Psihološki poremećaji dječje i adolescentne dobi

Levačić, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:429063

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište
Sjever

Završni rad br. 637/SS/2015

Psihološki poremećaji dječje i adolescentne dobi

Valentina Levačić, 4535/601

Varaždin, listopad 2016. godine

Sveučilište
Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 637/SS/2015

Psihološki poremećaji dječje i adolescentne dobi

Student

Valentina Levačić, 4535/601

Mentor

Štefanija Munivrana, dr. med.

Varaždin, listopad 2016. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Valentina Levačić | MATIČNI BROJ: 4535/601

DATUM: 20.09.2015. | KOLEGIJ: Klinička medicina II

NASLOV RADA: Psihološki poremećaji dječje i adolescentne dobi

MENTOR: Štefanija Munivrana, dr. med. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. Ivana Živoder, dipl. med. techn. predsjednik
2. Štefanija Munivrana, dr. med., mentor
3. Marijana Neuberg, mag. med. techn., član
4. Irena Canjuga, mag. med. techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 637/SS/2015

OPIS:

Detaljan opis zadatka: somatizacija je pojava tjelesnih simptoma koji nisu posljedica nekog organskog uzroka već nastaju zbog psiholoških teškoća i emocionalnih sukoba unutar djetetove ličnosti, neugode i tjeskobe. Kada se psihogene smetnje i unutrašnji emocionalni sukobi očituju motoričkim i senzoričkim smetnjama govorimo o konverzivnim poremećajima.
Enureza je opetovano nevoljno mokrenje tijekom dana ili noći nakon 5.godine života, a razlikujemo primarnu (dijete nikad nije uspostavilo kontrolu mokrenja) i sekundarnu (regresijsku). Enkopreza je opetovano nevoljno pražnjenje fecesa na neprikladnim mjestima, u odjeću, nakon 4.g.života a najčešće je vezana uz kronično opstipaciju i češće se javlja u dječaka.
Motoričke smetnje ponašanja su nesvestan način na koji se dijete oslobađa unutrašnje emocionalne napetosti. To su njihanje glave i tijela, udaranje glave, tikovi, čupanje kose, griženje noktiju, škrgutanje zubima.
Poremećaji uzimanja hrane se češće javljaju u adolescentnoj dobi, obično u djevojaka. Riječ je o anoreksiji ili bulimiji.
Poremećaji spavanja su noćni strah, noćne more i mjesečarenje, a etiologija je višestruka. Od ostalih poremećaja važnu ulogu zauzimaju teškoće učenja i sindrom nepažnja-hiperreaktivnost.

U radu je potrebno:
- opisati svaki od navedenih psiholoških poremećaja,
- opisati važnost uloge medicinske sestre u liječenje poremećaja, edukaciji bolestnika i njegove obitelji,
- citirati korištenu listeraturu.

ZADATAK URUČEN: 19.10.2015. | POTPIS MENTORA: Munivrana

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Ovim putem zahvaljujem se svojoj obitelji, prijateljima te kolegama s posla i kolegama sa studija na strpljenju i podršci tijekom ovog školovanja.

Veliko hvala mentorici Štefaniji Munivrani za stručno vođenje.

Također se zahvaljujem svim predavačima i suradnicima Sveučilišta Sjever na uloženom trudu i podršci.

Sažetak

Psihički poremećaj je pojam koji se koristi za obilježavanje specifičnih tipova psihopatologije, a definiran je kao klinički značajan bihevioralni ili psihologijski sindrom ili uzorak ponašanja koji je povezan s prisutnom patnjom i nesposobnošću ili s povećanim rizikom doživljavanja smrti, boli, nesposobnosti ili s važnim gubitkom slobode. Psihički poremećaji djece i adolescenata mogu se odraziti na različite načine npr. kao tjelesni simptomi i bolesti, poremećaji eliminacije, poremećaji govora i hranjenja, smetnje ponašanja i raspoloženja, smetnje učenja i prilagodbe, poremećaji uzimanja hrane, hiperaktivnosti i poremećaja spavanja te je vrlo važna suradnja obiteljskih liječnika, školske medicine, stručnjaka za primarnu i sekundarnu prevenciju ovisnosti, psihijatara, dječjih vrtića i škola sa svojim stručnim suradnicima, nekih državnih institucija i lokalne zajednice. Osobe sa psihičkim poremećajem trebaju podršku tijekom cijeloga života, stoga se sestrinska skrb primjenjuje u svim dobnim skupinama. Strpljivost, tolerantnost, humanost i odgovornost su najvažnije odlike medicinske sestre/tehničara koja se bavi djecom s psihičkim poremećajem. Ona treba stvoriti ozračje u kojem vlada ugodna i topla atmosfera, a odnos s bolesnikom treba biti stručan i profesionalan. S obzirom na porast broja djece koja zahtijevaju psihološku potporu, društvo bi trebalo biti osjetljivije na ovu kategoriju i pomoći na svaki mogući način, kako u sekundarnoj, tako još više u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

KLJUČNE RIJEČI: psihički poremećaj, uloga medicinske sestre, sestrinske dijagnoze, sestrinske intervencije

Abstract

Mental disorder is the term used to mark specific types of psychopathology and is defined as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern of behavior that is associated with the present suffering and the inability or with an increased risk of experiencing death, pain, disability or with significant loss of freedom. Mental disorders in children and adolescents may be affected in different ways, eg. as physical symptoms and diseases, disorders of elimination, speech disorders and eating disorders of behavior and mood, learning disabilities and adjustments, eating disorders, hyperactivity and sleep disorders, thus cooperation between the family doctors, school doctors, and specialists for primary and secondary prevention of addiction, psychiatrists, kindergartens and schools with their assistants, some government institutions and local communities is very important. People with mental disorders need support throughout their lives, so the nursing care is applied to all age groups. Patience, tolerance, humanity and responsibility are the most important characteristics of nurses / technicians dealing with children with mental disorders. It should create an environment in which there is a pleasant and warm atmosphere, and the relationship with the patient should be competent and professional. Due to the increase in the number of children who require psychological support, the society should be more sensitive to this category of patients and help in every possible way in the secondary, and even more in primary care.

KEY WORDS: mental disorder, the role of nurses, nursing diagnosis, nursing interventios

Popis korištenih kratica

DSM-IV Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja Američke psihijatrijske udruge, 4. izdanje, je kategorijska klasifikacija koja dijeli psihičke poremećaje na više od 200 tipova temeljenih na kriterijima s jasno određenim osobinama. Postoji pet skupina kao što je predočeno u tablici.

SKUPINA I	Klinički poremećaji i druga stanja koja mogu biti u fokusu kliničke pažnje
SKUPINA II	Poremećaji osobnosti i maladaptivne crte, mentalni hendikep
SKUPINA III	Opće medicinsko stanje
SKUPINA IV	Psihosocijalni problemi i problemi s okolinom
SKUPINA V	Opće procjenjivanje funkcioniranja

SZO Svjetska zdravstvena organizacija (engleski World Health Organization, WHO), posebna je organizacija Ujedinjenih naroda koja djeluje kao koordinirajuće tijelo međunarodnog javnog zdravlja.

EEG Kratica za elektroencefalografiju, postupak snimanja električne aktivnosti mozga.

ICD-10 Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (engleski International Classification of Diseases, ICD) je klasifikacija koja je kod nas i u svijetu našla široku primjenu. Postoji potreba za kvalitetnim pokazateljima s područja mortalitetne i morbiditetne statistike.

REM Faza spavanja (engleski Rapid Eye Movement – brzo pokretanje očiju), u kojoj se povećava aktivnost, ubrzava se rad srca i raste krvni tlak.

NREM Ortodoksno spavanje (engleski Non-Rapid-Eye Movement), karakterizirano je opadanjem metaboličke aktivnosti, krvnog tlaka i broja otkucaja srca.

ITM Indeks tjelesne mase (engleski Body mass indeks – BMI) je okvirni pokazatelj debljine i pretilosti.

FSH Folikulstimulirajući hormon – hormon koji se sintetizira u prednjem režnju hipofize.

LH Luteinizirajući hormon – izlučuje ga hipofiza, a zajedno s FSH ima važnu ulogu u spolnom sustavu.

T_4 Tiroksin – hormon kojeg luče folikularne stanice štitne žlijezde.

T_3 Trijodtironin – hormon kojeg luči štitna žlijezda, a sudjeluje u regulaciji gotovo svih fizioloških procesa.

SWS Engleski – slow-wave-sleep = SWS. Treća i četvrta faza spavanja koje se zajednički nazivaju sporovalno spavanje. Spori valovi pokazuju da je neuralna aktivnost visoko sinkronizirana. Tijekom NREM spavanja u svakoj sljedećoj fazi spavanja srčani ritam i ritam disanja su sporiji nego u prethodnoj fazi i povećava se postotak sporih valova velike amplitude.

SŽS Središnji živčani sustav.

Sadržaj

1.Uvod ---- 1

2.Somatizacija ili somatoformni poremećaji ---- 2
2.1. Konverzivni poremećaj ---- *2*
2.1.1. Klinička slika konverzivnog poremećaja ---- 2
2.1.2. Dijagnostika konverzivnog poremećaja ---- 3
2.1.3. Terapija konverzivnog poremećaja ---- 4
2.2. Somatizirajući poremećaj ili sindrom boli ---- *4*
2.2.1. Dijagnostika somatizirajućeg poremećaja ili sindroma boli ---- 5
2.2.2. Terapija somatizirajućeg poremećaja ili sindroma boli ---- 5
2.3. Hipohondrijski poremećaj ---- *6*

3.Poremećaji eliminacije ---- 7
3.1. Enkopreza ---- *7*
3.1.1. Dijagnostika enkopreze ---- 7
3.1.2. Terapija enkopreze ---- 8
3.2. Enureza ---- *8*
3.2.1. Podtipovi enureze ---- 9
3.2.2. Enureza prema tijeku ---- 10
3.2.3. Dijagnostika enureze ---- 10
3.2.4. Terapija enureze ---- 11

4.Motoričke smetnje ponašanja i motoričke navike ---- 12
4.1. Motoričke ritmije ---- *12*
4.2. Tik ---- *13*
4.3. Čupanje kose (trichotillomania) ---- *14*
4.4. Griženje noktiju (onychophagia) ---- *14*

5.Poremećaji uzimanja hrane ---- 16
5.1. Anoreksija nervoza ---- *16*
5.1.1. Etiologija anoreksije nervoze ---- 17
5.1.2. Vrste anoreksije nervoze ---- 19
5.1.3. Dijagnostika anoreksije nervoze ---- 19
5.1.4. Terapija anoreksije nervoze ---- 24
5.2. Bulimija nervoza ---- *26*
5.2.1. Etiologija bulimije nervoze ---- 27
5.2.2. Vrste bulimije nervoze ---- 28
5.2.3. Dijagnostika bulimije nervoze ---- 28
5.2.4. Terapija bulimije nervoze ---- 30
5.3. Muška anoreksija i bulimija ---- *31*

6.Poremećaj spavanja ---- 33
6.1. Vrste poremećaja spavanja ---- *33*
6.1.1. Dizsomnije ---- 33
6.1.2. Parasomnije ---- 34

7.Teškoće učenja ---- 38
7.1. Dislalija ---- *38*
7.2. Disleksija ---- *39*
7.3. Disgrafija ---- *40*
7.4. Diskalkulija ---- *40*

8.Sindrom nepažnja – hiperaktivnost----------41
8.1. Etiologija hiperaktivnog poremećaja (ADHD) ----------*41*
8.2. Klinička slika ----------*42*
8.2.1. Jezgrovni simptomi ----------42
8.2.2. Prateći ili sekundarni simptomi ----------43
8.3. Dijagnostika sindroma pažnja/hiperaktivnost ----------*44*
8.3.1. Dijagnostički kriteriji iz DSM-IV----------44
8.4. Komorbiditet sindroma pažnje/hiperaktivnosti ----------*44*
8.5. Terapija sindroma pažnje/hiperaktivnosti----------*45*

9.Važnost uloge medicinske sestre/tehničara u liječenju psiholoških poremećaja, edukaciji bolesnika i njegove obitelji----------47
9.1. Provedba rada medicinskih sestara/tehničara u Dnevnoj bolnici na odjelu dječje i adolescentne psihijatrije----------*47*
9.1.1. Terapijski ciljevi u radu Dnevne bolnice ----------48
9.1.2. Uloga radionica u sustavu Dnevne bolnice----------49
9.2. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod djece i adolescenata s psihičkim poremećajem ----------*50*

10.Zaključak ----------53

11.Literatura----------54

1. Uvod

Psihički poremećaj je pojam koji se koristi za obilježavanje specifičnih tipova psihopatologije, a definiran je kao klinički značajan bihevioralni ili psihologijski sindrom ili uzorak ponašanja koji je povezan s prisutnom patnjom i nesposobnošću ili s povećanim rizikom doživljavanja smrti, boli, nesposobnosti ili s važnim gubitkom slobode. Psihički je poremećaj manifestacija ne funkcioniranja u pojedincu, a uzroci psihičkih poremećaja mogu biti nasljeđe, psihički ili psihogeni uzroci i uzroci okoline [1].

Mjerenje psihopatologije temelji se na normama ili kriterijima koji su obično dobiveni u preporučenom broju zemalja i zajednica, a najčešće nije dokazano da te norme vrijede za druge zemlje i zajednice. U našoj se zemlji, budući da je blizu zapadnim zemljama engleskoga govornog područja, primjenjuje dijagnostički sustav kao što je DSM-IV, jer je primjena zapadnih normi srednje klase na djecu i adolescente logična i zbog toga što imamo zapadno-europsku kulturu i religiju [1]. To je kategorijska klasifikacija u kojoj postoji 5 skupina gdje psihički poremećaji pripadaju skupinama I i II dok su tjelesni poremećaji navedeni u skupini III. Prema podacima SZO-e 3 – 12% mladih ima ozbiljan psihički poremećaj, a 20% mladih do osamnaeste godine ima neki od oblika razvojnih, emocionalnih ili ponašajnih problema. Podaci za Hrvatsku su oskudni i nepouzdani.

Budući da psihopatologija u mnogo slučajeva nije primarno biološki određena, treba je, osobito kod djece i adolescenata, odrediti unutar socijalnog konteksta. Hoće li osobna patnja, kognitivno ne funkcioniranje ili uzroci ponašanja dosegnuti razinu kriterija za postavljanje dijagnoze psihičkog poremećaja ili će ostati čak ispod praga svijesti znatno će ovisiti o postojećim bio-psiho-socijalnim utjecajima kao što su fizička bolest, samopoštovanje, mehanizmi suočavanja s problemima, roditeljske reakcije, sustavi socijalne potpore, stresni uvjeti u okolini i dostupnost primjerenog liječenja [1].

Psihološki poremećaji djece i adolescenata mogu se odraziti na različite načine, npr. kao tjelesni simptomi i bolesti, poremećaji eliminacije, poremećaji govora i hranjenja, smetnje ponašanja i raspoloženja, smetnje učenja i prilagodbe, poremećaji uzimanja hrane, hiperaktivnosti i poremećaja spavanja te je vrlo važna suradnja obiteljskih liječnika, školske medicine, stručnjaka za primarnu i sekundarnu prevenciju ovisnosti, psihijatara, dječjih vrtića i škola sa svojim stručnim suradnicima, nekih državnih institucija i lokalne zajednice. Roditeljima je potrebno pružiti pomoć kako bi osnažili i postali učinkovitiji u svojim roditeljskim ulogama, a odgajateljima i školskim djelatnicima kako bi što ranije prepoznali i djelovali na rizičnu djecu i mlade.

2. Somatizacija ili somatoformni poremećaji

Svim somatoformnim poremećajima zajednička je prisutnost tjelesnih simptoma koji nemaju organsku podlogu i koji su uzrokovani psihogenim čimbenicima.

