

Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla

Majić, Gordan

Doctoral thesis / Disertacija

2011

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:445170>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-10**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)





Središnja medicinska knjižnica

Majić, Gordan (2011) *Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

<http://medlib.mef.hr/987>

University of Zagreb Medical School Repository

<http://medlib.mef.hr/>

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Gordan Majić

**Funkcioniranje obitelji djeteta s
recidivirajućom abdominalnom boli
neorganskog porijekla**

DISERTACIJA

Zagreb, 2011.

Disertacija je izrađena na Klinici za psihološku medicinu Kliničkoga bolničkog centra Zagreb, Rebro.

Voditelj rada i mentor: prof. dr. sc. Vesna Vidović

Zahvaljujem svima koji su pomogli u izradi ove disertacije, posebno mentorici, kolegama, pacijentima i njihovim roditeljima koji su sudjelovali u ovom istraživanju.

SADRŽAJ

1	UVOD.....	3
1.1	RECIDIVIRAJUĆA ABDOMINALNA BOL NEORGANSKOG PORIJEKLA	4
1.1.1	<i>Modeli klasifikacije recidivirajuće abdominalne boli</i>	4
1.1.2	<i>Epidemiologija i etiologija recidivirajuće abdominalne boli.....</i>	5
1.1.3	<i>Klinička slika i terapija recidivirajuće abdominalne boli.....</i>	7
1.2	FENOMEN BOLI SA GLEDIŠTA BIOPSIHOSOCIJALNOG MODELA	9
1.3	ODNOS TJELESNIH I PSIHOLOŠKIH FAKTORA U NASTANKU PSIHOSOMATSKIH POREMEĆAJA	10
1.3.1	<i>Psihosomatski poremećaji u klasifikacijama icd-10 i dsm-iv.....</i>	10
1.3.2	<i>Razvojni dinamski aspekti psihosomatskih poremećaja u ranoj dobi.....</i>	12
1.3.3	<i>Somatoformni poremećaji u dječjoj i adolescentnoj dobi</i>	14
1.4	EMOCIJE I KONCEPT REGULACIJE AFEKTA	15
1.4.1	<i>Razvoj ranih interakcija i emocionalne regulacije tijekom djetinjstva.....</i>	18
1.4.2	<i>Teorija privrženosti</i>	20
1.4.3	<i>Rizični faktori u razvojnoj psihopatologiji</i>	24
1.4.4	<i>Utjecaj stresa i poremećaj ranih interakcija</i>	25
1.5	ALEKSITIMIJA	26
1.5.1	<i>Uvod</i>	26
1.5.2	<i>Etiologija i dosadašnja istraživanja.....</i>	27
1.5.3	<i>Aleksitimija kao obilježje osobnosti</i>	31
1.5.4	<i>Klinička slika i terapija aleksitimije.....</i>	32
1.6	OBITELJSKA DINAMIKA.....	35
1.6.1	<i>Psihobiosocijalni faktori vezani uz obiteljsko funkcioniranje</i>	35
1.6.2	<i>Obiteljska disfunkcija i roditeljski sukob.....</i>	36
1.6.3	<i>Protektivni faktori</i>	38
1.6.4	<i>Obiteljska dinamika i somatizacije</i>	38
1.6.5	<i>Uloga nesigurne privrženosti u nastanku somatizacija.....</i>	39
2	CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZA.....	40
2.1	CILJ ISTRAŽIVANJA	40
2.2	HIPOTEZA.....	40
3	ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA	41
3.1	ISPITANICI.....	41
3.2	MJERNI INSTRUMENTI I NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA.....	41
3.2.1	<i>FAD - Family Assessment Device</i>	42
3.2.2	<i>TAS - Toronto Alexithymia Scale</i>	43
3.2.3	<i>CBCL - Lista dječjeg ponašanja</i>	44
3.3	STATISTIČKA OBRADA	45
3.4	ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA.....	45

4	REZULTATI.....	46
4.1	OPĆI DIO.....	46
4.2	REZULTATI NA FAD UPITNIKU	48
4.3	REZULTATI NA TAS-20 UPITNIKU.....	48
4.4	REZULTATI NA CBCL UPITNIKU	50
4.5	REZULTATI MEĐUSOBNE POVEZANOSTI POJEDINIH FAKTORA	53
5	RASPRAVA	56
5.1	OBITELJSKO FUNKCIONIRANJE I PSIHOSOCIJALNE OKOLNOSTI	59
5.2	ALEKSITIMIJA	61
5.3	EMOCIONALNE SMETNJE U DJECE S RECIDIVIRAJUĆOM ABDOMINALNOM BOLI	65
5.4	MEĐUODNOS OBITELJSKOG FUNKCIONIRANJA, ALEKSITIMIJE U RODITELJA I EMOCIONALNIH SMETNJI U DJECE.....	68
6	ZAKLJUČCI.....	71
7	SAŽETAK.....	72
8	SUMMARY.....	73
9	LITERATURA.....	74
10	ŽIVOTOPIS	91
11	PRILOZI	92

1 UVOD

Dualizam između pojmova tijela i duše oduvijek je bio predmetom različitih spekulacija i teorija koje su zastupale različita gledišta, od inzistiranja na jasnoj podjeli do pokušaja integracije u recipročnu somatopsihičku cjelinu. Moderan pravac promišljanja sve jasnije se uobličava u pojmu biopsihosocijalnog jedinstva naglašavajući međuovisnost i stalnu interakciju između pojedinca u njegovoj somatopsihičkoj cjelovitosti i okoline s kojom je u stalnoj interakciji. U tom smislu je i tjelesna bol u nekim slučajevima ekvivalent i izraz psihičkog distresa.

U svojim radovima iz druge polovine prošlog stoljeća pionir istraživanja o recidivirajućoj abdominalnoj boli John Apley opisuje svoje nezadovoljstvo stavovima suvremenika, koji su varirali od uvjerenja da je većina slučajeva abdominalne boli psihogenog uzroka do onih koji su tvrdili da “abdominalna ekspresija psihogenih smetnji ne postoji”, priklanjajući se mišljenju Menningera koji je tvrdio da “probavni trakt bolje od bilo kojeg drugog tjelesnog sustava odražava emocionalno stanje”. Njegovo istraživanje na uzorku od tisuću školske djece jasno je pokazalo da su abdominalni bolovi u djece izuzetno česta pojava te da se iste ili slične somatske tegobe učestalije nalaze i u drugih članova obitelji, uz ostale jasne pokazatelje koji su upućivali na povezanost tjelesnih tegoba s emocionalnim smetnjama. Sumirajući sličnosti u nastanku i okolnostima u različitim oblicima rekurentne boli u djece neorganskog porijekla Apley zaključuje da su ove boli izraz specifičnog “obrasca reakcije na emocionalni stres” koja je često dio obiteljskog načina funkcioniranja. Pri tome napominje kako je upravo rekurentna bol česta u dječjoj dobi i samo rijetko ima organsku podlogu, za razliku od prave kontinuirane kronične boli koja, ako se javi u toj dobi, govori u prilog tjelesne bolesti. Prirodni tijek neliječenih slučajeva recidivirajuće abdominalne boli uključivao je trećinu u koje je došlo do spontanog nestanka tegoba, trećinu u koje je nestanak abdominalnih smetnji bio praćen pojavom drugih oblika tegoba i konačno trećinu u kojoj nije došlo do povlačenja tegoba, gotovo uvijek praćenih i drugim vrstama smetnji (1).

1.1 RECIDIVIRAJUĆA ABDOMINALNA BOL NEORGANSKOG PORIJEKLA

Recidivirajuća abdominalna bol neorganskog porijekla čest je uzrok pobolijevanja u djetinjstvu. Klasificira se u somatoformne poremećaje (Međunarodna klasifikacija bolesti MKB-10: F45, američka klasifikacija duševnih poremećaja - DSM-IV: 307.80). Recidivirajuća abdominalna bol (RAB) u djece i mladih prema Apleyu je definirana kao “minimalno tri epizode boli, dovoljno jake da utječe na aktivnost djeteta u periodu dužem od tri mjeseca “ (2, 3).

1.1.1 MODELI KLASIFIKACIJE RECIDIVIRAJUĆE ABDOMINALNE BOLI

Od početaka proučavanja recidivirajuće abdominalne boli pa do danas mijenjala su se gledišta kako u svezi moguće etiopatogeneze tako i u pogledu različitih sistema klasifikacije (4). U tom smislu može se, prema Walkeru, promatrati tri perioda istraživanja. Prvi, "dualistički", obuhvaća period prije osamdesetih 20. stoljeća kada je etiologija promatrana u smislu je li uzrok organski ili psihogeni. Drugi obuhvaća period osamdesetih kada je pažnja više bila usmjerena na psihosocijalne čimbenike što je rezultiralo kompleksnijim pogledom koji je uključivao razmatranje različitih organskih, funkcionalnih i psihosocijalnih čimbenika, da bi se u posljednjoj dekadi 20. stoljeća na ovamo pažnja sve više usredotočila na individualne razlike i međuigru više mogućih čimbenika koji u međusobnoj interakciji rezultiraju u pojavi recidivirajuće abdominalne boli (5).–Vjerojatno najpoznatija moderna klasifikacija recidivirajuće abdominalne boli je klasifikacija prema Rimskim kriterijima, točnije aktualna III verzija. U njoj su po prvi puta jasno i izdvojeno opisani kriteriji za dječju i adolescentnu dob pod nazivom pedijatrijskih funkcionalnih gastrointestinalnih poremećaja dobno podijeljenih u kategoriju G za dojenčad i malu djecu, i kategoriju H za djecu i adolescente. Unutar ove klasifikacije posebnu skupinu čine entiteti sa temeljnim simptomom abdominalne boli. Ova skupina uključuje funkcionalnu abdominalnu bol u djetinjstvu, funkcionalnu dispepsiju, sindrom iritabilnog crijeva, abdominalnu migrenu i funkcionalni abdominalni bolni sindrom (6).

1.1.2 EPIDEMIOLOGIJA I ETIOLOGIJA RECIDIVIRAJUĆE ABDOMINALNE BOLI

Bol je čest pratilac dječjeg doba. U studiji na nekoliko tisuća djece Perquin i suradnici proučavali su prevalenciju boli u djece od 1.-18. godine. Prevalencija boli unazad zadnja 3 mjeseca bila je 54% od kojih je u nešto manje od polovice bila prisutna kronična bol. Najčešće vrste boli uključivale su glavobolje, bol u trbuhu i bol u ekstremitetima. Prevalencija kroničnog bola različitih lokalizacija i dinamike pojavnosti (u studiju je uključena kronična kontinuirana i rekurentna bol) raste sa starijom dobi, signifikantno češće u djevojčica koje ujedno češće imaju intenzivnije i/ili multiple kronične bolove. U djevojčica uočljivi porast prevalencije kronične boli nastupa u periodu od 12-14 godina (7).

Iako se recidivirajuća abdominalna bol pojavljuje tijekom čitava djetinjstva, rijetka je prije .5 i iza 15. godine života, dakle najčešće zahvaća školsku populaciju, posebno period od 10 do 12. godine u kojem je incidencija negdje između 10 do 20%. Djevojke su zahvaćene češće, prema nekim autorima u omjeru 5:3 (8).

Iako postoji čitav niz organskih uzroka recidivirajuće abdominalne boli (apendicitis, ulkus, pankreatitis, urogenitalne bolesti, bolesti uzrokovane parazitima, abdominalna epilepsija, intolerancija laktoze, funkcionalne promjene motiliteta crijeva, kronična opstipacija i sl.), za koje se procjenjuje da obuhvaćaju 5-10% svih slučajeva RAB-a, u većini slučajeva ne nalazi se organski uzrok boli i tada možemo govoriti o funkcionalnoj ili neorganskoj rekurentnoj abdominalnoj boli (9).

U određenom broju bolesnika s recidivirajućom abdominalnom boli može se naći pozitivan *Helicobacter pylori* (10), no neka novija istraživanja nisu našla povezanost između infekcije s *Helicobacter pylori* i RAB-a (11, 12). Valja napomenuti da također, obzirom na nejasnu simptomatologiju i različitu prevalenciju infekcije sa *Helicobacter pylori* ovisno sociokulturnim obilježjima zemlje u kojoj je istraživanje provedeno, teško donijeti konačan zaključak o važnosti i ulozi infekcije sa *Helicobacter pylori* u osoba s RAB-om (13, 14, 15, 16, 17, 18). Iako se čini nedvojbenim da je u dijela djece s recidivirajućom abdominalnom boli infekcija s *Helicobacter pylori* prisutna, u preglednoj studiji koja je obuhvatila period od 15 godina kontroliranih prospektivnih studija o recidivirajućoj abdominalnoj boli iz baze Medline, nije nađena jasna povezanost recidivirajuće abdominalne boli i infekcije sa *Helicobacter pylori* (19). Sličan zaključak rezultat je studije u koju je bilo uključeno oko 1200 predškolske djece u dobi od 5-8

godina. Infekcija sa *H. pylori* bila je prisutna u 11% djece, dok se u njih 29 (2.5 %) u periodu od 3 mj javio RAB. Povezanost recidivirajuće abdominalne boli sa infekcijom bila je statistički nesignifikantna. S druge strane uočena je povezanost recidivirajuće abdominalne boli sa određenim obiteljskim okolnostima (obitelji s jednim roditeljem, povijest određenih gastrointestinalnih smetnji u roditelja djece) (20).

U nekim je istraživanjima recidivirajuća abdominalna bol u djetinjstvu bila povezana s funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajem u odrasloj dobi. Iako se nije našla jasna povezanost tegoba u djetinjstvu i kasnijeg razvoja iritabilnog kolona (spastični kolitis, mukozni kolitis), dobiveni su neki interesantni podaci. Ovi pacijenti su u ranoj dobi imali povećanu učestalost kolika trajanja više od tri mjeseca, a 56% njihovih majki i 44% očeva imali su neku tjelesnu bolest koja je u polovice slučajeva bila locirana u gastrointestinalnom traktu. Roditelji su u četvrtini slučajeva izgubili nekog od svojih roditelja zbog smrti ili separacije prije njihove dvadesete godine života (21).

Bitna odrednica u proučavanju recidivirajuće abdominalne boli je biopsihosocijalni pristup, kako po pitanju dijagnostike i liječenja, tako i etiologije. Veliki broj studija bavi se najrazličitijim biopsihosocijalnim faktorima za koje se pretpostavlja da mogu biti uključeni u pojavu RAB-a, a koji, između ostalih uključuju: psihopatologiju i osobine roditelja i djece, okolnosti u obitelji i širem socijalnom okruženju djeteta, stresne i traumatske životne događaje, genetsku predispoziciju, razvojne aspekte dječje dobi, komorbidne poremećaje itd.

U svojoj knjizi “Bol u djece – priroda, procjena i liječenje” McGrath navodi kako je RAB vjerojatnije generički pojam za skup poremećaja različitih uzroka nego entitet s jedinstvenom etiologijom. U svom pregledu navodi kako kliničke studije upućuju na najrazličitije moguće etiološke faktore poput stresa, učenja i modeliranja, emocionalnih faktora, obiteljskih okolnosti, genetske predispozicije, nestabilnosti vegetativnog živčanog sustava i motiliteta probavnog trakta, koji svi mogu igrati ulogu u nastanku RAB-a (22).

Tako su neke epidemiološke studije u školama u Švedskoj pokazale povećanu učestalost recidivirajuće abdominalne boli u djece s nižim socioekonomskim statusom. U povijesti ove djece nerijetko je bilo zabilježeno siromaštvo, imigracija i nestabilne obiteljske okolnosti (23).

Prognoza RAB-a, u smislu perzistencije i pogoršanja, u dijelu slučajeva je nepovoljna. Perzistencija simptoma u odrasloj dobi može se naći u približno trećine slučajeva. Obzirom na metodološku neujednačenost longitudinalnih studija teško je dobiti jasnu sliku prognoze RAB-a.

U heterogenoj skupini djece i mladih s RAB-i, pojava boli kao simptoma može biti samo dio kliničke slike koja može u sebi sadržavati psihopatologiju uzrokovanu interakcijom niza nepovoljnih psihosocijalnih čimbenika. Daljnja istraživanja na tom području mogla bi jasnije osvijetliti različite subgrupe djece s recidivirajućom abdominalnom boli omogućujući tako razvijanje specifičnijih oblika tretmana za svaku pojedinu skupinu. Integrirani pedijatrijski i psihijatrijski tretman usmjeren na čitavu obitelj mogao bi biti jedan od mogućih pristupa (24).

1.1.3 KLINIČKA SLIKA I TERAPIJA RECIDIVIRAJUĆE ABDOMINALNE BOLI

Prethodno poglavlje posvećeno etiologiji recidivirajuće abdominalne boli opisuje veliku heterogenost mogućih uzroka recidivirajuće abdominalne boli koju se vjerojatno najbolje može razumijeti unutar koncepta sindroma. Organski, funkcionalni i psihički poremećaji nerijetko u različitim kombinacijama doprinose konačnoj kliničkoj slici dodatno otežavajući dijagnozu.

U zadnjoj modernoj klasifikaciji ("Rimski kriteriji III") osnovni kriterij razlikovanja funkcionalnog abdominalnog bolnog sindroma od sindroma iritabilnog crijeva i funkcionalne dispepsije je odsutnost povezanosti simptoma sa uzimanjem hrane ili defekacijom (25).

Osnovni klinički cilj je razlikovanje organskih poremećaja od neorganske recidivirajuće abdominalne boli putem uzimanja anamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka, kliničkog pregleda i odgovarajućih laboratorijskih pretraga što se prema potrebi može proširiti na dodatne dijagnostičke postupke.

Na funkcionalnu bol upućuju normalan fizikalni nalaz, nepostojanje bolnosti pri palpaciji, odsutnost anamnestičkih podataka koji upućuju na organski uzrok, poput upalne bolesti crijeva u obiteljskoj anamnezi, i izostanak upozoravajućih znakova poput trajne

boli u desnom gornjem ili donjem kvadrantu, disfagije, perzistentnog povraćanja, krvarenja iz probavnog trakta itd. (26).

Little i suradnici bavili su se kliničkom procjenom komorbidnih depresivnih smetnji. Oni su na uzorku od 400 školske djece sa recidivirajućom abdominalnom boli utvrdili da prisutnost tri ili više somatska simptoma izvan gastrointestinalnog sustava ima veliku prediktivnu vrijednost u kliničkoj procjeni prisutnosti depresivnih smetnji (27).

Terapija recidivirajuće abdominalne boli obuhvaća razne biopsihosocijalne intervencije koje uključuju različite postupke ovisno o kliničkoj slici i psihosocijalnim okolnostima vezanim uz pacijenta, njegovu obitelj i širu socijalnu okolinu. Ovisno o tipu boli od medikamenata u obzir dolaze spazmolitici, antacidi, blokatori H₂ receptora i sl., kao i različite fizikalne i dijetetske mjere. Informiranje i psihološka podrška obitelji neizostavni su dio tretmana i usmjereni su poučavanju djeteta i roditelja o prirodi poremećaja, kao i što bržem povratku djeteta u svijet njegovih uobičajenih aktivnosti.

U slučaju da se prilikom kliničke procjene utvrde neke nepovoljne psihosocijalne okolnosti tada će se veliki dio napora usmjeriti upravo u njihovo rješavanje. To najčešće mogu biti anksiozno-depresivne smetnje u djeteta i/ili roditelja, kao i različite stresne okolnosti, bilo u obitelji, bilo u širem socijalnom okružju, npr. u školi. Psihoterapija, grupna i obiteljska psihoterapija, kognitivno-bihevioralna terapija i različite metode relaksacije neki su od mogućih pristupa. U posljednje vrijeme pojavljuju se, za sada samo u okviru kliničkih studija, istraživanja psihofarmakološkog liječenja RAB-a. Tako se, između ostalih, spominje i klinička studija liječenja recidivirajuće abdominalne boli sa citalopramom Campa i suradnika, u periodu od 12 tjedana, u kojoj je utvrđeno značajno smanjenje abdominalne boli, kao i komorbidnih anksiozno-depresivnih smetnji (28, 29). Američka pedijatrijska akademija (AAP) i Sjevernoameričko društvo za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i nutriciju u svojim smjernicama iz 2005. napominju da se evaluacija i tretman funkcionalne abdominalne boli najbolje može provesti u kontekstu biopsihosocijalnog modela. Pri tome sugeriraju napuštanje termina “kronične rekurentne boli” u korist termina “funkcionalne abdominalne boli” kao najčešćeg uzroka kronične abdominalne boli (30).

1.2 FENOMEN BOLI SA GLEDIŠTA BIOPSIHOSOCIJALNOG MODELA

Kako bi se što bolje mogla razumijeti uloga obitelji i obiteljskih odnosa u nastanku recidivirajuće abdominalne boli korisno je promotriti fenomen boli unutar konteksta biopsihosocijalnog modela nastanka poremećaja.

“Biopsihosocijalna paradigma predstavlja pokušaj da uključi, ali i proširi, ono što je najbolje u biomedicini. Ovaj model odražava kombinaciju bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturnih utjecaja koji se promatraju kao esencijalni u uzrokovanju, održavanju i egzacerbaciji bolesti” (1977) citat je Georga Engela, kojim je među prvima u medicinsku znanost uveo biopsihosocijalni model razumijevanja uzroka, nastanka i tijeka neke bolesti odnosno poremećaja. Za razliku od klasičnog dualnog modela koji je neovisno promatrao funkcije uma i tijela, biopsihosocijalni model je u razumijevanje bolesti uključio čitav niz psihosocijalnih faktora koji utječu na pojavu, način ekspresije i tijek bolesti, kao i na način kako će pacijent reagirati na liječenje. Pri tome valja naglasiti da povijesno biopsihosocijalni pristup seže puno dalje u povijest te se gore navedena dva modela na neki način pojavljuju u povijesti kao dva načina promišljanja o istoj stvari. Tako već davne 1880. bečki internist Hermann Nothnagel pacijentovu bolest promatra kao produkt različitih okolnosti a ne samo biologije što je sažeto promovirao u svom predavanju iz 1882.: “ponavljam još jednom, suština medicine je u liječenju bolesnika a ne samo bolesti (31).

Ovaj model proučava bolest kao kompleksnu interakciju bioloških, psiholoških i socijalnih faktora pri čemu se u tom kontekstu bolest može definirati pojmom “illness” kada se opisuje subjektivno iskustvo bolesti od strane pacijenta za razliku od pojma “disease” koji podrazumijeva objektivni biološki događaj odnosno poremećaj koji mijenja tjelesne strukture ili organe, i uzrokovan je anatomskim, patološkim ili fiziološkim promjenama. Treći pojam “sickness” opisivao bi socijalni aspekt bolesti odnosno stanje u kojem se osoba nalazi kada je bolesna (32).

Slična analogija može se povući između osjeta boli (nocicepcija) koja predstavlja objektivnu informaciju o mogućem oštećenju tkiva koja se prenosi od mjesta stimulacije u odgovarajuće centre u mozgu i leđnoj moždini, i doživljaja boli koja predstavlja subjektivnu percepciju koju mogu modulirati različiti čimbenici poput genetske

dispozicije, prethodnog učenja (kondicioniranja), aktualnog psihičkog stanja, sociokulturnih utjecaja i dr. (33).

Osamdesetih godina prošlog stoljeća, a čemu je prethodila spoznaja da oštećenje tkiva nije sinonim za bol, niti je nedvojbeno vezano za patnju, javlja se Loeserov koncept boli koji je uključivao četiri dimenzije: nocicepciju, bol, patnju (koja proizlazi iz percepcije boli i drugih nepovoljnih pratećih okolnosti poput anksioznosti i depresije) i konačno specifično ponašanje u svezi boli ("pain behavior") koje podrazumijeva sve ono što pacijent kaže ili čini zbog patnje koju bol nanosi poput npr. izbjegavanja aktivnosti zbog straha od ponovne povrede. U svezi toga on napominje da je važna konceptualna promjena nastala kada je od strane drugih istraživača demonstrirana velika uloga okoline u oblikovanju i perzistiranju ponašanja u svezi boli. U tom smislu također sve što osoba misli, čega se boji i što anticipira određuje patnju koju doživljava i utječe na ponašanje u svezi boli. Navedene činjenice jasno upućuju na potrebu sveobuhvatnog biopsihosocijalnog pristupa u liječenju boli koji uključuje multidisciplinarnu kiruršku, fizikalnu, farmakološku, psihoterapijsku i dr. oblike intervencija (34).

1.3 ODNOS TJELESNIH I PSIHOLOŠKIH FAKTORA U NASTANKU PSIHOSOMATSKIH POREMEĆAJA

1.3.1 PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI U KLASIFIKACIJAMA ICD-10 I DSM-IV

Psihosomatska medicina u širem smislu predstavlja područje koje proučava općenit odnos između psihičkih i somatskih fenomena. U užem smislu psihosomatske bolesti su organske bolesti s promjenama koje se mogu radiološki, biokemijski ili histološki dokazati, a za koje se predpostavlja da su u njihov nastanak uključeni i psihološki čimbenici. Ovi poremećaji važan su dio aktivnosti suradne psihijatrije.

Unutar američke klasifikacije (DSM-IV) ne postoji podjela psihosomatskih poremećaja kao zasebne kategorije već je odnos tjelesnih i psiholoških faktora grupiran u dvije skupine. Prvu skupinu čine "psihološki čimbenici koji utječu na tjelesna stanja" što okvirno odgovara psihosomatskim poremećajima u užem smislu, a koji uključuju somatske poremećaje uzrokovane psihološkim faktorima, i također recipročno, emocionalne poremećaje uzrokovane ili pojačane somatskim poremećajem. Drugu

skupinu čine somatoformni poremećaji čija je nejasna etiologija s jedne i potreba da se ove smetnje klasificiraju unutar modernih psihijatrijskih klasifikacija s druge strane rezultirala nastankom ove “spekulativne dijagnostičke kategorije (35)”. Recidivirajuća abdominalna bol neorganskog porijekla pripada upravo ovoj skupini poremećaja (36).

Međunarodna klasifikacija (ICD-10) prisutnost psiholoških i bihevioralnih čimbenika koji su vezani uz tjelesne poremećaje svrstane u ostala poglavlja poput astme, dermatitisa, čira na želucu i sl., a za koje se smatra da imaju glavnu ulogu u etiologiji navedenih poremećaja, opisuju kategorijom “psihološki i bihevioralni čimbenici u vezi s drugamo svrstanim poremećajem ili bolesti” (F54) (37).

Ista klasifikacija somatoformne poremećaje opisuje pod šifrom F45, a kao glavno obilježje navodi “ponavljano iznošenje fizičkih simptoma zajedno s ustrajnim traženjem medicinskog ispitivanja usprkos ponavljanju negativnih nalaza i liječničkog uvjerenja da simptomi nemaju fizičke osnove. Ako su tjelesni poremećaji prisutni, oni ne objašnjavaju prirodu i opsežnost simptoma ili bolesnikov distres i zaokupljenost simptomima“. Somatski simptomi za koje se ne nalazi jasan organski uzrok obično se nazivaju somatizacijama, odnosno “funkcionalnim” simptomima. Termini poput “psihogen”, “neorganski” i sl. također su dio terminologije kojom se opisuju somatski simptomi za koje se pretpostavlja da nemaju jasno medicinsko objašnjenje. U ICD-10 klasifikaciji opisuju se somatizacijski poremećaj, nediferencirani somatoformni poremećaj, hipohondrijski poremećaj, somatoformna disfunkcija vegetativnog živčanog sustava, stalna somatoformna bol, drugi i neoznačeni somatoformni poremećaji.

DSM-IV klasifikacija opisuje sedam specifičnih somatoformnih poremećaja: somatizacijski poremećaj, nediferencirani somatoformni poremećaj, konverzivni poremećaj, bolni poremećaj, hipohondriju, dismorfofobiju i somatoformni poremećaj bez bliže oznake, i samo dijelom se poklapa s ICD-10 klasifikacijom.

Moderan pristup odnosu psiholoških faktora i somatskih poremećaja ogleda se i u novijim prijedlozima za buduću DSM V klasifikaciju u vidu “dijagnostičkih kriterija za psihosomatsko istraživanje” koji su usmjereni k psihološkim karakteristikama pacijenata s određenim somatskim poremećajem, a koje su izražene relevantnim psihosocijalnim konstruktima, odnosno sa 12 “psihosomatskih sindroma”, npr. perzistentna somatizacija, poricanje bolesti, fobija od bolesti, tanatofobija, “zdravstvena anksioznost”, aleksitimija,

tip A ponašanja, demoralizacija (38), funkcionalni somatski simptomi vezani uz psihijatrijski poremećaj, konverzivni simptomi i dr. (39).

