 8, 68)
 Spolne različitosti (v. poglavlje 8)
 Spolni dimorfizam mozga (v. poglavlje 1, 3)
 Stabilizatori raspoloženja (v. poglavlje 55, 73, 74)
 Stacionarna psihoterapija (v. poglavlje 76)
 Stacionarno liječenje (v. poglavlje 56, 65, 66, 57)
 Strah od dobivanja na masi ili strah biti debela/ debeat ili stalno ponašanje koje interferira s dobicom na masi (v. poglavlje 59)
 Strukturirani dijagnostički psihijatrijski intervjui (v. poglavlje 14)
 Subjektivna hipoteza o bolesti (v. poglavlje 20)
 Subjektivna motivacija za promjenom (v. poglavlje 20)
 Subjektivna težina somatskog/psihičkog oštećenja (v. poglavlje 20)
 Suicid (v. poglavlje 28)
 Suicidalnost (v. poglavlje 28)
 Suicidalni pokušaj (v. poglavlje 28)
 Sumanutost (v. poglavlje 15, 54)
 Suočavanje (engl. *coping*) (v. poglavlje 10)
 Suradljivost (engl. *compliance*) (v. poglavlje 73)
- Š**
- Škola i dječja psihijatrija (v. poglavlje 72)
 Škola na stacionarnom odjelu dječje psihijatrije (v. poglavlje 72)
 Školska socijalna fobija (v. poglavlje 56, 72)
 Školsko izostajanje (v. poglavlje 72)

T

- Temperament** (v. poglavlje 7, 65, 66)
Teorija sadržavanja (*containment*) (v. poglavlje 4)
Teorija uma (v. poglavlje 4, 5, 40)
Terapija igrom (*play therapy*) (v. poglavlje 77)
Terapija rodne disforije u djece (v. poglavlje 68)
Terapijski savez (v. poglavlje 14, 20)
Tikovi (v. poglavlje 38)
Tjelesne bolesti (v. poglavlje 50, 51)
Tjelesni pregled (v. poglavlje 22)
Tjelesni rast (v. poglavlje 7)
Tjelesno kažnjavanje (v. poglavlje 30, 31)
Tjelesno zanemarivanje (zapostavljanje)
 (v. poglavlje 30, 31)
Tjelesno zlostavljanje (v. poglavlje 30, 31)
Touretteov sindrom (v. poglavlje 38)
Touretteova trijada (v. poglavlje 37, 38, 57)
Transfer u djece i adolescenata (v. poglavlje 76)
Transrodnost (v. poglavlje 68)
Transseksualnost (v. poglavlje 68)
Trauma (v. poglavlje 66, 67)
Triangularizacija (v. poglavlje 4)
Trihotilomanija (čupkanje kose) (v. poglavlje 58)

- Trijade** (v. poglavlje 4, 20)
Trudnoća (v. poglavlje 3)

U

- Učitelji u bolnici** (v. poglavlje 72)
Ulcerozni kolitis (v. poglavlje 48)
Ulcus pepticum (v. poglavlje 48)
Uvid (v. poglavlje 20)

V

- Vršnjačko nasilje** (engl. *bullying*) (v. poglavlje 30)
Vrtnje glavom i tijelom (*jactatio capitis i jactatio corporis*) (v. poglavlje 36)

Z

- Zdravstvena njega na odjelima dječje i adolescentne psihijatrije** (v. poglavlje 71)
Združena pažnja (v. poglavlje 40)
Zlatni standard dijagnostike (v. poglavlje 13)
Zrcaljenje (vidi poglavlje 4)

Ž

- Žalovanje u djece** (v. poglavlje 12)