Radi se o skupini poremećaja kod djece i mladeži koji svojom simbolikom na impresivan način pokazuju složenu međuigru tijela i psihe. Simptomi su u svezi s psihološkim faktorima, dok je organski uzrok bolesti isključen. Pacijenti se žale na tjelesne simptome. Simptomi su kompromisi proturječnih unutarnjih tendencija, a rješenje je nađeno u simptomu. On u isto vrijeme smiruje jer je ipak nekakvo rješenje konflikta, i iritira pacijenta jer blokira njegovu sposobnost da se suoči s životnim zadaćama koje su pred njim.

Vrste somatoformnih poremećaja:

Somatoformni poremećaji u širem smislu (DSM-IV, 1996.) dijele se na [1]:

1. Konverzivni poremećaj
2. Somatizirajući poremećaj ili sindrom boli
3. Hipohondrijski poremećaj

2.1. Konverzivni poremećaj

Kada se psihogene tegobe i unutrašnji emocionalni sukobi očituju motoričkim ili senzoričkim funkcijama riječ je o konverzivnom poremećaju [2]. Prema psihoanalitičkom modelu uzrok bolesti konverzivnog poremećaja je u pretvorbi nesvjesnog intrapsihičkog konflikta u tjelesni simptom [1].

Konverzivni je poremećaj rijedak u predškolskoj dobi. Obično se u klasičnim kliničkim formama, koje se vide u odrasloj dobi, prvi put pojavljuje u adolescentnoj dobi [1]. Iako je konverzivni poremećaj češći u adolescenata ili odraslih, svaki liječnik koji radi s djecom tijekom svojega radnog vijeka susretne više puta takvu pojavu i u predškolske ili u školske djece [2].

2.1.1. Klinička slika konverzivnog poremećaja

Glavno je obilježje konverzivnog poremećaja prisutnost simptoma ili deficita voljne, motoričke ili osjetilne funkcije koji podsjećaju i upućuju na neku neurološku bolest ili neki drugi poremećaj. Za simptom ili deficit, vezani su psihološki čimbenici, jer je zamijećeno da pojavi ili pogoršanju simptoma ili deficita prethodi konflikt ili drugi stresor. Može biti upadno i vrlo mirno prihvaćanje teže nesposobnosti („la belle indifference“), no to nije opće obilježje, nalazi se i u dobro prilagođenih osoba koje su suočene s vrlo očitom, ozbiljnom tjelesnom bolesti [3].

Motorički simptomi ili deficiti uključuju oštećenu koordinaciju ili ravnotežu, paralizu ili lokaliziranu slabost, afoniju, otežano gutanje ili osjećaj „knedle“ u grlu i retenciju urina. Senzorički simptomi ili deficiti uključuju gubitak osjeta dodira ili boli, dvoslike, sljepoću, gluhoću i halucinacije [3].

U simptome ubrajamo i napade grčeva ili konvulzije [3].

Konverzivni simptomi obično se ne javljaju u skladu s poznatim fiziološkim mehanizmima i anatomskim regijama, već prema poimanju pojedine osobe. „Paraliza“ može predstavljati nemogućnost da se izvede određeni pokret ili da se pomakne određeni dio tijela, a ne deficit odgovarajuće motoričke inervacije. Konverzivni simptomi često su nepostojani [3]. „Paralizirani“ ekstremitet će se „slučajno“ pomaknuti prilikom odijevanja ili kad je pažnja usmjerena nekamo drugamo. Ako se „paraliziranu“ ruku podigne i ostavi iznad glave, ona će zakratko ostati u tom položaju, a zatim pasti postranično, bez da okrzne glavu. Mogu biti prisutni intaktni refleksi, kao i normalan tonus mišića. Elektromiogram će biti normalan. Teškoće gutanja jednake su i kod tekuće i kod krute hrane. Konverzivna „anestezija“ stopala ili dlana može slijediti tzv. čarapa-rukavica distribuciju s jednakim (bez prelaska od proksimalnog prema distalnom) gubitkom svih osjetnih modaliteta (tj. dodira, topline, boli), oštro ograničenih na temelju određenih anatomskih regija, a ne prema dermatomima. Konverzivni „napad grčeva“ varirat će od konvulzije do konvulzije, ali paroksizimalne aktivnosti neće biti zabilježene na EEG-u [3].

2.1.2. Dijagnostika konverzivnog poremećaja

Da bi se dijagnosticirao konverzivni poremećaj, teškoće koje proizlaze iz poremećaja moraju biti značajne i one obuhvaćaju [3]:

- oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja
- ili činjenicom da opravdava medicinske pretrage

Dijagnozu konverzivnog poremećaja trebamo postaviti nakon temeljitih medicinskih pretraga da bi se isključila neurološka ili neka druga etiologija. S obzirom na to da se i iza jasnih slika konverzivnog poremećaja može skrivati neki drugi tjelesni poremećaj koji će za nekoliko godina postati uočljiv, dijagnoza spomenutog poremećaja treba biti privremena [3].

O procjeni težine konverzivnih poremećaja također je teško govoriti. Konverzivni se poremećaj može pojaviti u adolescenciji samo jedanput, više puta intermitirajući, ali i u kronificirajućoj formi. U posljednjem slučaju, opasnost od razvoja ozbiljnog psihijatrijskog poremećaja je velika [1].

2.1.3. Terapija konverzivnog poremećaja

Potrebno je što prije početi s psihodinamskom psihoterapijom. U prvih nekoliko razgovora važno je ostvariti ozračje povjerenja na relaciji liječnik – pacijent. Konverzivni poremećaj je klasična indikacija za individualnu analitički orijentiranu psihoterapiju [1].

Simptomi konverzivnog poremećaja mogu se kratkoročno reducirati nekim sugestibilnim mjerama, tj. „placebo“ efektima [1].

Primjenu anksiolitika i antidepresiva treba izbjegavati zbog opasnosti razvijanja ovisnosti o tim psihofarmacima.

U liječenju konverzivnog simptoma važna je primjena bračne terapije roditelja.

U slučaju hospitalizacije djeteta, u početku liječenja potrebna je distanca od obiteljskog sustava. Korisno je reducirati pretjerane zahtjeve koje je pacijent stavio pred sebe. Cilj je liječenja ne samo redukcija konverzivnog simptoma već i poboljšanje socijalne kompetencije mladog pacijenta [1].

2.2. Somatizirajući poremećaj ili sindrom boli

Kod somatizirajućeg poremećaja dijete nam uporno nudi tjelesne simptome, žaleći se npr. na bolove u trbuhu, glavobolju, ili želučane smetnje i nesvjestica, popraćeni smetnjama raspoloženja, dok od roditelja stižu zahtjevi da se dijete podvrgne daljnjim medicinskim pretragama, unatoč tomu što su rezultati dijagnostičkih pretraga negativni. Djeca i roditelji odbacuju mogućnost da emocije i događaji utječu na njih ili da imaju emocionalnih problema, a smetnje se prihvaćaju samo kao bolest tijela [4].

Tijekom razgovora s djetetom i članovima njegove obitelji često su evidentni mnogi konflikti iz djetetove okoline: unutar obiteljski problemi, problemi skupine vršnjaka i školske sredine.

Psihogeni bolovi obično se ponavljaju, a s prekidima mogu trajati i godinama. Pojačavaju se u situacijama koje djeca doživljavaju kao neugodne i uznemiravajuće. Većinu djece bolne pojave ipak ne ometaju značajno u svakodnevnom životu, ali trećina djece sa somatizacijama ima ozbiljne psihološke teškoće, anksiozno – depresivnog karaktera, koje zahtijevaju liječenje kod dječjeg psihijatra [4].

Porast obiteljskih konflikata, kroničan obiteljski stres, koncentracija i fokusiranje unutar roditeljske dinamike na dijete također su faktori koji potiču somatizaciju djeteta. Somatizacija je prisutnija u religiozno strogim obiteljima ili unutar obitelji gdje je blokirano i nedopušteno iskazivanje agresivnosti i seksualnosti te verbalizacija emocija [1].

Javljanje somatskih simptoma ovisi o individualnim karakteristikama djeteta, njegovom trenutnom stanju organizma, ali i okolini. Somatizacijama sklona djeca sugestibilna su, manje prilagodljivija, nižeg samopoštovanja, emocionalno preosjetljiva, djeca koja nerado ili rijetko izražavaju svoje negativne osjećaje (bijes, nezadovoljstvo) ili ih u određenim situacijama teško kontroliraju. Mogu biti sklona pretjeranoj brizi za roditelje, za sebe za zdravlje, strahuju da će ih drugi kritizirati ili da neće imati pozitivno mišljenje o njima, nelagodno im je kod školskih ispita, nastupa. Roditelji ih opisuju kao djecu discipliniranog ponašanja, koja se žele svidjeti svima i koja se rijetko suprotstavljaju, no u društvu vršnjaka mogu biti otvoreno ili prikriveno agresivna [4]. Često dolaze iz obitelji u kojima postoji tjelesni ili duševni poremećaj, ili iz obitelji u kojima se reakcije na stresore očituju kroz tjelesne poremećaje, a bolesno ponašanje nagrađuje pažnjom, izbjegavanje obaveza ili određenih situacija [4].

2.2.1. Dijagnostika somatizirajućeg poremećaja ili sindroma boli

Da bi se dijagnosticirao somatizirajući poremećaj potrebno je ispuniti sljedeće kriterije (DSM-IV, 1996.) [1]:

A. Somatizacija podrazumijeva pojavu tjelesnih simptoma, multiplih i recidivirajućih smetnji koje moraju trajati najmanje dvije godine, početi prije tridesete godine i osjetno negativno utjecati na radno i socijalno funkcioniranje osobe.
B. Potrebno je prethodno isključiti organski uzrok bolesti.
C. Moguće je da je lakši funkcionalni somatski poremećaj prisutan kao i lakše povišeni laboratorijski nalazi – ali se njima ne može objasniti sva dramatika i intenzitet tegoba pacijenta budući da su smetnje uzrokovane psihološkim faktorom.
D. Simptomi nisu simulirani.

2.2.2. Terapija somatizirajućeg poremećaja ili sindroma boli

Na početku liječenja potrebno je roditeljima objasniti i naglasiti značenje psihološkog faktora u genezi smetnji. U primjeni medikamentozne terapije treba biti obazriv, ona se preporučuje samo kada su simptomi akutni i za dijete teško podnošljivi. U pravilu se preporučuje psihoterapijsko vođenje – bez medikamentozne terapije, kad god je to moguće [1].

Bračna terapija roditelja i obiteljska terapija preporučuje se nakon smirivanja akutne somatizirajuće problematike.

Potiče se otvoren razgovor unutar obitelji i zajedničke aktivnosti, ali i poštivanje djetetove privatnosti i potrebe za samostalnošću [4]. Savjetuje se vođenje dnevnika bolova i snimanje situacija u kojima se javljaju smetnje.

2.3. Hipohondrijski poremećaj

Takav je poremećaj rijedak kod djece u latenciji, a češći je u adolescenciji. Pacijent se uporno žali da boluje od jedne ili više progresivnih bolesti (nosophobia). Dysmorphobia je tipična hipohondrijska manifestacija u adolescenciji. Kod nje je prisutna bojazan da je dio tijela, osobito lice, ružan i odvratan. Zbog toga adolescent pokušava riješiti problem plastičnom operacijom tog dijela tijela, što je u zadnje vrijeme osobito aktualno.

3. Poremećaji eliminacije

U takve poremećaje ubrajamo enkoprezu koja je vezana uz smetnje u razvoju analne faze i enurezu, čiji uzrok nastaje u uretralnoj fazi.

3.1. Enkopreza

Bitno obilježje enkopreze jest opetovano pražnjenje fecesa na neprikladnim mjestima, najčešće u odjeću ili pod – kriterij A u DSM-IV [1] [2]. Najčešće je nevoljno, a povremeno može biti i namjerno. Mora se dogoditi barem jednom na mjesec tijekom najmanje tri mjeseca – kriterij B u DSM-IV, a kronološka dob djeteta mora biti najmanje četiri godine (kod djece s kašnjenjem u razvoju mentalna dob mora biti najmanje četiri godine) – kriterij C u DSM-IV [1]. Enkopreza se četiri puta češće javlja kod dječaka, a učestalost je oko 1% u skupini petogodišnjaka [2]. Inkontinencija fecesa ne nastaje isključivo zbog izravnog fiziološkog učinka neke tvari (laksativa) ili općeg zdravstvenog stanja, osim ako to stanje ne uključuje konstipaciju – kriterij D u DSM-IV [1].

Enkopreza najčešće upozorava na aktivan protest zbog razloga koji djetetu nije sasvim jasan (konflikt je smješten na razini predsvjesnog). Često se pojavljuje nakon nekog tjeskobnog događaja. Katkad je u vezi s afektivnom retardacijom, koja osobu fiksira na analni infantilni stadij libidnog razvoja i upućuje na ozbiljnu neurotičnu reakciji kada enkopreza može biti samo jedan od njezinih elemenata [1].

Psihoanalitička su promatranja pokazala da je u enkopretičkog djeteta, uz pasivnost, prisutna inhibirana agresivnost, nedostatak maturacije, poremećeni kontakt s majkom (inverzni Edip), povećana senzibilnost na zahtjeve iz okoline i doživljaj neuspjeha koji upozorava na defekt formacije bazičnog identiteta. Neki autori smatraju da je uzrokuju loši emocionalni odnosi između djece i roditelja i da su posebno poremećeni bračni odnosi između roditelja.

3.1.1. Dijagnostika enkopreze

Enkopreza se ne dijagnosticira dok dijete ne dostigne kronološku dob od četiri godine (mentalna dob mora biti najmanje četiri godine). Neprimjereno i nedosljedno uvježbavanje obavljanja nužde na predviđenim mjestima te psihosocijalni čimbenici (npr. polazak u školu ili rođenje brata ili sestre) mogu biti predisponirajući.

Opisana su dva tipa enkopreze [1]:

- „primarni“ tip u kojem dijete nikad nije uspostavilo kontinenciju fecesa

- „sekundarni“ tip u kojem se smetnja razvila nakon razdoblja uspostavljene kontinencije

Enkopreza s povremenim pogoršanjima može trajati godinama, ali rijetko postaje kronična.

Suprotno od DSM-IV gdje je postavljen kriterij tri mjeseca, u ICD-10 dijagnostičkim kriterijima za istraživanje traži se trajanje od najmanje šest mjeseci. U ICD-10 takav se poremećaj naziva neorganska enkopreza [1].

Fekalna inkontinecija vezana uz druga opća zdravstvena stanja (npr. kronični proljev) ne opravdava dijagnozu enkopreze prema DSM-IV.

Stanovit broj enkopreze spontano nestaje nakon razdoblja smanjenja učestalosti simptoma. Ako nema tendenciju spontana povlačenja, to može upućivati na dječju psihozu ili teži poremećaj u odnosu dijete – okolina. Dobni početak sekundarne enkopreze nema nikakve važnosti za prognozu [1].

3.1.2. Terapija enkopreze

Psihoterapijski se pristup pokazao najuspješnijim.

Liječnički postupak uključuje savjet roditeljima, kratke terapijske intervencije s parom majka – dijete, liječenje igrom ili obiteljska psihoterapija [2] [1]. Za najčešći oblik koji je vezan uz opstipaciju učinkovitim su se pokazali postupci promjene ponašanja (bihevioralne tehnike), kojima se nastoji potaknuti dijete na redovito defeciranje svakog dana u određeno vrijeme (najbolje nakon obroka). Djeca se nagrađuju za slijeđenje tih uputa i redovito vođenje dnevnika. Na početku liječenja često je neizbježna upotreba rektalnih laksativnih sredstava poput glicerolskih čepića, premda valja biti oprezan da defekacija uz stimulaciju čepićem ne postane navika [2].