Istraživanje funkcionalnih somatskih simptoma Finka i suradnika na uzorku od 978 pacijenata rezultiralo je hipotezom zajedničkog latentnog fenomena u vidu tjelesnog distresa koji bi bio zajednički izvor klasterima simptoma tj. sindromima: kardiopulmonalnom, uključujući i autonomne simptome, muskuloskeletalnoj tenziji/boli i gastrointestinalnom sindromu. Ove grupe simptoma nerijetko se u različitim kombinacijama javljaju kod istog pacijenta što ukazuje na to da ovi sindromi ne čine diferentne dijagnostičke kategorije već su izraz zajedničkog latentnog fenomena. Preostali najčešći simptomi obuhvaćeni su četvrtom grupom općih simptoma koja uključuje glavobolju, umor, osjećaj slabosti i omaglicu, poremećaj pamćenja i smetnje koncentracije. Ove grupe simptoma, kao i opća sklonost ovih bolesnika da reagiraju funkcionalnim somatskim simptomima, predstavljale bi stresnu reakciju posredovanu određenim fiziološkim i neurološkim putevima pri čemu bi genetska diateza i niski prag percepcije navedenih smetnji mogli biti objašnjenje da se ovakva reakcija može javiti u nekim slučajevima i bez manifestnih stresnih okolnosti (40).

1.3.2 RAZVOJNI DINAMSKI ASPEKTI PSIHOSOMATSKIH POREMEĆAJA U RANOJ DOBI

Vrijeme prvih godina života obilježeno je intenzivnom tjelesnom komunikacijom između majke i djeteta. U najranjoj dobi svijet simbola i riječi, kao i pripadajuće mentalne reprezentacije tek su u fazi stvaranja, stoga mala djeca distres i patnju uglavnom izražavaju tijelom, tako da su u ranoj dobi u prvome planu somatski problemi. Početna nediferenciranost između somatskih i psiholoških procesa omogućuje da se razne tjelesne ekscitacije kao što su glad, bol, hladnoća i sl. lako izražavaju putem psihičkih procesa u obliku neugode, anksioznosti, ljutnje i bijesa, kao što se psihički procesi ispražnjuju kroz poremećaj površine kože, uzimanja hrane, eliminacije, disanja i sl.

Ove "psihosomatske" reakcije određene su upravo tim ranim razdobljem života. U tom periodu može doći do razvoja osjetljivosti i vulnerabilnosti pojedinih organskih sistema. Tijekom normalnog razvoja ega gubi se ova lako dostupna recipročna

komunikacija psiha-tijelo a putevi pražnjenja sve su više vezani uz mentalne puteve u vidu akcije, misli i jezika. Ukoliko u kasnijem životu ova komunikacija ostane otvorena to može biti razlogom pojave psihosomatskih simptoma u vidu eksczema, astme, ulcerativnog kolitisa, glavobolja, migrena itd. (41).

Promišljajući o selfu i razvoju selfa Winnicott je napisao: "za mene je self, koji nije ego, osoba koja sam ja, koja je samo ja, koji sam potpuno temeljen na djelovanju maturacijskog procesa. U isti mah self ima dijelove i sam se sastoji od tih dijelova. Ovi se dijelovi međusobno povezuju iz smjera unutra-van u tijeku djelovanja maturacijskog procesa, usmjeravani, kako to i treba da bude (najviše u samom početku života), od strane okoline koja se brine za dijete kroz ljubav, pažnju i skrb o njemu ("holding" i "handling"). Self prirodno sebe nalazi u tijelu, ali u nekim okolnostima biva disociran od tijela i tijelo od njega. Self u suštini sebe prepoznaje u očima i ekspresiji lica majke i ogledalu koje predstavlja lice majke".

Struktura osobnosti, u tom pogledu, je nešto što formira sebe oko selfa. Self je, u stvari, prva organizacija tek rođenog djeteta. U njegovu nastanku i organizaciji ulogu imaju urođeni kapaciteti djeteta i majka koja svojim dodirivanjem stvara granicu između djeteta i vanjskog svijeta. Upravo kroz cjelovitost perifernih senzacija kontakta kože sa kožom djeteta gradi svoj osjećaj selfa. Na temelju ovog tjelesnog iskustva koje podrazumijeva odnos majka-dijete razviti će se kasnije ego. Jedna od funkcija selfa postaje i kontrola organskih reakcija tijela.

Energija oslobođena iz narcističke investicije, originalno održavana i poticana majčinim odnosom prema djetetu razvojem se sve više usmjerava prema vanjskom svijetu. U slučajevima kada je interakcija majka-dijete nepovoljna nalazimo kako proces individuacije biva vraćen natrag, ostavljajući dijete "uklješteno" u svom vlastitom tjelesnom selfu što može u situacijama stresa uzrokovati pojavu raznih psihosomatskih simptoma.

Sa tog kuta gledišta psihosomatski simptomi se pojavljuju kada majka ne uspije ostvariti dobru interakciju sa djetetom, u vrijeme kada dijete još nije razvilo neophodan mentalni aparat, odnosno poremećaj nastaje prije nego što dijete razvije kapacitet da simbolizira majku u vidu prijelaznog objekta i tako prebrodi trenutke separacije od majke (42).

1.3.3 SOMATOFORMNI POREMEĆAJI U DJEČJOJ I ADOLESCENTNOJ DOBI

Tjelesne tegobe bez jasnog medicinskog objašnjenja česte su u djece i mladih i obično se opisuju pojmom somatizacije čije je temeljno obilježje doživljavanje i ekspresija psihičkog distresa kroz somatske simptome. Promatrajući somatizacije s razvojnog aspekta može se reći da je tijelo prvi instrument komunikacije djeteta s majkom, posebno u neverbalnom periodu, 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 Stoudemire smatra da se somatizacija univerzalno javlja u ranoj dobi obzirom da tada još nema verbalnih i kognitivnih sposobnosti potrebnih za razumijevanje i komuniciranje emocionalnih iskustava (43).

Prevalencija somatizacije u preadolescentnom periodu otprilike je ista u oba spola da bi tijekom adolescencije porasla na dvostruko i više u korist ženskog spola (44). Somatizacija u djece i mladih povezuje se s većom učestalošću emocionalno-ponašajnih smetnji, izostancima iz škole i školskim neuspjehom, kao i većom učestalošću depresije i anksioznosti (45). Prema nekim autorima komorbiditet emocionalnih poremećaja poput anksioznosti i depresije prisutan je u 30-50% djece sa somatizacijama (46).

Rekurentni somatski simptomi bez jasnog medicinskog objašnjenja mogu biti mono ili polisimptomatski i najčešće pripadaju u jednu od četiri grupe: bol/slabost, gastrointestinalne tegobe, kardiovaskularne i pseudoneurološke smetnje (47).

1.3.3.1 Etiologija

Različiti se rizični faktori povezuju sa nastankom somatizacija u djece i mladih, i uključuju genetske faktore, stresne životne i obiteljske okolnosti, prisutnost somatske bolesti, naučene obrasce ponašanja, karakterne osobine i dr..

U prilog genetske komponente u nastanku somatizacija govore istraživanja koja su utvrdila konkordantnost monozigotnih blizanaca od 29% (48). Campo i dr. u svom su radu iz 2007. pokazali da su u majki djece sa RAP-om u odnosu na kontrole češće prisutni anksioznost, depresija, migrena, sindrom iritabilnog crijeva i somatofornni poremećaji (49).

Koncept somatosenzorne amplifikacije, kao mogući etiološki faktor koji doprinosi pojavi somatizacija, proučavan je u odraslih osoba i podrazumijeva sklonost da se tjelesne senzacije doživljavaju kao intenzivne, uznemirujuće i opasne po zdravlje. Amplifikacija uključuje tri elementa: pojačanu pažnju usmjerenu na tjelesne senzacije, tendenciju usmjeravanja pažnje prema nevažnim i rijetkim tjelesnim senzacijama, i sklonost da se na tjelesne podražaje prejako reagira doživljavajući ih uznemirujućim i opasnim (50).

Stresni životni događaji, uključujući traumu u ranoj dobi, ali i u odrasloj, u nekim su istraživanjima bili povezani s pojavom somatizacija. Posebno visoka povezanost nađena je u slučajevima zlostavljanja u ranoj dobi. Neposredan nastup somatizacija najčešće je vezan uz stresne traumatske okolnosti vezane uz radno mjesto ili interpersonalne odnose (51, 52, 53). U finskoj studiji koja je uključivala 1429 adolescenata različiti psihosocijalni stresori, uključujući obiteljske konflikte, odsustvo roditelja iz obitelji, fizičku traumu ili bolest u obitelji, prekid romantične veze i dr. korelirali su s pojavom somatizacija. Pri tome su, u periodu od 6 mjeseci, dva ili više somatska simptoma bila prisutna u 44% studentica i 28% studenata (54).

Djeca roditelja sa somatoformnim poremećajem češće u odnosu na djecu roditelja sa somatskom bolešću pokazuju preokupaciju tijelom, fobiju od bolesti i sličnih su pogleda na zdravlje poput svojih roditelja (55). Prema principima operantnog kondicioniranja ponašanja koja su nagrađivana pojačavaju se u intenzitetu i učestalosti. Ukoliko se somatizacije potkrepljuju u početku svoga nastanka postoji mogućnost da će se takva ponašanja nastaviti. Dijete može prihvatiti ulogu bolesnika ukoliko mu ta uloga donosi sekundarnu dobit kroz roditeljsku pažnju i popustljivost. Pacijenti sa somatoformnim poremećajima nerijetko imaju člana obitelji sa sličnim somatskim simptomima što bi prema teoriji socijalnog učenja bio oblik učenja opažanjem ili modeliranjem (56, 57).

1.4 EMOCIJE I KONCEPT REGULACIJE AFEKTA

Prije smatrani reaktivnim, intermitentnim i disruptivnim stanjima danas se afekti smatraju aktivnim, kontinuiranim i adaptivnim procesima (58). Posebno interesantan je preverbalni period u kojem je komunikacija i interakcija djeteta sa okolinom, a prvenstveno majkom, neverbalna, a uloga afekta centralna u psihosocijalnom razvoju djeteta.

Od najstarije povijesti emocije su, zajedno s kognicijom i motivacijom, promatrane kao centralne u području psihološkog funkcioniranja čovjeka. Upravo u tom smislu Aristotel je definirao tripartitni sistem unutar kojeg su kognicija, emocije i motivacija nerazdvojivo povezane.

Emocije se mogu promatrati sa mnogo aspekata, od kategorija kao što su radost, iznenađenje, ljutnja, strah, tuga, interes i gađenje, preko dimenzija ugoda-neugoda, nivo aktivacije, nivo kontrole, usmjerenost van ili unutra i drugo. Konačna afektivna ekspresija može sadržati mješavinu više emocija u raznim omjerima koje u različitom stupnju mogu biti kognitivno razumljive, mobilizirati na akciju i imati različiti stupanj komunikacijske intencije (59).

Terminološki u literaturi s engleskog područja riječi “feeling”, “emotion” i “affect” često se preklapaju u značenju, nekada kao sinonimi, a nekada kao označivači dijela konstrukta odnosno procesa koji je uključen u nastanak emocionalnog iskustva.

Tako se u jednom referentnom psihijatrijskom udžbeniku riječ afekt (“affect”) definira kao subjektivno i neposredno emocionalno iskustvo koje se mijenja iz trenutka u trenutak kao reakcija na neposredne misli i situacije, i manifestira se u vanjskoj ekspresiji. Opisuje se terminima poput primjeren i neprimjeren, labilan, snižen i sl., za razliku od raspoloženja (“mood”) koje predstavlja dugotranije osjećajne tonove koji se doživljavaju više iznutra i virtualno utječu na sve aspekte percepcije, doživljavanja i ponašanja osobe. Raspoloženje se opisuje terminima depresivno, povišeno i sl. U tom smislu bi afekt bio vanjska ekspresija unutarnjeg osjećajnog stanja tj. raspoloženja. Emocije su definirane kao raspoloženja i afekti vezani uz neku specifičnu ideju. Termin “feeling” bio bi najnejasnije definiran označitelj i prema Karl Jaspersu označavao bi sve ono za što se ne nalazi neko drugo ime. Raspoloženjima, afektima i emocijama mogu se dodati različiti atributi poput intenziteta, stabilnosti, reaktivnosti, kongruentnosti s misaonim sadržajem i sl. (60). Većina autora termine afekt i emocija upotrebljava kao sinonime.

Postoji opći koncenzus da emocionalne reakcije u čovjeka uključuju tri područja ili skupine procesa: neurofiziološke koji poglavito uključuju aktivaciju autonomnog i endokrinog sustava, psihomotorne odnosno ekspresivne elemente koji se očituju u ponašanju osobe poput izraza lica, boje glasa, držanja tijela i sl., i konačno kognitivno-

doživljajne procese koji se očituju kroz svijest i verbalizaciju o emocionalno doživljaju (61).

Emocije u čovjeka posjeduju biološku utemeljenost u vidu spremnosti i kapaciteta za komunikaciju sa okolinom već od samog rođenja i kao takve prolaze kroz period daljnjeg razvoja. Emocije malenog djeteta organizirane su i spremne učiti u interakciju s okolinom gdje je u prvim iskustvima dominantna diskriminacija u dimenziji doživljaja ugone ili neugode. Nadalje, dijete je od najranije dobi sposobno majci upućivati signale koji očituju stanja potrebe, zadovoljstva, stupnja aktivacije i nivoa otvorenosti novim iskustvima. Sa šest mjeseci života afektivne ekspresije radosti, iznenađenja, ljutnje, straha, tuge i gađenja (šest bazičnih emocija po Darwinu) i interesa upotrebljavaju se kao signali u interakciji majka-dijete. Na taj način možemo govoriti o emocionalnoj ekspresiji kao "govoru" najranijeg djetinjstva (62).

Izard je u svom radu iz 1977 iznijela teoretske postavke o "zasebnim emocijama" koje čine primarni motivacijski sistem za ljudska bića. Ekspresija ovih emocije jednako se izražava i razumije svim kulturama i iza njih stoje urođeni obrasci-programi u središnjem živčanom sustavu. Izard razlikuje deset ovakvih "zasebnih emocija": interest, radost, iznenađenje, distres-neugodu, ljutnju, gađenje, prezir, strah, sram i krivnju. Za svaku ovu temeljnu emociju postoji specifična facijalna ekspresija koja je od neprocjenjivog značenja u socijalnom komunikacijskom sistemu, od uspostavljanja prvotnog odnosa majka-dijete pa sve dalje u život u svim drugim interpersonalnim odnosima (63).

Emocije služe osobnoj evaluaciji i monitoriranju: stanja i uključenosti u interakciju sa svijetom oko sebe, i drugih: procjeni namjera, potreba, stanja i uključenosti u interakciju. U tom smislu emocije se u jednoj svojoj dimenziji opisuju kao jezgra kontinuiteta doživljaja nas samih tijekom razvoja tzv. "afektivni self" (64).

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 (65). Emocije su moćni motivatori kako za akciju, tako i za obuzdavanje.

1.4.1 RAZVOJ RANIH INTERAKCIJA I EMOCIONALNE REGULACIJE TIJEKOM DIJETINJSTVA

Okolina u koju se dijete rađa sastavljena je od mnogo faktora. U samom središtu nalazi se dijada majka-dijete unutar koje se zbiva većina neophodnih interakcija u prvim godinama života. Sve ono što može nepovoljno utjecati na raspoloživost majke može djetetu ozbiljno narušiti njegov razvoj. To može biti psihička bolest majke, razni transgeneracijski konflikti ili nepovoljne aktualne okolnosti. Upravo podrška djetetovog oca, okolnosti i socijalni matriks u kojem obitelj živi formiraju više ili manje povoljnu okolinu za razvoj ovog najranijeg odnosa između majke i djeteta. Sa druge strane dijete se na svijet rađa s određenim kompetencijama, ono je spremno ući u interakciju s majkom.

Već od prenatalne dobi dijete i majka žive u psihološkoj i fiziološkoj interakciji. Roditelji djeteta prolaze kroz faze učenja i prilagođavanja na nove interaktivne obrasce na koje ih dijete, vlastitim napretkom i rastom, poziva svojom "potrebom za socijalnom interakcijom" (66). "Svako ponašanje postaje signal i materija za komunikaciju takve vrste, pa se može reći da u interakciji nikakva aktivnost ne ostaje bez potencijala za komunikaciju" (67).

"Rane interakcije", pojam je koji obuhvaća sve ono što se zbiva između djeteta i majke (okoline). Ove rane interakcije s jedne strane potiče djetetova primarna socijalna orijentacija a sa druge majčina primarna maternalna preokupacija (Winnicott). Teorija "inicijalne ovisnosti djeteta" o majci (Winnicott (68)), "transakcijske spirale" (Lebovici) u kojoj majka i djeteto uzajamno utječu jedno na drugo, ili "interaktivne spirale" (Cramer) koja opisuje primitivne komunikacije u različitim modalitetima (npr. majčin govor potiče gibanje bebe), koje formiraju "interaktivne ritmove" (Brazelton) i konačno sposobnost dojenčeta da se organizira u skladu s nekim pravilima koje nudi majka obrazujući tako "simbolizirajuću spiralu" kojom se dijete uvodi u svijet simbola i kulture.

Ova komunikacija vokalizacijom, intonacijom, mimikom i pokretom ima svoj osebujni ritam i reciprocitet, narušavanje kojeg dijete od najranije dobi jasno osjeća i to pokazuje promjenom ponašanja. Slično tome postoje ritmovi spavanja i hranjenja. I samo dojenje se odvija na mahove odvojene pauzama što majka brzo primjeti i strukturira taj ritam na svoj način. Nadalje treba spomenuti pojmove "afektivnog usklađivanja" (affect attunement, Stern) i "afektivne raspoloživosti" (emotional availability, Emde).

Rane interakcije mogu biti vidljive (realne) i nevidljive (fantazijske), i tako čine dva sloja komunikacije. Važno je usporedno istraživati "realne ili manifestne" interakcije (Brazelton) u skladu s vidljivim, objektivnim parametrima te one što se nazivaju "fantazijskim interakcijama" (Kreiser, Cramer; Lebovici) koje se otkrivaju u onome što majka priča o svojem djetetu i u nekim ponašanjima same bebe.

Danas je poznato da postoje nodalna vremena obilježena kvalitativnim promjenama kada dolazi do reorganizacije ponašanja i pojave novih modaliteta aktivnosti. To uključuje promjene u periodima budnosti, kogniciji, percepciji, motornom i afektivnom razvoju. Pretpostavlja se da je to odraz normativnih regulatornih pomaka u SNŽ. Ove promjene odgovaraju "organizatorima psihe" (Spitz 1959) a Emde i suradnici ove periode nazivaju "biobihevirolni pomaci" (biobehavioral shift). Prema zapažanjima ove normativne transformacije nastupaju u 2. mjesecu (buđenje socijabiliteta), 7. do 9. mjesecu (nastup fokusirane privrženosti), 12. do 13. mjesecu (nastup uspravnog hoda) i 18. do 21. mjesecu života (nastup samovolje). U svakom ovom periodu dominira promjena afekta (69, 70).

Uvodeći pojam afektivnog usklađivanja (affect attunement) Daniel Stern ovaj fenomen stavlja u grupu općih načina komunikacije između majke i djeteta u periodu kada je ta komunikacija neverbalna. Komparirajući ovaj fenomen sa fenomenima imitacije, zrcaljenja, intersubjektiviteta i afektivne zaraze Stern navodi da ono što se u ovom slučaju usklađuje su neki aspekti unutarnjeg osjećajnog stanja i to kroz ponašanje koje pokazuje određenu kvalitetu tog stanja ali 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. (71).

Rani razvoj prema teorijskim postavkama M. Mahler odvija se u nekoliko faza – "autistične faze", simbioze, diferencijacije, perioda vježbanja, perioda približavanja i završne faze "prema objektnoj konstantnosti". Kao rezultat razvoja u prve tri do četiri godine života doći će učvršćenja individualnosti i osjećajne postojanosti objekta. Osjećajna postojanost objekta podrazumijeva postojanu, internaliziranu i pretežno dobru sliku majke koja može biti zadržana i u periodima odvojenosti od majke uz prisutnost čežnje za njom, bez potrebe za mržnjom ili odbacivanjem majke (72).

1.4.2 TEORIJA PRIVRŽENOSTI

Privrženost (attachment) podrazumjeva trajnu afektivnu vezu između djeteta i osobe koja se brine o njemu, obično majke, a produkt je aktivnosti mnogobrojnih urođenih modela ponašanja koji integrirani u složeniji sistem "ponašanja vezivanja" (attachment behavior) kao predvidivi rezultat imaju zadržavanje djeteta u blizini majke (73). Sa psihološke točke gledišta sadržaj i krajnji cilj privrženosti predstavlja regulaciju potrebe za sigurnošću, odnosno kontinuiteta osjećaja sigurnosti u djeteta.

Ova teorija temelji se na etološkoj teoriji instiktivnog ponašanja koju je Bowlby opširno opisao u svojoj knjizi "Attachment and Loss" prema kojoj se svaka vrsta ponašanja koja rezultira zadržavanjem u blizini majke može smatrati komponentom "ponašanja vezivanja" (attachment behavior). Hipotetska biološka uloga privrženosti u čovjeka bila bi zaštita od fizičkog i psihološkog ozljeđivanja (74).

'Attachment behavior' spada u skupinu raznovrsnih modela ponašanja koja, između ostalog, utječu na prostorni odnos između majke i djeteta odnosno njihovu međusobnu udaljenost. Neka od njih rezultiraju približavanjem djeteta majci, npr. ponašanje vezivanja od strane djeteta, odnosno roditeljska briga ("caretaking behavior") od strane majke. Nasuprot njima druga kao krajnji ishod imaju udaljavanje djeteta od majke, npr. djetetovo istraživanje okoline i igra odnosno modeli ponašanja majke koji su po prostornom efektu antitetični roditeljskoj brizi.

Ove grupe u normalnim uvjetima harmonično koegzistiraju i u stalnom su međudjelovanju unutar kojeg aktivacija jedne obično inhibira po učinku antitetične grupe ponašanja. Osnovu iz koje se razvija ponašanje vezivanja čine razni primitivni sistemi, u početku oni koji reguliraju plač djeteta, sisanje, hvatanje i orijentaciju dok im se kroz nekoliko tjedana kasnije pridružuje djetetov smješak i gukanje, i konačno kroz nekoliko mjeseci hodanje i puzanje. Postupno se ovi primitivni sistemi integriraju u složeniji sistem ponašanja vezivanja.

Jedna od osobitijih karakteristika privrženosti sastoji se u činjenici da se ovaj bihevioralni sistem razvija neovisno od tzv. primarnih nagona odnosno neovisno od nagona za hranom, vodom, toplinom i razmnožavanjem.

U razvoju privrženosti može se razlikovati nekoliko faza. Prvih 2-3 mjeseca života naziva se faza predvezivanja (preattachment stage) u kojoj se formira početna komunikacija

između djeteta i majke kroz vizuelni kontakt, dodir, zvuk i miris. U drugoj fazi koja traje dalje do otprilike 6. mjeseca i naziva se "vezivanje u nastajanju" (attachment-in-the-making) dijete se veže za jednu ili ponekad 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 kada je odvojeno od osobe uz koju se vezalo tj. jasno je izražen separacijski strah. Separacija se najteže podnosi u periodu od 6. mj do 4. godine (75).

Ovo ponašanje može se u nekim slučajevima javiti već u 3. mjesecu života. Po povratku majke dijete prestaje plakati i traži njezinu blizinu. Početkom treće godine počinje zadnja faza koja je obilježena mnogo kompleksnijim načinima ponašanja. Ponašanje vezivanja traje kroz čitav život što se očituje i kroz kapacitet za socializaciju. Tako se u adolescenciji privrženost može ostvariti prema rođacima, učiteljima, trenerima ili nekim drugim važnim figurama. Sve kasnije emotivne veze sa drugim ljudima uključuju i neke komponente ponašanja vezivanja (76).

Baltimorska studija Mary Ainsworth bazirana na višemjesečnim opservacijama dijade majka-dijete u njihovim domovima pokazala je da majčina osjetljivost na signale djeteta za vrijeme hranjenja, igre licem u lice, fizičkog kontakta i epizoda distresa tokom prva tri mjeseca života ima prediktivnu vrijednost u procjeni kvalitete odnosa majka-dijete tijekom zadnjeg tromjesječja prve godine, odnosno korelira sa ponašanjem djeteta od 12 mjeseci u labaratorijskim uvjetima "nepoznate situacije".

Mary Ainsworth i suradnici razvili su metodu "nepoznate situacije" (strange situation) u cilju prikazivanja individualnih razlika u efektu majčinog odsustva i njenog ponovnog povratka na ponašanje djeteta (77). Nepoznata situacija je niz kratkih epizoda u kojima majka, dijete i nepoznata osoba u različitim kombinacijama zajedno borave u prostoriji pri čemu se promatraju reakcije djeteta na dolazak i odlazak majke. Većina se djece u uvjetima nepoznate situacije ponašalo na očekivani način ne pokazujući veću uznemirenost nakon odvajanja, odnosno ona pozdravljaju majku pri ponovnom susretu i aktivno traže interakciju s njom putem fizičkog kontakta ili interakcijom s udaljenosti (mahanje, smješak, glas). Ova grupa djece smatraju se sigurno privrženima i klasificirana su kao grupa B. Djeca iz ostale dvije skupine A i C smatraju se nesigurno privrženima (insecurely attached).

Djeca iz grupe A nazivaju se "izbjegavajuća" (avoidant) jer pri ponovnom susretu sa majkom pokazuju tendenciju da je izbjegavaju ili ignoriraju. Djeca iz grupe C se pri

ponovnom susretu sa majkom ponašaju ambivalentno, izražavajući ljutito odbijajuće ponašanje kombinirano sa traženjem blizine i kontakta. Ova djeca nazivaju se "opiruća" (resistant). Ovim glavnim skupinama pridodano je i 8 podskupina (A1, A2, B1, B2, B3, B4, C1 i C2).

Cassidy je grupu nesigurno/ambivalentne djece doveo u vezu s nedovoljnom ili inkonzistentnom dostupnošću majke i biološkom vulnerabilnošću što bi za posljedicu moglo imati ograničenu eksploratornu sposobnost koja interferira sa razvojem djeteta (78).

Emocionalna regulacija i kvaliteta privrženosti usko su povezani. Osobe koje posjeduju fleksibilnu sposobnost za prihvatanje i integraciju pozitivnih i negativnih emocija općenito spadaju u grupu sigurno privrženih, dok je s druge strane osoba s ograničenim ili povišenim negativnim afektom vjerojatnije da su nesigurno privržene. Kada se promatra socijalni kontekst tada se može reći da mala djeca koja doživljavaju odbacivanje (nesigurna/izbjegavajuća djeca) minimaliziraju negativne afekte u nastojanju da izbjegnu nova buduća odbacivanja. Za djecu majki koje im nisu dostupne ili su dostupne samo povremeno (nesigurna/ ambivalentna djeca) smatra se da ona pokušavaju pojačavati negativne afekte da bi time pokušali povećati mogućnost zadobivanja pažnje od strane majke koja je nedovoljno dostupna. Oba ova obrasca regulacije emocija imaju za cilj da zadrže dijete u blizini majke i tako ostvare vlastitu zaštitu (79).

U pitanju transgeneracijskog prijenosa poremećenih oblika privrženosti prospektivna studija provedena u "Anna Freud centru" u Londonu pokazala je značajnu konkordantnost između sigurnosti roditelja i sigurne privrženosti djeteta s tim roditeljem. Kvaliteta privrženosti u djeteta prije samog njegova rođenja može se pretpostaviti na temelju roditeljskih iskustava vezivanja u njihovoj najranijoj dobi (80, 81) .

Potrebno je reći da iako mnoge činjenice ukazuju na transgeneracijski prijenos raznih formi privrženosti, to ne znači da okolnosti života pojedinca nemaju značajan utjecaj na dodatno oblikovanje prenesenih formi privrženosti, posebno u smislu mogućnosti da se vlastitim naporom ili putem psihoterapije mogu umanjiti posljedice nepovoljnog ranog iskustva i tako prekinuti transgeneracijski prijenos nesigurnih oblika privrženosti. U novijim studijama kao najvažniji prediktivni faktor u razvoju sigurne privrženosti se ističe majčina senzitivnost. U tom smislu Fonagy i suradnici ističu da je za razvoj sigurne privrženosti

najvažnije da dijete doživi kako majka "pažljivo reflektira" njegove tjelesne i psihičke potrebe (82).

U sklopu jedne velike longitudinalne studije proučavana je kvaliteta privrženosti u rizičnim parovima majka-dijete. Istraživanje je pokazalo da majke sigurno privržene djece pokazuju više suradljivosti i dosljednosti u odnosu na majke anksiozno (nesigurno) privržene djece. Anksiozno-opiruća djeca nalazila bi se negdje u sredini između ta dva kraja i u manjoj su mjeri tražila interakciju sa majkom. Anksiozno-izbjegavajuća djeca češće imaju majke sa negativnim osjećajima vezanim uz majčinstvo, one su često napete i iritabilne s površnim odnosom prema svojem djetetu. Muška djeca pokazivala su nešto veću vulnerabilnost prema kvalitativnim razlikama u odnosu majke prema njima, dok je sigurnost privrženosti u ženske djece više bila vezana uz osobnost majke. Promjene od sigurne prema nesigurnoj privrženosti u dijela djece sa početno sigurnom privrženošću i dobrom brigom majke bila su povezana s prolongiranom interakcijom sa agresivnom i sumnjičavom majkom. Obrnut slučaj promjene prema sigurnoj privrženosti vjerojatno je odražavao razvoj i rastuću kompetenciju u grupi mladih majki (83).

Samo otkriće privrženosti i njegovo daljnje proučavanje proizišlo je iz proučavanja utjecaja odsustva majke na razvoj djeteta. Vjerovanje da je majčin doprinos relaciji između nje i djeteta daleko kompleksniji od doprinosa djeteta još je više u početku usmjerio istraživače na proučavanje majčinog utjecaja koji, prema riječima Bowlbya, ne proizlazi samo iz njenog biološkog nasljeđa već i iz duge povijesti interpersonalnih relacija unutar porodice iz koje potiče, i prihvaćanja vrijednosti kulture u kojoj živi (84).

Prema Bowlbyu u razvoju privrženosti temeljna je emotivna interakcija između majke i djeteta. Većina istraživanja poduzetih u tom smjeru oslanjaju se na gore opisanu metodologiju strane situacije Mary Ainsworth i suradnika. Uprkos razilaženja u procjeni važnosti pojedinih karakteristika majke i djeteta većina studija je potvrdila važnost uvjerenja Bowlbya i M. Ainsworth da majčina osjetljivost da uoči i odgovori na signale i poticaje od strane djeteta čini važan aspekt koji određuje kvalitetu samog odnosa između majke i djeteta.

Sa druge strane pažnja je usmjerena na pojedine karakteristike djeteta koje bi mogle imati važan utjecaj na kvalitetu same interakcije (85).

Dugo vremena u razvoju teorije attachmenta istraživači nisu bili skloni pridavati mogućnosti da osobine temperamenta djeteta mogu utjecati na kvalitetu privrženosti. Danas

se čini da temperament djeteta ipak ima određen, odnosno prema nekim istraživačima i značajan, utjecaj na kvalitetu privrženosti (86).

U nekim studijama nađena je prediktivna povezanost nekih aspekata temperamenta i reaktivnosti (npr. autonomna stabilnost, iritabilnost) u najranijoj dobi sa određenim vrstama privrženosti. Tako je pojačana osjetljivost na distres povezana sa kasnijim razvojem opirućeg ponašanja koje je osobina jednog tipa nesigurne privrženosti (87).

1.4.3 RIZIČNI FAKTORI U RAZVOJNOJ PSIHOPATOLOGIJI

Istraživanja rizičnih faktora u nastanku psihičkih poremećaja u djetinjstvu rezultiralo je spoznajom nekoliko općih principa kao što su kompleksnost razvoja obilježenog stalnom međuigrom nasljednih faktora, okoline i osobnosti, višezročnost u vidu različite kombinacije više rizičnih faktora koji mogu dovesti do istog poremećaja a da pri tome u većini slučajeva niti jedan od njih sam nije dovoljan ili neophodan, kao i činjenicom da mnogi rizični faktori nisu specifični za neki određeni poremećaj, niti potiču iz istih životnih domena (osobnost, obitelj, šira okolina). Tome se još može dodati princip da pojedini rizični faktori imaju različit efekt ovisno o razvojnom dobu u kojem se javljaju i konačno, izgleda da odnos između rizičnih faktora i ishoda nije linearan već s povećanjem njihova broja eksponencijalno može rasti njihov utjecaj na pojavu poremećaja.

Sve navedeno donekle ograničava vrijednost studija nisko rizičnih skupina djece koje su proučavale odnos nesigurne privrženosti i kasnije pojave smetnji ponašanja. U nekim od tih studija nije nađena jasnija veza između nesigurne privrženosti i kasnije pojave eksternalizirajućih problema. Nasuprot tome studije visokorizičnih skupina djece ukazuju na povezanost nesigurne privrženosti u ranoj dobi i kasnije češće pojave slabih odnosa s vršnjacima, promjenjivog raspoloženja, depresije i agresivnosti (88).

Longitudinalne studije privrženosti pokazale su, između ostalog, da se agresivnost u školske djece može dovesti u vezu s nizom faktora, uključujući obiteljsko siromaštvo, roditeljsku agresivnost, roditeljsku depresiju, i kognitivne deficite u djeteta. Ovi rizični faktori imaju prediktivnu vrijednost u procjeni pojave agresivnosti u kasnijoj dobi. U prvim godinama života ovi su faktori u vezi s dezorganiziranim obrascem privrženosti koji je karakteriziran znakovima straha ili disforije, neriješivim konfliktima između suprotnih tendencija u ponašanju i sa biološkog aspekta povišenim kortizolom nakon separacije.

Dezorganizirani obrasci privrženosti imaju prediktivnu vrijednost u procjeni pojave agresivnosti u djeteta školske dobi (89). Prema današnjim studijama općenito se može reći da osobe s dezorganiziranim obrascem privrženosti imaju najveći rizik razvoja psihopatologije (90).

1.4.4 UTJECAJ STRESA I POREMEĆAJ RANIH INTERAKCIJA

Niz studija prenatalnog perioda je pokazalo da se efekti stresa u majke prenose i na fetus tako da razne psihofizičke promjene i poremećaji u majke utječu na razvoj fetusa te mogu imati prolongirane postnatalne posljedice. Kortikosteroidi i niz drugih hormona čija razina raste za vrijeme stresa prolaze kroz placentu i uzrokuju reakciju vegetativnog sustava fetusa, posebno kardiovaskularnog sistema. U tom smislu zapažena je i određena korelacija između reakcije majčinog vegetativnog sustava i reakcije fetusa. Djeca anksioznih majki često su iritabilna, hiperaktivna, male porođajne težine, te mogu imati poremećaje sna i hranjenja (91).

Istraživanja majki koje su krajem trudnoće doživjele težak emocionalan stres (gubitak ili teška bolest bliske osobe i sl.) pokazala su ekstremno porast fetalne aktivnosti. Novorođena djeca ovih majki bila su iritabilna i hiperaktivna, sa povećanom tendencijom razvoja poteškoća u hranjenju i eliminaciji stolice (92).

Istraživanja Radke-Yarrow i suradnika (1985.) majki s različitim vrstama depresija utvrdili su da su majke bez depresije ili s neurotskom depresijom imale 70-75% sigurno privržene djece, s unipolarnom depresijom 53% a s bipolarnom depresijom samo 21% sigurno privržene djece. Cohler i suradnici u devetogodišnjoj studiji djece majki s postpartalnim psihozama pokazali su da je psihosocijalni ishod djece majki s postpartalnom psihotičnom depresijom vrlo nepovoljan, nepovoljniji i od grupe djece majki s postpartalnom shizofrenijom (93). Novija istraživanja koja su proučavala povezanost depresije roditelja i dezorganiziranog oblika privrženosti našla su relativno slabu povezanost koja je nešto jača u grupi roditelja koji su imali kliničku dijagnozu, posebno u grupi kronične interepizodne distimije. U nekim istraživanjima u skupini depresivnih roditelja uočene su dvije podskupine, jedna sa značajkama negativnog i intruzivnog obrasca ponašanja s "okretanjem uloga" i jače dezorganiziranim oblikom privrženosti u djeteta i drugu podskupinu sa reduciranom učestalosti pozitivnih strukturirajućih ponašanja i bez prisutnosti negativnih interakcija (94).

1.5 ALEKSITIMIJA

1.5.1 UVOD

Aleksitimija predstavlja specifičan poremećaj psihičkog funkcioniranja karakteriziran odsustvom simboličnog razmišljanja, siromaštvom fantazija i nemogućnošću adekvatne ekspresije i verbalizacije vlastitih emocija.

Iako u početku zapažena u grupi psihosomatskih bolesnika aleksitimija danas predstavlja fenomen koji je zapažen u nizu somatskih i psihijatrijskih poremećaja. Koncept aleksitimije (grčki: a-manjak, nedostatak; lexis-riječ, thymos-osjećaj – “bez riječi za emocije”), u svom radu “Kratka psihoterapija i emocionalna kriza”, u znanstvenu medicinsku literaturu uveo je 1972. godine Sifneos (95, 96) obuhvaćajući njime specifičan afektivni deficit koji se poglavito očituje u oskudnoj ekspresiji emocija a zapažen je tijekom kliničkih studija psihosomatskih bolesnika. Stvaranju ovog koncepta prethodila su i koincidirala istraživanja raznih autora koji su neovisno od Sifneosa i Nemiah došli do formiranja sličnih koncepata. Posebno interesantan je koncept “operativnog mišljenja” francuskih psihoanalitičara Martya i de M'Uzana (97). U svom članku iz 1988. godine Sifneos piše: “Što je zapravo aleksitimija - to je nemogućnost asociiranja jedne vizualne predodžbe, fantazije i misli sa specifičnim emocionalnim stanjem” (98).

Nemiah, Freyberger i Sifneos 1976. g. na slijedeći su način opisali karakteristike aleksitimije: teškoće u imenovanju i opisivanju vlastitih emocionalnih doživljaja, teškoće u razlikovanju između osjećaja i tjelesnih senzacija vezanih uz emocionalno uzbuđenje, ograničen kapacitet za imaginaciju što se očituje siromaštvom fantazijskog života i kognitivni stil usmjeren prema “vanjskom svijetu” tj. realitetu (99).

Napretkom u razvojnoj psihologiji, neurobiologiji, istraživanjima ranog razvoja i stvaranjem novih koncepata u psihoanalizi formirani su novi koncepti self-regulacije i regulacije afekta. Pri tome valja napomenuti da regulacija afekta podrazumijeva i mogućnost recipročnog utjecaja afekata na regulaciju mišljenja i ponašanja.

Teorija afekta predstavlja proučavanje i promišljanje o tome kako pojedinac na svoj neponovljiv, osoban način doživljava sebe i svijet oko sebe. U tom smislu afekti svakom doživljaju daju osobnu važnost, značenje i smisao te su neraskidivo vezani sa najrazličitijim mentalnim funkcijama poput pažnje, procjene, stvaranja mentalnih reprezentacija,

imaginacije, snova, mehanizama obrane, verbalne komunikacije itd. Afekti omogućuju temeljnu socijalizaciju s osobama o kojima pojedinac ovisi i/ili koje cijeni dajući svakom odnosu osobno emocionalno značenje. Bazično proizlazeći iz biologije, afekti se integriraju u kognitivno-doživljajnu dimenziju i također se odražavaju u manifestnom ponašanju.

Prema Tayloru, Bagbyu i Parkeru aleksitimija, kao obilježje osobnosti, upravo predstavlja poremećaj u regulaciji afekta i na temelju toga predstavlja važan rizični faktor za različite psihičke i somatske poremećaje poput, između ostalih, somatoformnih poremećaja, poremećaja prehrane, posttraumatskog stresnog poremećaja i ovisnosti (100).

1.5.2 ETIOLOGIJA I DOSADAŠNJA ISTRAŽIVANJA

Prema Freybergeru aleksitimija se može podijeliti na primarnu koja bi bila više trajno obilježje osobnosti i sekundarnu koja je prolazna karaktera i predstavljala reakciju na ozbiljnu bolest. Nadovezujući se na Freybergerovu distinkciju između primarne i sekundarne aleksitimije Sifneos dijeli etiološke faktore na dva glavna područja: neurobiološko, koje bi odgovaralo primarnoj aleksitimiji i psihosocijalno koje se odnosi na sekundarnu aleksitimiju. Pri tome se donekle razlikuje od Freybergera u svom poimanju sekundarne aleksitimije u područje koje stavlja aleksitimične karakteristike koje su proizašle iz razvojnih zastoja, masivne psihološke traume u djetinjstvu ili kasnije u životu, sociokulturnih ili psihodinamskih faktora (101).

Područje biologije obuhvaćalo bi neuroanatomske i neurofiziološke teorije unutar kojih bi jedan od mogućih uzroka aleksitimije bio defekt odnosno disfunkcija neuroanatomske strukture odnosno njene neurofiziologije (102). U opisu hipotetskog strukturalnog modela Nemiah fenomen aleksitimije povezuje sa odsutnošću ili defektom neuralnih centara i povezujućih puteva koji su odgovorni za elaboraciju i ekspresiju emocija i također podsjeća na zapažanje Mac Leana da priroda psihosomatskog procesa sugerira poremećaj u vezi limbički sistem-korteks (103). U svom članku iz 1988. godine Sifneos vrlo ilustrativno opisuje mogući neuroanatomski supstrat. Strukture limbičkog sustava lokalizacija su tzv. "visceralnih emocija". Fiziologija visceralnih emocija prema Cannonu predstavlja centralni homeostatski mehanizam koji koristeći autonomne i endokrine obrasce u stanjima intezivnih podražaja iz okoline odgovara reakcijama nalik refleksu. Ovakav refleksu nalik odgovor karakterističan je za sve sisavce što znači da se i

u njih javljaju "visceralne emocije", međutim obzirom na nerazvijenost neokorteksa teško je pretpostaviti, ako ne i nemoguće, postojanje kortikalnih reprezentacija u obliku predodžbe, fantazije i misli. Nasuprot tome u čovjeka, zahvaljujući izrazitoj razvijenosti neokorteksa, predodžbe, fantazije i misli mogu biti asocirane sa visceralnim emocijama formirajući novi emotivno-kognitivni kvalitet tj. osjećanja. Prekid komunikacijskih puteva između neokorteksa i limbičkog sustava mogao bi dovesti do disocijacije "visceralnih emocija" od pripadajućih neokortikalnih reprezentacija. Osoba sa takvim poremećajem bila bi aleksitimična. Vanjski podražaj ne bi mogao doseći /stimulirati/ neokorteks što znači da ne bi došlo do aktivacije adekvatne kortikalne reprezentacije. Podražaj bi svoju ekspresiju potražio na području autonomnih i endokrinih obrazaca odnosno refleksu nalik motoričkih akcija. Takva osoba može doživjeti "visceralnu emociju" ali ne može povezati svoje emotivno stanje sa odgovarajućim mislima, a snažni, refleksu nalik, odgovori mogu uzrokovati neadekvatno impulzivno ponašanje (104).

U prilog ovoj hipotezi, kao jednoj od mogućih objašnjenja, može se navesti rad Fricchiona i Howanitza. Oni su opisali slučaj 61-godišnje žene sa infarktom desnog lentikularnog nukleusa i desne frontoparijetalne regije koja je osim motorne aprozodije /oštećenje područja desne hemisfere homolognog Brokinom području/ razvila i niz aleksitimičnih osobina te naglasili moguću značajnu ulogu strijatuma u modulaciji limbičko-kortikane komunikacije odnosno mogućnost da neki slučajevi aleksitimije rezultiraju iz limbičko-kortikalne dekonekcije, barem u slučaju nedominantne hemisfere (105).

Sličnost u kognitivnom stilu i afektivnoj ekspresiji aleksitimičnih pacijenata i pacijenata sa neuroanatomskom lezijom korpusa kalozuma proučavali su Ten Houten, Hoppe, Bogen i Walter. Oni su u nizu radova istraživali pojavu aleksitimičnih osobina u manjoj skupini pacijenata koji su patili od refraktorne epilepsije i kojima je iz tog razloga učinjena komisurotomija /presijecanje korpusa kalozuma/ i time artifično prekinut transfer između lijeve i desne moždane hemisfere /split brain sindrome/. Na temelju verbalnih i grafičkih odgovora pacijenata na trominutni nijemi film simbolična sadržaja nizom metoda analizirani su određeni aspekti verbalne ekspresije: simbolizacija, kvalitet i kvantitet fantazija i snova, afektivni sadržaj, a također je učinjena i EEG-analiza. Pacijenti

sa komisurotomijom bili su u odnosu na kontrolnu skupinu značajno više aleksitimični na nekim od promatranih faktora poput fantazije i simbolizacije. (106, 107).

Dewaraj i Susaki proučavali su brzinu transfera lingvističke i nelingvističke informacije iz desne u lijevu hemisferu /callosal transfer speed/ u dvije grupe studenata izdvojene po kriteriju minimalne i maksimalne zastupljenosti aleksitimičnih osobina. Rezultati tih istraživanja pokazuju da se te dvije grupe ne razlikuju u brzini transfera lingvističke informacije ali se značajno razlikuju u brzini transfera nelingvističke /simbolične/ informacije što potvrđuje njihovu hipotezu o povezanosti između aleksitimije i specifičnog deficita transfera nelingvističke -simbolične informacije (108).

Razmatrajući psihološke modele u svom članku iz 1977. godine Nemiah smatra dva modela posebno značajnima za spekulativno objašnjenje aleksitimije. Model masivne, globalne inhibicije afekta mogao bi objasniti potencijalnu reverzibilnost i nestanak psihosomatskih simptoma i aleksitimije u kontekstu sekundarne aleksitimije, stanja koje se javlja kod nekih osoba sa teškim somatskim bolestima i psihosomatskim poremećajima u kojih je moguće psihoterapijom postići određeno poboljšanje. Sa druge strane model deficita odnosno odsutnosti određenih funkcija mentalnog aparata, posebno manjak kapaciteta za formaciju fantazija i doživljavanja osjećanja, mogao bi objasniti ireverzibilnost aleksitimije u nekih bolesnika sa psihosomatskim bolestima u kojih je uprkos intenzivne psihoterapije nemoguće postići poboljšanje (109).

H. Kristal smatra da bi se nastanak aleksitimije mogao objasniti zastojeom afektivnog razvoja u slučaju infantilne psihičke traume odnosno regresijom u afektivno-kognitivnoj funkciji u slučaju katastrofičnih trauma u odrasloj dobi. U oba ta slučaja prema mišljenju H. Kristala postoji strah od afekta odnosno tendencija da ih blokira ili nemogućnost njihove integracije. Time se otvara pitanje odnosa aleksitimije i psihičke traume (110).

Studija na blizancima Valere i Berenbauma koji su koristili TAS ukazuju na povezanost obiteljskih okolinskih faktora sa dvije subskale TAS-a - teškoće u prepoznavanju osjećaja i opisivanju osjećaja, dok je prema realitetu usmjereno mišljenje vezano uz genetske faktore (111). Uprkos određenih metodoloških ograničenja, prethodno istraživanje A. Heiberga i A. Heiberga na skupini blizanaca također govori u prilog nasljednoj komponenti u nastanku aleksitimije (112).

Prema novijim teoretskim pretpostavkama konstrukt aleksitimije počiva na deficitu u kognitivnom procesuiranju i regulaciji emocija (113). Pri tome regulacija emocija u ljudi podrazumijeva recipročnu interakciju tri sistema: neurofiziološkog kroz aktivaciju autonomnog živčanog i neuroendokrinog sustava, motoričko-ekspresivnu kroz npr. facijalnu ekspresiju, promjene u držanju tijela i tonu glasa, i kognitivno-doživljajnu kroz subjektivnu svijest o osjećajnom stanju i njegovu verbalizaciju. Ovim intrapersonalnim sistemima pridruženo je i interpersonalno područje regulacije emocija kroz socijalne interakcije koje mogu biti suportivne ili disruptivne (114).

U regulaciji emocija sudjeluju ego obrane, snovi, fantazije, socijalne interakcije, govor, igra, plač i smijeh, kao i aferentna povratna veza iz periferne autonomne aktivnosti i muskuloskeletnog sustava. U tom smislu sužen kapacitet za imaginaciju visoko aleksitimičnih osoba ograničava modulaciju emocija kroz fantazije, snove, interese i igru. Zbog nemogućnosti da prepoznaju vlastite osjećaje visoko aleksitimične osobe su ograničene i u sposobnosti da verbalno izraze svoj distress drugim ljudima i stoga ostaju lišeni pomoći i utjehe. Smanjena mogućnost interpersonalnog dijeljenja osjećajnih stanja dodatno otežava prepoznavanje emocija u sebi i drugima (115).

Razvijajući teoriju višestrukog koda, Bucci definira tri međusobno povezana sistema koja služe obradi informacije (uključujući i emocionalno-doživljajni aspekt): verbalni sistem koji predstavlja primarno obradu informacije na razini simbola i neverbalni sistem koji uključuje simboličnu i subsimboličnu razinu. Ova tri sistema povezuje tzv. referencijalni proces koji predstavlja temeljni adaptacijski mehanizam efikasan u svakodnevnim okolnostima, no svoje ograničenje pokazuje u situacijama npr., po prvi puta doživljenih, emocionalnih iskustava kada se "ne nalazi riječi" kojima bi se to iskustvo verbalizirao ili, u drugim okolnostima, na neverbalnoj subsimboličnoj razini, npr. u slučaju učenja novih motoričkih vještina. U povezivanju subsimboličnog neverbalnog sistema sa riječima neophodna je imaginacija koja obuhvaća neverbalne simbole - "predodžbe" i povezuje ih sa verbalnim simbolima (116). Unutar takvih teoretskih postavki aleksitimija bi predstavljala dublju disocijaciju između gore navedenih sistema, ne samo na razini riječi, već i na neverbalnoj razini. U tom smislu bi fiziološka aktivacija koja prati snažne emocije ostala nepovezana sa odgovarajućom kognitivnom aktivacijom simbolične razine koja kroz referencijalni proces omogućuje adekvatnu emocionalnu

regulaciju, stoga bi pripadajuća fiziološka aktivacija mogla biti produljena i repetitivna uz nepovoljan utjecaj na fiziološke sisteme (117).

Iz gore navedenih teoretskih pretpostavki aleksitimija bi mogla predstavljati sindrom odnosno konačan rezultat, ovisno o slučaju, djelovanja različitih etioloških faktora koji su doveli do promjene neuroloških sistema zaduženih za procesiranje i integraciju kognitivno-emocionalnih aspekata iskustva na funkcionalnoj i/ili neuroanatomskoj razini. U tom smislu bi različite okolnosti poput neuroanatomskog oštećenja, djelovanja traumatskog iskustva, razvojnih smetnji, genetske predispozicije, nekih psihičkih i tjelesnih poremećaja ili nepovoljnih socio-kulturnih okolnosti mogle, u pojedinom slučaju biti etiološki čimbenici u razvoju aleksitimije.

1.5.3 ALEKSITIMIJA KAO OBILJEŽJE OSOBNOSTI

Niz radova koji su se proučavali vezu aleksitimije s različitim drugim entitetima poput depresivnih poremećaja, psihosomatskih poremećaja i sl. upućuju na zaključak da se na aleksitimiju može gledati kao na obilježje ličnosti. Ovakav zaključak se ipak ne može uzeti kao konačan jer neka istraživanja nisu potvrdila navedeno gledište (118).

U longitudinalnoj studiji Salminen i suradnika iz 1994. na grupi psihijatrijskih pacijenata iz različitih dijagnostičkih skupina, pretežno anksiozno-depresivnih poremećaja, reevaluacijom nakon godinu dana zapaženo je značajno smanjenje psihičkih smetnji uz jednaku učestalost aleksitimije (119). U sličnom longitudinalnom istraživanju u trajanju od 5 godina iz 2006., na skupini bolesnika s depresivnim poremećajem, dobiven je značajan pad srednjih vrijednosti kako za depresiju tako i za aleksitimiju, no uz relativnu stabilnost aleksitimije na jednoj od subskala TAS-a uz zaključak da konstrukt aleksitimije predstavlja obilježje osobnosti, ali isto tako u nekim svojim aspektima je i o stanju ovisan fenomen (state-dependent) (120).

U prilog hipoteze o aleksitimiji kao obilježju osobnosti govori i studija Porcellia i suradnika koja, na grupi bolesnika sa upalnim gastrointestinalnim poremećajima, nije našla promjene u učestalosti aleksitimije nakon 6 mjeseci kod ponovne reevaluacije dok se istovremeno stupanj anksiozno-depresivnih smetnji mijenjao u skladu sa promjenama intenziteta somatskih smetnji (121).

Eysenck-ov upitnik EPQ (Eysenck Personality Questionnaire) temelji se na trodimenzionalnom modelu osobnosti, sa dimenzijama stabilnost-neuroticizam, introverzija-ekstroverzija i psihoticizam. Više istraživanja koja su koristila ovaj upitnik u kombinaciji s TAS-om našla su pozitivnu povezanost između aleksitimije i dimenzije neuroticizma. Isto tako niz kliničkih i empirijskih pokazatelja ukazuje na povezanost neuroticizma i aleksitimije sa sklonošću somatizacijama i generaliziranoj disforiji. Sa druge strane dimenzija ekstroverzije bila je negativno povezana s aleksitimijom što, prema Parkeru i Tayloru, nije neočekivano obzirom da aleksitimične osobe slično kao i introvertirane imaju poteškoće u komuniciranju osjećaja prema drugim ljudima. Pri tome valja napomenuti da uz gore navedene povezanosti između aleksitimije i dimenzija neuroticizma i introverzije postoje i razlike. Neurotične osobe na različite stimuluse brzo reagiraju fiziološkim uzbuđenjem i lako verbalno izražavaju svoje emocije dok aleksitimične osobe slično reagiraju no imaju poteškoća u identificiranju emocionalne komponente uzbuđenja i samim time i poteškoće u ekspresiji svojih emocija. Slično tome, introvertirane osobe karakteristično introspekcijom lako promišljaju o svojim emocijama dok su osobe s aleksitimijom preokupirane vanjskim svijetom i rijetko su usmjerene na svoj unutrašnji svijet.

Istraživanja provedena sa pet faktorskim modelom (122) ("The Big Five") koji uključuje dimenzije (faktore) ekstroverzija, suglasnost (ugodnost), savjesnost, emocionalna stabilnost – neuroticizam i otvorenost iskustvu dala su slične rezultate u dimenzijama ekstroverzije i neuroticizma, no dodala su negativnu povezanost s dimenzijom – otvorenost iskustvu. Parker i Taylor zaključuju da konstrukt aleksitimije kombinira neke elemente iz gore navedene tri dimenzije (ekstroverzija, neuroticizam i otvorenost iskustvu) uključujući vulnerabilnost prema stresu, rijetko doživljavanje pozitivnih emocija uz sklonost anksioznosti i depresiji, ograničenost imaginacije i ne davanje važnosti subjektivnim osjećajima. Pri tome su aleksitimične osobe nesklone doživljene osjećaje, bilo pozitivne ili negativne, izražavati u komunikaciji prema drugim osobama (123, 124).

1.5.4 KLINIČKA SLIKA I TERAPIJA ALEKSITIMIJE

Dok je u početku zapažena u skupini psihosomatskih bolesnika aleksitimija danas predstavlja fenomen koji je zapažen u brojnim patološkim stanjima kao što su alkoholizam, uzimanje toksičnih supstancija, psihogeno uvjetovani bolni sindromi,

posttraumatska stanja stresa, stanja poslije komisurotomije /split brain sindrome/, psihopatije, karakterne neuroze, seksualne perverzije, maskirane depresije i dr.. Prema Kristalu, u aleksitimičnih osoba poremećaj se očituje na području afektivnih funkcija, kognitivnih funkcija te u osobitosti njihovih self i objekt reprezentacija.

POREMEĆAJ AFEKTIVNIH FUNKCIJA - Ono što je karakteristično za aleksitimične osobe je nemogućnost adekvatne ekspresije i verbalizacije vlastitih emocija. Ovi pacijenti imaju značajnih teškoća da prepoznaju i koriste emocije kao određene signale te nisu u stanju adekvatno razlikovati jednu emociju od druge i u stvari doživljavaju nediferencirani afektivni podražaj. Ovo neprepoznavanje afekta slikovito opisuje Sifneos : " Netko može čuti sumljiv šum noću a da počne misliti na hranu, netko može napasti nekoga a da ne zna što ga je razljutilo, netko ne može doživjeti radost sjećajući se događaja koji ga je u prošlosti učinio sretnim " (125). U situacijama kada bi se normalno očekivao jasan emotivni odgovor neki od pacijenata osjećaju nejasnu tjelesnu nelagodu dok su drugi skloni da "previde" i jasne popratne fiziološke signale vezane uz emotivni odgovor kao što su npr. palpitacije ili mučnina.

POREMEĆAJ KOGNITIVNIH FUNKCIJA - upadljivo je odsustvo simboličnog razmišljanja i siromaštvo fantazija. Njihovo razmišljanje usmjereno je na sadašnjost, na sitne detalje vanjskih događaja. Osobitost takvog kognitivnog stila opisana je unutar koncepta "operativnog mišljenja" Martya i de M'Uzana: "Važnost događaja vrednuje se samo u odnosu na preciznost radnje, mjesta i datuma, a emocionalnim interakcijama oko tog događaja ne daje se ikakva važnost. Emocija kao da nema. Pacijent prije izgleda svjedokom negoli aktivnim sudionikom svoje egzistencije". Aleksitimični pacijenti se rijetko prisjećaju snova a kada to i uspiju sadržaj je ograničen na nekoliko jednostavnih rečenica. Kada se pokušaju asociirati na elemente sna to im ne uspjeva, a kada terapeut inzistira na tome oni, umjesto asocijacija, donose jedino nove detalje sna.