3.2. Enureza

Bitno obilježje enureze jest opetovano nevoljno, ponekad može biti i namjerno, mokrenje tijekom dana ili noći u krevet ili odjeću u dobi kada se očekuje da djeca budu suha – kriterij A [1] [2]. Da bi opravdalo dijagnozu enureze, mokrenje se mora dogoditi najmanje dva puta na tjedan tijekom najmanje tri mjeseca ili mora uzrokovati klinički značajan distres ili oštećenje socijalnog, akademskog (radnog) ili drugih važnih područja funkcioniranja – kriterij B [1]. Pojedinačni incidenti pobjegle mokraće danju ili noću u rijetkim razmacima ne znače još enurezu koju bi trebalo posebno liječiti [2]. Oni se još mogu dogoditi zbog neke očigledne promjene dnevnog reda u svakodnevnom životu, promjene mjesta boravka, spavaonice i slično [2].

O enurezi se može govoriti tek od dobi oko četiri do pet godina, odnosno u dobi u kojoj se očekuje kontinencija (tj. kronološka dob mora biti najmanje pet godina, a za djecu s kašnjenjem u razvoju mentalna dob mora biti od najmanje pet godina) – kriterij C [1] [2]. Inkontinencija urina ne nastaje isključivo kao izravan fiziološki učinak neke tvari (diuretika) ili općeg zdravstvenog stanja (npr. dijabetesa, spine bifide, napada grčeva) – kriterij D [1].

Enureza je mikcija (mokrenje), koja je istodobno aktivna i kompletna. Najučestalija je noću dok dijete „tvrdo spava“ pa se ne može probuditi da bi voljno išlo mokriti. Takvo nehotično mokrenje specifično je i perzistirajuće pa se enureza smatra simptomom poremećaja ako prijeđe najkasnije četvrtu godinu života kad je anatomsko-fiziološka zrelost već postignuta.

Prevalencija enureze u dobi od pet godina je 7% u dječaka i 3% u djevojčica; u dobi od deset godina prevalencija je 3% kod muškog i 2% kod ženskog spola [1] [2]. U dobi od osamnaest godina prevalencija je 1% kod muškaraca, a kod žena je manja [1] [2]. Češća je noćna enureza od danje [2].

Nakon pete godine života, postotak spontane remisije je između 5 i 10% na godinu. Većina djece s tim poremećajem postane kontinentna do adolescencije, ali se otprilike u 1% slučajeva poremećaj nastavlja i u odrasloj dobi [1].

Otprilike 75% djece s enurezom ima rođaka prvog stupnja koji je imao poremećaj. Podudarnost je veća kod jednojajčanih nego kod dvojajčanih blizanaca [1].

3.2.1. Podtipovi enureze

Situacija u kojoj se događa enureza može biti označena kao jedna od sljedećih podtipova:

- Samo noćna

To je najčešći podtip, učestalost je 65%, a definiran je mokrenjem samo za vrijeme noćnog spavanja. Enuretski događaj tipičan je tijekom prve trećine noći. Katkad se izlučivanje dogodi za vrijeme REM-faze spavanja, a dijete se može sjećati sna u kojem je mokrilo.

- Samo dnevna

Taj je podtip definiran mokrenjem tijekom budnog razdoblja. Učestalost je 3%. Dnevna enureza češća je u djevojčica i nije uobičajena nakon njihove devete godine. Enuretski događaj najčešće se zbiva u rano poslijepodne za školskih dana. Dnevna enureza katkad se dogodi zbog odbojnosti prema upotrebi zahoda zbog socijalne anksioznosti ili zaokupljenosti školom ili igrom.

- Noćna i dnevna

Taj je podtip definiran kombinacijom prethodnih dvaju tipova i pojavljuje se kod 32% djece.

3.2.2. Enureza prema tijeku

- „Primarni“ tip enureze

U primarnom tijeku enureze dijete nikad nije uspostavilo urinarnu kontinenciju. Primarna enureza kudikamo je najčešća prema učestalosti (80% djece). Prema definiciji, primarna enureza nastaje u dobi od pet godina. Zapaža se u djece koja imaju dubok san pa ne osjećaju nagon za mokrenje, što dovodi do otpuštanja vezikalnog sfinktera i puštanje mokraće. Tomu se može pribrojiti tzv. inducirana enureza koja se pojavljuje zbog toga što se dijete stavljeno u vlažnu posteljinu postupno navikne na tu situaciju i stječe naviku da mokri u krevet spavajući, dok se prije uvijek budilo radi mokrenja. U etiologiji primarne enureze često značajnu ulogu imaju neprimjereni postupci pri vježbanju obavljanja nužde u prvim godinama [2]. Nasilni, prestrogi i ne tolerantni postupci poput „dresure“ u ponekog će djeteta izazvati podsvjesni bunt i protest u obliku upornog noćnog mokrenja [2]. S druge strane, može i zanemarivanje potreba djeteta, ne razumijevanje za dječje signale kojima pokazuje da postupno postaje spremno za uspostavu nadzora nad mokrenjem pridonijeti pojavi enureze [2].

- „Sekundarni“ tip enureze

Tijek enureze u kojem se smetnja razvila nakon uspostavljene kontinencije. Sekundarna enureza je mnogo češća u dječaka, a vrlo rijetka u djevojčica. Najčešća je u dobi od pet do osam godina, a može se pojaviti i u bilo kojoj dobi. U takve sekundarno enuretične djece može se utvrditi da su već bila postigla kontrolu mokraćnog sfinktera, iako dosta kasno, da bi nakon kraćeg ili duljeg perioda čistoće ponovno počela mokriti u krevet. Često se utvrdi vezikalna hipertonija, koja može poprimiti oblik dnevne enureze tipa polakisurije s imperativnim karakterom. Povod za pojavu sekundarne enureze često je vanjski događaj koji dijete doživljava kao emocionalni udar ili opterećenje: gubitak voljene osobe, rođenje mlađeg brata ili sestre, promjena škole ili slično [2].

3.2.3. Dijagnostika enureze

Dijagnozu enureze postavljamo na temelju dijagnostičkih kriterija prema DSM-IV koji su prethodno spomenuti. U dijagnostičkim kriterijima za istraživanje ICD-10 granica za učestalost je drugačija: najmanje dva puta na mjesec u djece mlađe od sedam godina i barem jednom na mjesec u djece starije od sedam godina. Uz to, u ICD-10 uključen je jasan isključujući kriterij

koji onemogućuje dijagnosticiranje enureze ako postoje bilo kakvi dokazi za postojanje drugog psihološkog poremećaja. U ICD-10 taj se poremećaj naziva neorganska enureza [1].

Dijagnoza enureze ne postavlja se ako postoji neurogeni mjehur, neko opće zdravstveno stanje koje uzrokuje poliuriju, nagon za mokrenjem (npr. netretirani dijabetes melitus ili dijabetes insipidus) ili akutna infekcija mokraćnog sustava. No, dijagnoza enureze je kompatibilna s tim stanjima ako je mokraćna inkontinencija postojala prije razvoja općeg zdravstvenog stanja ili traje nakon uvođenja odgovarajućeg tretmana [1].

3.2.4. Terapija enureze

Ako se radi o manjoj djeci, najčešće se liječnici odlučuju za psihoterapiju igrom (voda i pijesak), a ako su djeca starija od šest godina u obzir dolazi i analitička psihodrama koja posebno dobre rezultate daje pri enurezi u adolescenciji.

Grubo i rano tretiranje pražnjenja te kažnjavanja zbog neuspjeha mogu uvjetovati ali i učvrstiti poremećaj te je potrebno otkloniti svako kažnjavanje, ponižavanje ili sramoćenje djeteta, bilo da to čine roditelji ili netko drugi [1] [2]. Dijete je često zbunjeno proturječnim porukama roditelja i takvi modeli odnosa prema pražnjenju mogu postati izvor dvojakih osjećaja i stavova prema drugima.

Kod dugotrajnije enureze najviše se uspjeha postiže upotrebom posebnog, komercijalno dostupnog alarmnog uređaja [1] [2]. On se osniva na izazivanju uvjetnog refleksa (kondicioniranju) [2]. Dijete spava na posebnoj podlozi, koja kad se smoči, pokrene zvučni signal koji probudi dijete. Za primjenu tog uređaja potrebna je motivacija i privola djeteta i dobra organizacija i suradnja roditelja [2].

Prognoza enureze je na dugi rok relativno dobra. Najvažnije je objasniti roditeljima neorganski uzrok i prolaznost pojave, uz empatičan i strpljiv, ohrabrujući odnos prema roditeljima i djetetu, kao i motiviranje djeteta za prevladavanje tegoba. Uz navedene savjete i vođenje dnevnika oko 10% enureze odmah nestane, daljnjih se 20% poboljša [2]. Od preostalih, velik broj se tijekom mjeseci spontano riješi.

4. Motoričke smetnje ponašanja i motoričke navike

Motoričke smetnje ponašanja i navike, u nekim literaturama opisane kao poremećaj sa stereotipnim pokretima, tumače se kao nesvjestan način kojim se dijete oslobađa određene unutrašnje emocionalne napetosti, sa simptomima voljnih, ponavljajućih, ritmičkih nesvrhovitih motoričkih radnji koje izrazito ometaju normalne aktivnosti djeteta, a nisu dio nekog drugog poznatog psihijatrijskog ili neurološkog sindroma [5].

U prvih godina djetetova normalnog psihomotornog razvoja često se može uočiti određen broj motoričkih aktivnosti koje imaju opći karakter. Obično se radi o motoričkim pražnjenjima koja mogu trajati mnogo godina, a njihov se patološki karakter očituje više perzistencijom negoli samom prirodom smetnje [5]. Ove kretnje mogu biti multiple i svrstavaju se u tri kategorije [5]:

- Eksploratorna pražnjenja, kao što je npr. trljanje rukama nosa, očiju, ušiju, zatim frkanje kose, stavljanje prstiju u vlastiti nos te dodirivanje genitalnih organa.
- Ritmička pražnjenja, kojima pripadaju sva ljuljanja (ležeći, sjedeći, u uspravnom stavu, na četiri ekstremiteta), glave ili tijela.
- Samonasrtljiva pražnjenja, kao udaranje glave rukama, u rub kreveta, o zid, čupanje kose, grickanje noktiju.

Da bi se postavila dijagnoza, poremećaj mora trajati najmanje mjesec dana.

4.1. Motoričke ritmije

Motoričke ritmije ritmički su pokreti koji služe djetetu kao motoričko rasterećenje i zahvaćaju oko 15 – 20% djece, pojavljuju se u prvim mjesecima života, u vezi su sa stupnjem neuro-motoričkog razvoja, obično prestaju prema trećoj godini, ali u manjeg broja djece mogu se očitovati sve do desete godine života [2] [5]. Obuhvaćaju manje ili više regularne i dosta nagle motoričke manifestacije s različitom amplitudom, koje zahvaćaju ili samo glavu (cefalične ritmije), ili glavu i oči (okulo-cefalične ritmije), ili pak glavu i tijelo (cafalo-korporalne ritmije) [5]. Vjeruje se da ta pojava katkad održava djetetovu nezadovoljenu potrebu za normalnom komunikacijom s okolinom, budući da se pojavi tijekom dugotrajne hospitalizacije ili u djece u skupnoj njezi (jaslice, domovi), kada su dobar dio vremena djeca prepuštena sama sebi [2].

Ti ritmički pokreti mogu se pojavljivati u toku dana ili noći (onda se nazivaju ritmije u snu). Čini se da smanjuju razinu svijesti i djetetu omogućuju da se nađe u auto-hipnotičkom stanju koje dovodi do uspavljivanja ili pražnjenja anksioznosti što se nakuplja u toku dana [5].

Izolirano balansiranje glave označuje balansiranje velike amplitude, najčešće od naprijed prema natrag, ali katkad i lateralno, od kojih je svaki period praćen više ili manje snažnim

udaranjem glave o neku tvrdu površinu. Pojava je dovoljno spektakularna da može zabrinuti roditelje zbog kožnih oštećenja vlasišta i remećenja noćnog mira. Takvi zvučni udarci glavom najčešći su noću. U jednome ritmu dijete načini od šezdeset do osamdeset udaraca u nekoliko minuta i obično ne traju duže od jednog sata [5]. Neurološki pregled, nalazi EEG-a i psihomotorni testovi ne otkrivaju nikakve anomalije. Ovaj poremećaj pojavljuje se u dojenčeta od deset mjeseci i traje oko godinu dana. Smetnje nestaju obično progresivno, ali kadšto mogu perzistirati i do četvrte godine života [5].

Motoričke ritmije u prvoj godini života česta su i vjerojatno normalna pojava. Obično prođu kad motorika djeteta postane zrelija. Ako smetnje dulje potraju, upućuju na stanovite teškoće u odnosu dijete-okolina. Nema smisla silom suzbijati te aktivnosti djeteta. Nastojanjem da se poboljšaju faktori okoline koji stimuliraju emocionalni razvoj omogućuje se bolje rasterećenje i zadovoljenje instinktivne napetosti ili zadovoljenje emocionalnih potreba na zreliji način. Isti problemi izvor su sisanja palca, frkanje kose i sličnih radnji [2].

4.2. Tik

Tik je iznenadan, brz, povratan, neritmičan, stereotipan motorički pokret ili vokalizacija [2]. Najčešći je prolazni tik koji se javlja – prije ili poslije – u životu četvrtine sve djece, a uključuje jednostavne pokrete: treptanje očima, trzanje vratom, slijeganje ramenima, grimasiranje te jednostavne vokalizacije: nakašljavanje, gunđanje, šmrckanje, frktanje. Tipično je da se tikovi češće javljaju u emocionalno napetoj situaciji, smanjuju se otklanjanjem pažnje i izrazito oslabe ili nestanu u spavanju. Prolazni tik obično traje nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci [2]. Međutim, često djeca imaju serije prolaznih tikova koji se povremeno javljaju tijekom nekoliko godina [2].

Dječaci imaju tikove tri do četiri puta češće nego djevojčice. Dob javljanja je između četiri i dvanaest godina. Nastanak je obično iznenadan, često nakon posebno uznemirujućeg događaja [2].

Najteži oblik tika je de la Touretteov (kronični poremećaj koji uključuje više motoričkih i vokalnih tikova s često prisilnim izvikivanjem nepristojnih riječi ili fraza koji se stereotipno javljaju više puta na dan u napadima, a često je povezan s poremećajima ponašanja i emocionalnim problemima) [2].

U tretmanu prolaznog tika obično je dovoljno savjetovati roditelje o prirodi problema i načinu postupanja. Opominjanje djeteta i svaki pritisak na dijete radi suzbijanja tika vodi samo pogoršanju unutrašnje napetosti [2]. Kod kroničnog tika često treba dijete uputiti psihoterapeutu [2].

4.3. Čupanje kose (trichotillomania)

Trihotilomanija je karakterizirana djetetovom potrebom, kojoj se ne može oduprijeti da si u većoj ili manjoj mjeri čupa dlake iz vlasišta, ali mogu biti uključene i aksilarne i pubične dlačice, a kadšto i trepavice [5]. Trenutno je klasificirana u DSM-IV kao poremećaj kontrole nagona [6].

Često se u prvim godinama života vidi da dijete uvrće dlake kose [5]. Kad se ta smetnja pojavi u drugoj polovici djetinjstva (od četvrte godine) ili u adolescenciji, poprimi zabrinjavajuće razmjere i stvori estetske probleme [2] [5] [6]. Nailazi se na svježe postojanje oštećenja kože vlasišta, a ako je trihotilomanija vrlo izražena, mogu se pojaviti alopecička mjesta, pogotovo kad se kosa čupa u čupercima [5]. U nekim slučajevima dijete jede svoju iščupanu kosu te nakon godina može u želucu nastati trihobezoar – loptasta gruda slijepljene neprobavljene kose, koja može izazvati teškoće u funkciji želuca sve do ileusa [2] [5] [6].