SELF I OBJEKT-REPREZENTACIJE - U nemogućnosti da prepoznaju i integriraju emocije u cjelokupnost svoga životnog iskustva u ovih je pacijenata često prisutno neuobičajeno distanciranje i ravnodušnost prema vanjskim objektima. Pacijent pokazuje malo afektivnog interesa, i prema terapeutu se odnosi distancirano i ravnodušno. Na sličan način se odnose i prema sebi samima često pokazujući uočljivu nebrigu za vlastito zdravlje. U odnosu na fleksibilno držanje neurotičara držanje aleksitimičnih osoba je

rigidno i ukočeno, odnosno na neki način jednako tako siromašne ekspresije poput siromaštva njihovog fantazmatskog i emotivnog doživljavanja. Nemiah ističe kako je važno imati na umu različitost formacije simptoma u slučaju konverzivnog poremećaja, kod kojeg stresom potaknuta aktivacija organizma zadržava određeno simboličko značenje, za razliku od aleksitimične osobe kod koje se početna aktivacija bez psihičke obrade direktno transformira u somatsku disfunkciju (126). Konačno, potrebno je napomenuti, prema riječima H. Kristala, da aleksitimija nije "sve ili ništa" fenomen i da je većina pacijenata u stanju da povremeno doživljava određene emocije. Unutar skupine tipičnih aleksitimičnih individua postoje široke i značajne varijacije u kapacitetu da verbaliziraju, identificiraju i opišu emocije te u kapacitetu za afektivno doživljavanje objekt i self reprezentacija (127). Tijekom razvoja konačne verzije upitnika samoprocjene TAS-20, Taylor i suradnici iz pregleda dotadašnjih spoznaja o aleksitimiji izdvojili su slijedeće karakteristike aleksitimičnih osoba: teškoće u opisivanju emocija, teškoće u razlikovanju između emocija i tjelesnih senzacija, manjak introspekcije i socijalni konformizam, siromašan fantazijski život i slabo prisjećanje snova (128).

Teškoće u verbaliziranju emocija, razlikovanju između tjelesnih senzacija i različitih emotivnih stanja, zbunjenost i frustracija kada se pokušava razgovarati o emocionalnom doživljavanju čine komunikaciju sa ovim bolesnicima otežanom i napornom. Odsustvo simboličkog razmišljanja i siromaštvo fantazija izraženi su do te mjere da u terapeuta kontratransferno uzrokuju osjećaj praznine i dosade. Obzirom na česte somatizacije ove osobe nerijetko prolaze niz nepotrebnih medicinskih pretraga uzrokujući frustraciju u liječnika i medicinskog osoblja. U većini slučajeva psihoanalitički orijentirana psihoterapija ne dovodi do poboljšanja tako da se u ovih pacijenata mogu, pored suportivne psihoterapije, kombinirano koristiti različiti terapijski postupci poput kognitivno-bihevioralnih postupaka, biofeedbacka, autogenog treninga, farmakološkog tretmana, uključujući i modificirane oblike psihodinamske psihoterapije. Grupna terapija može biti dobra alternativa ili dodatak individualnoj psihoterapiji (129). Prema Sifneosu u tretmanu primarne aleksitimije mogu se primjeniti razni oblici suportivne psihoterapije dok se za sekundarnu aleksitimiju može koristiti modificirana psihodinamska psihoterapija (130).

1.6 OBITELJSKA DINAMIKA

Kao i u mnogim drugim područjima života tako i unutar obitelji niz različitih biopsihosocijalnih faktora u međusobnoj interakciji rezultiraju konačnim aktualnim obiteljskim sistemom. Genetski utjecaj, sociokulturne i obiteljske okolnosti, individualne crte osobnosti, ciljevi i životni izbori svakog od članova obiteljskog sistema, između ostalih, dio su čimbenika koji doprinose konačnom načinu funkcioniranja i identitetu obitelji. Svaki od njih može u određenim okolnostima na povoljan ili nepovoljan način djelovati na integritet obitelji.

1.6.1 PSIHOBIOSOCIJALNI FAKTORI VEZANI UZ OBITELJSKO FUNKCIONIRANJE

Interakcija okolinskih i genetskih faktora čest je motiv znanstvenih studija pa tako i Kendlerovog istraživanja roditeljstva, u ovom slučaju sa epidemiološko-genetske perspektive, na uzorku od 606 očeva i 848 majki, i njihovih istospolnih blizanaca (ženskog spola, 145 monozigota i 390 dizigota), koji su opisali svoja transgeneracijska roditeljska iskustva. Ova studija se bavila sa tri izvora varijance: genetski faktori, obitelj kao zajednička okolina i za osobu specifična okolina. Odgovori na upitniku "Parental Bonding Instrument" rezultirali su sa tri faktora (roditeljska toplina, protektivnost i autoritativnost) koji, prema odgovorima roditelja, za njihovu djecu čine zajedničko iskustvo u obitelji. Odgovori djece blizanaca, s druge strane, ukazuju na to da genetski faktori imaju veliku ulogu u poticanju razvoja roditeljske topline, dok puno manju ulogu imaju u odnosu na protektivnost i autoritativnost roditelja. Konačni zaključak studije je da na roditeljstvo utječu dva faktora, okolinski - iskustvo koje donose iz svoje vlastite obitelji i osobine temperamenta koje su genetski uvjetovane. Genetski faktori u oba slučaja, roditelja i djece, važniji su u poticanju razvoja roditeljske topline dok je njihov utjecaj manji na protektivnost i autoritativnost roditelja koji su više vezani uz okolinske faktore (131).

O'Connor i suradnici proučavali su povezanost emocionalno-ponašajnih smetnji djece iz iste obitelji na međuobiteljskoj i unutarobiteljskoj razini unutar četiri tipa obitelji – biološkoj s dva ili s jednim roditeljem, obitelji s poočimom i "kompleksnom obitelji" u kojoj majka ili oba roditelja nisu u biološkoj vezi s barem jednim djetetom. Postepeno unoseći niz faktora poput tipa obitelji, individualnih osobina djeteta, socioekonomskih okolnosti, depresije majke, odnosa majka-dijete i dr. pojedini faktori su mijenjali svoje korelacije da bi

konačno stvorili kompleksnu sliku međuodnosa različitih faktora i njihove krajnje rezultante. Tako npr. negativan odnos majka-dijete ima veću važnost u obiteljima s biološkim roditeljima nego u “kompleksnoj obitelji”. U prvom koraku varijacije u emocionalno-ponašajnim smetnjama u djece rastavljene su u dva izvora – obiteljski i individualni, vezan uz individualne osobitosti djeteta, pri čemu je 41% variances bilo vezano uz obitelj a 51% uz osobitosti djeteta. Autori navode kako je to jedno od prvih neposrednih empirijskih zapažanja koja upućuju na to da je različitost djece unutar iste obitelji jednaka, pa čak i malo veća, nego različitost između djece iz različitih obitelji. U slučaju obitelji u kojima su prisutne najnepovoljnije okolnosti, a to su “kompleksne obitelji” i obitelji s jednim biološkim roditeljem, različitost u psihopatologiji između djece unutar iste obitelji se gubi što bi govorilo u prilog pretpostavci da stresna okolina u sve djece povećava razinu psihopatologije. U tom smislu veća učestalost psihopatologije u djece korelirala je sa dva tipa obitelji – “kompleksnom obitelji” i obitelji s jednim biološkim roditeljem. Ova studija je pokazala kako različiti rizični faktori djeluju u međuodnosu dajući različite konačne ishode te bi se kao takvi i trebali proučavati (132).

1.6.2 OBITELJSKA DISFUNKCIJA I RODITELJSKI SUKOB

Prema rezultatima više istraživanja najvažniji prediktor prilagodbe djeteta nakon razvoda roditelja nije sam razvod već period roditeljskih (maritalnih) sukoba koji je razvodu prethodio. Zaključak je nekoliko velikih longitudinalnih studija da se gotovo polovica smetnji u učenju i ponašanju u djece rastavljenih roditelja javilo 4-12 godina prije samog razvoda (133, 134). Simptomi koji su se javili u tom periodu uključivali su smetnje ponašanja, antisocijalno ponašanje, poteškoće u odnosima sa vršnjacima i autoritetima, depresiju, školske probleme i neuspjeh, i bili su češći u obiteljima s izraženijim sukobima. Isti profil simptoma ustanovljen je i u djece nakon razvoda što bi govorilo u prilog kontinuiteta smetnji koje su postojale i prije razvoda, dok bi sam razvod i roditeljski sukobi nakon razvoda imali manju prediktivnu važnost. Prema nekim autorima nepovoljan učinak na dijete u obiteljima s izraženijim maritalnim sukobima velikim dijelom se izražavao indirektno kroz lošiji odnos između djeteta i majke, a ovisio je i o individualnim osobinama djeteta (135).

Različite studije navode kako su različita obilježja roditeljskog konflikta – učestalost, intenzitet, neprijateljski stil (fizički i verbalni poput vriske, šamara, prezira i sl.), način

razrješavanja konflikta, prikrivenost ili otvorenost sukoba i dr., kao i protektivni faktori, važni prediktori prilagodbe djece na disfunkcionalne obiteljske okolnosti. Velik intenzitet i neprijateljski stil roditeljskih sukoba ističu se kao najvažniji nepovoljni čimbenici i kao takvi dovode do učestalije pojave nesigurne privrženosti u manje djece, a u starije djece i adolescenata do eksternalizirajućih (neposlušnost, agresija i delikvencija) kao i internalizirajućih smetnji (depresija, anksioznost, sniženo samopoštovanje). Nepovoljan učinak otvorenog neprijateljskog roditeljskog sukoba utvrđen je za oba spola i ovisi o njegovom intenzitetu, neovisno da li su roditelji u braku ili rastavljeni. Prikriveni stil konfliktnog ponašanja (nezadovoljstvo, pasivno-agresivno ponašanje, neizrečena tenzija, “triangulacija” djeteta) više se povezuje sa pojavom gore navedenim internalizirajućih smetnji (136, 137, 138). Prema nekim autorima, djevojke su sklonije razvoju internalizirajućih smetnji i samooptuživanju dok su dječaci skloniji razvoju eksternalizirajućih smetnji (139).

Pri tome valja napomenuti kako reakcija djeteta na roditeljski konflikt ovisi i o čimbenicima koji nisu dio samog konflikta poput individualnih osobina samog djeteta, prisutnost različitih protektivnih faktora i sl., stoga krajnji ishod utjecaja konflikta na dijete ne mora nužno imati jednake posljedice u sve djece. U tom smislu reakcije djeteta na roditeljski sukob mogu biti u rasponu od naglašenih eksternalizirajućih ili internalizirajućih smetnji, školskog neuspjeha i sl. do potpunog izostanka bilo kakvih manifestnih smetnji prilagodbe. Izostanak manifestnih smetnji u većine djece iz rastavljenih obitelji govori u prilog prisutnosti protektivnih faktora odnosno otpornosti (resilience) djeteta na okolnosti rastave no to nikako ne znači neranjivost, u prilog čega govore istraživanja o djeci koja su nakon razvoda i dalje dobro funkcionirala bez uočljivih smetnji, no nerijetko su opisivala bolne osjećaje i sjećanja te određeni nivo trajnog distresa vezanog uz okolnosti i sjećanje na razvod roditelja (140).

Jedan od vjerojatno najvažnijih čimbenika u oblikovanju reakcije djeteta je način kako ono doživljava roditeljski sukob odnosno kakvo značenje za njega on ima. Ova subjektivna procjena konflikta od strane djeteta dio je razvoja spoznaje o sebi i socijalnom svijetu oko sebe, te ovisi o mnoštvu čimbenika poput neposrednih reakcija djeteta na aktualne okolnosti, mentalnih reprezentacija prethodnih iskustava koja utječu na sadašnje i buduće ponašanje, osobina ličnosti, razvojne dobi djeteta i sl. (141).

1.6.3 PROTEKTIVNI FAKTORI

U svom preglednom radu iz 2000. Kelly navodi kratak pregled različitih istraživanja koja su se bavila protektivnim faktorima u obiteljima sa naglašenim roditeljskim sukobima i, između ostalih, navodi slijedeće: dobar interpersonalni odnos s barem jednim od roditelja, roditeljska toplina, podrška braće i sestara – posebno u preadolescentnoj dobi, za adolescente dobro samopoštovanje i podrška grupe vršnjaka (142).

Niz studija koje su se bavile evolucijom privrženosti kroz život i vezom između kvalitete attachmenta i adaptacije ukazuju na ulogu privrženosti kao protektivnog faktora. Tako se je u nekim radovima vidjelo da sigurno privržena djeca pokazuju najbolju adaptaciju tijekom razvoja, dok nesigurno privržena djeca u dijelu slučajeva pokazuju razne emocionalne probleme i probleme ponašanja u predškolskoj dobi kao što su niske socijalne kompetencije, neprijateljsko i agresivno ponašanje, ovisno i 'poslušno' ponašanje prema vršnjacima i odraslima (143, 144).

1.6.4 OBITELJSKA DINAMIKA I SOMATIZACIJE

Postoji niz hipoteza o mogućim mehanizmima nastanka somatizacija. Neke od njih vežu se uz obiteljske okolnosti u kojima djete živi.

Creig i suradnici pokazali su da se u grupi pacijenata sa somatizacijama anamnestički daleko češće nalazi podatak o rizičnim faktorima prije 17.g života tj. ozbiljnijoj bolesti u djetinjstvu (55%) koja nije ni na jedan način direktno povezana sa aktualnim somatizacijama, tjelesnoj bolesti roditelja (41%) ili kombinaciji oba faktora (32%). Navedeni postotci bili su u gotovo svim slučajeva dvostruko ili više puta veći u odnosu na usporedne skupine. Pri tome je bio istaknut i dodatni rizični faktor "manjak roditeljske skrbi" koji je, u slučaju da se našao u kombinaciji sa bolešću u djetinjstvu, također značajno doprinio pojavi somatizacija u odrasloj dobi. Nijedan od navedena tri rizična faktora nije sam po sebi bio dovoljan da značajno doprinese pojavi somatizacija dok je najviši rizik bio u slučaju prisutosti sva tri faktora. (145).

1.6.5 ULOGA NESIGURNE PRIVRŽENOSTI U NASTANKU SOMATIZACIJA

Pregledni rad Scotta i Russella iznosi interesantnu hipotezu o nastanku somatizacija. Prema njima odrasli pacijent sa somatizacijama zapravo pokazuje nadekvatno ponašanje vezano uz manifestiranje anksiozne privrženosti kao naučenog obrasca reagiranja u stanjima distresa. Takvi internalizirani radni modeli nesigurne privrženosti, odnosno odnosa sa majkom, postali bi dio osobnosti i aktivirali bi se u stanjima distresa manifestirajući se u obliku somatizacija kojim bi potakli blisku okolinu i medicinsko osoblje na pažnju i brigu o njima. Obzirom da neminovni neuspjeh u pronalaženju somatskog uzroka smetnji vodi do smanjenja i konačnog prekida brige i skrbi o njima oni to doživljavaju kao odbacivanje što uzrokuje nezadovoljstvo i dodatno komplicira interpersonalne odnose sa bližom okolinom i medicinskim osobljem. Ovo dodatno pojačava nepovoljan obrazac ponašanja kroz uporno traženje pomoći za svoje somatske smetnje konačno iscrpljujući njima bliske osobe i medicinsko osoblje što se može manifestirati u vidu osjećaja frustracije, ljutnje i konfliktnih interpersonalnih odnosa. Kronološki, ovakav način ponašanja bio bi produkt disfunkcionalnog ranog odnosa sa majkom do kojeg može doći zbog različitih faktora – loše skrbi i zanemarivanja, ranog gubitka majke ili osobe koja se skrbi o djetetu, ili bilo kojeg drugog rizičnog čimbenika nastalog iz međusobne interakcije nasljednih faktora, okoline i osobnosti (146).

2 CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZA

2.1 CILJ ISTRAŽIVANJA

Osnovni cilj istraživanja je slijedeći:

1. utvrditi da li je u obiteljima djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije prisutna veća disfunkcionalnost u odnosu na usporednu skupinu.
2. utvrditi da li je u roditelja u obiteljima djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije češće prisutna aleksitimija u odnosu na usporednu skupinu.
3. utvrditi da li su u djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije češće prisutne emocionalne smetnje u odnosu na usporednu skupinu

2.2 HIPOTEZA

Očekuje se da će u obiteljima djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije u odnosu na obitelji kontrolne skupine biti češće prisutna obiteljska disfunkcija i aleksitimija, a u djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije češće prisutne emocionalne smetnje u odnosu na usporednu skupinu.

3 ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA

3.1 ISPITANICI

U sklopu projekta "Obitelj i recidivirajući abdominalni bolovi u djece " (rb. 0108277, voditeljica projekta prof. dr. sc. Vesna Vidović) odobrenog od Ministarstva znanosti i tehnologije prikupljeni su podaci za stvaranje kliničkog uzorka koji se sastojao od 50 obitelji s djecom od 6 do 18 godina zaprimljenih na Pedijatrijsku kliniku KBC Zagreb i Kliniku za dječje bolesti Zagreb zbog neorganskih recidivirajućih abdominalnih bolova. U isključivanju organskih etioloških faktora koristili su se standardni pedijatrijski postupci.

Usporedna skupina se sastojala od 50 obitelji s djecom od 6 do 18 godina. Kriterij isključenja bili su psihosomatski poremećaji, prisutnost rekurentne abdominalne boli, ili abdominalni bolovi u djece dosada poznatih uzroka i/ili somatske smetnje i bolni sindromi nejasne etiologije prema kliničkoj procjeni liječnika pedijatra.

Upitnike je ispunjavao jedan od roditelja djece, u većini slučajeva majka djeteta. Podaci dobiveni na upitniku FAD odnosili su se na obiteljsko funkcioniranje dok se TAS odnosio na procjenu prisutnosti aleksitimije u roditelja. Podaci o prisutnosti emocionalnih smetnji u djeteta dobiveni su na temelju CBCL-a.

3.2 MJERNI INSTRUMENTI I NAČIN PROVOĐENJA ISTRAŽIVANJA

U istraživanju su korištena tri mjerna instrumenta - standardni psihijatrijski instrument CBCL (147) za dijagnostičku procjenu zajedno s mjernim instrumentima za obiteljsko funkcioniranje i aleksitimiju:

1. Obiteljsko funkcioniranje: FAD (Family Assessment Device)
2. Aleksitimija: TAS (Toronto Alexithymia Scale)
3. Lista procjene ponašanja djece: CBCL (Child Behavior Checklist)

3.2.1 FAD - FAMILY ASSESSMENT DEVICE

Family Assessment Device (FAD) predstavlja model procjene i liječenja obitelji unutar sistemske teorije obiteljskog funkcioniranja i dio je "McMasterovog pristupa obitelji" (148, 149). Osnovne pretpostavke sistemske teorije obitelji koje su podloga ovom modelu uključuju sljedeće:

1. Svi dijelovi obiteljskog sistema su u međuodnosu
2. Dio obiteljskog sistema ne može se razumijeti isključen iz cjeline
3. Obiteljsko se funkcioniranje ne može do kraja razumijeti oslanjajući se samo na proučavanje pojedinih članova ili subgrupa obiteljskog sistema
4. Struktura i organizacija obitelji važni su faktori koji snažno utječu i determiniraju ponašanje članova obitelji
5. Transakcijski obrasci obiteljskog sistema snažno oblikuju ponašanje članova obitelji

FAD je instrument procjene koji je usmjeren na šest dimenzija obiteljskog funkcioniranja: rješavanje problema, komunikaciju, uloge, afektivne odgovore, afektivnu uključenost i kontrolu ponašanja. Dodatnu, sedmu, dimenziju čini ukupno funkcioniranje obitelji. Sa ovih sedam dimenzija obuhvaćena su tri temeljna područja obiteljskog funkcioniranja: područje temeljnih zadaća (novac, hrana, mjesto boravka i transport), područje razvojnih zadaća vezanih uz promjene u tijeku života obitelji i područje rizičnih zadaća vezanih uz krizna razdoblja poput bolesti, gubitka prihoda i sl. Svaka dimenzija ima određen broj pitanja na koja je moguće odgovoriti jednim od četiri moguća odgovora koji nose određen broj bodova (1 do 4). Srednja vrijednost za svaku skalu kreće se u rasponu od 1 do 4, pri čemu vrijednost veća od 2 (cut-off score) ukazuje na disfunkciju obitelji u dimenziji odgovarajuće subskale.

1. Rješavanje Problema (Problem Solving) ukoliko se obiteljski problem definira kao okolnost koja ugrožava integritet i funkcionalni kapacitet obitelji tada rješavanje problema predstavlja sposobnost obitelji da ukloni tu nepovoljnu okolnost do razine koja omogućava adekvatno obiteljsko funkcioniranje.

2. Komunikacija (Communication) podrazumijeva izmjenu informacija između članova obitelji. Komunikacija se promatra na kontinuumu od jasne prema prikrivenoj, može biti direktna ili indirektna, ovisno da li se upućuje ili ne upravo onom članu kojem je bila i nemjenjena i konačno može sadržavati verbalne i neverbalne komponente.

3. Uloge (Roles) – ova dimenzija opisuje sposobnost obitelji da kroz različite funkcije osigura prihode, odgoj i podršku, stvori uvjete za osobni razvoj, održava i vodi obiteljski sistem što uključuje odlučivanje, granice i širu uključenost obitelji u društvo, kontrola ponašanja i disciplina i.t.d.

4. 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, utjehe, 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 čitav spektar emocija, prikladnost tipa emocije u odnosu na situaciju, ali isto tako i intenzitet i trajanje.

5. Afektivna uključenost (Affective Involvement) - opisuje stupanj u kojem su članovi obitelji zainteresirani i cijene za aktivnosti i interese drugih članova obitelji na dimenziji od nepostojeće uključenosti do pretjerane uključenosti smještajući zdravu afektivnu uključenost u sredinu između ta dva ekstrema.

6. 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.

7. Ukupno funkcioniranje (General Functioning) - procjenjuje ukupno obiteljsko funkcioniranje

3.2.2 TAS - TORONTO ALEXITHYMIA SCALE

Toronto Alexithymia Scale (TAS) instrument je procjene aleksitimije tj. nemogućnost prepoznavanja, doživljavanja i izražavanja emocija (150).

Upitnik ispunjavaju ispitanici i sastavljen je od 20 itema, izraženih Likertovom skalom od 1 do 5 (1-izrazito se ne slažem do 5 – izrazito se slažem), koji formiraju tri subskale:

1. teškoće u prepoznavanju osjećaja
2. teškoće u opisivanju osjećaja
3. prema realitetu usmjereno mišljenje

Maksimalni ukupni zbroj iznosi 100, pri čemu vrijednosti više i jednako 61 definiraju aleksitimiju, interval 52-60 moguću aleksitimiju dok vrijednosti 51 i manje upućuju na odsutnost aleksitimije.

3.2.3 CBCL - LISTA DJEČJEG PONAŠANJA

Lista ili skala procjene ponašanja djece od 6 do 18 godina (Child Behavior Check List - CBCL) sastoji se od dva dijela. Prvi, manji dio, kroz četiri skale omogućuje procjenu kompetencija djeteta koje uključuju skale aktivnosti, socijalnih i školskih kompetencija, i četvrtu skalu koja objedinjuje prve tri – skalu ukupnih kompetencija djeteta. Drugi, veći dio, sastoji se od 118 pitanja koja u svom bitnom dijelu formiraju osam sindromskih skala – anksioznost/depresivnost, povučенost, tjelesni problemi, socijalni problemi, problemi mišljenja, problemi pažnje, smetnje ponašanja i agresivno ponašanje. Prve tri skale (anksioznost/depresivnost, povučенost, tjelesni problemi) formiraju širu grupu internalizirajućih smetnji, dok zadnje dvije (smetnje ponašanja i agresivno ponašanje) formiraju grupu eksternalizirajućih smetnji.

Upitnik također nudi alternativnu strukturu sindromskih skala usklađenu prema DSM-IV. U tom slučaju uključuje šest skala – afektivne smetnje, anksiozne smetnje, somatske smetnje, smetnje aktivnosti i pažljivosti (ADHD), prkosljivo ponašanje i smetnje ponašanja.

Statističkom obradom dobiju se rezultati koji se nakon toga transformiraju u t vrijednosti.

Interpretacija dobivenih t vrijednosti je slijedeća:

- Za sindromske skale (anksioznost/depresivnost, povučенost, tjelesni problemi, socijalni problemi, problemi mišljenja, problemi pažnje, smetnje ponašanja i agresivno ponašanje) t vrijednost manja od 65 smatra se normalnom vrijednošću, granična t

vrijednost nalazi se u rasponu od 65 do 69 dok se t vrijednost od 70 i više smatra klinički značajnom.

- Za skale koje su kombinirane od više sindromskih skala, tj. skale “ukupni problemi”, “internalizirajuće smetnje” i “eksternalizirajuće smetnje”, t vrijednost manja od 60 smatra se normalnom vrijednošću, granična t vrijednost nalazi se u rasponu od 60 do 63 dok se t vrijednost od 64 i više smatra klinički značajnom.

3.3 STATISTIČKA OBRADA

Podaci su navedeni kao frekvencije za kategorijalne varijable, te kao srednje vrijednosti i standardne devijacije za kvantitativne varijable. Komparirani su grupa djece s recidivirajućim abdominalnim bolovima u odnosu na kontrolnu grupu. Izvršena je provjera normalnosti Kolmogorov-Smirnovim testom. T-test i Wilcoxon-Mann-Whitney test su upotrebljeni za komparaciju kvantitativnih varijabli. Asocijacije između kontinuiranih varijabli su procijenjeni Spearmanovim korelacijskim koeficijentom. Chronbach alfa je korišten za procjenu internalne konzistencije subskala pojedinih upitnika. Sve analize su bile učinjene SAS verzijom 9.1.3 software (SAS institute INC, Cary, North Carolina, USA); stupanj signifikantnosti je bio postavljen na .05.

3.4 ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Ispitanici su potpisali suglasnost za sudjelovanje u istraživanju u vidu informiranog pristanka.

4 REZULTATI

4.1 OPĆI DIO

Statističkom obradom dobiveni su slijedeći rezultati:

U tablicama 1 i 2 su prikazani opći podaci. Kao što se vidi iz tablice 1. srednja dob djece je sličnih vrijednosti u grupi ispitne (u daljem tekstu skupina RAB) i kontrolne skupine, 10,52 (SD=2,26) prema 10,42 (SD=2,33). Broj djece u obitelji također je slično raspodjeljen u ispitnoj i kontrolnoj skupni: 2,16 (SD= 0,97) prema 2,34 (SD=0,82). U varijabli spola, u ispitnoj skupni ima 17 osoba muškog (34%) i 33 osoba ženskog spola (66%); u kontrolnoj skupni je 30 osoba muškog (60%) i 20 (40%) osoba ženskog spola. U varijabli obiteljskog statusa u ispitnoj skupni ima 10 djece (20%) iz obitelji u kojoj roditelji ne žive zajedno, i 40 djece (80%) iz obitelji u kojoj roditelji žive zajedno; u kontrolnoj skupni ima dvoje djece (4%) iz obitelji u kojoj roditelji ne žive zajedno i 48 djece (96%) iz obitelji u kojoj roditelji žive zajedno. U varijabli “obrazovanje oca” u ispitnoj skupini ima 8 djece (16%) čiji očevi imaju osnovno obrazovanje, 35 djece (70%) srednje obrazovanje, 2 djece (4%) više obrazovanje i 5 djece (10%) visoko obrazovanje; u kontrolnoj skupini ima 2 djece (4%) čiji očevi imaju osnovno obrazovanje, 21 dijete (42%) srednje obrazovanje, 7 djece (14%) više obrazovanje i 20 djece (40%) visoko obrazovanje.