4.4. Griženje noktiju (onychophagia)

Onihofagija je još učestalija od čupanja kose, a označuje griženje noktiju koja se pojavljuje jednako i kod dječaka i djevojčica [7]. Griženje noktiju nije patološko u svim dobnim skupinama ni kod sve djece [7]. Međutim, nije sasvim jasna granica između zdravog i ne zdravog ponašanja kod griženja noktiju [7]. Griženje noktiju kod zdrave djece je privremeno i ne traje jako dugo [7]. Učestalost, intenzitet i trajanje patološkog griženja noktiju veća je kod ne zdrave djece [7]. Dok se trihotilomanija klasificira u DSM-IV, griženje noktiju nije klasificirano. Neki autori smatraju da je griženje noktiju stereotipni poremećaj dok neki smatraju da je dio opsesivno-kompulzivnog poremećaja.

Postoje različite teorije o uzroku onihofagije. Neke studije smatraju da je uzrok griženja noktiju tjeskoba, dok drugi smatraju da je anksioznost kod djece. Nedavna istraživanja ne podupiru anksioznost kao uzrok, nego se smatra da je posljedica griženja noktiju dosada ili neki teži problem kod djece. Sumnja se da je pušenje i guma za žvakanje zamjena za griženje noktiju kod odraslih [7].

Postoje nekoliko studija o organizaciji psihijatrijskih poremećaja u roditelja i griženja noktiju kod njihove djece. Rezultati istraživanja roditelja s djecom koja pate od onihofagije je da oko 56,8% majki i 45,9% očeva pati od nekog psihijatrijskog poremećaja, a najčešće je to veliki depresivni poremećaj [7].

Neovisno o uzroku, većina djece ima neku vrstu navike povezanu s nervozom, a griženje noktiju je najčešća. Tako se nose sa stresnim i mučnim situacijama. Pokazalo se kako čak 33% djece ispod jedanaest godina grize nokte te kako se broj povećava za vrijeme puberteta i pada u

odrasloj dobi. Zbog nepoznanice o uzroku onihofagije provode se različita istraživanja koja nastoje istražiti korijene takvog ponašanja i koliko je navika sama po sebi opasna [7].

Dijete, dok je malo, obično ne doživljava nikakvu neugodu zbog griženja noktiju, međutim u kasnijim godinama, posebno kad se radi o adolescentima, može doživjeti stid, najčešće zbog estetskih razloga [5]. Zabranjivanje griženja noktiju i upozoravanje djeteta da to ne čini samo smeta i pogoršava odnose djeteta s okolinom [2].

5. Poremećaji uzimanja hrane

Gastrointestinalni sustav, koji podrazumijeva usta, crijeva i rektum, predilekcijska su mjesta za psihosomatoze. Usta su organ uzimanja i u djeteta primarni organ kontakta s vanjskim svijetom. Prvi su objektni odnosi uspostavljeni preko usta, odnosno vokalizacijom. U nesvjesnome hrana i majka ostaju poistovjećene za čitav život. Usta su isto tako važan činilac za razvoj procjene stvarnosti i razlikovanja između unutarnjeg i vanjskog svijeta [5]. Također, pregenitalne razvojne faze (razdoblje razvoja do treće godine života, prije no što se djeca emocionalno počnu vezati za roditelja suprotnog spola) bitno određuju odnos prema hrani [8].

Hrana je od najranijih dana supstitut za prvi objekt djetetove ljubavi – za majku jer je s razvojnoga stajališta most između djeteta i majke i prva stvar preko koje se djetetu prenosi potrebna utjeha i ugoda [8]. U osoba koje prije adolescencije zbog različitih nedostataka materinske njege nemaju dovoljno razvijeno samopoštovanje pojaviti će se velike poteškoće u prihvaćanju tjelesnih promjena i nesavršenosti. Bulimija ili anoreksija biti će tada pokušaj samo-spašavanja.

Poremećaji hranjenja – anoreksija nervoza i bulimija – obilježeni su teškim smetnjama u prehrambenim navikama i ponašanju [2]. Čestoća anoreksije nervoze procjenjuje se na 0,5-1% [2]. Oba su poremećaja značajno češća u djevojaka (10:1) [2].

5.1. Anoreksija nervoza

Ovaj najteži klinički oblik psihosomatoze probavnog sustava karakterizira nametanjem vrlo stroge dijete koja vodi u ekstremni gubitak težine, težak oblik malnutricije i drugih pridruženih simptoma koji katkad mogu uzrokovati teška oštećenja organizma pa i smrt [5]. Postoje podaci da se više od 40% bolesnica izliječi, kod 30% stanje se bitno poboljša, a kod 20% ostaje kronično [9]. Od posljedica bolesti koje su rezultat dugogodišnjeg gladovanja, a u vezi sa slabljenjem imuniteta dolazi do upale pluća i drugih infekcija, umre 9% pacijentica [9]. Studije s dvadesetogodišnjim praćenjem pokazuju da se stopa mortaliteta penje na 20% [9]. Najlošiju prognozu imaju kronični oblici bolesti pa treba težiti njezinom što ranijem otkrivanju i prevenciji.

Kad se poremećaj razvije u djetinjstvu ili ranoj adolescenciji, umjesto gubitka na težini prisutan je samo neuspjeh u postizanju očekivane tjelesne težine za tu dob, a menstruacija je odgođena. Bolest se najčešće pojavljuje u dobi između 14. i 23. godine, a pred-pubertetski početak je rijedak [1]. U više od 90% slučajeva pojavljuje se u ženskoj populaciji (DSM-IV, 1994.) [1]. Početak bolesti može biti spor ili nagao i vezan je uz želju da se smršavi.

Provocirajući faktor obično je neki emocionalni stres, sukob ili povreda, a katkad i nema vidljivog vanjskog uzroka.

5.1.1. Etiologija anoreksije nervoze

Patogeneza anoreksije nervoze još nije konačno definirana. U njezinu je nastanku prisutna međuigra više čimbenika, od bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturnih [1] [8]. Čini se da su čimbenici koji određuju osobnost presudni.

Iako patogeneza anoreksije nervoze nije do kraja razjašnjena, može se sa sigurnošću tvrditi da se ona pojavljuje u trenutku kada se spomenuti razvojni i obiteljski faktori poklope s genski psihološkom osjetljivošću i budu pokrenuti bilo samim početkom puberteta, bilo zadacima koji stoje pred adolescencijom, bilo nekim drugim stresnim događajem (kao što je napuštanje kuće ili prvo ljubavno iskustvo). Poremećaj je tada kompromisno rješenje za dijete ili adolescenta kako ne bi trebao razriješiti svoj zadatak. Kada se jednom ustabili, unatoč nastojanju djeteta i obitelji, poremećaj se teško može otkloniti bez stručne pomoći.

- Biološki čimbenici

Kod bioloških čimbenika primijećeno je, u studijama blizanaca i obitelji, da su u igri i genski faktori. Incidencija pojavljivanja anoreksije nervoze kod sestara pacijentica, osobito kod sestara blizanki, veća je do deset puta negoli kod ostale populacije [9].

Drugi biološki čimbenici su endokrina disfunkcija (koja zahvaća osovinu hipotalamusa – hipofiza – gonade) i hormonalni disbalans koji je dirigiran unosom hrane i rezultira odgodom pražnjenja želuca i osjećajem sitosti [1]. Jesu li takva zbivanja primarna ili sekundarna u odnosu na gladovanje i stres nije poznato.

Neurofiziološke studije su se usmjerile prema utvrđivanju razine serotonina i noradrenalina te njihovoj ulozi u modeliranju raspoloženja i hranjenja. Nepravilnosti u njihovu funkcioniranju i distribuciji uzrokuju mnoge simptome koje nalazimo kod poremećaja hranjenja (kompulzivno ponašanje, sniženo raspoloženje). Kod pacijentica koje boluju od anoreksije nervoze primijećena je viša razina endorfina u plazmi i cerebrospinalnom likvoru. Dugotrajno gladovanje dovodi do povećanog otpuštanja endorfina koji posredno, zbog osjećaja ugode, na taj način dovode do učvršćivanja takvog načina ponašanja (gladovanje, povračanje) [1].

- Socijalni čimbenici

Rasprostranjena zaokupljenost mršavošću u industrijaliziranim zemljama važan je psihosocijalni faktor, a što nam i potvrđuje porast pojave anoreksije nervoze u uvjetima gdje je

visok pritisak da se bude mršav (npr. atletici, baletu), za razliku od sredine gdje se do vitkosti ne drži toliko [2] [10]. Anoreksija nervoza kao da je bolest srednje klase u industrijaliziranim društvima, gdje mladi vitkost shvaćaju kao sredstvo kojim će si priskrbiti položaj i čast. Mediji koji vitkost nameću gotovo kao imperativ poželjnosti i uspješnosti mlade žene, imaju veliku ulogu u stvaranju poželjne slike o sebi. Gotovo da i tog poremećaja nema u siromašnim zemljama gdje nema obilja hrane i gdje je porast tjelesne težine dobro prihvaćen kao znak zdravlja i napretka [1].

Iako pokazatelji govore da je anoreksija nervoza u porastu u industrijaliziranim društvima, s prevalencijom od otprilike 1% kod starijih adolescentica i mladih žena, možda se radi zapravo i o većoj svjesnosti postojanja tog poremećaja [11]. Broj zahvaćenih tim poremećajem je veći kod žena čija profesija ovisi o vitkosti, npr. kod manekenki i balerina [10].

- Psihološki čimbenici

Kada razmatramo psihološke čimbenike spomenut ćemo da obitelj anoreksične djevojke ima posebna obilježja [5]. Majke se opisuju kao ne tolerantne, visoko ambiciozne osobe koje ne prihvaćaju pasivnu ulogu u odnosu prema muškarcu. Primijećeno je da mnogi roditelji anoreksičnih djevojaka imaju bračnih problema, da negiraju postojanje sukoba, da imaju problema u razmjeni emocija te da su veoma vezani uz anoreksičnu kćer. U takvoj obitelji djevojčica ima teškoće identifikacije s majkom kao i teškoće prepoznavanja vlastitih osjećaja [8]. Nesigurna djevojčica ne usudi se suprotstaviti majci koju doživljava jakom, a pokušaj osamostaljivanja mogao bi dovesti do majčina odbacivanja.

Iako su majke anoreksičnih djevojaka opisane kao agresivne i pretjerano zaštićujuće osobe, koje su neosjetljive i nesposobne da svoju kćer dožive kao osobu za sebe, iza te prividne agresivnosti nerijetko se krije jaka nesigurnost i tjeskoba koje majku čine osobom koja se odveć trudi i na neki način guši kćerine pokušaje prema samostalnosti [8]. I tako se zatvara taj začarani krug „borbe“ između majke i kćeri. Kći odrasta bez osobnog iskustva i bez pravog identiteta, a sazrijevanje vlastitog tijela doživljava kao opasnost i gubitak kontrole. Taj dvojni odnos naspram vlastitog tijela, koji se očituje u izmjenama gladovanja i prejedanja, prenaša se i na odnos naspram drugih objekata, ljudi, prema kojima se onda gaje proturječni osjećaji i misli. Sve to ima korijene u ranom odnosu majka – dijete u kojem majka nije razumijevala i zadovoljavala potrebe djeteta. Svi ti rani sukobi reaktiviraju se u doba adolescencije, kada mlada osoba treba izgraditi vlastiti identitet odvajanjem od roditeljskih figura i umjesto do zrelosti dovode do razvoja simptoma anoreksije [8].

5.1.2. Vrste anoreksije nervoze

Opisana su dva tipa anoreksije nervoze: ograničavajući i prejedanje s čišćenjem [1] [8].

- Ograničavanje unosa hrane

Opaženo je da se anoreksično ponašanje najčešće pojavljuje u obliku ograničavanja unosa hrane dijetom ili izgladnjivanjem (neke bolesnice jedu samo jednom na dan, a neke samo nekoliko puta tjedno) [1] [8]. Dijete su obično praćene pretjeranim tjelesnim iscrpljivanjem, vježbanjem (aerobika, fitness, jogging, hodanje) sve radi gubljenja kalorija [1] [8].

- Prejedanje s čišćenjem

Drugi tip anoreksije javlja se u obliku stalne dijete uz povremeno prejedanje i, najmanje jednom tjedno, a obično i češće, čišćenje, odnosno izbacivanje unesene hrane iz tijela samo-izazvanim povraćanjem ili korištenjem laksativa, diuretika ili klizmi [1] [8]. Neke bolesnice uopće ne uzimaju veće količine hrane, nego nakon svakog pa i najmanjeg obroka pokušavaju „očistiti“ sustav [1] [8].

Ovaj je tip anoreksije posebno opasan zbog iscrpljivanja i gubitka elektrolita iz ionako iznemogla tijela, no prave podatke o učestalosti čišćenja teško je dobiti jer ih bolesnice taje, a obitelj u početku nema predodžbu o pravim dimenzijama problema [8].

5.1.3. Dijagnostika anoreksije nervoze

Dijagnoza anoreksije nervoze donosi se na temelju zadovoljavanja dijagnostičkih kriterija navedenih u DSM-IV, a potkrijepljeno fizikalnim pregledom, laboratorijskim te ostalim pretragama koje potvrđuju postojanje pothranjenosti.

- Dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu

a) MRŠAVOST

Prvi kriterij označava stanje kad se za jednu osobu može reći da je ispod težine i sugerira da je to osoba koja teži manje od 85% normalne težine za svoju dob i visinu [8]. Normala se procjenjuje različitim tablicama, ali se radi jasnoće, međunarodne klasifikacije bolesti koriste nešto strožim kriterijem vezanim za ITM koji se može izračunati tako da se težina (kg) podijeli s kvadratom tjelesne visine izražene u metrima [8].

Granična vrijednost koja dijeli mršave od pretjerano mršavih jest ITM = 17.5 što znači da je osoba koja ima indeks tjelesne mase 17.5 ili manji postigla jedan od četiriju kriterija za utvrđivanje dijagnoze anoreksije [8].

Važno je imati u vidu da, unatoč tome što mnoge bolesnice navode kao opravdanje za svoju dijetu, odnosno gubitak na težini podatak da su prije dijete bile debele i da više nikad ne bi željele imati tu težinu, najveći dio njih prije nastupa anoreksije nije bilo debelo. Znanstvene studije pokazuju da je 20% bolesnica prije nastupa anoreksije imalo tjelesnu težinu manju od prosjeka, 50% je imalo normalnu tjelesnu težinu, a tek je 30% imalo prekomjernu tjelesnu težinu [8].

b) STRAH OD DEBLJANJA

Osobe koje razviju anoreksiju imaju jaki strah od dobitka na tjelesnoj težini, odnosno od debljanja [8]. Upravo je zbog toga važno rano započeti s liječenjem jer je očito da namjerno uspješno mršavljenje i strah od debljanja stvaraju začarani krug u kojem se bolesnica može lako naći životno ugrožena od izgladnjelosti zbog panična straha da se ne udeblja [8].

c) PROMIJENJEN DOŽIVLJAJ DIMENZIJA VLASTITA TIJELA

Bolesnice su uvjerene ili da su debele posvuda ili da su im pojedini dijelovi tijela neprimjereno debeli ili pak ružna oblika. Stalno se važu i na različite druge načine mjere veličinu svojeg tijela ili se stalno provjeravaju u ogledalu [8]. Samopouzdanje im je potpuno narušeno jer u njih ono najvećim dijelom ovisi upravo o doživljaju oblika vlastita tijela i tjelesnoj težini koja nikad nije dovoljno mala [8]. U kasnim stadijima anoreksije, kad bolesnice postanu izuzetno izmršavljene, one obično priznaju da su zaista mršave, ali i dalje mogu u potpunosti negirati svoje očite fizičke tegobe i životnu ugroženost kao posljedice izgladnjelosti [8].

d) HORMONSKI POREMEĆAJ

U djevojaka se sekundarna amenoreja (izostanak menstruacije u najmanje tri uzastopna ciklusa) javlja kao posljedica patološki niske razine sekrecije estrogena koja je posljedica smanjene sekrecije FSH i LH iz hipofize [8].

- Fizikalni pregled

Na prvi pogled lako prepoznajemo anoreksičnu osobu već na vratima ordinacije. Bolesnica je obično blijeda u licu, upalih očiju i bez traga normalno popunjenih obraza [8]. Pregledima se obično većina bolesnica opire to žešće što su mlađe, često ne surađuju i jasno pokazuju ljutnju [8]. Mršave, tankih ruku i nogu, hladne kože i upalog trbuha, bolesnice obično ne izgledaju hitno ugrožene, iako su vitalni znakovi često abnormalni. Disanje je duboko, a nerijetko s dahom na

aceton zbog ketoze koja nastaje masivnom razgradnjom stanica, puls je usporen, koža je blijeda i hladna, često suha i gruba [8]. U nekih se odmah zapaža sitna dlakavost po cijelom tijelu, posebno po leđima (lanugo) [8]. Sekundarne spolne karakteristike kao što su pazušna i stidna dlakavost nedostaju, a prsa, bokovi i bedra gube svoje normalne oblike [8].

U fizikalnom pregledu anoreksičnih osoba moraju se najprije provjeriti krvni tlak i puls. Zbog smanjena metabolizma i prilagodbe tijela na izgladnjivanje puls je usporen na obično manje od 60 udaraca u minuti [8]. Bradikardiji, osim toga, pogoduje smanjenje kateholamina u perifernoj cirkulaciji i promjena u pretvaranju T_4 u T_3 [8]. Samo u ekstremnoj dehidraciji može se javiti ubrzani rad srca.

Više od 85% anoreksičnih osoba ima niski krvni tlak u vrijednostima ispod 90/60 mmg/Hg kao posljedicu smanjena volumena krvi [8]. Često se utvrđuje ortostatska hipotenzija. Zbog toga je preporučljivo tlak mjeriti u sjedećem položaju i nakon tri minute stajanja [8].

U veoma teškim slučajevima može se razviti plućni edem kao posljedica zatajivanja srca i tada je disanje ubrzano kao i u slučajevima metaboličke acidoze [8]. Metabolička acidoza nastaje kao posljedica učestalih proljeva zbog zloupotrebe laksativa [8].

Anoreksične su osobe veoma osjetljive na hladnoću, a tjelesna im je temperatura obično snižena. Bolesnice koje često povraćaju imaju oštećenu zubnu caklinu i dekalcifikacije na površini zuba [8].

Česte su promjene na koži uzrokovane komplikacijama izgladnjivanja i posljedicama neobičnih navika oko jela ili pothranjenosti te samo izazvanog povraćanja. Na koži se posljedice izgladnjivanja vide u obliku krhke kose i noktiju, suhe kože koja se ljuska, gubitka potkožna masna tkiva, edema potkoljenica bez hipoproteinemije i pojave nježnih dlačica po cijelom tijelu (kao lanugo dlačice) [8]. Ovo se stanje vezuje za promjene koje u tijelu stvara hipotireoza [8]. Koža je ponekad žućkasta zbog hiperkarotinemije, jer bolesnice nerijetko uzimaju hranu s velikim količinama vitamina A [8].

Kao komplikacije samo izazvanog povraćanja pojavljuju se žuljevi, odnosno oštećenja na dorzalnoj strani šaka (Russellov znak) i na zglobovima prstiju na rukama zbog upotrebe ruku pri povraćanju [8]. U kasnijim stadijima bolesti povraćanje postaje gotovo refleksno pa se ovaj tip oštećenja više ne primjećuje. Zbog povećana tlaka u prsnome košu za vrijeme povraćanja moguće je u bolesnica primijetiti točkasto krvarenje na licu ili napukle krvne žilice u oku [8]. Koža postaje vrlo osjetljiva na dodir ili udarce zbog niske razine trombocita u krvi pa svaki jači dodir ostavlja krvni podljev [8].

- Laboratorijski nalazi

Laboratorijski su nalazi vrijedni u dijagnostici anoreksije, posebno ako je bolesnica u lošijem stanju. U krvnoj slici vide se promjene u leukopeniji koja je praćena relativnom limfocitozom. U trećini anoreksičnih bolesnica u crvenoj krvnoj slici se vidi anemija [8]. Akantocitoza koja se vidi u nekih bolesnica vjerojatno je posljedica beta lipoproteinemije, a nedostatak vitamina B_{12} uzrokuje makrocitnu anemiju [8]. Nedostatak željeza prepoznaje se po mikrocitnoj hipokromnoj anemiji [8]. Trećina bolesnica ima nisku razinu trombocita u krvi, što utječe na mogućnost zgrušavanja krvi [8].

U bolesnica posebno u onih koje uzimaju laksative, diuretike ili često povraćaju, veoma se često nalazi poremećaj elektrolita [8]. Posebice je proučavan metabolizam kalija koji je obično sniženih vrijednosti. Manjak kalija stvara subjektivne tegobe – osjećaj slabosti, zbunjenost, mučninu, lupanje srca, potrebu za obilnim mokrenjem, boli u trbuhu i zatvoru. U tim se slučajevima vide nepravilnosti u ritmu rada srca (srčane aritmije). Manjak kalija u trećine oboljelih praćen je manjkom magnezija, a manjak natrija relativno je rijetka komplikacija.

- Endokrinološki aspekti poremećaja

Neuroendokrini sustav uključen je u naše emocionalno iskustvo i ponašanje. Poznato je da hipotalamus ima važnu ulogu u regulaciji apetita, seksualnih funkcija, agresivnosti i raspoloženja. Svaki poremećaj u žlijezdama može uzrokovati psihološke posljedice. U povećanoj sekreciji hormona bolesnik postaje nervozan, razdražljiv i tjeskoban, a u smanjenju lučenja hormona štitnjače osoba je usporena, umorna, letargična. U oba spomenuta poremećaja u ekstremnim slučajevima može nastupiti psihoza kao najjači psihički poremećaj.

Istraživanja pokazuju da je najvažniji prediktor pojave menstruacije upravo tjelesna težina, bolji nego dob i visina djevojčice [8]. Smatra se da će među Europljankama i bijelim Amerikankama u pubertetu prva menstruacija nastati kad se dosegne tjelesna težina od približno 47 kg [8]. Da bolje razumijemo endokrinološki poremećaj anoreksične osobe redovito izgledaju mlađe od svoje dobi, a nerijetko djeluju kao osobe u pred-pubertetskom razdoblju. U biti neuroendokrini im je status često sličniji djetetu u latenciji nego vršnjakinjama. Pokazalo se da je sekrecija hormona jajnika smanjena, a jednako je tako i niska razina LH i FSH [8].

Uz pad tjelesne težine javlja se i otkazivanje sustava lučenja hormona koji iz hipotalamusa hipofizi daje poticaj za proizvodnju LH i FSH [8]. Iako je mehanizam nepoznat jasno je da je riječ o patološkoj leziji hipotalamusa jer se podizanjem tjelesne težine hormoni automatski aktiviraju što se ne bi moglo dogoditi da je u pitanju neko oštećenje. U nekih anoreksičnih bolesnica aktivacija hormonskog ciklusa pri dobivanju na težini ne događa se spontano, već se mora poticati lijekovima, ali treba znati da stimulacija ne može uspjeti ako nije popravljena tjelesna težina [8].

Još ima mnogo nejasnoća u odnosu anoreksije i amenoreje. Činjenica da se isključeni hormonski ciklusi ne aktiviraju redovito nakon popravljanja tjelesne težine također govori u prilog tvrdnji da amenoreju nećemo moći razumijeti ako, uz fiziološke, ne uzmemo u obzir i psihološke faktore [8]. Anoreksične osobe obično se razbolijevaju u adolescenciji, a pri tome kao da imaju potrebu da se tjelesno i duhovno vrate u prethodnu razvojnu fazu [8].

- Radiološke pretrage

Utvrđivanje koštane dobi jedna je od pretraga koja se ponekad primjenjuje u rano nastaloj anoreksiji u djece. Najviše je upotrebljavana metoda koja se zasniva na radiografiji lijeve ruke. Više je studija potvrdilo da kronična pothranjenost usporava koštani razvoj. Uspoređujući anoreksičnu djecu u dobi od 9 do 15 godina i zdravu djecu iste dobi pokazalo se da razvoj koštane dobi zaostaje do 54 mjeseci [8].

Ultrazvuk se veoma efikasno primjenjuje u procjenjivanju endokrinološkoga statusa pomoću pregleda jajnika i maternice. Praksa je pokazala da se u anoreksičnih osoba ultrazvukom može vidjeti gubitak na tjelesnoj težini popraćen smanjivanjem dimenzija maternice i jajnika na veličinu koja je karakteristična za osobe prije puberteta [8]. Kriterij otpusta za hospitalizirane bolesnice jest pojava dominantnog folikula u jajniku umjesto multifolikularnog jajnika koji je karakterističan za pred-pubertet [8]. Zanimljivo je da je ultrazvukom utvrđeno da se slični zastoji u razvoju pojavljuju ne samo u anoreksičnih osoba nego i u djece koja odbijaju ili izbjegavaju hranjenje.

Kompjutorizirana tomografija primijenjena u osoba koje pate od anoreksije pokazala je da se u mozgu bolesnica mogu utvrditi povećanje ventrikularnog sustava i proširivanje moždanih brazdi [8]. Dokazano je da su promjene na mozgu reverzibilne, to jest da nakon tjelesnog oporavka nestaju. U posljednje se vrijeme najmodernijom tehnologijom proučava metabolizam mozga, a nalazi upućuju na zaključak da se on također mijenja prateći oscilacije u tjelesnoj težini [8].

U osoba obaju spolova koje boluju od anoreksije nervoze postupno nastupa demineralizacija kostiju [8]. U djevojaka koje više od šest mjeseci nemaju menstruaciju razvija se osteopenija, a ponekad i karakteristične frakture zbog osteoporoze [8]. Iako uzroci osteoporoze u anoreksiji nisu potpuno razriješeni utvrđeno je da intenzitet osteoporoze korelira s dužinom trajanja amenoreje, a može se usporiti umjerenim vježbanjem.

5.1.4. Terapija anoreksije nervoze

Postavljanjem dijagnoze anoreksije nervoze javlja se potreba za utvrđivanjem plana liječenja. Ciljevi liječenja su uspostava normalne tjelesne težine da bi se spriječile, odnosno uklonile opasne tjelesne posljedice izgladnjivanja i očuvao život bolesnice uz stvaranje razumnih prehrambenih navika koje bi omogućile da se održava normalna tjelesna težina te psihološko prilagođavanje, odnosno umanjivanje ili uklanjanje fobije od težine [8]. Način na koji će biti postignuti spomenuti ciljevi u velikoj mjeri ovisi o liječniku, bolesnici i njezinoj obitelji. Za pravilno liječenje prijeko je potrebno uspostaviti pravu ravnotežu između psihološkog i tjelesnog aspekta bolesti jer se ta promjena na oba plana može očekivati puni oporavak bolesnice [8]. Prenaglašavanje fizičkih aspekata bolesti nema loših posljedica u početku liječenja, ali dugoročna prognoza nije povoljna ako se ne riješe osnovni emocionalni problemi koji su u pozadini anoreksije.

Svaki tip liječenja zahtijeva određeni terapijski dogovor između liječnika i bolesnice te njezine obitelji.

- Bolničko liječenje

Navodim kriterije za hospitalizaciju u slučajevima anoreksije u djece i u najmlađih bolesnica jer je tu potreba najčešća. Prema B. Lasku mogućnost se hospitalizacije ozbiljno mora razmotriti u sljedećim slučajevima:

1. Kada je tjelesna težina pala na manje od 80% težine očekivane za dob i visinu
2. Kada je dijete dehidrirano
3. Kad postoje znakovi kolapsa cirkulacije (nizak krvni tlak, usporen puls, i slaba periferna cirkulacija)
4. Dugotrajno povraćanje i povraćanje krvi
5. Depresija ili drugi ozbiljni psihijatrijski poremećaj

U bolničkim uvjetima liječenje je multidisciplinarno. Ovisno o predominaciji simptoma, pacijentica se smješta na internistički, odnosno pedijatrijski ili psihijatrijski odjel. Brigu o tjelesnom stanju vode internisti, pedijatri a prema potrebi i ginekolozi. Nutricionisti se brinu za postizanje normalne tjelesne težine i uspostavu urednih obroka s potrebnim kalorijskim vrijednostima.

Bolničko liječenje može varirati od kratke hospitalizacije (zbog rehidracije, hranjenja, i stabilizacije težine), srednje duge i duge zbog intenzivnog psihijatrijskog liječenja, usklađenog s

postizanjem tjelesne težine. Hranjenje nazogastričnom sondom rijetko se primjenjuje, osim u situacijama opasnim za život.

Nakon otpusta iz bolnice, bolesnica mora nastaviti s posthospitalnim tretmanom.

- Anoreksične bolesnice i psihoterapija

Svaki ozbiljni pokušaj liječenja anoreksije mora uključiti neki oblik psihoterapije zato što se ona smatra najuspješnijom tehnikom liječenja ove bolesti. Najčešće psihoterapijske metode u liječenju anoreksije nervoze su [1]:

1. Psihoanalitička psihoterapija
2. Kognitivno-bihevioralna psihoterapija
3. Integrativna psihoterapija

Njihove je rezultate teško uspoređivati. Možda će nekoj bolesnici više odgovarati individualna psihodinamska, odnosno psihoanalitička terapija, dok će se druga bolje osjećati u programu kognitivno-bihevioralnog pristupa.

U radu s djecom i mladim adolescenticama preporuča se suptilno ispitivanje problema ponašanja kao i reakcija obitelji, putem obiteljskog intervjua i dobivanja informacija o uzrocima, efektima i liječenju poremećaja hranjenja. Važno je da bolesnica bude upoznata s prirodom svoje bolesti i njezinim posljedicama na tijelu [8]. Također, treba i poraditi na osjećajima krivnje, srama i kazne te ambivalenciji ili otporu da se prihvati dijagnoza ili preporuke za liječenje. Cilj je upozoriti bolesnicu i njezinu obitelj da je anoreksično ponašanje simptom bolesti ili poremećaja koji će, bez sprečavanja bolesti i njezina aktivnog liječenja, imati dugoročne posljedica na zdravlje bolesnice i na njezino opće funkcioniranje.

Psihoterapeut će upozoriti roditelje i bolesnicu da psihoterapija zahtjeva dosta vremena i da se pomaci kakvima teže, promjena tjelesne težine i bolesničina ponašanja odnosno njezina odnosa prema hrani i prema tijelu te poboljšanje njenog cjelokupnoga emocionalnoga stanja ne mogu postići na brzinu. Učinkovito liječenje najmanje traje dvije do tri godine [1] [8].

- Farmakoterapija

Uloga lijekova u liječenju anoreksije nije velika. Iskušani su mnogi preparati, ali do sada se ni jedan lijek nije pokazao bitnim za izlječenje tako da se danas lijekovi ponekad upotrebljavaju samo kao dio programa liječenja.

Lijekovi koji se najčešće koriste su antidepresivi i male doze neuroleptika. Također je potrebna korekcija elektrolitskog statusa kako ne bi došlo do ventrikularne tahikardije i

iznenadne smrti. Male doze neuroleptika propisuju se kako bi se otklonili drugi simptomi koji se mogu pojaviti uz anoreksiju, a to su anksioznost, opsesivnost i psihotičnost.

Pokazalo se da fluoksetin (Prozac) može pridonijeti oporavku onih pacijentica koje su postigle 85% očekivane tjelesne težine u smislu da manje gube na težini, da otklanja depresivnost i umanjuje rehospitalizacije [12].

5.2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza u medicinskoj je literaturi prvi put opisana godine 1979. kao varijanta anoreksije [1] [8]. Bolest je i prije postojala, no budući da se bolesnice stide bolesti, o njoj se malo govorilo i tek nakon što je medijski bila široko predstavljena počele su se liječnicima češće javljati osobe koje su se koristile bulimičnim mehanizmima za kontrolu težine.