Tablica 1 – opći demografski podaci o roditeljima i djeci

	RAB N=50 N(%)	Kontrola N=50 N(%)
Spol djeteta		
Muški	17 (34)	30 (60)
Ženski	33 (66)	20 (40)
Obiteljski status		
Ne žive zajedno	10 (20)	2 (4)
Žive zajedno	40 (80)	48 (96)
Obrazovanje majke:		
Osnovna škola	10 (20)	3 (6)
Srednja škola	34 (68)	24 (48)
Viša škola	1 (2)	7 (14)
Fakultet	5 (10)	15 (30)
Obrazovanje oca:		
Osnovna škola	8 (16)	2 (4)
Srednja škola	35 (70)	21 (42)
Viša škola	2 (4)	7 (14)
Fakultet	5 (10)	20 (40)

Tablica 2 – djeca - opći demografski podaci

	N=50 M(SD)	N=50 M(SD)
Dob djeteta	10,52 (2,26)	10,42 (2,33)
Broj djece u obitelji	2,16 (0,97)	2,34 (0,82)

Na subskalama TAS (instrument procjene aleksitimije) i FAD (upitnik procjene obiteljskog funkcioniranja) upitnika dobivena je zadovoljavajuća internalna konzistencija (Chronbach alfa) osim na subskali TAS – prema realitetu usmjereno mišljenje (0,43) i subskali FAD – kontrola ponašanja (0,17), tako da su navedene subskale izostavljene iz daljnje statističke analize. Chronbach Alfa na preostalim skalama kretao se u rasponu od 0,71-0,86 (vidi tablicu 3 i 4)

Tablica 3 - TAS - vrijednost Chronbach alfa na pojedinim skalama

TAS	Chronbach alfa
Teškoće u prepoznavanju osjećaja	0,84
Teškoće u opisivanju osjećaja	0,78
Prema realitetu usmjereno mišljenje	0,43
TAS ukupno	0,83

Tablica 4 - FAD - vrijednost Chronbach alfa na pojedinim skalama

FAD	CHRONBACH ALFA
Rješavanje problema	0,78
Komunikacija	0,71
Uloge	0,75
Afektivni odgovor	0,72
Afektivna uključenost	0,56
Kontrola ponašanja	0,17
Ukupno funkcioniranje	0,86

4.2 REZULTATI NA FAD UPITNIKU

Na ukupnoj skali i subskalama FAD-a dobivene su slijedeće vrijednosti prikazane na tablici 7. Iz tablice je vidljivo da je statistički signifikantna razlika nađena na ukupnoj skali FAD-a “ukupno funkcioniranje” ($p < 0,05$) i subskali “rješavanje problema” ($p < 0,05$). Ispitna skupina u obje navedene subskale ima veće vrijednosti. Na ostalim subskalama nije dobivena statistički značajna razlika između ispitivane skupine s recidivirajućom abdominalnom boli (RAB) i kontrolne skupine.

Tablica 7 FAD – dobivene vrijednosti na pojedinim subskalama i skali ukupnog funkcioniranja

FAD	RAB N=50 M(SD)	Kontrola N=50 M(SD)	P Mann-Whitney test
Rješavanje problema	2,01 (0,36)	1,87 (0,42)	< 0,05
Komunikacija	2,09 (0,37)	1,96 (0,36)	NS
Uloge	2,30 (0,35)	2,17 (0,38)	NS
Afektivni odgovor	2,04 (0,48)	1,87 (0,45)	NS
Afektivna uključenost	2,06 (0,34)	1,96 (0,32)	NS
Ukupno funkcioniranje	1,97 (0,41)	1,78 (0,40)	< 0,05

Opaska NS= nije signifikantno

FAD = Family Assessment Device – upitnik procjene obiteljskog funkcioniranja

RAB = ispitna skupina s recidivirajućom abdominalnom boli

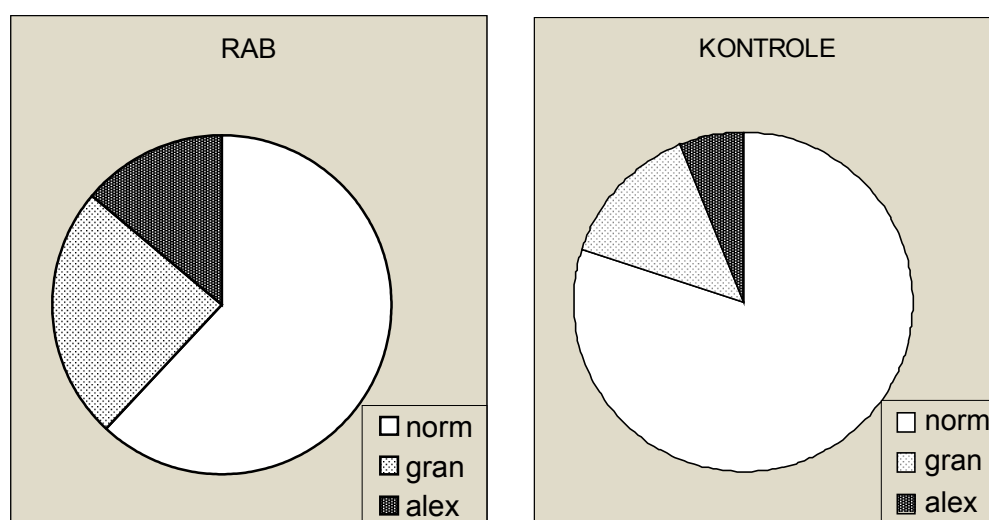
4.3 REZULTATI NA TAS-20 UPITNIKU

Na upitniku TAS-20 od ukupnog broja ispitanika u skupini RAB 14% je ispunilo kriterije za aleksitimiju dok ih je u kontrolnoj skupini kriterije ispunilo 6%. Daljnjih 24% ispitanika u skupini RAB ispunilo je kriterije za granične vrijednosti dok ih je u kontrolnoj skupini bilo 14% što je prikazano na tablici 5. i grafikonu 1.

Tablica 5 – TAS -20 – postotak roditelja s aleksitimijom u ispitnoj i kontrolnoj skupini

TAS-20	normalne vrijednosti N (%)	granične vrijednosti N (%)	aleksitimija N (%)
RAB	31 (62%)	12 (24%)	7 (14%)
KONTROLE	40 (80%)	7 (14%)	3 (6%)

Grafikon 1 – vizualni prikaz postotka pojedinih skupina u odnosu na vrijednost TAS-a



Na ukupnoj skali i subskalama TAS-20 upitnika dobivene su slijedeće vrijednosti prikazane u tablici 6. Iz tablice je vidljivo da je statistički signifikantna razlika nađena na ukupnoj skali TAS-a ($p < 0,05$) i subskali “teškoće u opisivanju osjećaja” ($p < 0,05$). Ispitna skupina RAB u obje navedene subskale ima veće vrijednosti. U tablici 6. također je vidljivo da nije bilo statistički značajne razlike na subskali “Teškoće u prepoznavanju osjećaja”.

Kao što je predhodno navedeno, subskala TAS – prema realitetu usmjereno mišljenje, obzirom na nezadovoljavajuću internalnu konzistenciju, izostavljena je iz prikaza.

Tablica 6 – TAS –20 – prikaz dobivenih vrijednosti na subskalama “teškoće u prepoznavanju osjećaja”, “teškoće u opisivanju osjećaja” i ukupnoj skali

TAS - 20	RAB N=50 M(SD)	Kontrola N=50 M(SD)	P t-test
Teškoće u prepoznavanju osjećaja	15,52 (5,55)	13,22 (6,21)	NS
Teškoće u opisivanju osjećaja	12,12 (4,71)	10,30 (4,34)	< 0,05
TAS ukupno	48,82 (11,42)	41,92 (12,04)	< 0,05

Opaska NS= nije signifikantno

4.4 REZULTATI NA CBCL UPITNIKU

CBCL upitnik definira, u dolje prikazanim sindromskim skalama, t vrijednost od 70 i više kao klinički značajnu, osim na skalama “internalizirajuće smetnje”, “eksternalizirajuće smetnje” i “ukupni problemi” gdje se t vrijednost od 64 i više definira kao klinički značajna. Na temelju navedenog dobivene su slijedeće frekvencije pojave klinički značajnih vrijednosti na pojedinim sindromskim skalama koje su prikazane u tablici 8.

Tablica 8 - frekvencije pojave klinički značajnih vrijednosti na pojedinim sindromskim skalama

CBCL	RAB N=50 N (%)	Kontola N=50 N (%)
Anksioznost/depresivnost	5 (10)	1 (2)
Povučenost	8 (16)	1 (2)
Tjelesne smetnje	14 (28)	0 (0)
Socijalni problemi	4 (8)	1 (2)
Probemi mišljenja	3 (6)	1 (2)
Smetnje pažljivosti	3 (6)	0 (0)
Kršenje pravila	1 (2)	0 (0)
Agresivne smetnje	1 (2)	2 (4)
Internalizirajuće smetnje	22 (44)	4 (8)
Eksternalizirajuće smetnje	3 (6)	2 (4)
Ukupni problemi	10 (20)	2 (4)

CBCL upitnik, osim gore navedenih sindromskih skala, nudi i alternativnu organizaciju rezultata u obliku šest skala prilagođenih DSM klasifikaciji psihijatrijskih poremećaja. Obzirom da neki radovi navode rezultate CBCL-a na taj način dolje slijedi tablica 9 sa frekvencijama pojave klinički značajnih vrijednosti na navedenim skalama.

Tablica 9 - frekvencije pojave klinički značajnih vrijednosti na sindromskim skalama

CBCL – DSM	RAB N=50 N (%)	Kontola N=50 N (%)
Afektivne smetnje	8 (16)	2 (4)
Anksiozne smetnje	9 (18)	1 (2)
Tjelesne smetnje	15 (30)	0 (0)
ADHD smetnje	3 (6)	1 (2)
Prkosljivo ponašanje	1 (2)	2 (4)
Smetnje ponašanja	1 (2)	2 (4)

U nastavku prikaza je tablica 10 sa srednjim t vrijednostima pojedinih sindromskih skala, uključujući i skupnu skalu “ukupni problemi”.

Tablica 10 – srednje t vrijednosti na pojedinim sindromskim skalama

CBCL – srednje t vrijednosti	RAB N=50 N (SD)	Kontrola N=50 N (SD)
Anksioznost/depresivnost	58,7 (8,2)	53,3 (5,3)
Povučenost	59,0 (9,0)	54,0 (5,4)
Tjelesne smetnje	65,0 (6,6)	53,0 (4,5)
Socijalni problemi	59,1 (7,5)	54,5 (5,3)
Probemi mišljenja	55,0 (6,8)	52,0 (3,5)
Smetnje pažljivosti	58,0 (8)	53,0 (4,2)
Kršenje pravila	54,0 (4,8)	52,0 (3,5)
Agresivne smetnje	55,0 (5,9)	54,0 (5,7)
Internalizirajuće smetnje	61,0 (9,1)	47,0 (10)
Eksternalizirajuće smetnje	51,8 (7,8)	48,7 (8,8)
Ukupni problemi	56,8 (8,8)	47,5 (9,0)

Izračunom putem Mann-Whitney statističkog testa na skupnoj skali “ukupni problemi” i sindromskim skalama “Liste dječjeg ponašanja” CBCL-a dobivene su slijedeće vrijednosti prikazane na tablici 11.

Iz tablice je vidljivo da je statistički značajna razlika nađena na sindromskim skalama “Anksioznost” ($p < 0,001$), “Povučenost” ($p < 0,001$), “Tjelesne pritužbe” ($p < 0,001$), “socijalni problemi” ($p < 0,01$), “Problemi mišljenja” ($p < 0,05$), “Problemi pažnje” ($p < 0,01$), “Internalizirajući problemi” ($p < 0,001$) i skupnoj skali “Ukupni problemi” ($p < 0,001$). U svim gore navedenim skalama veće vrijednosti nađene su u skupini djece recidivirajućom abdominalnom boli.

Nisu nađene statistički značajne razlike na sindromskim skalama “kršenje pravila”, “Agresivno ponašanje” i “Eksternalizirajući problemi”.

Tablica 11 - CBCL – vrijednosti dobivene na skupnoj skali “ukupni problemi” i sindromskim skalama prema DSM-IV

CBCL	RAB N=50 N (SD)	Kontrola N=50 N (SD)	P Mann-Whitney
Anksioznost/depresivnost	5,40 (3,95)	2,40 (2,70)	< 0,001
Povučenost	3,06 (2,85)	1,18 (1,65)	< 0,001
Tjelesne smetnje	4,76 (2,66)	0,74 (1,30)	< 0,001
Socijalni problemi	4,32 (3,13)	2,46 (2,33)	< 0,01
Probemi mišljenja	1,98 (2,38)	0,90 (1,35)	< 0,05
Smetnje pažljivosti	5,18 (3,89)	3,08 (2,68)	< 0,01
Kršenje pravila	1,78 (1,81)	1,20 (1,41)	NS
Agresivne smetnje	5,06 (4,09)	4,30 (4,40)	NS
Internalizirajuće smetnje	13,22 (7,69)	4,32 (4,79)	< 0,001
Eksternalizirajuće smetnje	6,84 (5,26)	5,50 (5,33)	NS
Ukupni problemi	35,04 (19,61)	18,50 (14,17)	< 0,001

Opaska NS= nije signifikantno

4.5 REZULTATI MEĐUSOBNE POVEZANOSTI POJEDINIH FAKTORA

Na temelju statističke analize povezanosti pojedinih faktora unutar sva tri upitnika (TAS-20, FAD i CBCL) u većini slučajeva nađena je određena statistički značajna povezanost, najviše u slučaju subskale TAS-a “teškoće u opisivanju osjećaja” koja je korelirala s subskalom FAD-a – “afektivni odgovor” ($r = ,520$) što bi statistički odgovaralo umjerenoj do dobroj povezanosti.

Kao što je predhodno navedeno, subskala TAS – prema realitetu usmjereno mišljenje, obzirom na nezadovoljavajuću internalnu konzistenciju, izostavljena je iz prikaza kao i subskala FAD-a “kontrola ponašanja”. Cjelokupna korelacijska matrica prikazana je u tablici 12.

Subskala TAS-a “teškoće u prepoznavanju osjećaja” statistički je značajno korelirala sa svim subskalama FAD-a u rasponu od $r = 0,281 - 0,423$ što odgovara slabijoj povezanosti, osim na subskali “kontrola ponašanja” $r = 0,206$ (faktor 21 u dolje navedenoj korelacijskoj tablici). Subskala TAS-a “teškoće u opisivanju osjećaja” statistički je značajno korelirala sa svim subskalama FAD-a u rasponu od $r = 0,308 - 0,520$, osim na subskali “kontrola ponašanja”. Pri tome je korelacija na subskali FAD-a “afektivni odgovor” dosegla nivo umjerene do dobre povezanosti.

Ukupna skala TAS-a statistički je značajno korelirala sa svim subskalama FAD-a u rasponu od $r = 0,368-0,486$.

Subskala CBCL-a “anksioznost/depresivnost” statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa svim subskalama TAS-a u rasponu od $r = 0,339 - 0,391$. Ista subskala također je statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa subskalama FAD-a “uloge” $r = 0,300$, “afektivni odgovor” $r = 0,318$ i “ukupno funkcioniranje” $r = 0,353$.

Sindromska skala CBCL-a “povučenost” statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa svim subskalama TAS-a u rasponu od $r = 0,294 - 0,399$. Ista subskala također je statistički značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa svim subskalama FAD-a u rasponu od $r = 0,282 - 0,384$.

Sindromska skala CBCL-a “tjelesne smetnje” korelirala je sa svim subskalama TAS-a i FAD-a ispod nivoa slabije povezanosti.

Sindromska skala CBCL-a "socijalni problemi" statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa subskali TAS-a "teškoće u prepoznavanju osjećaja" $r = 0,311$ i ukupnoj skali TAS-a $r = 0,314$. Ista je subskala korelirala sa subskalama FAD-a ispod nivoa slabije povezanosti.

Sindromska skala CBCL-a "problemi mišljenja" statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa svim subskalama TAS-a u rasponu od $r = 0,268 - 0,293$. Ista je subskala korelirala sa subskalama FAD-a ispod nivoa slabije povezanosti.

Sindromska skala CBCL-a "smetnje pažljivosti" statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa subskalom TAS-a "teškoće u prepoznavanju osjećaja" $r = 0,264$ i "teškoće u opisivanju osjećaja" $r = 0,281$. Ista subskala također je statistički značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa subskalama FAD-a "uloge" $r = 0,331$, "afektivna uključenost" $r = 0,255$ i "ukupno funkcioniranje" $r = 0,260$.

Sindromska skala CBCL-a "kršenje pravila" korelirala je sa svim subskalama TAS-a i FAD-a ispod nivoa slabije povezanosti osim na subskali FAD-a "uloge" $r = 0,281$.

Sindromska skala CBCL-a "agresivne smetnje" statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa subskalom TAS-a "teškoće u prepoznavanju osjećaja" $r = 0,275$ i ukupnoj skali TAS-a $r = 0,260$. Ista je subskala korelirala sa subskalama FAD-a ispod nivoa slabije povezanosti osim na subskali "uloge" $r = 0,255$.

Sindromska skala CBCL-a "internalizirajuće smetnje" statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa svim subskalama TAS-a u rasponu $r = 0,334 - 0,357$. Ista je subskala korelirala sa svim subskalama FAD-a u smislu slabije povezanosti u rasponu $r = 0,260 - 0,362$ osim na subskali "komunikacija" $r = 0,206$.

Sindromska skala CBCL-a "eksternalizirajuće smetnje" statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa svim subskalama TAS-a u rasponu $r = 0,241 - 0,249$. Ista je subskala korelirala sa subskalama FAD-a ispod nivoa slabije povezanosti osim na subskali "uloge" $r = 0,275$.

Ukupna skala CBCL-a statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa svim subskalama TAS-a u rasponu od $r = 0,320 - 0,361$. Ista subskala također je statistički je značajno korelirala u smislu slabije povezanosti sa subskalama FAD-a "uloge" $r = 0,339$, "afektivna uključenost" $r = 0,266$ i "ukupno funkcioniranje" $r = 0,272$.

Tablica 12 – međusobna povezanost pojedinih faktora unutar sva tri upitnika (TAS-20, FAD i CBCL), N=100

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	1	,666	,641	,657	,549	,546	,369	,53	,91	,54	,824	,391	,339	,058	,362	,236	,198	,300	,318	,245	,299	,353
2		1	,536	,562	,425	,388	,378	,349	,83	,394	,681	,294	,399	,081	,343	,298	,282	,396	,367	,308	,405	,384
3			1	,506	,411	,269	,231	,357	,829	,355	,686	,199	,161	,134	,226	,167	,086	,249	,222	,177	,287	,224
4				1	,512	,529	,347	,656	,682	,641	,833	,311	,229	,209	,314	,115	,076	,158	,113	,249	,135	,188
5					1	,446	,361	,449	,552	,493	,635	,268	,268	,112	,293	,128	,112	,157	,160	,165	,069	,145
6						1	,487	,604	,485	,647	,719	,264	,281	,023	,228	,187	,231	,331	,156	,255	-,074	,260
7							1	,52	,371	,714	,566	,082	,254	,052	,151	,124	,097	,281	,047	,007	-,046	,143
8								1	,498	,96	,788	,275	,231	,102	,26	,062	,055	,255	,003	,204	-,059	,150
9									1	,515	,86	,356	,334	,092	,357	,26	,206	,344	,326	,277	,379	,362
10										1	,817	,241	,246	,105	,249	,048	,062	,275	-,005	,158	-,089	,138
11											1	,361	,32	,149	,357	,189	,151	,339	,188	,266	,158	,272
12												1	,689	,302	,862	,281	,356	,294	,423	,399	,206	,411
13													1	,301	,845	,442	,460	,460	,520	,308	,270	,466
14														1	,638	,214	,271	,137	,185	,242	-,015	,188
15															1	,384	,454	,368	,486	,402	,226	,454
16																1	,666	,512	,572	,500	,320	,740
17																	1	,563	,590	,479	,240	,769
18																		1	,576	,457	,443	,691
19																			1	,583	,396	,790
20																				1	,190	,637
21																					1	,405
22																						1

Legenda – opis pojedinih faktora od 1-22 iz gore navedene korelacijske tablice 9 za sve vrijednosti iznad $r_s = 0,25$ razina značajnosti je 0,01

<p>CBCL</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Anksioznost/depresivnost 2 Povučenost 3 Tjelesne smetnje 4 Socijalni problemi 5 Probemi mišljenja 6 Smetnje pažljivosti 7 Kršenje pravila 8 Agresivne smetnje 9 Internalizirajuće smetnje 10 Eksternalizirajuće smetnje 11 Ukupno 	<p>TAS-20</p> <ul style="list-style-type: none"> 12. Teškoće u prepoznavanju osjećaja 13. Teškoće u opisivanju osjećaja 14. Prema realitetu usmjereno mišljenje 15. TAS ukupno <p>FAD</p> <ul style="list-style-type: none"> 16. Rješavanje problema 17. Komunikacija 18. Uloge 19. Afektivni odgovor 20 Afektivna uključenost 21. Kontrola ponašanja 22. Ukupno funkcioniranje
---	--

5 RASPRAVA

Velika heterogenost mogućih etioloških faktora s jedne i povezanost niza biopsihosocijalnih faktora s pojavom recidivirajuće abdominalne boli s druge strane upućuju da se o recidivirajućoj abdominalnoj boli može razmišljati kao o sindromu što je smjer promišljanja i ovog rada.

Kompleksnost, a ujedno i nejasnost, etiologije funkcionalnih somatskih simptoma (FSS), unutar kojih se ubraja i RAB, zorno u svom radu opisuje Beck u kojem se navodi sedam etioloških teoretskih predložaka. Unutar psihodinamske teorije funkcionalni somatski simptomi se mogu razumijeti kao izraz psihičkih mehanizama kojima se energija vezana uz potisnute konflikte dijelom kanalizira u somatske simptome pritom smanjujući unutarnji pritisak potisnutih sadržaja. Teorija privrženosti (attachment) vidi funkcionalne somatske simptome kao način da dijete osigura blizinu majke, dok obiteljski sistemski pristup ove smetnje tumači kao medij za obiteljsku komunikaciju i izbjegavanje konflikta. Teorija socijalnog učenja funkcionalne somatske simptome smatra naučenim obrascem interpersonalnih ili socijalnih ponašanja koja su nerijetko ohrabrivana od strane obitelji i društva. Kognitivna psihobiološka teorija razumije funkcionalne somatske simptome kao fiziološku reakciju na emocionalno uzbuđenje koju modulira osjetljivost i negativni kognitivni stav kojim se normalne fiziološke stimulacije tumače kao patološke i zabrinjavajuće. Teorije stresa i ovladavanja stresom usmjerene su na različite sposobnosti kojim osoba pokušava regulirati svoje emocije, misli, ponašanje i okolinu u situacijama stresa. Tako npr., u smislu navedenih regulatornih sposobnosti, prilagodljivija djeca sa recidivirajućom abdominalnom boli imaju manje FSS i anksiozno-depresivnih smetnji. Konačno, neki autori predlažu hipotezu FSS kao posljedice psihijatrijskog poremećaja poput anksioznog ili depresivnog (151).

Istraživanje Dufton i suradnika (152) je uključivalo tri skupine djece – djecu s recidivirajućom abdominalnom boli, djecu s anksioznim poremećajima i kontrolnu skupinu. Grupa djece sa recidivirajućom abdominalnom boli nije se signifikantno razlikovala od grupe s anksioznim poremećajima po pitanju anksioznosti i internalizirajućih smetnji koje su u obje te grupe bile učestalije u odnosu na kontrolnu skupinu. Ovaj rad, uprkos određenih metodoloških ograničenja, iznosi zanimljive hipoteze mogućih uzroka povezanosti anksioznosti i recidivirajuće abdominalne boli u smislu tri hipoteze:

- recidivirajuća abdominalna bol i anksiozni poremećaji su dva odvojena, ali komorbidna poremećaja.
- recidivirajuća abdominalna bol je specifična podskupina anksioznog poremećaja u kojem je recidivirajuća abdominalna bol posebno obilježje te podskupine
- recidivirajuća abdominalna bol je istaknuti simptom šire skupine anksioznih sindroma ili poremećaja

U tom smislu Campo i suradnici, u zaključku svoga rada o psihofizičkom zdravlju majki djece s recidivirajućom abdominalnom boli, konstatiraju da bi se funkcionalna abdominalna bol možda bolje mogla konceptualizirati kao emocionalni poremećaj a ne kao poremećaj gastrointestinalne funkcije kako se aktualno definira.

Ova posljednja hipoteza dijelom se može potkrijepiti s činjenicom da se u radovima o rekurentnoj abdominalnoj boli nerijetko nalazi povišena učestalost različitih psihičkih smetnji, posebno internalizirajućih odnosno dominantno anksiozno-depresivnih smetnji.

Jedna od alternativnih hipoteza o etiologiji recidivirajuće abdominalne boli mogla bi biti pretpostavka McGrath koja navodi kako je recidivirajuća abdominalna bol vjerojatnije generički pojam za skup poremećaja različitih uzroka nego entitet s jedinstvenom etiologijom.

Pri tome je korisno sjetiti se reciprociteta interakcije bolesti i bolesnika pri čemu dio psihičkih simptoma može proizlaziti iz prirode bolesti a dio iz reakcije osobe na samu bolest tvoreći tako amalgam sličnih pojava u pozadini kojih se skrivaju različiti početni uzroci.

Važno je još jednom napomenuti kako funkcionalne somatske smetnje u koje se braja i recidivirajuća abdominalna bol dijele zajedničke etiološke faktore iz širokog biopsihosocijalnog područja pri čemu pojedini čimbenici u različitoj mjeri pridonose konačnoj manifestaciji somatskih smetnji. U tom smislu kronološki prvi događaj koji hipotetski može utjecati na razvoj kasnijih somatizacija bez sumnje je susret djeteta s njegovim jedinstvenim genetskim potencijalom i majke koja kroz interakciju s njime oblikuje somatopsihički self.

Postpartalni period ističe se svojom posebnosti najbolje opisanom Winnicottovim pojmom primarne maternalne preokupacije, posebnog psihičkog stanja majke sa snažnom usmjerenosti prema djetetu i zanemarivanju vanjskog svijeta "koje bi se, kada se ne bi radilo

o normalnom adaptivnom procesu, moglo smatrati patološkim" (153). U sklopu toga isti autor opisuje razvoj iznenađujućeg kapaciteta majke za identifikaciju sa djetetom što doprinosi prepoznavanju djetetovih potreba (154). U tom smislu Cramer donosi zaključak da u periodu, koji traje barem prva 24 mjeseca djetetova života, majke pokazuju neuobičajenu tendenciju projekciji vlastitih unutarnjih reprezentacija, afekata i konflikata na dijete, i to posebno u vidu, gore već navedene, poglavito nepatološke forme projektivne identifikacije (155).

Winnicottova izjava "ne postoji nešto što se zove beba" u prvi se mah čini provokativnom no zapravo izvrsno ocrtava nemogućnost djeteta da preživi bez majke bilo u somatskom, bilo u psihičkom pogledu. Bez njene pomoći dijete bi bilo prepušteno masivnom stresu, ne samo zbog frustracije temeljnih potreba za hranom, vodom, toplinom i sl., već i zbog nemogućnosti da kroz tjelesni dodir, vizualnu, vokalnu i olfaktornu komunikaciju ostvari kontakt sa drugom ljudskom osobom zauvijek ostajući u svom "autističnom" svijetu.

Upravo nam ta prvotna bespomoćnost djeteta i njegova potpuna oslonjenost na majku govori koliko je važno da majka ima sposobnosti i kapacitet da osigura kvalitetnu interakciju sa svojim djetetom. Kroz nju majka služi kao prvotni predložak na temelju kojeg će se izgrađivati djetetov somatopsihički self i sav neophodan psihološki instrumentarij potreban za interakciju za sobom samim i svijetom oko sebe. Lako je za pretpostaviti da aleksitimija u majke može u manjoj ili većoj mjeri nepovoljno utjecati na ranu interakciju majka-dijete. Jedan od slijedećih čimbenika koji u bitnoj mjeri utječu na rani odnos majka-dijete je i kvaliteta privrženosti.

Istraživanja rizičnih faktora u nastanku psihičkih poremećaja u djetinjstvu rezultiralo je sa spoznajom nekoliko općih principa kao što su kompleksnost razvoja obilježenog stalnom međugrom nasljednih faktora, okoline i osobnosti, višezročnost u vidu različite kombinacije više rizičnih faktora koji mogu dovesti do istog poremećaja a da pri tome u većini slučajeva niti jedan od njih sam nije dovoljan ili neophodan, kao i činjenica da mnogi rizični faktori nisu specifični za neki određeni poremećaj, niti potiču iz istih životnih domena (osobnost, obitelj, šira okolina). Tome se još može dodati princip da pojedini rizični faktori imaju različit efekt ovisno o razvojnom dobu u kojem se javljaju i konačno izgleda da odnos između rizičnih faktora i ishoda nije linearan već s povećanjem njihova broja može eksponencijalno rasti njihov utjecaj na pojavu poremećaja. U tom smislu ističu se četiri opće dimenzije rizika – osobine djeteta (temperament, biološka vulnerabilnost i neurokognitivne

funkcije), kvaliteta ranih interakcija unutar kojih temeljnu ulogu ima privrženost, roditeljska sposobnost i obiteljske okolnosti (život u obitelji, stres, trauma, širi socijalni suport i sl.). Nesigurna privrženost, ukoliko je jedini izolirani rizik, vjerojatno rijetko dovodi do kasnijih poremećaja no u kombinaciji s drugim rizicima iz gore navedenih domena može igrati važnu ulogu u razvoju poremećaja, u nekim slučajevima internalizirajućih smetnji koje, između ostalih, uključuju anksiozno-depresivne smetnje i somatizacije. Teorija i istraživanja privrženosti otvaraju dva općenita načina promišljanja utjecaja privrženosti na psihopatologiju. Prvi je vezan uz promatranje atipičnih formi privrženosti u ranoj dobi kao zasebnog oblika ranih poremećaja ili pak njihovog utjecaja na razvoj različitih formi psihopatologije koji, vjerojatno zajedno s različitim drugim rizičnim faktorima, oblikuju poremećaj koji ima kliničku značajnost. Drugi, širi način, promišlja o attachmenu kao jednom od faktora koji mogu imati zaštitnu ulogu u razvoju ili pak, u slučaju poremećaja privrženosti, biti dodatni rizični faktor u razvoju drugih vrsta psihičkih poremećaja (156).