Prevalencija bulimije je 1 do 3% [8]. Bolest obično počinje u starijoj adolescenciji ili mlađem odraslom dobu i može godinama ostati neprimijećena. Često postoji podatak da su bolesnice prije početka bolesti imale povećan broj kilograma. Bolest je znatno češća kod ženske populacije (90%) negoli kod muške. U Americi najviše zahvaća bijelu rasu, ali je ima i u drugim rasnim skupinama [8]. Bulimične pacijentice ne traže pomoć samoinicijativno i stanje obično otkriju roditelji ili prijatelji.

Gotovo četvrtina bolesnica ima uz bulimiju i poremećaj osobnosti, najčešće graničnog tipa. Upravo se među njima nalaze osobe koje su najranjivije. One su često u privremenim stanjima depersonalizacije, kada se same sebi čine promijenjenima i čudnima. Izuzetno su impulzivne i slabo se mogu kontrolirati, sklone su samoozljeđivanju, epizodičnom uzimanju alkohola ili droga, te promiskuitetu u kojem se održava njihova fanatična potraga za blizinom. Osjećajno su nestabilne, pate od dramatičnih oscilacija raspoloženja od bijesa do dosade ili depresije, a u odnosima s drugima ima mnogo agresivnosti koja se očituje u sadističkim ili mazohističkim interakcijama [8].

Što se tiče prognoze bolesti, iako su studije nedostatne, izgleda da je tijek bolesti često kroničan ili intermitentan sa sporijim povlačenjem simptoma tijekom vremena. Kratkoročne studije govore o relapsu bolesti kod 30 – 50% pacijentica tijekom dvije godine nakon liječenja, a njih 25% se potpuno oporavi, dok ostatak ima povremene bulimične epizode, različite gustoće pojavljivanja [9]. Slučajevi kada je bulimija nervoza udružena s depresijom ili kada je u anamnezi prisutno seksualno zlostavljanje, imaju lošiju prognozu. Ipak, veliki broj osoba se potpuno oporavi ili stabilizira na razini funkcioniranja.

5.2.1. Etiologija bulimije nervoze

Iako je malo sigurnih informacija o njezinoj etiologiji, bulimija nervoza kao i anoreksija nervoza je sindrom koji određuje više čimbenika.

Kao i kod anoreksije, i ovdje se bolest pojavi kada se poklopi više faktora koje pokrene neki stres pa adolescentica bulimično ponašanje vidi kao jedino mogućnost snalaženja i rješavanja svojih emocionalnih teškoća.

- Biološki čimbenici

Što se tiče bioloških čimbenika, genske studije su nedostatne, ali bulimija nervoza uvijek pokazuje obiteljski uzrok. Nekoliko je studija pokazalo porast učestalosti bulimije nervoze kao i poremećaja raspoloženja te zloporabe sredstava ovisnosti kod bliskih rođaka bolesnica koje boluju od bulimije nervoze. Moguće je da postoji i obiteljska sklonost debljanju, ali to nije konačno prihvaćeno kao siguran etiološki faktor.

Neurofiziološke studije pokazuju da se kod bulimije nervoze radi o poremećenoj transmisiji serotonina. Tomu ide u prilog i učinkovitost lijekova koji inhibiraju ponovnu pohranu serotonina kod tog poremećaja.

Želja za ugljikohidratima kao i porast prejedanja raste u predmenstrualnim danima. Bulimične djevojke gube samokontrolu koje anoreksične imaju i periodično se prepuštaju želji za jedenjem. Povraćanje nakon prejedanja donosi znatno olakšanje i neke se oslanjaju na taj krug „prejedanje – povraćanje“ kao glavni način u borbi protiv stresa općenito. Smatralo se da ponavljanje prejedanja i povraćanja dovodi do porasta stvaranja endorfina što bi rezultiralo auto-ovisnim, samo-obnavljajućim krugom.

- Socijalni čimbenici

Kao i kod anoreksije nervoze, stalna preokupacija vitkošću u industrijaliziranim zemljama Zapada i Dalekog istoka važan je psihosocijalni faktor. Anoreksija nervoza je očito predisponirajući faktor za pojavu bulimije nervoze kao i prethodno ili aktualno iskustvo seksualnog ili fizičkog zlostavljanja. Gubitak i drugi veći stresovi također su precipitirajući faktori za pojavu bulimije nervoze.

- Psihološki faktori

Kada govorimo o psihološkim faktorima i ovdje veliku ulogu pridajemo obitelji pacijentice. Ovdje, za razliku od obitelji anoreksične pacijentice, češće srećemo obiteljski slom i nasilje. Pacijentica je u zamci međusobno podupirućih odnosa unutar obitelji. Majke bulimičnih pacijentica često su pasivne osobe koje nesvjesno odbacuju dijete i emocionalno nisu dovoljno

angažirane u njezi. No, one nipošto nisu osobe koje bi svjesno zanemarivale dijete, naprotiv, one se nastoje prilagoditi djetetovim potrebama na svoj način. Čini se da majke bulimičnih pacijentica i same imaju unutrašnje probleme s regulacijom afekata (dubokih osjećajnih stanja). Nedovoljna emocionalna raspoloživost majke slabi njezinu vezu s djetetom, ono postaje nesigurno i, štoviše, počinje jako „visiti“ na majci. Snažno simbolično značenje hrane uzrokuje da upravo hranu dijete izabere kao neku vrstu prijelaznog objekta, dakle zamjenu za majku. Samopoštovanje im je nisko i omalovažavaju svoju uspješnost koju okolina hvali.

5.2.2. Vrste bulimije nervoze

- S čišćenjem

Tip bulimije kad su epizode prekomjerna jedenja praćena čišćenjem u obliku povraćanja, te uporabom laksativa, diuretika ili klizmi.

- Bez čišćenja

Tip bulimije u kojoj se primjenjuju različiti drugi mehanizmi regulacije tjelesne težine, a najčešće izgladnjivanje ili pretjerano vježbanje.

5.2.3. Dijagnostika bulimije nervoze

Dijagnoza bulimije nervoze donosi se na temelju zadovoljavanja dijagnostičkih kriterija navedenih u DSM-IV, a potkrijepljeno fizikalnim pregledom kao i laboratorijskim i ostalim pretragama (policistični jajnici, srčane aritmije i dr.).

- Dijagnostički kriteriji za bulimiju nervozu

a) PREJEDANJE

Prejedanje se definira kao jedenje u kratkom razdoblju takve količine hrane koja je veća no što bi većina ljudi pojela u sličnim okolnostima. Obično se to razdoblje ograničava na dva sata. Sasvim je uobičajeno u jednome dahu pojesti kutiju keksa ili veliku čokoladu, kruh se cijeli može pojesti odjednom jednako kao i cijela količina ispečenih kolača. Jede se brzo, najčešće stojeći, ponekad noću kad svi spavaju, uvijek na oprezu da ne naiđe tko od obitelji [8]. Osobe koje se prejedaju redovito se toga jako srame i prikrivaju svoje ponašanje pa nastoje jesti potajno i što manje vidljivo. Ako u kući nema hrane, postaje nervozna i agresivna. Ponekad su bolesnice sklone ukrasti nešto u samoposluživanju.

Iako najčešće nisu planirani, napadi prejedanja karakterizirani su brzim uzimanjem hrane, koje obično pokrenu neraspoloženje, stresne situacije s bliskim osobama, intenzivna glad u tijeku dijeta ili pak osjećaji koji su povezani s tjelesnom težinom, oblikom tijela ili hranom [8].

b) KOMPENZATORNO PONAŠANJE RADI REGULACIJE TJELESNE TEŽINE

Da bi spriječile povećanje svoje tjelesne težine, bolesnice se služe najrazličitijim načinima za poništavanje učinaka prejedanja. Najčešći je način izazivanje povraćanja kojim se služi 80-90% bulimičnih osoba [8].

Dva su neposredna učinka povraćanja; ono smanjuje fizičku nelagodu izazvano unošenjem prekomjerne količine hrane i umanjuje anksioznost koju izaziva pomisao na debljanje [8]. Povraćanje je katkad cilj sam po sebi jer neke osobe povraćaju i kad pojedu najmanje količine hrane.

Trećina bolesnica radi čišćenja upotrebljava različite laksative, a ponekad, iako rijetko, pribjegavaju klizmama [8].

Bolesnice su svjesne silne anksioznosti koja ih očekuje nakon prejedanja. Zato, kad god se nađu na nekom novom i nepoznatom mjestu, provjeravaju gdje su kupaonice ili WC gdje bi nakon jela mogle povratiti, jer ako u blizini nema takvih prostorija one će se maksimalno truditi da ništa ne jedu. Roditelji obično burnije reagiraju na povraćanje nego na prejedanje, jer čini se da im je preteška sama pomisao da bi djetetu trebalo ograničavati hranu [8].

c) UČESTALOST SIMPTOMA BULIMIČNOG PONAŠANJA

Smatra se da se napadi prejedanja s kompenzatornim samo-izazvanim povraćanjem, primjenom laksativa, diuretika i lijekova, moraju dogoditi najmanje dva puta tjedno u posljednja tri mjeseca da bismo mogli postaviti dijagnozu bulimije nervoze [8].

d) SAMO-VREDNOVANJE NA OSNOVI OBLIKA TIJELA I TJELESNE TEŽINE

Jednako kao i anoreksične osobe, bulimične pacijentice danima mogu postiti i pretjerano vježbati da bi odstranile kalorije koje su unijele u napadu prejedanja [8]. Veliku srodnost i sličnost između anoreksije i bulimije nalazimo upravo u jednako patološkom doživljaju tijela, nezadovoljstvo njime i sklonost pretjeranom naglasku na oblik tijela i njegovu težinu.

e) BEZ EPIZODA ANOREKSIJE

Prije no što postavimo dijagnozu bulimije moramo biti sigurni da se bulimično ponašanje ne izmjenjuje s anoreksijom, jer ako se ono javlja samo kao epizoda anoreksije, dijagnoza bulimije ne odgovara situaciji [8].

- Laboratorijski nalazi

Učestalo čišćenje uzrokuje hipokalijemiju, nisku razinu natrija i klora u krvi, a gubitak želučane kiseline zbog česta povraćanja može izazvati metaboličku alkalozu, dok prečesti proljevi zbog upotrebe laksativa mogu uzrokovati metaboličku acidozu. U krvi mogu biti povišene amilaze, što se dovodi u vezu s povišenim enzimima iz sline [8].

- Fizikalni pregled

Kao i kod anoreksije, na zubima se može javiti gubitak zubne cakline zbog povraćanja, a ponekad se vide i jača oštećenja, uključujući veoma učestale karijese. Žlijezde slinovnice mogu biti uvećane, posebno parotide. Uvećanje parotidnih žlijezda neugodan je simptom jer deformira lice i uzrokuje nelagodu i bol, a vrlo se sporo povlači [8].

Ponekad se mogu naći oštećenja ili žuljevi na rukama kad se pri povraćanju bolesnica rukama upire o podlogu [8]. Pri zloupotrebi nekih sredstava za izazivanje povraćanja mogu se javiti veoma ozbiljne srčane i druge miopatije.

Veoma često bulimične osobe imaju nepravilne menstruacije koje su u vezi s fluktuacijama tjelesne težine, poremećajima prehrane ili stresom.

Učestala upotreba laksativa može dovesti do opstipacije tako da se ne može uspostaviti normalan rad crijeva jer su ona postala ovisna o laksativima.

Najozbiljnije moguće komplikacije bolesti jesu rupture jednjaka i želuca te srčane aritmije [8].

5.2.4. Terapija bulimije nervoze

Bulimične su pacijentice u početku liječenja obično otvorenije i pristupačnije od anoreksičnih, ponajprije zato što su na svjesnome planu motiviranije za liječenje. No, potrebno je uzeti u obzir da nas depresivnost koja je u znatnoj mjeri prisutna i u ovih pacijentica upozorava na mogućnost da impulzivna osoba u kriznoj situaciji reagira auto-destruktivno, odnosno da ugrozi vlastiti život [8].

Osnovni cilj liječenja bulimije jest da se uspostavi normalan model hranjenja. Radi se na prekidanju začaranog kruga prejedanja i povraćanja, uspostavljanju zdravih navika hranjenja i traženju odgovarajućih načina za rješavanje emocionalnih teškoća [1].

- Bolničko liječenje

Hospitalizacija je indicirana kada je pacijentica suicidalna ili kada je krug prejedanja i povraćanja potpuno izmaknuo kontroli i uzrokuje ozbiljne metaboličke disbalanse. Za vrijeme

hospitalizacije u liječenju sudjeluje tim stručnjaka koji se brinu i o tjelesnom i o psihičkom stanju pacijentice. Nakon bolnice potreban je nastavak ambulantnog liječenja koji obuhvaća psihoterapiju. Na početku psihoterapije, bilo da se ona provodi u bolnici ili ambulantno, važno je pridobiti povjerenje i suradnju djeteta ili adolescentice te da se povremeno uključuju roditelji i da im se priskrbe poučne, potrebne informacije, kao i kod anoreksije nervoze [8].

- Psihoterapijski pristup bulimiji nervozi

Bulimija je jedan od malobrojnih poremećaja u čijem je liječenju u kliničkoj praksi mnogih stručnjaka gotovo nečujno došlo do integracije dvaju modela mišljenja, odnosno dvaju psihoterapijskih pravaca. S jedne strane, u terapiji se primjenjuju dostignuća kognitivno-bihevioralnog pristupa, a s druge, istovremeno se provodi psihodinamska terapija [8].

Zbog kasnijeg nastupa bulimije pacijentice ulaze u psihoterapiju u kasnoj adolescentnoj ili u mlađoj odrasloj dobi. Kontakti su s obiteljima rjeđi, no ponekad su i ovdje potrebni [8].

- Farmakoterapija

Što se tiče medikamentozne terapije, antidepresivi raznih grupa pokazali su se uspješnim u liječenju bulimije nervoze kod odraslih žena poradi njihovih antidepresivnih svojstava. Lijekovi se preporučaju ordinirati kao dodatak drugim oblicima liječenja u slučajevima kada nema poboljšanja. Isto tako se odlučujemo za medikamentoznu terapiju u slučajevima kad bulimični simptomi traju šest mjeseci, a napadaji prejedanja i povraćanja više od dva puta na dan [1].

5.3. Muška anoreksija i bulimija

Iako od anoreksije i bulimije malokad oblijevaju osobe muška spola, danas se smatra da je zbog težine poremećaja teže izlječiv nego poremećaj u ženskih osoba. Kliničari se slažu da gotovo polovica dječaka, odnosno mladića u kojih se pojavljuju poremećaji jedenja imaju, uz simptome vezane za hranu, ozbiljni problem muškog identiteta [8].

Istraživanja kod slučaja anoreksije u dvanaestogodišnjeg dječaka s problemom rodnog identiteta navode da je spolni (rodni) identitet sastavljen od triju komponenta. Prva je jezgrovni morfološki identitet, odnosno osjećaj pripadnosti jednoj od dviju kategorija ljudskih bića – muškoj ili ženskoj, što znači biti sličan mami ili tati. Druga je komponenta ponašanje u skladu s rodnom ulogom, muško ili žensko ponašanje, odnosno aktivnosti koje razlikuju muškarce i žene različitih dobi i specifična kulturnog konteksta. Treća je komponenta spolna orijentacija, koja se javlja u adolescenciji [8].

Poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu je karakteriziran trajnim i znatnim poremećajem u osobi u vezi s njezinim ili njegovim spolom sa sveobuhvatnim i trajnim željama da se bude

suprotnoga spola. Postoji nesklad između jezgrovnog morfološkog identiteta i anatomskog spola, pa su takva djeca zaokupljena odjećom i tipičnim aktivnostima suprotnog spola, a odbacuju osobine vlastita spola. Ti poremećaji više se vide u dječaka nego u djevojčica. Istraživanja su pokazala da su u obiteljima u kojima se javljaju dječaci s problematičnim rodnim identitetom očevi često odsutni, a majke (nesvjesno ili svjesno) podržavaju presvlačenje u žensku odjeću [8]. U odrasloj dobi može se očekivati da će dio takvih dječaka imati homoseksualnu orijentaciju, a dio težiti transeksualizmu (težnji da se promjeni anatomski spol), što potvrđuje da čak kod 50% oboljelih muškaraca koji imaju problem anoreksije ili bulimije postoji i homoseksualni konflikt.

Jednako kao i kod ženskih osoba s poremećajima hranjenja uzroci problema leže u najranijem odnosu djeteta i majke. Poremećaji jedenja javljaju se ranije u mladića nego u djevojaka, obično prije puberteta, a prije nastupa bolesti djeca su obično debela, a u psihološkom pogledu pasivna.

Bulimična forma poremećaja lako se previdi jer je u društvu manje opasno imati više kilograma ako si muško. Zanimljivo je da se u bolesti često prisutno intenzivno vježbanje nalazi u djevojaka i u mladića, ali iz posve suprotnih razloga. Dok djevojke nastoje vježbati da bi izgubile na težini i izgledale manje žensko, mladići, naprotiv, vježbaju da bi izgledali što više muško [8].

6. Poremećaj spavanja

Spavanje je jedna od osnovnih fizioloških funkcija živih bića, posebice čovjeka. Poligrafske tehnike snimanja pokazuju dvije kvalitativno različite vrste spavanja, koje se izmjenjuju tijekom spavanja u normalnih zdravih osoba. To su ortodoksno ili NREM (Non-Rapid-Eye Movement) spavanje i paradoksno ili REM (Rapid Eye Movement) spavanje.

Tijekom NREM-spavanja razlikuju se 1., 2., 3. i 4. faza spavanja s progresivnim sniženjem autonomnih funkcija i povećanjem dubine spavanja. Prva faza NREM-spavanja jest faza prijelaza iz budnosti u spavanje i čini 5% vremena provedenog u spavanju. Drugu fazu NREM-spavanja osebujni valovi, a čini oko 50% vremena provedenog u spavanju. Treća i četvrta faza najdublje su razine spavanja i poznate su pod zajedničkim nazivom SWS, a čine 10 – 20% vremena provedenog u spavanju [1].

Tijekom REM-spavanja prisutni su brzi očni pokreti, tonus u većini poprečnoprugastih mišića gotovo nestaje, a autonomne se funkcije povisuju; čini 20 – 25% ukupnog spavanja [1].

Normalno spavanje započinje NREM-spavanjem, od površnih do dubokih faza spavanja, a svakih 90 – 100 minuta prekidaju ga REM-periodi spavanja.

Osim dobi i drugi čimbenici utječu na tijek spavanja. Na primjer: umor, fizička aktivnost, promjene raspoloženja, ali i ontogeneza, konstitucija, osobnost i socijalna sredina.

6.1. Vrste poremećaja spavanja

Poremećeno spavanje očituje se kao nesanica (poremećaji održavanja sna), pretjerana dnevna pospanost i zajednički se nazivaju dizsomnije te razne neobične i nepoželjne senzacije tijekom spavanja ili parasomnije [1].

6.1.1. Dizsomnije

Dizsomnije su nenormalnosti u količini, kvaliteti i intenzitetu spavanja. Dizsomnije su obično prisutne u nisko podražajnim aktivnostima, npr. na predavanjima, pri gledanju televizije ili dužoj vožnji automobila.

Produženo noćno spavanje i otežano buđenje dovodi do otežanog ispunjavanja jutarnjih obveza. Nizak stupanj budnosti do slabe učinkovitosti, slabe koncentracije i slabijeg pamćenja tijekom dana, može se pogrešno shvatiti kao znak dosađivanja i lijenosti. Hipersomnične osobe mogu imati simptome depresije ili pribjegavaju samoliječenju psihostimulansima [1].

Kod starije djece i adolescenata hipersomnija nastaje zbog nedovoljnog ili poremećenog sna. To uključuje sindrom apnoičnih kriza tijekom spavanja, centralnu alveolarnu hipoventilaciju, učestaliju kod male djece, depresije, poremećaje cirkadijalnog ritma spavanja.

Narkolepsija je poremećaj spavanja vezan uz disanje. Simptomi narkolepsije nastaju između 10. i 20. godine života, a u oko 5% slučajeva prije 10. godine života [1].

Kod mentalno oštećene djece problemi spavanja su češći i povećavaju se s težinom stupnja oštećenja. Primijećena je smanjena količina REM-spavanja i NREM-spavanja u četvrtoj fazi. Najvjerojatniji razlog su fiziološke smetnje spavanja ili poremećaj respiratorne fiziologije, npr. opstruktivna apnea sna kod Downova sindroma [13].

Treba unaprijediti opću i profesionalnu svijest o važnosti što ranijeg liječenja smetnje spavanja i važnosti higijene spavanja (savjeti o tome kada ići spavati, kako dugo spavati, buditi se, važnosti prehrane, fizičke aktivnosti, upotrebi alkohola, kofeina i lijekova). Od lijekova se mogu koristiti benzodiazepini s hipnotičkim djelovanjem.

6.1.2. Parasomnije

Parasomnije su događaji obilježeni nenormalnim ponašanjem ili fiziološkim događajima koji su u vezi sa spavanjem, određenim fazama spavanja ili prijelazom iz spavanja u budnost [1]. Osobe s parasomnijom obično se žale na neuobičajeno ponašanje tijekom spavanja.

Poremećaj uključuje:

- Noćne more
- Noćne strahove
- Mjesečarenje

S tim poremećajem povezana je i velika skupina ponašanja vezanih uz spavanje: noćni napadi, enureze i udaranje glavom.

- Noćne more

Bitno obilježje noćnih mora prema DSM-IV jest ponavljanje zastrašujućih snova koji završavaju buđenjem iz sna, a najčešće ih prate posttraumatski poremećaj tijekom dječje i adolescentne dobi. Često su posljedica gledanja filmova strave prije odlaska na spavanje. Počinju između treće i šeste godine s prevalencijom od 10 do 50% i kod većine djece prestaju kako ona rastu. Kod dječaka se pojavljuju češće nego kod djevojčica, a najčešće kod djece koja su izložena teškim psihosocijalnim stresovima [1]. Nekada mogu postati i doživotna tegoba.

Djeca brzo postaju potpuno budna i orijentirana (nasuprot smetenosti kod noćnog straha i nekih oblika epilepsije), veoma su uznemirena, dugo ustrašena i anksiozna i teško ponovno zaspu. Detaljno se sjećaju dugih i zastrašujućih snova koji obično uključuju napade na život, sigurnost ili samopoštovanje. Djeca često ne mogu ponovno zaspati, žele roditeljsku prisutnost, upaljeno svjetlo ili otvorena vrata. Takve pojave i prekidi spavanja ometaju socijalno i radno funkcioniranje.

Noćne more ili zastrašujući snovi, koji se pojavljuju kod djece i odraslih, najčešće kod predškolske djece, obilježja su REM-spavanja i zato su češći u drugom dijelu noći [1] [2]. Autonomne promjene su blage, a sadržaj snova uglavnom se detaljno pamti. Pokreti tijela i vokalizacija nisu karakteristični zbog gubitka tonusa poprečno prugastih mišića tijekom REM-sna [1]. Ako se pojave govor, vrištanje ili ustajanje obično su kratki i završetak su noćne more.

Dijagnoza noćnih mora ne postavlja se ako se one pojavljuju isključivo dok postoji i neki drugi duševni poremećaj (posttraumatski stres, drugi poremećaji anksioznosti, poremećaji raspoloženja, shizofrenija), poremećaj općeg zdravstvenog stanja ili su neposredna posljedica fizioloških učinaka psihoaktivne tvari.

- Noćni strahovi

Bitna su obilježja noćnih strahova da su to ponavljana proživljavanja epizoda iznenadnih buđenja iz spavanja, koje obično počinju paničnim vrištanjem ili plakanjem i praćene su iznenadnim ustajanjem, jakim autonomnim uzbuđenjem i golemim strahom.

Noćni strah, pavor nocturnus, ili strah u spavanju problem je koji se uglavnom pojavljuje u djetinjstvu između četvrte i dvanaeste godine i češći je u dječaka nego u djevojčica, dok kod odraslih nema razlike u spolovima . Najčešće spontano nestaje tijekom adolescencije. Pojavljuje se tijekom dubokog NREM-spavanja, najčešće u prvoj trećini noći, a može se pojaviti i u fazi spavanja u bilo koje vrijeme.

Prevalencija se procjenjuje na 1 do 6% među djecom i manje od 1% među odraslima, kod kojih se pojavljuje između 20. i 30. godine života i kroničnog je tijeka [1]. Uglavnom, postoji pozitivna obiteljska povijest. Noćni se strah obično pojavljuje kada postoje vanjske smetnje spavanja, dnevna anksioznost, strahovi i napetost.

Tijekom epizoda noćnog straha dijete je teško probuditi i utješiti. Nakon buđenja sljedećeg jutra dijete je amnestično za proživljeni događaj. Takve epizode uzrokuju klinički značajnu uznemirenost ili oštećenja u socijalnom, radnom i drugim područjima aktivnosti. Podrazumijeva se da nisu posljedica neposrednog djelovanja psihoaktivnih tvari. Noćni strah počinje iznenadnim uspravljanjem u sjedeći položaj uz vrištanje ili plač, sa zastrašenim izrazom lica i vegetativnim znakovima snažne anksioznosti (tahikardija, ubrzano disanje, znojenje, povišeni

mišićni tonus, široke zjenice, crvenilo lica). Ako se ne probudi, dijete je smeteno i dezorijentirano.

Liječenje uključuje objektno orijentiran psihodinamički i psihoterapijski pristup te savjetovanje roditelja o primjerenom reagiranju.

- Mjesečarenje

Mjesečarenje ili somnabulismus je ponavljanje epizoda složenog i usklađenog motoričkog ponašanja tijekom spavanja. Dijete najčešće sjedi u krevetu ili na rubu njega, ne budeći se. Katkad hoda po kući, pali svjetlo ili obavlja neku drugu poznatu radnju. Mjesečarenje se gotovo isključivo pojavljuje tijekom treće i četvrte faze NREM spavanja, tj. tijekom prve trećine noći. Osoba je smanjene budnosti i mogućnosti odgovaranja na podražaje i komunikaciju s drugima ili napore za razbuđivanje. Dijete obično ima otvorene oči i prazan pogled. Pri buđenju tijekom epizode ili sljedećeg jutra djeca su amnestična za događaj mjesečarenja, u početku mogu biti kratkotrajno smetena i imati otežanu orijentaciju, nakon čega slijedi uobičajena aktivnost i ponašanje.

U prosjeku je češće u djece između četvrte i osme godine, najučestalije je u dvanaestoj godini, a nestaje u petnaestoj godini, jednako u dječaka i djevojčica. 10 – 30% djece doživi bar jednu epizodu mjesečarenja, ali je učestalost ponavljanih epizoda znatno niža [13]. Unutarnji podražaji, npr. pun mjehur, i vanjski podražaji, npr. buka, mogu povećati vjerojatnost mjesečarenja kao što to mogu i psihosocijalni stresovi, alkohol i sedativi. Mjesečarenje je često vezano uz noćne strahove i noćnu enurezu. Rizik ozljeđivanja sebe i drugih je povećan ako je uključen i noćni strah. Tijek u odraslih je kroničan s pogoršanjima i poboljšanjima i obično je povezan s psihopatologijom, što nije zamijećeno kod djece i adolescenata. Epizode mjesečarenja rijetko se prvi put pojavljuju kod odraslih, a ako se i pojave tada treba isključiti uporabu psihoaktivnih tvari i neurološka stanja.

Tijekom mjesečarenja pojavljuju se različita ponašanja, obično niske složenosti: sjedenje na krevetu, gledanje oko sebe, čupkanje rublja ili posteljine. Češća su ustajanja iz kreveta, hodanje po kući, niz stube, izvan kuće, izbjegavanje poznatih predmeta. Susret s nepoznatim predmetom može probuditi osobu koja mjesečari. Katkad takvi bolesnici ne pokušavaju izbjeći predmete, što pak može izazvati ozljede. Epizode traju od nekoliko minuta do pola sata. Mogu završiti spontanim buđenjem nakon čega su kratko smeteni, ili se vraćaju u krevet i nastavljaju spavati. Nekada se bude na drugom mjestu ili ostavljaju dokaze određenih aktivnosti tijekom noći. Mogu odgovarati na zahtjeve da prekinu aktivnost i vrate se u krevet, ali ih je češće potrebno odvesti u njega [1].

Poremećaj se dijagnosticira ako uzrokuje klinički značajne smetnje ili oštećenja u socijalnom, radnom i drugim područjima djelovanja, a nije nastao zbog općeg zdravstvenog stanja ili neposrednog učinka psihoaktivne tvari.

Zaključavanjem vrata i prozora i uklanjanjem opasnih predmeta s uobičajenog puta kretanja pomoći ćemo osobi koja mjesečari da se ne ozljedi. Može se primijeniti i psihoterapija jednom od metoda opuštanja. Djeca obično prerastu taj poremećaj pa roditelje treba umiriti i uvjeriti kako mjesečarenje nije znak psihičkog poremećaja. U teškim slučajevima može se koristiti kratkotrajna medikacija kao i kod noćnih strahova.

7. Teškoće učenja

Riječ je o specifičnim teškoćama učenja kad su u djeteta poremećeni jedan ili više temeljnih psiholoških procesa koji su uključeni u razumijevanje i upotrebu govornog ili pisanog jezika [2].

Poremećaj se može očitovati teškoćama razumijevanja, zaključivanja, govora, čitanja, pisanja ili računanja [2].

Ovdje je riječ o djeci sa zadovoljavajućom, prosječnom inteligencijom koja su podvrgnuta uobičajenim načinima poučavanja, a čija je školska uspješnost značajno niža od očekivane. U ovu skupinu nisu uključena djeca sa senzornim deficitima (nagluha, slabovidna), mentalno zaostala, s emocionalnim poremećajima i djeca koja odrastaju u nepoticajnoj okolini [2].

Najčešći su poremećaji čitanja koji se javljaju kod 4 do 12% školske djece [2]. Iako se simptomi teškoća u čitanju mogu primijetiti još u predškolskom razdoblju, rijetko se prepoznaju prije prvog razreda. Uz visok kvocijent inteligencije dijete može, ako mu se pomogne, funkcionirati u granicama prosjeka u početnim razredima. Djeca s poremećajem čitanja imaju teškoće u povezivanju slova, često griješe, iskrivljuju, ispuštaju i zamjenjuju slova, spora su i pogrešno razumijevaju pročitano.

S ranim prepoznavanjem i inteligencijom prognoza je dobra u značajnom postotku slučajeva, ali se kod određenog broja teškoće mogu nastaviti i u odrasloj dobi. Poremećaj je zapravo trajan i ozbiljno ometa uspješnu adaptaciju na školu, pa se kao posljedica često javljaju sekundarna odstupanja u ponašanju ili plašljivost i izbjegavanje škole i učenja [2].

U postupku s takvom djecom s teškoćama u čitanju korisne su vježbe za poboljšanje prepoznavanja slova, tehnike za vježbanje iščitavanja ili postupci usmjereni k poboljšanju motivacije za vježbe čitanja i ublažavanje doživljaja neuspjeha u školi. Bez obzira na izbor postupka, uvijek treba dati mišljenje i preporuke za individualizirani, odnosno prilagođeni program učenja te usko surađivati s školom [2].