Proučavajući transgeneracijski prijenos poremećenih oblika privrženosti prospektivna studija provedena u "Anna Freud centru" u Londonu pokazala je značajnu konkordantnost između sigurnosti roditelja i sigurne privrženosti djeteta s tim roditeljem. Kvaliteta privrženosti u djeteta prije samog njegova rođenja može se pretpostaviti na temelju roditeljskih iskustava vezivanja u njihovoj najranijoj dobi (157, 158).

U uvodu opisani rad Scotta i Russella upravo se bavi hipotezom prema kojoj odrasli pacijent sa somatizacijama zapravo pokazuje nadekvatno ponašanje vezano uz manifestiranje anksiozne privrženosti kao naučenog obrasca reagiranja u stanjima distresa. Takvi internalizirani radni modeli nesigurne privrženosti, odnosno odnosa sa majkom, postali bi dio osobnosti i aktivirali bi se u stanjima distresa manifestirajući se u obliku somatizacija kojim bi potakli blisku okolinu i medicinsko osoblje na pažnju i brigu o njima.

5.1 OBITELJSKO FUNKCIONIRANJE I PSIHOSOCIJALNE OKOLNOSTI

Bol je nerijetko dio djetetove reakcije na emocionalni stres i često odražava obrazac funkcioniranja obitelji, stoga nije čudno što se prema dosadašnjim istraživanjima u ovoj skupini djece često nalazi niz biopsihosocijalnih čimbenika koji uključuju stresne životne okolnosti te različite emocionalne faktore i psihopatologiju, kako u djece i mladih s RAB-om recidivirajućom abdominalnom boli, tako i u njihovih roditelja.

Od okolinskih stresora veliku zastupljenost imaju promjene u obiteljskim okolnostima kao što su rastava ili separacija roditelja (159), obiteljski sukobi, zanemarivanje djeteta i nasilje, smanjena emocionalna dostupnost roditelja zbog raznih životnih okolnosti (radne obveze, organska bolest ili psihički poremećaj u roditelja), te emocionalni gubici najrazličitije vrste, od gubitka roditelja ili drugih važnih osoba sve do gubitka za dijete važnih objekata (kućni ljubimci, prijelazni objekti i sl.) (160).

Od ostalih okolinskih čimbenika nalazi se stres vezan uz školu zbog različitih okolnosti (strah od ispitivanja, hiperkinetski poremećaj, instrumentalne smetnje učenja, nasilje od strane vršnjaka i sl.) (161, 162, 163, 164, 165, 166).

Kao što je navedeno u rezultatima, na ukupnoj skali i subskalama FAD-a dobivene su vrijednosti iz kojih je vidljivo da je statistički signifikantna razlika prisutna na ukupnoj skali FAD-a “ukupno funkcioniranje” ($p < 0,05$) i subskali “rješavanje problema” ($p < 0,05$). Pri tome je ispitna skupina u većini slučajeva, osim u slučaju skale “ukupno funkcioniranje”, premašila cut-off score i ušla u područje kliničke značajnosti, međutim u komparaciji sa kontrolnom grupom nije utvrđena statistički značajna razlika između usporednih skupina osim na gore spomenute dvije skale, “ukupno funkcioniranje” i “rješavanje problema”. Ispitna skupina u obje navedene subskale imala je veće vrijednosti što upućuje na relativno disfunkcionalniji oblik obiteljskog funkcioniranja u dimenzijama ukupnog funkcioniranja i rješavanja problema. Pri tome valja istaći da, iako postoji statistički značajna razlika na skali “ukupno funkcioniranje” u smjeru veće disfunkcionalnosti ispitivane skupine, obje skupine bile su nešto ispod cut-off score odnosno granica kliničke značajnosti.

Relativno se mali broj studija bavio povezanošću obiteljskih okolnosti i recidivirajuće abdominalne boli. U studiji koja je prethodno spomenuta u poglavlju “Recidivirajuća abdominalna bol neorganskog porijekla”, u koju je bilo uključeno oko 1200 predškolske djece u dobi od 5-8 godina, nije nađena statistički signifikantna povezanost recidivirajuće abdominalne boli sa infekcijom sa *Helicobacter pylori* što je bio primarni cilj studije, no u istoj je studiji uočena povezanost recidivirajuće abdominalne boli sa određenim obiteljskim okolnostima (obitelji s jednim roditeljem, povijest određenih gastrointestinalnih smetnji u roditelja djece) (167).

U svom preglednom radu Mackner i suradnici proučavali su psihosocijalne okolnosti vezane uz kronične upalne bolesti crijeva – Chronovu bolest i ulcerozni kolitis i zaključili

kako djeca s navedenim bolestima imaju veći rizik od pojave emocionalno-ponašajnih smetnji i disfunkcije u obitelji u odnosu na zdravu djecu ali se izgleda ne razlikuju u tome od ostalih proučavanih skupina kronično bolesne djece. Pri tome neke studije opisane u tom radu navode kako djeca sa funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajima općenito pokazuju veću učestalost emocionalno-ponašajnih smetnji u odnosu na djecu s kroničnim upalnim bolestima crijeva. Autori napominju kako su promatrane studije metodološki neujednačene stoga se navedeni zaključci trebaju uzeti s određenom rezervom (168).

Istraživanje Gold-a i suradnika, koje je uspoređivalo skupinu djece sa upalnim bolestima crijeva i funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajima, pokazalo je kako djeca sa funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajima znatno češće doživljavaju svoju bolest kao problem (65% u odnosu na 19%) i sebe doživljavaju bolesnijima nego djeca s upalnim bolestima crijeva. Navedeni rezultati vjerojatno su, prema mišljenju autora, djelom uvjetovani dobrom profesionalnom podrškom koju je grupa djece s upalnim bolestima crijeva, prethodno istraživanju, dobila (169).

5.2 ALEKSITIMIJA

Kao što se može vidjeti u poglavlju rezultati, učestalost aleksitimije u roditelja djece s recidivirajućom abdominalnom boli u ovom radu iznosila je 14% za ispitnu skupinu i 6% za kontrolnu skupinu.

Prevalencija aleksitimije utvrđena u različitim studijama varira obzirom na niz čimbenika, poput dobnog intervala ispitne skupine, verzije TAS-a koja se upotrebljavala, kao i nekih drugih metodoloških okolnosti u pojedinim studijama. Tako je, prema nekim studijama, prevalencija aleksitimije u populaciji osoba u radnoj dobi u intervalu 9-17% za muškarce i 5-10% za žene. U starijoj životnoj dobi postotak je viši i okvirno se kreće od 20 do 30%. U nekim istraživanjima našla se povezanost aleksitimije sa muškim spolom, niskim socioekonomskim statusom, stupnjem obrazovanja i bračnim stanjem (bez bračnog partnera). Tako je u finskoj studiji iz 1999. na uzorku od 1285 ispitanika iz opće populacije prevalencija aleksitimije iznosila 13% općenito, 17% za muški spol i 10% za ženski (170). U sličnoj finskoj studiji iz 2001. na uzorku od nekoliko tisuća ispitanika iz populacije mlađih odraslih

osoba (31g) aleksitimija je bila prisutna u 9,4% muških i 5,2% ženskih ispitanika. U toj studiji nađena je povezanost aleksitimije s niskim socioekonomskim statusom, stupnjem obrazovanja i bračnim stanjem tj. osobama koje žive same (171). Obzirom da su roditelji iz kontrolne skupine uključeni u ovom radu pretežito pripadali skupini ženskih odraslih osoba, iz slične dobne skupine kao i iz prethodno navedene finske studije, tada prevalencija od 5,2% okvirno odgovara učestalosti dobivenoj ovdje (6%).

Tijekom statističke obrade subskala TAS – “prema realitetu usmjereno mišljenje” pokazala je nezadovoljavajuću internalnu konzistenciju te je stoga izostavljena je iz prikaza. Ovaj podatak dijelom se možda može dovesti u vezu s radovima autora koji su pokušali psihometrijski procijeniti TAS i dati svoj kritički osvrt na pojedine subskale. Neki od njih napominju da se subskalu “prema realitetu usmjereno mišljenje” treba tumačiti s oprezom (172, 173).

U svezi gore navedenog, Parker, Taylor i Bagby, u studiji na uzorku od 1933 odrasle osobe, reevaluirali su stabilnost tri faktorne strukture TAS-a. Njihovi su rezultati pokazali da su vrijednosti na TAS-u ujednačene u široj populaciji uz dobru internu reliabilnost pri čemu su variable dobi, spola i edukacije imale relativno malen do umjeren utjecaj na varijabilnost rezultata ukupne skale i tri subskale TAS-a (174).

Osim gore navedenih rezultata, u ovom je radu ispitna skupina roditelja djece s recidivirajućom abdominalnom boli imala statistički signifikantno veće vrijednosti na ukupnoj skali TAS-a ($p < 0,05$) i subskali “teškoće u opisivanju osjećaja” ($p < 0,05$), dok nije bilo statistički značajne razlike na subskali “teškoće u prepoznavanju osjećaja”.

Objašnjenje za povišene rezultate na subskali “teškoće u opisivanju osjećaja” može se potražiti u istraživanjima koja su se bavila različitim dimenzijama koncepta aleksitimije unutar kojih je teškoća u opisivanju osjećaja jedna od temeljnih odrednica aleksitimije, kao i istraživanjima koja su proučavala prisutnost aleksitimije u drugim okolnostima i psihopatološkim entitetima.

Tako Larsen i suradnici u svom preglednom članku neurobioloških studija aleksitimije podsjećaju na pet temeljnih dimenzija aleksitimije: redukcija ili nemogućnost fantaziranja i doživljavanja emocija, redukcija ili nemogućnost verbaliziranja emocija, odsutnost tendencije razmišljanja o emocijama i poteškoće u prepoznavanju emocija. Na temelju navedenih dimenzija oblikovan je novi Bermond-Vorstov upitnik za aleksitimiju (BVAQ) koji sadrži pet

subskala – doživljavanje emocija, fantaziranje, identificiranje emocija, analiziranje i verbaliziranje emocija. Pri tome prve dvije subskale (fantaziranje i doživljavanje emocija) procjenjuju emocionalnu komponentu a preostale tri kognitivnu komponentu aleksitimije. Ukupna skala TAS-a visoko korelira sa kognitivnom komponentom BVAQ-a, dok s druge strane nema korelacije s emocionalnom komponentom, odnosno subskale TAS-a pokazuju samo slabu povezanost. U to smislu TAS bi bio upitnik koji dominantno procjenjuje kognitivne dimenzije aleksitimije (175).

Lane i suradnici su, pored TAS-a i upitnika za provjeru verbalnih/neverbalnih emocionalnih podražaja i reakciju na njih (Perception of Affect Task - PAT), u svoje istraživanje uključili “upitnik za procjenu uvida u emocionalno stanje” (Levels of Emotional Awareness Scale - LEAS) i pokušali empirijski provjeriti da li u osoba s aleksitimijom postoji narušen kapacitet za verbalno i neverbalno prepoznavanje emocija. Uzorak se sastojao od 380 ispitanika od kojih je 51 ispunio kriterije za aleksitimiju prema TAS-u. Dobiveni rezultati ukazuju na povezanost aleksitimije sa narušenim kapacitetom za verbalno i neverbalno prepoznavanje emocija i također s teškoćama u verbaliziranju emocija. Ovaj nalaz je bio relativno neovisan o dobi, spolu i nivou edukacije. Prema mišljenju autora navedene smetnje možda su markeri općenitijeg poremećaja u kapacitetu za procesiranje emocionalnih sadržaja (176).

Isti istraživači su u svom radu iz 2000. godine pokušali usporediti aleksitimične osobe sa osobama represivnog stila suočavanja (repressive coping style) u njihovoj sposobnosti emocionalnog prepoznavanja pojedinih emocija, odnosno različitosti u njihovim stilovima emocionalne samoregulacije. Visoko su aleksitimične osobe na svih sedam kategorija osjećaja (radost, tuga, strah, ljutnje, gađenje, iznenađenje i neutralno) konzistentno manje precizne dok visoko defenzivne osobe, u koje su uključene i osobe s represivnim stilom suočavanja, manje precizno prepoznaju emocije iz prve četiri kategorije osjećaja no u obje grupe razlike su više kvantitativne nego kvalitativne. Ukoliko se prepoznavanje eksteroseptivnih stimulusa prihvati kao odgovarajući indeks prepoznavanja unutarnjih stimulusa tada ovi nalazi govore u prilog smanjenog kapaciteta aleksitimičnih osoba i za svoje vlastite negativne i pozitivne emocionalne reakcije (177).

Spitzer i suradnici u svom su istraživanju na pacijentima uključenim u grupnu psihoterapiju ispitivali hipotezu da aleksitimične osobe imaju više interpersonalnih problema

u odnosu na osobe bez aleksitimije. U istraživanju su upotrebljena dva mjerna instrumenta – TAS i IIP-C (Inventory of Interpersonal Problems IIP-C). Najviši nivo povezanosti interpersonalnih problema i aleksitimije utvrđen je na subskali TAS-a “teškoće u opisivanju osjećaja”. Interpersonalni stil aleksitimičnih osoba karakteriziran je “hladnim” i socijalno izbjegavajućim ponašanjem što, prema mišljenju istraživača, sugerira povezanost s nesigurnim stilom privrženosti koji je primijećen u aleksitimičnih osoba (178).

Obzirom na gore navedeno može se pretpostaviti da će, ako se osoba koja je aleksitimična nalazi u ulozi majke, teškoće u prepoznavanju i verbaliziranju emocija zasigurno otežati interakciju majka-dijete dovodeći u pitanje, u nekoj mjeri, kvalitetu interakcije i razvoj kapaciteta za emocionalnu regulaciju i procesiranje emocionalnih sadržaja u djeteta.

U istraživanju odnosa aleksitimije i specifičnih interpersonalnih problema Vanheule i suradnici zaključuju da se tendencija poricanja afektivnih stanja i "odustajanja" od simbolizacije afekta sa jedne strane može povezati sa distancirajućim ponašanjem i niskim stupnjem interesa za druge, a sa druge sa pasivnošću u interpersonalnim odnosima i slabog interesa za pokazivanje vlastitih želja i potreba drugima. Svoje rezultate povezuju sa jednom od temeljnih ideja teorije privrženosti, a to je da emocionalna regulacija ovisi o sistemu reprezentacije simbola što se stječe kroz interakciju s figurom privrženosti, dakle majkom. Kroz zrcaljenje djetetovih afektivnih stanja majka mu omogućuje stvaranje mentalnih reprezentacija afekta paralelno razvijajući iskustvo o sebi i drugima (179).

Ukoliko se pretpostavi da aleksitimična majka ima smanjene kapacitete za regulaciju vlastitih afekata i smanjen interes za emocionalne interakcije sa djetetom, mogući ishod odgađaja je transgeneracijski prijenos nepovoljno strukturiranih “radnih modela” na dijete.

Istraživanje De Panfilis i suradnika bilo je usmjereno ka odgovoru na pitanje da li aleksitimične osobine posreduju u odnosu između ekscesivne maternalne protektivnosti i kasnijeg razvoja poremećaja osobnosti. Nakon kontroliranja utjecaja dobi, spola, edukacije i prisutnih poremećaja klasificiranih prema DSM-IV, zaključak je studije da je u gore navedenom slučaju rizik od razvoja poremećaja osobnosti posredovan povišenim vrijednostima na subskali TAS-a “teškoće u opisivanju osjećaja” (180).

Istraživanje Pedrosa i suradnika koje je polazilo od pretpostavke da je nastanak aleksitimije povezan sa poremećajem ranog odnosa majka-dijete utvrdilo je povezanost

između roditeljskog vezivanja, stila privrženosti i aleksitimije u odraslih pacijenata sa somatoformnim poremećajima. Rezultati su pokazali visoku prevalenciju nesigurne privrženosti od 88% uz prisutnost klinički signifikantnog stupnja aleksitimije u 22% ispitanika (181).

5.3 EMOCIONALNE SMETNJE U DJECE S RECIDIVIRAJUĆOM ABDOMINALNOM BOLI

U istraživanjima recidivirajuće abdominalne boli u djece nerijetko je opažena njena povezanost i emocionalnih smetnji, najčešće anksiozno-depresivnih tegoba.

Neka su istraživanja bila usmjerena na utvrđivanje različitosti između pojedinih dijagnostičkih podgrupa recidivirajuće abdominalne boli definiranih prema Rimskim II kriterijima koji uključuju funkcionalnu dispepsiju, sindrom iritabilnog crijeva i funkcionalnu abdominalnu bol.

Istraživanje Robinsa i suradnika sa navedene tri podgrupe nije našla statistički značajnu razliku između navedenih skupina u pogledu dječje psihopatologije (internalizirajućih i eksternalizirajućih simptoma mjerenih CBCL-om), boli, somatizacija i smanjenja funkcionalnih sposobnosti (182).

Unutar jedne američke longitudinalne studije Egger je proučavala povezanost somatskih smetnji (abdominalne boli, glavobolje i muskuloskeletalne boli) sa psihopatologijom (anksiozni i depresivni poremećaji) na uzorku od 4500 ispitanika u dobi 9-13 godina. U uzorku djevojaka s anksioznim poremećajima (u istraživanje su uključeni separacijski anksiozni poremećaj i opći anksiozni poremećaj) u njih 60% bile su prisutne jedna ili više somatskih smetnji u odnosu na samo 12% djevojaka bez anksioznog poremećaja. Djevojke s kombinacijom abdominalne boli i glavobolje u 61% slučajeva ispunile su kriterije za anksiozni poremećaj. Somatske smetnje u djevojaka također su bile povezane i sa depresivnim poremećajima. U dječaka je bio prisutan nesignifikantan trend povezanosti abdominalne boli i anksioznih poremećaja. Jedina somatska smetnja koja je u dječaka bila povezana s emocionalnim poremećajem bila je između depresije i muskuloskeletalne boli koja je deset puta češća u podskupini depresivnih dječaka. U njih nije nađena povezanost emocionalnih poremećaja s istovremenom prisutnošću dvije vrste somatskih smetnji (183).

U ovom radu, kao što je prethodno navedeno, na ukupnoj skali i sindromskim skalama "Liste dječjeg ponašanja" - CBCL-a, utvrđena je statistički značajna razlika na skalama "Anksioznost" ($p < 0,001$), "Povučenost" ($p < 0,001$), "Tjelesne pritužbe" ($p < 0,001$), "Socijalni problemi" ($p < 0,01$), "Problemi mišljenja" ($p < 0,05$), "Problemi pažnje" ($p < 0,01$), "Internalizirajući problemi" ($p < 0,001$) i "Ukupni problemi" ($p < 0,001$). U svim gore navedenim skalama veće vrijednosti nađene su u skupni djece sa recidivirajućom abdominalnom boli.

Nisu nađene statistički značajne razlike na skalama "kršenje pravila", "Agresivno ponašanje" i "Eksternalizirajući problemi". Navedeni rezultati će se u nastavku teksta usporediti i diskutirati u vezi sa dosadašnjim spoznajama.

Bol u trbuhu u djeteta nerijetko može biti izraz emocionalnog uznemirenja. Anksioznost i depresija se često mogu naći u djece s recidivirajućom abdominalnom boli, a isto tako i u njihovih roditelja. Ova se djeca relativno često opisuju kao anksiozna i senzitivna, uz sklonost strašljivosti, inhibiciji i pretjeranoj kontroli. (184, 185, 186).

Iako je prisutnost internalizirajućih smetnji relativno čest nalaz u djece s recidivirajućom abdominalnom boli za sada još nije do kraja jasna njihova etiologija. Kao što je ranije navedeno u opisu CBCL-a, skala internalizirajućih smetnji obuhvaća tri sindromske skale – anksioznost, povučenost i tjelesne pritužbe.

Pri tome valja imati na umu da postoji hipotetski reciprocitet unutar koga anksiozne i/ili depresivne tegobe i poremećaji mogu imati u svojoj simptomatologiji uključene somatske simptome pa tako i abdominalne smetnje, posebno u populaciji mlađe djece, i isto tako, djeca na bol organskog uzroka mogu reagirati anksiozno-depresivnim smetnjama. Ove, ali i neke druge etiološke hipoteze o razlogu koegzistencije anksiozno-depresivnih smetnji u dijela djece sa RAB-om, nerijetko su predmet studija o recidivirajućoj abdominalnoj boli.

Little i suradnici na uzorku od 243 djece školske dobi proučavali su utjecaj depresije na pojavne oblike komorbidnih simptoma u djece s recidivirajućom abdominalnom boli. Na temelju CDI upitnika (Children's Depression Inventory) u njih 21% utvrđena je depresija. U ove je grupe djece signifikantno više bilo prisutno različitih drugih somatskih smetnji uključujuću vrtoglavicu, palpitacije, bol u grudima, slabost i bol u leđima. Obzirom na navedeno autori rada zaključuju da u djece s recidivirajućom abdominalnom boli prisutnost

somatskih smetnji koje nisu vezane uz probavni trakt može biti indikativno za postojanje komorbidne depresije (187).

U ovom je radu, prema sindromskoj skali CBCL-a “povučenost”, u 16% djece utvrđena prisutnost klinički značajnog nivoa depresivnih smetnji. Grupa djece s recidivirajućom abdominalnom boli na skalama “povučenost” i “tjelesne pritužbe” postigla je statistički značajno više vrijednosti u odnosu na kontrolnu skupinu. Na DSM orijentiranoj skali CBCL-a “tjelesne smetnje” u 30% djece s recidivirajućom abdominalnom boli utvrđene su klinički značajne povišene vrijednosti navedenih tegoba, a od njih 44% je istovremeno imalo klinički značajan nivo afektivnih smetnji što bi govorilo u prilog postojanja subgrupe djece s recidivirajućom abdominalnom boli u kojem se nalazi koegzistencija različitih somatskih smetnji i depresije, kao što je razmatrano u gore navedenoj studiji Little i suradnika.

Istraživanje Campo i suradnika bavila se povezanošću recidivirajuće abdominalne boli sa psihopatologijom, anksioznim temperamentom i smanjenjem funkcionalnih sposobnosti u djece školske dobi. Koristeći srednje t vrijednosti statistički signifikantna razlika na CBCL subskalama u smislu većih vrijednosti u skupini djece s recidivirajućom abdominalnom boli, između ostalih, utvrđena je za sindromsku skalu “internalizirajuće smetnje” (61,6 prema 43,5), “eksternalizirajuće smetnje” (50,0 prema 42,8) i “ukupno” (56,1 prema 41,9) (188). U ovom radu dobiveni su slični rezultati u smislu većih vrijednosti u skupini djece s recidivirajućom abdominalnom boli na navedene tri skale s time da je statistički signifikantna razlika na CBCL skalama utvrđena na sindromskoj skali “internalizirajuće smetnje” (61,46 prema 46,92) i skali “ukupni problemi” (56,78 prema 47,52), dok na sindromskoj skali “eksternalizirajuće smetnje” razlika nije bila statistički značajna.

U svom su radu na skupini bivših pacijenata sa recidivirajućom abdominalnom boli, sada u mladoj odrasloj dobi, Campo i suradnici proučavali prediktivnu vrijednost podatka o recidivirajućoj abdominalnoj boli u djetinjstvu na kasniji razvoj abdominalnih smetnji, drugih somatskih tegoba i psihijatrijskih simptoma i poremećaja. Rezultati istraživanja pokazuju da su u gore navedenoj skupini, u odnosu na kontrolnu, značajno češće prisutni anksiozni simptomi i poremećaji, hipohondrijski strahovi, lošije socijalno funkcioniranje, aktualni tretman psihoaktivnim lijekovima i pozitivna obiteljska anamneza u smislu generalizirane anksioznosti. Postoji trend povezanosti između recidivirajuće abdominalne boli u djetinjstvu i

kasnije pojave psihijatrijskog poremećaja, depresije i migrene, kao i pozitivne obiteljske anamneze u smislu depresivnih smetnji. Njihov je konačni zaključak da postoji jaka i relativno specifična povezanost između pojave recidivirajuće abdominalne boli u djetinjstvu i razvoja anksioznih smetnji u mladoj odrasloj dobi (189).

5.4 MEĐUODNOS OBITELJSKOG FUNKCIONIRANJA, ALEKSITIMIJE U RODITELJA I EMOCIONALNIH SMETNJI U DJECE

Studija Lumleya i suradnika istraživala je obiteljsko funkcioniranje i postojanje aleksitimije u majke i djece, odnosno njihovu međusobnu povezanost. U prvom dijelu istraživanja uočena je povezanost opće obiteljske patologije sa aleksitimijom, konkretnije subskala TAS-a “teškoće u prepoznavanju osjećaja” je korelirala s disfunkcionalnom afektivnom uključenosti na subskali FAD-a, prema realitetu usmjereno mišljenje (TAS) je koreliralo s deficijentnom kontrolom ponašanja (FAD) i na kraju, narušena imaginacija (Scored Archetypal Test with Nine Elements) korelirala je s neadekvatnim rješavanjem problema (FAD). U drugom dijelu istraživanja uočena je povezanost aleksitimičnih osobina majke s onima u njihove djece. Ovi rezultati, prema mišljenju autora, ukazuju na povezanost disfunkcionalnog obiteljskog funkcioniranja i aleksitimije u majke sa razvojem aleksitimičnih osobina u njihove djece (190).

Prethodno opisana istraživanja Lane i suradnika ukazuju na povezanost aleksitimije sa narušenim kapacitetom za verbalno i neverbalno prepoznavanje emocija kao i sa teškoćama u verbaliziranju emocija uz konzistentnu manju preciznost u prepoznavanju svih sedam kategorija osjećaja (radost, tuga, strah, ljutnje, gađenje, iznenađenje i neutralno).

Rezultati ovih istraživanja otvaraju jedno od temeljnih pitanja: da li i na koji način aleksitimija roditelja utječe na kapacitet roditelja da bude “vanjski regulator” različitih funkcija djeteta uključujući afektivnu regulaciju.

Proučavajući važnost emocionalne regulacije Fild i suradnici, u svom radu u kojem su istraživali efekt nedostupnosti majke na dijete, navode kako depresija majke ima najnepovoljnije posljedice na dijete. Promjene u fiziološkim funkcijama poput srčanog ritma, tonusa vagusa, nivoa kortizola prate poremećaji u afektu, igri, nivou aktivnosti, prehrani,

kontroli sfinktera, uključujući i promjene u imunom sistemu. Autori smatraju da je vjerojatan uzrok ovih promjena kronična deprivacija djeteta u vidu odsutnosti neophodnog vanjskog regulatora tj. majke. Iz tog razloga dijete ne uspijeva razviti zadovoljavajuću emocionalnu regulaciju odnosno bihevioralnu i fiziološku homeostazu. Pri tome ističu i važnost individualnih razlika u vidu maturiteta/premarnosti, različitosti temperamenta, osobnosti i sl. (191).

Uloga majke kao “vanjskog regulatora” različitih funkcija u djeteta očituje se na različitim domenama biopsihosocijalnih funkcija i, između ostalih, uključuje regulaciju uzimanja hrane, ritam i regulaciju spavanja i budnosti, afektivnu regulaciju ponašanja u situacijama opterećenja i prilagodbe, regulaciju pažnje i integraciju iskustava u opuštenom dijalogu i igri, regulaciju privrženosti u nepoznatim situacijama i situacijama odvajanja, regulaciju ovisnosti i autonomije u vidu primjerenih ograničenja, kontrole i poticanja samostalnosti itd.

Postoji niz okolnosti koje mogu uzrokovati poremećaj u odnosu između majke i djeteta. U nekim slučajevima ove smetnje mogu doseći kliničku značajnost u vidu razvoja poremećaja reaktivnog vezivanja. Od strane majke, osim njene fizičke odsutnosti, to mogu biti transgeneracijski prijenos poremećenih oblika privrženosti, mentalna bolest majke, konflikti u obitelji, zlostavljanje i zanemarivanje itd., a od strane djeteta konstitucionalna osjetljivost, genetski faktori, perinatalni poremećaji i oštećenja koja interferiraju s razvojem odnosa djeteta i majke itd. (192). Neki od ostalih čimbenika uključuju nepodudaranje roditeljskog stila i osobina djeteta te socioekonomske okolnosti.

Upravo u skupinu gore navedenih čimbenika može se uvrstiti i aleksitimija. Odsustvo simboličkog razmišljanja i siromaštvo fantazija, teškoće u verbaliziranju emocija i razlikovanju između tjelesnih senzacija i različitih emotivnih stanja značajke su aleksitimičnih osoba. U tom smislu logično je za pretpostaviti da će aleksitimični roditelj imati poteškoće u prepoznavanju emocionalnih stanja djeteta, njihovom međusobnom razlikovanju i adekvatnom ispunjavanju uloge “vanjskog regulatora” različitih biopsihosocijalnih funkcija djeteta, uključujući i afektivnu regulaciju. Učestalija pojava različitih tegoba u djece aleksitimičnih roditelja koje, između ostalih, uključuju tjelesne pritužbe, emocionalne smetnje (anksioznost, povučenost) i socijalne probleme mogle bi se razumijeti kao posljedica neuspjeha roditelja da prepozna i regulira različita afektivna stanja

posebno ona vezana uz negativan afekt i stres u djeteta. Obzirom da aleksitimija u roditelja nije isključivo vezana uz odnos roditelj-dijete već se očituje i na nivou obiteljskih interakcija razumljiva je i moguća povezanost obiteljske disfunkcije i aleksitimije što dodatno povećava rizik razvoja emocionalnih smetnji i somatizacija u djeteta.

Kao što je navedeno u uvodu rasprave velika heterogenost mogućih etioloških faktora s jedne i povezanost niza biopsihosocijalnih faktora s pojavom recidivirajuće abdominalne boli s druge strane upućuju da se o recidivirajućoj abdominalnoj boli može razmišljati kao o sindromu koji je potrebno daljnjim istraživanjima na tom području raščlaniti, posebno u skupini u kojoj se ne nalazi jasan organski uzrok.

Uprkos nastojanja istraživača da razjasne etiologiju recidivirajuće abdominalne boli neorganskog porijekla i dalje ostaju neodgovorena pitanja u svezi etiologije poremećaja. Polazište ovog rada oslanja se na hipotezu o recidivirajućoj abdominalnoj boli kao sindromu podrazumijevajući da vanjska pojavnost poremećaja iza sebe skriva različite etiološke uzroke koji samostalno, ili što je vjerojatnije, u međusobnoj interakciji doprinose konačnoj manifestaciji poremećaja.

6 ZAKLJUČCI

Na temelju provedenog istraživanja može se zaključiti sljedeće:

1. U obiteljima djece s recidivirajućom abdominalnom boli prisutan je veći stupanj obiteljske disfunkcije u odnosu na kontrolnu skupinu.
2. U roditelja djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije češće je prisutna aleksitimija u odnosu na usporednu skupinu.
3. U odnosu na usporednu skupinu, u djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije češće su prisutne tjelesne pritužbe, emocionalne smetnje (anksioznost, povučенost), socijalni problemi i problemi pažnje.

Može se pretpostaviti da aleksitimični roditelj ima poteškoće u prepoznavanju emocionalnih stanja djeteta, njihovom međusobnom razlikovanju i adekvatnom ispunjavanju uloge “vanjskog regulatora” različitih biopsihosocijalnih funkcija djeteta, uključujući i afektivnu regulaciju. Učestalija pojava različitih tegoba u djece koje, između ostalih uključuju tjelesne pritužbe, emocionalne smetnje (anksioznost, povučенost) i socijalne probleme može se razumijeti kao posljedica neuspjeha roditelja da prepozna i regulira različita afektivna stanja posebno ona vezana uz negativne afekte i stres u djeteta. Isto tako razumljiva je i moguća povezanost obiteljske disfunkcije i aleksitimije što dodatno povećava rizik razvoja emocionalnih smetnji i somatizacija u djeteta.

Na kraju se može zaključiti da je pojava recidivirajuće abdominalne boli neorganskog porijekla u nekim slučajevima povezana, u manjoj ili većoj mjeri, sa prisustvom aleksitimije u roditelja i disfunkcionalnim odnosima u obitelji što se odražava i u emocionalnim odnosima između majke i djeteta i za posljedicu ima pojavu somatizacija i emocionalnih smetnji u djeteta.

7 SAŽETAK

Osnovni ciljevi ovog istraživanja bili su utvrditi da li u je obiteljima djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije u odnosu na obitelji kontrolne skupine češće prisutna obiteljska disfunkcija i aleksitimija, a u djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije češće prisutne emocionalne smetnje u odnosu na usporednu skupinu.

U istraživanju je sudjelovalo 50 roditelja djece u dobi od 6 do 18 godina zaprimljenih na pedijatrijsku kliniku zbog neorganskih recidivirajućih abdominalnih bolova. U isključivanju organskih etioloških faktora koristili su se standardni pedijatrijski postupci.

Usporednu skupinu predstavlja 50 roditelja djece od 6 do 18 godina uz kriterij isključenja: psihosomatski poremećaji, prisutnost RAB-a, ili abdominalni bolovi dosada poznatih uzroka i/ili somatske smetnje i bolni sindromi nejasne etiologije.

Na temelju provedenog istraživanja u obiteljima djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije utvrđen je veći stupanj obiteljske disfunkcije u odnosu na ispitnu skupinu. Statistički značajna razlika između kontrole i ispitne skupine postignuta je na ukupnoj skali FAD-a i na subskali FAD-a “rješavanje problema”. U roditelja djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije češće je prisutna aleksitimija u odnosu na usporednu skupinu. Statistički značajna razlika između kontrole i ispitne skupine postignuta je na ukupnoj skali TAS-a i na subskali TAS-a “teškoće u opisivanju osjećaja”. U djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije češće su prisutne emocionalne smetnje u odnosu na usporednu skupinu. Statistički značajna razlika utvrđena je na sindromskim skalama “anksioznost”, “povučenost”, “tjelesne pritužbe”, “socijalni problemi”, “problemi mišljenja”, “problemi pažnje”, “internalizirajući problemi” i skupnoj skali “ukupni problemi”. U svim gore navedenim skalama veće vrijednosti nađene su u skupini djece s recidivirajućom abdominalnom boli neorganske etiologije.

Ovo istraživanje unaprijeđuje razumijevanje i rano prepoznavanje psihogenih etioloških sastavnica u nastanku recidivirajuće abdominalne boli u djece, aleksitimije u roditelja djece s recidivirajućom abdominalnom boli i postojeće obiteljske disfunkcije te adekvatni izbor terapijskih postupaka koji uključuju obiteljsku terapiju, individualnu psihoterapiju roditelja i psihoterapiju dijade roditelj-dijete.

8 SUMMARY

This study aimed to examine the relationship between family functioning and alexithymia in parents of children with recurrent abdominal pain as well as overall psychopathology of the children suffering from recurrent abdominal pain. The basic assumption of this research was that RAP is a syndrome in which different etiologic factors, alone or in interaction, contribute in development of disorder.

Fifty parents of the children 6–18 years old participated in the study. Their children were admitted to the pediatric clinic with the diagnosis RAP (recurrent abdominal pain). The control group consisted of fifty parents with healthy children of the same age.

Both groups of parents were compared on TAS (Toronto Alexithymia Scale), FAD (Family Assessment Device) and CBCL (Child Behavior Checklist).

The results of the study showed that on FAD parents of children with recurrent abdominal pain reported more family dysfunction having significantly higher score on “general functioning” and “problem solving” subscales. On CBCL children with RAP had significantly higher score on several syndrome scales: Somatic Complaints, Anxious/Depressed, Withdrawn, Social Problems, Thought Problems, Attention Problems, Internalized problems and Total problems.

Parents of children with RAP were significantly more likely to have alexithymia than parents of the control group as confirmed by significantly higher values on total score of the TAS–20 and subscale “difficulty in describing feelings”.

The results suggest that mother's alexithymia and perceived family dysfunction may impair mother's capability to be outside regulator of child affective states thus contributing to the development of somatization and emotional problems in child. Having this in mind the development of “etiology-dependent” therapeutic approach is possible including family therapy, dyadic therapy and individual psychotherapy of parent in dealing with children with recurrent abdominal pain.

9 LITERATURA

- (1) Apley J. One child. U: Apley J, Ounsted C, ur. One Child. London: Spastics International Medical; 1982, st 26-30.
- (2) Apley J, Narsh N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. Arch Dis Child 1975; 33:165-170.
- (3) Apley J. The Child with Abdominal Pains. London, Blackwell, 1975.
- (4) Von Baeyer CL, Walker LS. Children with recurrent abdominal pain: Issues in the selection and description of research participants. J Dev Behav Pediatr 1999;20:307-313.
- (5) Walker LS. The evolution of research on recurrent abdominal pain: History, assumptions, and a conceptual model. U: McGrath PJ, Finley GA, ur. Chronic and recurrent pain in children and adolescents. Seattle, International Association for the Study of Pain, 1999:141-172.
- (6) Drossman D. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Gastroenterology 2006;130:1377–1390.
- (7) Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA i sur. Pain in children and adolescents: a common experience. Pain 2000;87:51-8.
- (8) Pearl RH, Irush MS, Caty MG, Glick PL. The Approach to Common Abdominal Diagnoses in Infants and Children Part II. Pediatr Clin North Am. 1998;Dec;45(6):1287-326.
- (9) Woodbury MM. Recurrent abdominal pain in child patients seen at a pediatric gastroenterology clinic. Psychosomatics 1993;34:485–492.
- (10) Chong SK, Lou Q, Asnicar MA i sur. Helicobacter pylori infection in recurrent abdominal pain in childhood: comparison of diagnostic tests and therapy. Pediatrics 1995;96-2Pt1:211-5.
- (11) Yoshida NR, Webber EM, Fraser RB, Ste-Marie MT, Giacomantonio JM. Helicobacter pylori is not associated with nonspecific abdominal pain in children. JM.J Pediatr Surg. 1996;31-6:747-9.
- (12) Macarthur C, Saunders N, Feldman W i sur. Helicobacter pylori and childhood recurrent abdominal pain: community based case-control study. BMJ 1999;319:822-823.

-
- (13) Mittal SK, Mathew JL. Helicobacter pylori infection in children: a review. Trop Gastroenterol 200;24-3:106-15.
- (14) Blecker U, Hauser B, Lanciers S, Keymolen K, Vandenplas Y. Symptomatology of Helicobacter pylori infection in children. Acta Paediatr. 1996;85-10:1156-8.
- (15) Chong SK, Lou Q, Asnicar MA, Zimmerman SE, Croffie JM, Lee CH, Fitzgerald JF. Helicobacter pylori infection in recurrent abdominal pain in childhood: comparison of diagnostic tests and therapy. Pediatrics 1995;96-2Pt1:211-5.
- (16) Mukherjee P, Chacko B, Singh T, Pawar G, Kaur H. Prevalence of Helicobacter pylori infection in children with recurrent abdominal pain. Trop Gastroenterol 2005;26-2:102-4.
- (17) Tindberg Y, Nyrén O, Blennow M, Granström M. Helicobacter pylori infection and abdominal symptoms among Swedish school children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;41-1:33-8.
- (18) Heldenberg D, Wagner Y, Heldenberg E i sur. The role of Helicobacter pylori in children with recurrent abdominal pain. G.Am J Gastroenterol 1995;90-6:865-8.
- (19) Macarthur C. Helicobacter pylori infection and childhood recurrent abdominal pain: lack of evidence for a cause and effect relationship. Can J Gastroenterol 1999;13-7:607-10.
- (20) Bode G, Brenner H, G Adler G, Rothenbacher D. 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;54-5:417-421.
- (21) Stone RT, Barbero GJ. Recurrent Abdominal Pain in Childhood Pediatrics 1970;45:732.
- (22) McGrath PJ. Pain in Children – Nature, Assessment, and Treatment - Recurrent Pain Syndromes. New York:The Guilford Press ;1990. st. 251-308
- (23) Alfvén G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas. An epidemiological study. Acta Paediatr 1993;82:484-487.
- (24) Goldberg IS, Gabriel HP. Recurrent Nonorganic Abdominal Pain: Current Concepts. U: Melwin Lewis, ur. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Second Edition, New York:Williams&Wilkins;1996, str. 1054-1058.

-
- (25) Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q i sur. Functional Abdominal Pain Syndrome. *Gastroenterology* 2006;130:1492–1497.
- (26) Grgurić J, Hegeduš-Jungvirth M, Palčevski G i sur. Dijagnostički postupnik za recidivirajuću abdominalnu bol u djece. *Paediatrica Croatica* 2008;Vol.52 No.2
- (27) Little CA, Williams SE, Puzanova M, Rudzinski ER, Walker LS. Multiple Somatic Symptoms Linked to Positive Screen for Depression in Pediatric Patients With Chronic Abdominal Pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007;44-1: 58-62.
- (28) Saps M, Di Lorenzo C. Pharmacotherapy for Functional Gastrointestinal Disorders in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:101–103.
- (29) Campo VJ. Coping with Ignorance: Exploring Pharmacologic Management for Pediatric Functional Abdominal Pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;41:569–574.
- (30) Di Lorenzo C, Colletti RB, Richard B i sur. Chronic Abdominal Pain in Children: A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain and NASPGHAN Committee on Abdominal Pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40–3: 245-248.
- (31) Shorter E. The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel. U: White P ur. *Biopsychosocial Medicine: an integrated approach to understanding illness.* Oxford University Press, 2005; st. 1-20.
- (32) Staničić Ž. Re(de)konstrukcija Parsonsovog koncepta uloge bolesnika u postmodernom društvu. *Rev soc polit* 2007;14:3-4:313-326 .
- (33) Gatchel R, Bo Peng Y, Fuchs P, Turk D. The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin* by the American Psychological Association 2007;133-4:581–624.
- (34) Loeser J. The Current issue in Pain Management. U: Von Roenn J., Judith A. Paice, Preodor M ur. *Current diagnosis & treatment of pain.* McGraw-Hill Co., 2006; str. 1-10.
- (35) Campo JV, Fritz GK. Somatoform Disorders. U: Andres M. Volkmar FR ur. *Lewis Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook, 4th Edition,* Lippincott Williams & Wilkins, 2007:634-647.

-
- (36) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition–DSM-IV th. Washington DC: American Psychiatric association; 1994.
- (37) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva:Oxford University Press, 1992;129-134.
- (38) Jacobsen JC, Vanderwerker LC, Block SD, Friedlander RJ, Maciejewski PK, Prigerson HG. Depression and demoralization as distinct syndromes: Preliminary data from a cohort of advanced cancer patients. *Indian J Palliat Care* 2006;12:8-15.
- (39) Fabbri S, Fava GA. Development of a New Assessment Strategy in Psychosomatic Medicine: The Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research. U: Porcelli P, Sonino N, ur. Psychological Factors Affecting Medical Conditions in Consultation-Liaison Psychiatry. *Adv Psychosom Med*, 2007;28:1-20.
- (40) Fink P, Toft T, Hansen MS, Ornbol E, Olesen F. Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients. *Psychosom Med* 2007;69:30-39.
- (41) Anna Freud. The Symptomatology of childhood: a preliminary attempt at classification. *Psychoanal. St. Child* 1970;25:19-41
- (42) Renata Gadini. The Patology of the Self as a Basis of Psychosomatic Disorders *Psychother. Psychosom.* 1977;28:260-271.
- (43) 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.
- (44) Silber TJ, Pao M. Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev* 2003;24:255–264.
- (45) Campo JV, Jansen-McWilliams L, Comer DM i sur. Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1093–1101.

-
- (46) Garralda ME. Practitioner review: assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:1159–1167.
- (47) Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the children's somatization inventory. *Psychol Assess* 1991; 3:588–595.
- (48) Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Somatoform disorders. U: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, ur. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994:617-32.
- (49) Campo JV, Bridge JA, Lucas A i sur. Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:131– 137.
- (50) Barski A, Goodson R, Lane R, Cleary P. The Amplification of Somatic Symptoms. *Psychosom Med*1988;50:510-519.
- (51) Campo JV, Fritsch SL. Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1223–1235.
- (52) Roelofs K, Keijsers GPJ, Hoogduin KAL i sur. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:1908–1913.
- (53) Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P i sur. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:508–514.
- (54) Poikolainen K, Kanerva R, Loonqvist J. Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics* 1995;96:59–63.
- (55) Marshall T, Jones D, Ramchandani P i sur. Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2007;191: 449-450
- (56) DeMaso DR, Beasley PJ. The somatoform disorders. U: Klykylo WM, Kay JL, ur. *Clinical Child Psychiatry*. 2nd Edition, West Sussex, UK, Wiley, 2005:471–486.
- (57) Jamison RN, Walker LS. Illness behavior in children of chronic pain patients. *Int J Psychiatry Med* 1992;22:329–342.

-
- (58) *ibid* Emde. *Affective Self*. U: Call JD, Galenson E, Tyson RL, ur. *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York: Basic Books, Inc., Publishers; 1983, str. 38-53.
- (59) 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.
- (60) Yager JJ, Gitlin M. Signs and Symptoms in Psychiatry. U: Sadock B, Sadock V, ur. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, 8th Edition; 2004, st 965-1002.
- (61) 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, st. 3-11.
- (62) *ibid* 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, st 17-30.
- (63) Izard Carrol E. *Human Emotion*. New York & London: Plenum Press; 1977.
- (64) *ibid* 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; 1983, st. 38-53.
- (65) Emde RN. The prerepresentational self and its affective core. *Psychoanal Study Child* 1983;38:65-192.
- (66) 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, st. 203-234.
- (67) Nikolić S. Mentalni poremećaji u djece i omladine 1. Zagreb: Školska knjiga; 1988, st. 310-316
- (68) Winnicott C, Shepherd R, Davis Madeleine, ur. Winnicott DW. *Psychoanalytic Explorations*. London: Karnas Books;1989, st. 105-118.

-
- (69) Emde R. The Rewards of infancy: Emotional Availability and Maternal Referencing U: Call JD, Galenson E, Tyson RL, ur. *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York : Basic Books, Inc., Publishers; 1983, st. 17-30.
- (70) Emde: Affective Self. U: Call JD, Galenson E, Tyson RL, ur. *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York : Basic Books, Inc., Publishers; 1983, st. 38-53.
- (71) Stern DN. Affect Attunement. U: Call JD, Eleanor Galenson, Tyson RL, ur. *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York : Basic Books, Inc., Publishers; 1983, st. 3-14.
- (72) Mahler SM, McDevit JB. The Separation-Individuation Process and Identity Formation. 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, st. 395-442.
- (73) Bowlby J. *Attachment and Loss Volume 1*. Middlesex: Penguin Books; 1971, st. 221-257.
- (74) Bretherton Inge, Waters E. ur. *Growing Points of Attachment Theory and Research*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*; 1985: No.209, Vol. 50:1-2:3-39.
- (75) Vidović V. Separacija u ranoj dječjoj dobi i njen utjecaj na nastanak psihičkog poremećaja. Magistarski rad, Sveučilište u Zagrebu; 1980.
- (76) Kaplan IH, Sadock BJ, Grebb JA, ur. *Synopsis of Psychiatry*. Attachment Theory. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994, str. 161-165.
- (77) Szajnberg NM, Škrinjarić J. Teorija attachmenta i razvoj. U: Nikolić S. *Mentalni poremećaji u djece i omladine 1*. Zagreb: Školska knjiga; 1988, str. 324-333.
- (78) Cassidy J, Berlin LJ. The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Dev* 1994;65:971-991.
- (79) Cassidy J. Emotion regulation: Influences of attachment relationships. U: *Biological and Behavioral Foundations of Emotion Regulation*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Ed. N. Fox.; 1994: Vol 59, str. 228-249.

-
- (80) Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran G, Higgitt A. 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.
- (81) Fonagy P, Steele M, Moran G, Steele H, and Higgitt A. 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.
- (82) Fonagy P 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; 12-3: 201-18.
- (83) Egeland B, Farber EA. Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child Dev.* 1984;55:753-771.
- (84) ibid Bretherton Inge, Waters E. ur. Growing Points of Attachment Theory and Research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, No.209, Vol. 50,1-2:3-39.
- (85) Izard CE, Hayes MO, Chisholm G, Baak K. Emotional Determinants of Infant-Mother Attachment. *Child Dev*1991;62-5:906-918.
- (86) Rutter M. Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. *J. Child Psychol. Psychiat* 1995;36-4:549-571.
- (87) Goldsmith HH, Alansky JA. Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A metha-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:805-816.
- (88) ibid Greenberg MT. Attachment and Psychopathology in Childhood, U: Cassidy J, Shaver PR, ur. *Handbook of Attachment*. The Guilford Press;1999, st. 469-497.
- (89) Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psychol* 1984;64-1: 64-73.
- (90) ibid Hesse E, Main M. Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment. *J. Amer. Psychoanal. Assn* 2000;48:1097-1127
- (91) Kaplan IH, Sadock BJ, Grebb JA ur. *Synopsis of Psychiatry*. Prenatal period, infancy, and childhood. VII. Baltimore, Maryland USA:Williams & Wilkins;1994, str. 37-50.

-
- (92) Graves PL. The Functioning Fetus. 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. 235-255.
- (93) Szajnberg NM, Škrinjarić J. Teorija attachmenta i razvoj. U:Nikolić S. Mentalni poremećaji u djece i omladine. Školska knjiga;1988, st. 324-333.
- (94) Lyons, K., Lyubchik, A., Wolfe, R., Bronfman, E. Parental depression and child attachment: Hostile and helpless profiles of parent and child behavior among families at risk. U: Goodman S, Gotlib I, ur. Children of depressed parents: Alternative pathways to risk for psychopathology. Washington, D. C.: American Psychological Association Press; 2002, str. 89-121.
- (95) Sifneos P. Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Harvard University Press, 1972, str.81-2
- (96) Sifneos P. The presence of `alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973;22:255-62.
- (97) Marty P, de M'Uzan M. La'pensee operateire: Rev Franc Psychoanal 1963;27:Suppl.
- (98) Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. Psychiatric Clinics of North America 1988.11:287-92.
- (99) Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. U: Hill OW, ur. Modern trends in psychosomatic medicine. London: Butterworths; 1976: Vol 3, str. 430-9.
- (100) Grotstein J. Alexithymia: the exception that proves the rule - of the unusual significance of affects. U: Taylor G, Bagby M, Parker J, ur. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. New York: Cambridge University Press: 1997.
- (101) Bagby M, Taylor G. Affect dysregulation and alexithymia. u U:Taylor G, Bagby M, Parker J, ur. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press ;1997, str. 26-45.
- (102) Sifneos PE. Affect, Emotional Conflict, and Deficit: An Overview. Psychother Psychosom 1991;56:116-122.

-
- (103) Nemiah JC. Alexithymia: present, past--and future? *Psychosom Med* 1996;58:217-218
- (104) Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatr Clin North Am.* 1988 Sep;11-3:287-92.
- (105) Fricchione G, Howanitz E. Aprrosodia and alexithymia-a case report. *Psychother Psychosom* 1985;43-3:156-60.
- (106) TenHouten WD, Hoppe KD, Bogen JE, Walter DO. Alexithymia and the split brain. III. Global-level content analysis of fantasy and symbolization. *Psychother Psychosom* 1985;44-2:89-94.
- (107) TenHouten WD, Walter DO, Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia and the Split Brain. *Psychother Psychosom* 1987;47:1-10.
- (108) Dewaraja R, Sasaki Y. A left to right hemisphere callosal transfer deficit of nonlinguistic information in alexithymia. *Psychother Psychosom* 1990;54-4:201-7.
- (109) Nemiah JC. Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychother Psychosom* 1977;28:1-4:199-206.
- (110) Henry Krystal. Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 1979;33-1:17-30.
- (111) Valera EM, Berenbaum H. A Twin Study of Alexithymia. *Psychother Psychosom* 2001;70:239-246.
- (112) Heiberg AN, Heiberg A. A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychother Psychosom.* 1978;30:3-4:205-10.
- (113) Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
- (114) Dodge KA, Garber J. Domains of emotion regulation. U: Garber J, Dodge KA, ur. The development of emotion regulation and dysregulation. Cambridge: Cambridge University Press; 1991, str. 3-11.
- (115) Krystal H. Integration and self-healing: affect, trauma, and alexithymia. Hillsdale (NJ): Analytic Press; 1988.
- (116) Bucci W. The Referential Process, Consciousness, and the Sense of Self. *Psychoanal Inq* 2000;22:766-793.

-
- (117) Bucci W. Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry* 1997;17:151-72.
- (118) Ahrens S, Deffner G. Empirical study of alexithymia: methodology and results. *American Journal of Psychotherapy* 1986;40:30-4.
- (119) Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Tamminen T. Alexithymia -State or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *J Psychosom Res* 1994;38:681-5.
- (120) Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2006;75-2:107-12.
- (121) Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby RM. A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res*. 1996 Dec;41-6:569-73.
- (122) Goldberg L. The Structure of Phenotypic Personality Traits. *American Psychologist*. 1993;48-1:26-34.
- (123) Parker J, Taylor G. Relations between alexithymia, personality, and affects U: Taylor G, Bagby M, Parker J, ur. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press, 1997, str 67-92.
- (124) Mayer JD, DiPaolo M, Salovey P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *J Pers Assess* 1990;54:772-81.
- (125) idem Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11-3:287-92.
- (126) Nemiah J. A Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine. *Psychosom Med* 2000;62:299-303.
- (127) idem Krystal H. Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother* 1979;33-1:17-31.
- (128) Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1985;44:191-9.
- (129) Taylor G. Treatment considerations U: Taylor G, Bagby M, Parker J, ur. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press; 1997, str. 248-266.

-
- (130) Sifneos PE. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients. *Psychother Psychosom* 1983;40:1-4:66-73.
- (131) Kendler KS. Parenting: a genetic-epidemiologic perspective. *Am J Psychiatry* 1996;153:11-20.
- (132) O'Connor TG, Dunn J, Jenkins JM, Pickering K, Rasbash J. Family settings and children's adjustment: differential adjustment within and across families. *The British Journal of Psychiatry* 2001;179:110-115.
- (133) Elliot BJ, Richards MPM. Children and divorce: educational performance and behavior before and after separation. *International Journal of Law, Policy and the Family* 1991;5-3:258-276.
- (134) Cherlin AJ, Furstenberg FF, Jr, Chase-Lansdale L i sur. Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science* 1991;252:5011:1386-1389.
- (135) Kline M, Johnston JR, Tschann JM. The Long Shadow of Marital Conflict: A Model of Children's Postdivorce Adjustment. *Journal of Marriage and Family* 1991;53-2:297-309.
- (136) Kelly J. Children's Adjustment in Conflicted Marriage and Divorce: A Decade Review of Research. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39-8:963-973.
- (137) 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;60-1:19-132.
- (138) Dadds MR, Atkinson E, Turner C, Blums GJ, Lendich B. Family conflict and child adjustment: evidence for a cognitive-contextual model of intergenerational transmission. *JFam Psychol* 1999;13:194-208.
- (139) Cummings EM, Davies PT, Simpson KS. Marital conflict, gender, and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology* 1994;8:41-149.
- (140) Emery RE. Children's Adjustment in Divorced and Married Families. U: Emery RE. *Marriage, Divorce, and Children's Adjustment*. SAGE Publications; 1999: 14:33-54

-
- (141) Grych H., Cardoza-Fernandez S. .Understanding the Impact of Interparental Conflict on Children. U: Grych JH, Fincham FD, ur. Interparental Conflict and Child Development: Theory, Research, and Application. New York, NY: Cambridge University Press; 2001. st. 159-187.
- (142) idem Kelly J. Children's Adjustment in Conflicted Marriage and Divorce: A Decade Review of Research. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000;39-8:963-973.
- (143) Arend R, Gove FL, Sroufe LA. Continuity of individual adaptaion from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. Child Dev1979;50: 950-9.
- (144) Greenberg MT, Speltz ML, Deklyen M, Endriga MC. Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. Development and Psychopathology 1991;3:413-30.
- (145) Craig TJ, Boardman AP, Mills K i sur. The South London somatization study I: longitudinal course and the influence of early life experiences. Br J Psychiatry 1993; 163:579–588.
- (146) Stuart S, Noyes R. Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. Psychosomatics 1999;40-1:34-43.
- (147) Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist /4-18 and Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
- (148) Epstein NB, Baldwin L, Bishop DS. The McMaster family assessment device. Journal of Marital and Family Therapy 1983;9:171-180.
- (149) Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. Journal of Family Therapy 2000;22: 168-189.
- (150) Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. Psychother Psychosom 1992;57:1-2:34-41
- (151) Beck JE. A Developmental Perspective on Functional Somatic Symptoms. J Pediatr Psychol 2008;33-5:547–562.

-
- (152) Dufton LM, Dunn MJ, Bruce E, Compas BE. Anxiety and Somatic Complaints in Children with Recurrent Abdominal Pain and Anxiety Disorders. *J Pediatr Psychol* 2009;34-2:176–186.
- (153) Moore BE, Fine BD, ur. *Psychoanalytic Terms and Concepts*. New Haven and London: The American Psychoanalytic association and Yale University Press; 1990, str. 204-209.
- (154) D.W. Winnicott. *Babies and Their Mothers*. Free Association Books: London; 1988, str. 35-51.
- (155) Cramer B. Short-term dynamic psychotherapy for infants and their parents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, Infant Psychiatry*. 1995; Vol4 No3:649-660.
- (156) Greenberg MT. Attachment and Psychopathology in Childhood, u: Jude Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of Attachment*. New York: The Guilford Press; 1999, st. 469-497
- (157) Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran G, Higgitt A. 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.
- (158) Fonagy P, Steele M, Moran G, Steele H, Higgitt A. 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.
- (159) Robinson JO, Alvarez JH, Dodge JA. Life events and family history in children with RAP. *J Psychosom Res* 1990;34:171-181.
- (160) Woodbury MM. Recurrent Abdominal Pain in Child Patients Seen at a Pediatric Gastroenterology Clinic. *PSY* 1993;34-6.
- (161) Sharrer VW, Ryan Wenger NM. Measurements of stress and crying among school aged children with and without recurrent abdominal pain. *J Sch Health* 1991; 61:86-91.
- (162) Pineiro-Carrera VM, Andres JM, Davis RH i sur. Abnormal gastroduodenal motility in children and adolescents with recurrent functional abdominal pain. *J Pediatr* 1988; 113:820-825.

-
- (163) Hughes M. Recurrent abdominal pain and childhood depression: clinical observations of 23 children and their families. *Am J Orthopsychiatry* 1984;54:146-155
- (164) Hodges K, Kline JJ, Barbero G i sur. Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. *J Pediatr* 1985;107:622-626.
- (165) Walker LS, Greene JW. Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety and depression than other families?. *J Pediatr Psychology* 1989; 14:231-243.
- (166) Wasserman AL, Whittington PF, Rivara FP. Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:179-184.
- (167) idem G Bodea, H Brennerb, G Adlerc, D Rothenbacherb. 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;54-5:417-421.
- (168) Mackner LM, Sisson DP, Crandall WV. Review: Psychosocial Issues in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *J. Pediatr. Psychol* 2004;29: 243-257.
- (169) Gold N, Issenman R, Roberts J, Watt S. Well-adjusted children: An alternate view of children with inflammatory bowel disease and functional gastrointestinal complaints. *Inflammatory Bowel Diseases* 2000;6:1-7.
- (170) Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland, *J Psychosom Res* 1999;46-1:75-82.
- (171) Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J i sur. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry* 2001; 42-6:471-6.
- (172) Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW. The assessment of alexithymia - A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2002;53-6:1083-1090.
- (173) Haviland MG. Structure of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Personality Assessment* 1996;66-1:116- 25.

-
- (174) Parker JD.A, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res* 2003;55-3:269-275.
- (175) Larsen JK, Brand B, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia - A review of neurobiological studies. *J Psychosom Res* 2003;54-6:533– 541.
- (176) Lane RD, Sechrest L, Reidel R, Weldon V, Kaszniak A, Schwartz GE. Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia. *Psychosom Med* 1996; 58:203-210.
- (177) Lane RD, Sechrest L, Riedel R, Shapiro DE., Kaszniak AW. Pervasive Emotion Recognition Deficit Common to Alexithymia and the Repressive Coping Style. *Psychosom Med* 2000;62:492-501.
- (178) Spitzer C, Siebel-Jürges U, Barnow S, Grabe HJ, Freyberger HJ. Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychother Psychosom* 2005;74:240-246.
- (179) Vanheule S, Desmet M, Meganck R. Alexithymia and Interpersonal Problems. *J Clin Psychol* 2007;63:109–117.
- (180) De Panfilis C, Salvatore P, Marchesi C, Cazzolla R, Tonna M, Maggini C. Parental bonding and personality disorder: the mediating role of alexithymia. *J Pers Disord* 2008;22-5:496-508.
- (181) Pedrosa GF, Scheidt CE, Hoeger D, Nickel M. Relationship between Attachment Style, Parental Bonding and Alexithymia in Adults with Somatoform Disorders. *Int J Psychiat Med* 2008;38-4:437-451.
- (182) Robins PM, Glutting JJ, Shaffer S, Proujansky R, Mehta D. Are There Psychosocial Differences in Diagnostic Subgroups of Children with Recurrent Abdominal Pain?. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:216–220.
- (183) Egger HL. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musuloskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38-7:852-60.
- (184) Hodges K, Kline JJ, Barbero G i sur. Anxiety in children with recurrent abdominal pain and their parents. *Psychosomatics* 1985;26:859-866.

(185) Hodges K, Kline JJ, Barbero G i sur. Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. *J Pediatr* 1985;107:622-626.

(186) Wasserman AL, Whittington PF, Rivara FP. Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:179.

(187) Little CA, Williams SE, Walker LS. Depression Influences Symptom Presentation in Pediatric Patients With Recurrent Abdominal Pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:pS372.

(188) Campo JV, Bridge J, Ehmann M i sur. Recurrent Abdominal Pain, Anxiety, and Depression in Primary Care. *Pediatrics* 2004;113:817-824.

(189) Campo JV, Di Lorenzo C, Chiappetta L i sur. Adult Outcomes of Pediatric Recurrent Abdominal Pain: Do They Just Grow Out of It?. *Pediatrics* 2001;108:1-7.

(190) Lumley MA, Mader C, Gramzow J, Papineau K. Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosom Med* 1996;58: 211-216.

(191) Field T. The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. *Monograph of the Society for Research in Child Development*; 1994: 59:2-3:208-227.

(192) Nathan MS, Škrinjarčić J. Perceptions of Infant Affect in Mothers of Prematures: The IFEEL Pictures Assessment, U: Emde R N, Osofsky JD, Butterfield PM, editors. *The IFEEL Pictures - A New Instrument for Interpreting Emotions*, International Universities Press, Inc. Madison, Connecticut; 1993, str. 185-194.

ŽIVOTOPIS

Rođen sam 1.10.1962 godine u Zagrebu gdje sam završio osnovnu i srednju školu. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisao sam 1981. godine, a diplomirao 1988. Stručni ispit položio sam 3.3.1990 godine. Od kraja iste godine radim kao znanstveni pripravnik u Katedri za psihijatriju s medicinskom psihologijom Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, sa radnim mjestom u Klinici za psihološku medicinu, sve do svibnja 1993. kada sam započeo specijalizaciju iz psihijatrije. Specijalistički ispit položio sam krajem 1996. Od kraja 1996. godine radim kao psihijatar na Polikliničkom odjelu za psihoterapiju djece i omladine Klinike za psihološku medicinu, KBC Zagreb.

Školske godine 1990./91. upisao sam postdiplomski studij iz Dječje i adolescentne psihijatrije, a 1999. obranio magistarsku radnju s temom "Utjecaj prijevremenog rođenja djeteta na sposobnost majčinog zapažanja afektivnog izražavanja novorođenčeta". U periodu od 2001. do 2010. godine završio sam subspecijalizaciju iz dječje i adolescentne psihijatrije, i edukacije iz obiteljske psihoterapije i analitičke grupne psihoterapije. Član sam Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatskog društva za dojenačku, dječju i adolescentnu psihijatriju.

PRILOZI

U prilogu su navedena tri upitnika koja su korištena u ovom radu:

1. **Upitnik procjene obitelji (FAD)**
2. **TAS-20**
3. **CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 4-1**

Upitnik procjene obitelji (FAD)

Copyright N.B.Epstein, L.M.Baldwin, D.S.Bishop HR-fant 2001.

Poštivat će se povjerljivost ovog upitnika. Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju od ukupno 60 tvrdnji i zaokružite jedan broj od 1 do 4 ispod svake pojedine tvrdnje, koji se najbolje odnosi na Vašu obitelj. Molim odgovorite na svaku tvrdnju. Hvala na suradnji!

1. Planiranje bilo kakvih obiteljskih aktivnosti je otežano jer se loše razumijemo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
2. Mi rješavamo većinu svakodnevnih problema.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
3. Kad je netko uzrujan ostali znaju razlog.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
4. Kada zamolite nekog da učini nešto poslije morate provjeravati je li to stvarno učinio.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
5. Kada je netko u nevolji ostali se previše upliću u problem.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
6. U krizama se možemo obratiti jedan drugome za podršku.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
7. Kada iznenadno nastupi opasna situacija ne znamo što da radimo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
8. Ponekad nam ponestane stvari koje trebamo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
9. Zatvoreni smo u iskazivanju toplih osjećaja prema drugima.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
10. Brinemo se da svaki član obitelji dobije svoje zaduženje.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
11. Ne možemo međusobno razgovarati o tuzi koju osjećamo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
12. Obično u vezi s problemom postupamo onako kako smo odlučili.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
13. Pažnju od drugih dobivate samo kada je to njima važno.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
14. Ne možete reći kako se netko osjeća na osnovu onoga što govori.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
15. Obiteljski zadaci se ne raspoređuju ravnomjerno.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
16. Pojedinci se prihvaćaju onakvi kakvi jesu.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
17. Iako prekršiš pravila možeš lako proći nekažnjeno.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
18. Pojedinci mogu otvoreno iznijeti probleme a ne ih skrivati.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*

-
19. Neki od nas naprosto emocionalno ne reaguju.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
20. Znamo što da radimo kada iznenadno nastupi opasna situacija.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
21. Izbjegavamo razgovarati o našim strahovima i brigama.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
22. Teško je međusobno razgovarati o nježnim osjećajima.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
23. Imamo problema s plaćanjem računa.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
24. Nakon što pokušamo riješiti problem u obitelji, obično razgovaramo da li smo u tome uspjeli ili ne.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
25. Previše smo sebični.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
26. Međusobno možemo pokazati svoje osjećaje.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
27. Nemamo jasan dogovor o higijenskim navikama.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
28. Ne pokazujemo ljubav jedni za druge.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
29. Radije govorimo izravno članovima obitelji umjesto da prenosimo poruke preko drugih.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
30. Svatko od nas ima svoje dužnosti i odgovornosti.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
31. Puno je ružnih osjećaja u obitelji.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
32. Postoje pravila o fizičkom kažnjavanju.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
33. obraćamo pažnju jedni na druge kad smo osobno zainteresirani.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
34. Imamo premalo vremena da upoznamo vlastite interese.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
35. Često ne govorimo ono što mislimo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
36. Osjećamo se prihvaćeni onakvi kakvi jesmo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
37. Pokazujemo interes jedni za druge samo kada od toga imamo osobnu korist.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
38. Rješavamo većinu emocionalnih problema koji se pojave.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
39. U našoj obitelji nježnost je na drugom mjestu u odnosu na ostalo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*

-
- 40.** Raspravljamo o tome tko će raditi poslove oko održavanja kuće.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 41.** Donošenje odluka je problem u našoj obitelji.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 42.** Obraćamo pažnju jedni na druge samo kad iz toga možemo izvući korist za sebe.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 43.** Iskreni smo jedni prema drugima.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 44.** Ne držimo se pravila i standarda.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 45.** Kada se nekoga zamoli da nešto učini, na to ga treba često podsjetiti.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 46.** Sposobni smo donositi odluke o tome kako ćemo riješiti probleme.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 47.** Kada prekršimo pravila ne znamo što možemo očekivati.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 48.** U našoj obitelji nema ni pravila ni očekivanja.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 49.** Izražavamo nježnost.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 50.** Možemo se suočiti s osjećajnim problemima.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 51.** Ne možemo baš dobro zajedno.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 52.** Kada smo ljuti ne razgovaramo jedni s drugima.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 53.** Općenito smo nezadovoljni obiteljskim dužnostima koje su dodijeljene svakomu od nas.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 54.** Iako želimo dobro previše se uplićemo jedni drugima u život.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 55.** Postoje pravila za opasne situacije.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 56.** Pouzdajemo se jedni u druge.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 57.** Otvoreno plaćemo jedni pred drugima.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 58.** Nemamo prikladno transportno sredstvo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 59.** Kada nam se ne sviđa nešto što je netko drugi učinio, to mu i kažemo.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*
- 60.** Nastojimo razmišljati o različitim načinima rješavanja problema.
1. *Izrazito se slažem* 2. *Slažem se* 3. *Ne slažem se* 4. *Izrazito se ne slažem*

TAS-20

Molimo Vas da pažljivo pročitate ovaj popis tvrdnji. Uz svaku navedenu tvrdnju zaokružite jedan od pet predloženih odgovora i to onaj, koji najbolje opisuje Vaše osjećaje. Predloženi odgovori su:

1. Uopće se ne slažem	2. Umjereno se ne slažem	3. Niti se slažem, niti se ne slažem	4. Umjereno se slažem	5. Potpuno se slažem
-----------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------	----------------------------

1. Često ne znam što točno osjećam	1	2	3	4	5
2. Teško pronalazim prave riječi za svoje osjećaje	1	2	3	4	5
3. Ono što osjećam u svome tijelu ni liječnici ne razumiju	1	2	3	4	5
4. Lako opisujem svoje osjećaje	1	2	3	4	5
5. Više volim proučiti problem, nego li ga opisati	1	2	3	4	5
6. Kad sam uzrujan, ne znam da li sam tužan, uplašen ili ljut	1	2	3	4	5
7. Često mi je zagonetno što osjećam u svome tijelu	1	2	3	4	5
8. Radije pustim da se stvari dogode, nego da razmišljam zašto su tako ispale	1	2	3	4	5
9. Osjećam nešto što ne mogu prepoznati	1	2	3	4	5
10. Smatram važnim biti u kontaktu sa svojim osjećajima	1	2	3	4	5
11. Teško opisujem što osjećam prema ljudima	1	2	3	4	5
12. Ljudi mi govore da više opisujem ono što osjećam	1	2	3	4	5
13. Ne znam što se zbiva u meni	1	2	3	4	5
14. Često ne znam zašto sam ljut	1	2	3	4	5
15. Radije pričam s ljudima o onome što rade, nego li o onome što osjećaju	1	2	3	4	5
16. Prije ću pogledati neku zabavnu emisiju, nego li psihološku dramu	1	2	3	4	5
17. Ono što osjećam duboko u sebi teško mi je otkriti i bliskim prijateljima	1	2	3	4	5
18. Mogu se i u šutnji osjećati blizak s nekim	1	2	3	4	5
19. Razmišljanje o svojim osjećajima smatram korisnim u rješavanju osobnih problema	1	2	3	4	5
20. Traženje skrivenih poruka u kazališnim predstavama i filmovima ometa u uživanju u njima	1	2	3	4	5

Molimo vas da provjerite da li ste odgovorili na sve tvrdnje! Hvala!

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 4-18

Copyright 1991 T.M. Achenbach, U. of Vermont, 1 S. Prospect St., Burlington, VT 05401

HR-fant.2001.

<p>Ime djeteta:</p> <p>Spol: <input type="checkbox"/> Ženski <input type="checkbox"/> Muški Dob:</p> <p>Datum rođenja djeteta:</p> <p>Današnji datum:</p> <p>Upitnik ispunjava: <input type="checkbox"/> Majka <input type="checkbox"/> Otac</p> <p><input type="checkbox"/> Drugi (npr. baka, odgajatelj)</p>	<p>Zanimanje roditelja: (ukoliko roditelj trenutno ne radi) Molimo, budite što određeniji - npr. automehaničar, profesor, građevinar, prodavač cipela, satnik u vojsci:</p> <p>Zanimanje oca:</p> <p>Zanimanje majke:</p> <table border="1"> <tr> <td>Stručna sprema oca:</td> <td>Stručna sprema majke:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Osnovna škola i niže</td> <td><input type="checkbox"/> Osnovna škola i niže</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Srednja stručna sprema</td> <td><input type="checkbox"/> Srednja stručna sprema</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Viša stručna sprema</td> <td><input type="checkbox"/> Viša stručna sprema</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visoka škola (fakultet)</td> <td><input type="checkbox"/> Visoka škola (fakultet)</td> </tr> </table>	Stručna sprema oca:	Stručna sprema majke:	<input type="checkbox"/> Osnovna škola i niže	<input type="checkbox"/> Osnovna škola i niže	<input type="checkbox"/> Srednja stručna sprema	<input type="checkbox"/> Srednja stručna sprema	<input type="checkbox"/> Viša stručna sprema	<input type="checkbox"/> Viša stručna sprema	<input type="checkbox"/> Visoka škola (fakultet)	<input type="checkbox"/> Visoka škola (fakultet)
Stručna sprema oca:	Stručna sprema majke:										
<input type="checkbox"/> Osnovna škola i niže	<input type="checkbox"/> Osnovna škola i niže										
<input type="checkbox"/> Srednja stručna sprema	<input type="checkbox"/> Srednja stručna sprema										
<input type="checkbox"/> Viša stručna sprema	<input type="checkbox"/> Viša stručna sprema										
<input type="checkbox"/> Visoka škola (fakultet)	<input type="checkbox"/> Visoka škola (fakultet)										

Molimo Vas ispunite ovaj list tako da izrazi Vaš pogled na djetetovo ponašanje i onda ako se drugi možda ne bi složili s njim. Slobodno dopunite vlastitim komentarom, a pored svakog pitanja na desnoj, za to predviđenoj strani.

I. Molimo navedite sportove u kojima Vaše dijete najradije sudjeluje, npr. plivanje, nogomet, vožnja - bicikla i sl.

U usporedbi s drugom djecom iste dobi približno koliko vremena provodi u tome?

U usporedbi s drugom djecom iste dobi koliko je dobro u tome?

<input type="checkbox"/> Niti jedan	Ne znam	Manje od prosjeka	Prosječno	Više od prosjeka	Ne znam	Manje od prosjeka	Prosječno	Više od prosjeka
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Molim Vas nabrojite čime se Vaše dijete najradije bavi, ima li kakav hobi osim sporta (npr. sakuplja marke, voli knjige, svira instrument) (ne uključuje slušanje radija ili gledanje TV);

U usporedbi s drugom djecom iste dobi približno koliko vremena provodi u tome?

U usporedbi s drugom djecom iste dobi koliko je dobro u tome?

<input type="checkbox"/> Niti jedan	Ne znam	Manje od prosjeka	Prosječno	Više od prosjeka	Ne znam	Manje od prosjeka	Prosječno	Više od prosjeka
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Molimo Vas navedite organizaciju, klub ili grupu kojoj Vaše dijete pripada.

U usporedbi s drugom djecom iste dobi koliko je Vaše dijete aktivno u pojedinoj grupi?

<input type="checkbox"/> Niti jedan	Ne znam	Manje aktivno	Prosječno aktivno	Više aktivno
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. _____

IV. Molimo Vas navedite poslove koje Vaše dijete radi (npr. čuvanje djece, raspremanje kreveta i sl. - obuhvaća i plaćene i neplaćene poslove) U usporedbi s drugom djecom iste dobi kako dobro Vaše dijete to radi?

	Ne znam	Lošije	Prosječno	Bolje
<input type="checkbox"/> Niti jedan				
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1. Koliko bliskih prijatelja ima Vaše dijete? (Ne uključujući braću i sestre) Niti jednog Jednog Dva do tri Četiri ili više

2. Približno koliko puta tjedno se Vaše dijete druži s prijateljima izvan redovne nastave? (Ne uključujući braću i sestre) Manje od jednom Jedan ili dva puta Tri ili više puta

VI. Ako usporedite svoje dijete s njegovim vršnjacima:

	lošije	prosječno	bolje	
a. Kako se dobro slaže sa svojom braćom / sestrama ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nema braću i sestre
b. Kako se dobro slaže s drugom djecom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Kako se ponaša prema svojim roditeljima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Kako se dobro samo igra i radi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII 1. Za djecu 6 godina i stariju – uspjeh u školi iz nekih predmeta

Ako ih dijete ne uči navedite razlog: _____

	neuspjeh	ispod prosjeka	prosječno	iznad prosjeka
a. Čitanje, hrvatski, jezici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Povijest i društvene znanosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Aritmetika ili matematika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Priroda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugi predmeti npr. tečaj kompjutera strani jezici i slične aktivnosti. Ne uključujte ovdje gimnastiku i sl.				
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ide li Vaše dijete u specijalni razred ili pohađa specijalnu školu? Ne Da. Kakvu vrstu?

3. Je li Vaše dijete ponavljalo razred? Ne Da. Koji razred i iz kojeg razloga?

4. Ima li Vaše dijete poteskoća u učenju ili kakvih problema u školi? Ne Da. Molimo opišite kakve!

Kada su ti problemi započeli? _____

Jesu li ti problemi završili? Ne Da. Kada? _____

Ima li Vaše dijete neku bolest, fizički ili mentalni hendikep? Ne Da. Molimo opišite!

Što Vas najviše brine kod Vašeg djeteta?

Što je najbolje kod Vašeg djeteta?

U slijedećem dijelu je navedena lista pojmova koji mogu opisivati ponašanje Vašeg djeteta i adolescenta. Za svaki od njih koji opisuje Vaše dijete SADA ILI UNAZAD 6 MJESECI, molimo zaokružite broj 2 ako je to VRLO ili ČESTO JE TOČNO kod Vašeg djeteta. Broj 1 zaokružite ukoliko je pojam vezan uz ponašanje Vašeg djeteta PONEKAD ili DONEKLE JE TOČNO. Ako je pak NIJE TOČNO za Vaše dijete zaokružite 0. Molimo da odgovorite na sve navedeno čak i ukoliko vam se učini da nije u nikakvoj vezi s ponašanjem Vašeg djeteta.

0 = NIJE TOČNO (BAREM KOLIKO ZNAM)

1 = PONEKAD ILI DONEKLE JE TOČNO

2 = VRLO ILI ČESTO JE TOČNO

0 1 2 1. Ponaša se kao mlađe dijete

0 1 2 2. Alergičan je (opišite):

0 1 2 3. Puno se svađa

0 1 2 4. Ima astmu

0 1 2 5. Ponaša se kao da je suprotnog spola

0 1 2 6. Prlja gaćice ili "kaka" izvan WC-a

0 1 2 7. Stalno se hvali, pravi se važan

0 1 2 8. Ne može se koncentrirati, pažnja kratkotrajno usmjerena

0 1 2 9. Ne može se osloboditi nekih misli; opsesije (opišite):

0 1 2 10. Ne može mirno sjediti, nemiran je, hiperaktivan

0 1 2 11. Drži se odraslih, jako "visi" na nekom

0 1 2 12. Tuži se na usamljenost

0 1 2 13. Zbunjen, kao da se ne snalazi

0 1 2 14. Puno plače

0 1 2 31. Boji se da ne bi pomislio ili napravio nešto loše

0 1 2 32. Misli da mora biti savršen

0 1 2 33. Osjeća ili se tuži da ga nitko ne voli

0 1 2 34. Misli da su drugi protiv njega

0 1 2 35. Osjeća se bezvrijedan ili manje vrijedan

0 1 2 36. Lako se povrijedi, sklon je nezgodama

0 1 2 37. Često se tuče

0 1 2 38. Često ga zafrkavaju

0 1 2 39. Drži se djece koja često upadaju u neprilike

0 1 2 40. Čuje zvukove ili glasove kojih nema (opišite):

0 1 2 41. Nagao je i ponaša se bez razmišljanja

0 1 2 42. Rađe bi bio sam nego s drugima

0 1 2 43. Laže ili vara

0 1 2 44. Grize nokte

0 1 2 45. Nervozan, napet

- | | |
|--|--|
| <p>0 1 2 15. Okrutan je prema životinjama</p> <p>0 1 2 16. Grub, zadirkuje ili je zločest prema drugima</p> <p>0 1 2 17. Fantazira ili se izgubi u svojim mislima</p> <p>0 1 2 18. Namjerno se ozlijeđuje ili je pokušao samoubojstvo</p> <p>0 1 2 19. Traži puno pažnje</p> <p>0 1 2 20. Uništava svoje stvari</p> <p>0 1 2 21. Uništava stvari drugih članova obitelji ili druge djece</p> <p>0 1 2 22. Neposlušan je kod kuće</p> <p>0 1 2 23. Neposlušan je u školi</p> <p>0 1 2 24. Slabo jede</p> <p>0 1 2 25. Ne slaže se s drugom djecom</p> <p>0 1 2 26. Čini se da se ne osjeća krivim zbog neposlušnosti</p> <p>0 1 2 27. Lako postane ljubomorani</p> <p>0 1 2 28. Jede ili pije nešto što nije hrana - ne uključuje slatkiše (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 29. Boji se nekih životinja, situacija, mjesta van škole (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 30. Boji se ići u školu</p> <p>0 1 2 57. Fizički napada ljude</p> <p>0 1 2 58. Kopa nos, čupka kožu ili druge dijelove tijela (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 59. Dira vlastite spolne organe pred drugima</p> <p>0 1 2 60. Pretjerano se igra sa vlastitim spolnim organima</p> <p>0 1 2 61. Loše uči u školi</p> <p>0 1 2 62. Slabo usklađuje svoje pokrete, nespretni je</p> <p>0 1 2 63. Radije se igra sa starijom djecom</p> | <p>0 1 2 46. Ima nervozne pokrete i stalno se vrti (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 47. Noćne more</p> <p>0 1 2 48. Druga djeca ga ne vole</p> <p>0 1 2 49. Pati od opstipacije (zatvora)</p> <p>0 1 2 50. Previše strašljiv ili anksiozan</p> <p>0 1 2 51. Ima vrtoglavice</p> <p>0 1 2 52. Osjeća se krivim</p> <p>0 1 2 53. Previše jede</p> <p>0 1 2 54. Previše je umoran</p> <p>0 1 2 55. Ima previše kila</p> <p>56. Tjelesni problemi bez medicinskih razloga:</p> <p>0 1 2 a. bolovi (ne glavobolje)</p> <p>0 1 2 b. glavobolje</p> <p>0 1 2 c. mučnina, slabo mu je</p> <p>0 1 2 d. problemi s očima (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 e. osip ili druge kožne smetnje</p> <p>0 1 2 f. bolovi u trbuhu ili grčevi</p> <p>0 1 2 g. povraćanje</p> <p>0 1 2 h. drugo (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 84. Čudno se ponasa (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 85. Ima čudne ideje (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 86. Tvrdojav, "mračan", razdražljiv</p> <p>0 1 2 87. Naglo mijenja raspoloženja ili osjećaje</p> <p>0 1 2 88. Zlovoljan, namrgođen</p> <p>0 1 2 89. Sumnjičavi</p> <p>0 1 2 90. Psuje i prostači</p> <p>0 1 2 91. Govori da će se ubiti</p> <p>0 1 2 92. Govori ili hoda u snu (opišite):</p> <p>_____</p> |
|--|--|

- | | |
|---|---|
| <p>0 1 2 64. Radije se igra s mlađom djecom</p> <p>0 1 2 65. Odbija govoriti</p> <p>0 1 2 66. Stalno nešto ponavlja iznova (prisilne radnje – opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 67. Bježi od kuće</p> <p>0 1 2 68. Puno vrišti</p> <p>0 1 2 69. Tajanstven, drži u sebi</p>
<p>0 1 2 70. Vidi stvari kojih nema (opišite):</p> <p>0 1 2 71. Samosvjestan ili lako uvredljiv</p> <p>0 1 2 72. Pali vatru</p>
<p>0 1 2 73. Seksualni problemi (opišite):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 74. Pravi se važan ili nasmijava druge</p>
<p>0 1 2 75. Stidljiv i povučen</p> <p>0 1 2 76. Spava manje od druge djece</p> <p>0 1 2 77. Spava više od druge djece po danu ili noći-opišite:</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 78. Razmazuje ili se igra izmetom</p> <p>0 1 2 79. Govorni problemi (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 80. Gleda u prazno</p> <p>0 1 2 81. Krade kod kuće</p> <p>0 1 2 82. Krade van kuće</p> <p>0 1 2 83. Sprema stvari koje ne treba (opišite):</p> <p>_____</p> | <p>0 1 2 93. Previše priča</p> <p>0 1 2 94. Puno gnjavi, zafrkava</p> <p>0 1 2 95. Napadi bijesa, po naravi ljut</p> <p>0 1 2 96. Previše misli na seks</p> <p>0 1 2 97. Prijeti ljudima</p>
<p>0 1 2 98. Sisa prst</p> <p>0 1 2 99. Opsjednut čistoćom i urednošću</p> <p>0 1 2 100. Smetnje spavanja (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 101. Bježi iz škole, markira</p> <p>0 1 2 102. Spor neaktivan, kao da mu nedostaje energije</p> <p>0 1 2 103. Nesretan, tužan ili žalostan (depresivan)</p> <p>104. Neuobičajeno glasan</p> <p>0 1 2 105. Koristi droge ili alkohol (opišite):</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 106. Uništava stvari (vandalizam)</p> <p>0 1 2 107. Mokri u gaće po danu</p> <p>0 1 2 108. Mokri noću u krevet</p>
<p>0 1 2 109. Cendrav</p> <p>0 1 2 110. Radije bi bio drugog spola</p>
<p>0 1 2 111. Povučeni, ne druži se</p> <p>0 1 2 112. Zabrinut</p> <p>0 1 2 113. Ima li još nekih problema koji nisu navedeni? (opišite):</p> <p>0 1 2 114. _____</p> <p>0 1 2 115. _____</p> <p>116. _____</p> |
|---|---|

MOLIMO VAS PROVJERITE DA LI STE ODGOVORILI NA SVA PITANJA. PODVUCITE ONA ZBOG KOJIH STE POSEBNO ZABRINUTI.