7.1. Dislalija

Dislalija je naziv za poremećaj izgovora. Označava precizan ili pogrešan izgovor glasova (artikulaciju), a može se očitovati kao izostavljanje nekog glasa (omissio), njegova zamjena nekim drugim glasom (supstitutio), iskrivljen govor određenih glasova (distorsio) te dodavanjem glasova ili skupina glasova nekim riječima (additio) [14].

Smatra se da razvoj govora traje čak do devete godine života. Pri pojavljivanju i usvajanju glasova vlada određeni red, tj. glasovi imaju svoju razvojnu liniju. Prvo se pojavljuju samoglasnici, zatim suglasnici: p, b, m, t, d, n, k, g. Nadalje, dijete u dobi od tri godine može

pravilno izgovarati sljedeće glasove: j, f, v, h, l, a, e, i, o, u, a glasovi: s, z, c, š, ž, č, ć, đ, dž, r, lj, nj još mogu biti nejasni dok dijete ne navrši četiri godine [14]. Pogrešan izgovor glasa „r“ tolerira se do dobi od četiri i pol godine. Nepravilan izgovor glasova tolerira se u obliku zamjena i iskrivljenog izgovora glasova do tri i pol ili četiri godine. Nakon navršene treće godine života više niti jedan glas ne smije biti izostavljen u govoru. Izostavljanja se mogu javiti još jedino u leksičkim dislalijama, budući da dijete još uvijek nije sigurno u fonetski sustav riječi. Dijete starije od pet godina trebalo bi sasvim ispravno izgovarati sve glasove materinjeg jezika [14].

Poremećaj izgovora glasova potrebno je ispraviti u ranom djetinjstvu kako se dijete s polaskom u školu ne bi susrelo s dodatnim nepotrebnim poteškoćama (teškoće kod usvajanja čitanja i pisanja, zadirkivanje vršnjaka), ali i zbog činjenice da vježbe imaju veću uspješnost i manje traju kod mlađe djece. Poremećaji izgovora ispravljaju se na individualnim logopedskim terapijama. Logopedska terapija traje najmanje pola sata i odvija se dva do tri puta tjedno, ovisno o jačini poremećaja i dobi djeteta, za uspješnost terapije od velike je važnosti i suradnja roditelja, koja se očituje u ponavljanju i učvršćivanju onoga što je dijete naučilo kod logopeda te redovitosti pohađanja vježbi [14].

7.2. Disleksija

Disleksija se opisuje kao trajni poremećaj u pisanom jeziku, u svladavanju čitanja, pisanja, dijelom i računanja, zbog nemogućnosti pravilnog dekodiranja pojedinih riječi, čime se bitno narušava preciznost i brzina čitanja te dobro razumijevanje pročitanog. Disleksija ne nastaje zbog načina poučavanja ili smanjenih intelektualnih sposobnosti. Ona se u djece najčešće otkriva u prvim godinama školovanja, bitno narušava proces stjecanja i pokazivanja znanja u školi i stoga postaje teškoćom u učenju [14].

Osobitosti djeteta s disleksijom najvidljivije se očituju u osnovnim školskim vještinama, čitanju, pisanju ili računanju, ali i u kratkoročnom pamćenju, kao i težem slijeđenju niza radnji. Pokazuju dezorganiziranost u vremenskim, prostornim ili motoričkim sljedovima [14].

Disleksija je moguća u svim stupnjevima, od blažih, umjerenih do težih. Najviše graniči s posebnim jezičnim teškoćama, često kao posljedicu ima poremećaje pažnje. Može biti znatno umanjena odgovarajućom terapijom, kao i individualiziranim pristupom u nastavi. Za razliku od drugih teškoća u učenju, u povoljnim uvjetima okoline (koji su podržavajućeg i angažiranog tipa) ne umanjuje i ne sprječava uspješno stjecanje znanja.

7.3. Disgrafija

Disgrafija je specifična teškoća u pisanju, nesposobnost djeteta da svlada vještinu pisanja (prema pravopisnim i gramatičkim načelima materinjeg jezika), koja se očituje u mnogobrojnim tipičnim greškama [14].

7.4. Diskalkulija

Pod diskalkulijom podrazumijevamo skup specifičnih teškoća u učenju matematike i obnavljanju matematičkih radnji. Takva odstupanja stvaraju ozbiljne teškoće u ovladavanju matematikom, bez obzira na dovoljan stupanj spoznajnog razvoja, normalno funkcioniranje osjetila te povoljne uvjete redovnog podučavanja. U djece s diskalkulijom postoji očit nesrazmjer između mentalne dobi djeteta i tzv. matematičke dobi. Matematičke sposobnosti znatno su ispod prosjeka, dok su opće mentalne sposobnosti normalne. U osnovi je diskalkulije izmijenjen ili usporen razvoj određenih sustava i specifičnih dijelova mozga koji odgovaraju za matematičke sposobnosti [14].

Djecu s diskalkulijom prepoznajemo po tome što čine mnogo neuobičajenih, specifičnih grešaka [14].

8. Sindrom nepažnja – hiperaktivnost

Sindrom poremećaja pažnje s hiperaktivnošću ili bez nje danas se shvaća kao neurobiološki poremećaj, odnosno osobitost metabolizma neurotransmitera mozga, pri čemu se uz diskretne neurološke upadnosti mogu očitovati upadnosti ponašanja, odnosno sekundarni psihički problemi i poremećaji interakcije. Karakteriziran je trijasom koji uključuje hiperkinezu, poremećaj pozornosti i impulzivnost. Ranije su se takva djeca svrstavala u kategoriju „minimalne cerebralne disfunkcije“, a u posljednje vrijeme u kategoriju „hiperaktivni ili hiperkinetski sindrom“, odnosno u anglosaksonskom govornom području u „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ (ADHD) [1].

Hiperkinetski sindrom jedan je od najvećih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. Posebice je važan zbog visoke prevalencije, čineći čak 50% populacije u dječjim psihijatrijskim klinikama. Znači trajan problem koji može mijenjati manifestacije tijekom razvoja iz predškolske u odraslu dob. On ometa mnoga područja normalnog razvoja i funkcioniranja u životu djeteta, a ne liječen predisponira dijete za psihijatrijsku i socijalnu patologiju u kasnijem životu.

Novija ispitivanja govore o prevalenciji od 3 do 10% hiperaktivne djece školske dobi, dok drugi autori navode samo 3 – 4% djece ima punu sliku poremećaja [15] [16]. Taj broj ne uzima u obzir predškolsku djecu, adolescente ni odraslu populaciju.

Stanje je mnogo češće u dječaka negoli u djevojčica, kako u kliničkom (9:1) tako i u epidemiološkom uzroku (4:1) [1]. Poremećaj pažnje s hiperaktivnošću često je udružen s određenim poremećajima razvoja, prije svega u području govora i pisanja, sa simptomima anksioznosti, a s porastom dobi i disocijalnim poremećajima ponašanja [1].

8.1. Etiologija hiperaktivnog poremećaja (ADHD)

Etiologija takvog poremećaja je nepoznata, no nije vjerojatno da jedan etiološki čimbenik uzrokuje sve slučajeve koje nazivamo sindromom deficita pažnje/hiperaktivnosti. Vjerojatnije je da postoji međuigra psihosocijalnih i bioloških čimbenika koji dovode do zajedničkog puta sindroma. Postoje neka poznata stanja (fragilni X-sindrom, fetalni alkoholni sindrom, veoma niska porođajna težina i vrlo rijedak genski prenosivi tiroidni poremećaj) koja se mogu očitovati simptomima poremećaja pažnje/hiperaktivnosti, ali ona pokrivaju samo malen dio djece s tom dijagnozom [16].

Dakle, točan odgovor na to što je uzrok deficita pažnje/hiperaktivnog poremećaja može se dati samo za manju grupu, dok je kod većine djece uzrok u kombinaciji čimbenika, a to su biološka vulnerabilnost i interakcija djeteta s okolinom te brojni drugi.

Uzroci se mogu podijeliti u nekoliko osnovnih grupa kao što su organski uzroci, psihosocijalni uzroci i genetski uzroci.

8.2. Klinička slika

Većina autora kod ovog poremećaja razlikuje:

- Jezgrovne, esencijalne ili primarne simptome
- Prateće ili sekundarne simptome

8.2.1. Jezgrovni simptomi

Jezgrovni su simptomi hiperaktivnost, poremećaj pažnje i impulzivnost, kojima neki pripisuju i upadnost na emocionalnom području (iznimno nisku toleranciju na frustracije, iznimno jaku uzbudljivost, odjednom nastale drastične promjene raspoloženja) [16].

Najčešće je obilježje takvog poremećaja hiperaktivnost koja se sastoji od besciljne aktivnosti, a pokazuje se kako u grubo motoričkom (skakanje, tračanje, penjanje) tako i u fino motoričkom (koprcanje, vrpoljenje) ponašanju, koje prisutno kod kuće i u školi. Stječe se dojam da je takva hiperaktivnost, slabo organizirana i bez jasne ciljne orijentacije.

Drugo je bitno obilježje poremećaj pažnje, tj. nesposobnost djeteta da ju održi. Kod takve djece škola opisuje kratki raspon pažnje, impulzivnost i otklonjivost, dezorganizirano ponašanje i poremećaj koncentracije. Kod kuće se problemi s pažnjom uočavaju putem manjka poslušnosti prema roditeljskim zahtjevima i uputama ili nesposobnosti sudjelovanja u aktivnostima (uključivši i igru) primjerenim njihovu uzrastu. Često se ne mogu ni igrati jer se ne mogu udubiti u igru. Poremećaj pažnje vidljiv je u svim područjima njihova života.

Sljedeće je obilježje manjkava sposobnost kontrole i motoričkih i emocionalnih impulsa. Takva djeca imaju ograničenu toleranciju na frustracije, tj.čini se da su nesposobna ili ne žele odgoditi nagradu, vrlo brzo postaju ljutita kada se ljudi i stvari ne razvijaju onako kako očekuju [15].

8.2.2. Prateći ili sekundarni simptomi

Prateći ili sekundarni simptomi su poremećaji učenja, upadnosti ponašanja i problemi samopoštovanja.

Oko 50% hiperaktivne djece, kojima je postavljena takva dijagnoza, ima velike teškoće u učenju. Nasuprot čistim problemima poremećaja pažnje pri učenju, relativno velik broj hiperaktivne djece (oko 15%) ima specifične poremećaje učenja [1]. Djetetu je problem prikladno obraditi percipirane informacije. Mogu biti prisutne poteškoće u reprodukciji riječi, rečenica i slova, dešifriranja tonova ili pak crteža. Dijete može također imati manjkavi osjećaj za to kako se nižu slova, da bi se izvele specifične riječi ili slova ili riječi dekodirali (vizualno pamćenje). Iz toga se može zaključiti da dijete s problemom učenja otežano ispunjava školske zahtjeve koji iziskuju apstraktno mišljenje, dok pri rješavanju konkretnijih školskih zadataka može biti uspješnije.

Što se tiče upadnosti u ponašanju, ono se mijenja ovisno o dobi djeteta te ga treba promatrati s aspekta razvojne psihopatologije, tj. simptomi se s vremenom mijenjaju. Neke majke ističu snažne i uporne pokrete djece već u trudnoći. Otprilike 60% djece kod koje je u školskoj dobi dijagnosticirana hiperaktivnost ima anamnezu ekstremnog nemira u dojenačkoj dobi. Mada je njihov motorički razvoj lagano ubrzan, usporeno je stjecanje čistoće (kontrola stolice i mokrenja), kao i razvoj govora [16].

U predškolskoj je dobi teško takvo djecu diferencijalno-dijagnostički odvojiti od normalno aktivne, vesele djece. No predškolsko dijete s poremećajem pažnje/hiperaktivnosti ima općenito dodatne simptome kao što su temper tantrumi, svadljivo ponašanje, agresivno ponašanje i neustrašivo ponašanje koje dovodi do slučajnog ozljeđivanja ili otrovanja, kao i bučnog, burnog ponašanja. Česta je nepopustljivost te poremećaji spavanja, a takva djeca često imaju manju potrebu za snom.

U adolescentnoj dobi povlače se motorički simptomi hiperaktivnosti, ali su hiperaktivni adolescenti još uvijek aktivniji i impulzivniji od kontrolne grupe. Simptomi se više manifestiraju kao unutrašnji osjećaj nemira negoli kao velika motorička aktivnost.

Problemi samopoštovanja nastaju vrlo rano. Već u predškolskoj dobi zbog njihova izljeva bijesa i ne obraćanja pozornosti na osjećaje i potrebe vršnjaka, takvu djecu često izbjegavaju druga djeca čime već tada stječu iskustva prvog pravog socijalnog odbijanja. U školskoj dobi takva su djeca još buntovnija prema svakoj vrsti stege, a time često prouzrokuju ljutnju i opće nezadovoljstvo među članovima obitelji i vršnjacima. Adolescenti se unatoč svom buntovničkom ponašanju često osjećaju bijedno i mnogo toga od njihova agirajućeg ponašanja znači pokušaj prikrivanja osjećaja bijede i tuge u njima [1].

8.3. Dijagnostika sindroma pažnja/hiperaktivnost

Dijagnoza poremećaja pažnje/hiperaktivnosti jest klinička dijagnoza. Postavlja se na osnovi kliničke slike koja počinje rano u životu, istrajna je tijekom života, prisutna u različitim situacijama i uzrokuje funkcionalno umanjenje kod kuće, u školi i aktivnostima u slobodno vrijeme. Kliničar ima niz dijagnostičkih pomagala, uključujući intervju s roditeljima i djetetom, skale za procjenu ponašanja, somatski i neurološki pregled i testiranje kognitivnih sposobnosti.

8.3.1. Dijagnostički kriteriji iz DSM-IV

A1 – NEPAŽNJA

A2 – HIPERAKTIVNOST

A3 – IMPULZIVNOST

B – neki simptomi hiperaktivnosti – impulzivnosti ili nepažnje koji uzrokuju oštećenje postojali su prije sedme godine.

C – neko oštećenje kao posljedica simptoma očituje se u dvije ili više sredina (npr. kućnoj, školskoj ili radnoj).

D – moraju postojati jasni dokazi klinički značajnog oštećenja socijalnog, školskog ili radnog funkcioniranja.

E – smetnja se ne pojavljuje isključivo u tijeku pervazivnog razvojnog poremećaja, shizofrenije ili nekog drugog psihotičnog poremećaja i nije bolje opisana kao neki drugi duševni poremećaj (npr. poremećaj raspoloženja, anksiozni poremećaj, disocijativni poremećaj ili poremećaj ličnosti).

8.4. Komorbiditet sindroma pažnje/hiperaktivnosti

Veliki je problem kod djece i adolescenata sa sindromom poremećaja pažnje/hiperaktivnosti komorbiditet, koji naglašen kako u kliničkom tako i u epidemiološkom uzroku. Čak dvije trećine učenika osnovne škole s takvi sindromom imaju barem još jedan dijagnosticirani psihijatrijski poremećaj. U psihijatrijskom uzorku to je najčešće poremećaj ponašanja i opozicijsko-prkosni poremećaj, a u pedijatrijskom uzorku poremećaj učenja. Velika komorbidna stanja uključuju poremećaje govora i komunikacije, poremećaje učenja, poremećaje ponašanja i opozicijsko-prkosni poremećaj, anksiozne poremećaje, poremećaje raspoloženja te Tourettov sindrom ili kronične tikove [16].

Komorbiditet je posebno značajan jer komplicira dijagnostički proces i utječe na tijek, prognozu i tretman djece i adolescenata s hiperkinetskim sindromom [16]. Procjena i liječenje

komorbidnog poremećaja često su jednako važni kao i procjena i tretman simptomatologije poremećaja pažnje/hiperaktivnosti [16].

Komorbidni poremećaj ponašanja i ADHD povezani su znatno lošijom prognozom u ponašanju, uključujući probleme vezane za uzimanje supstancija. U mnogim je studijama poremećaj ponašanja posredovao ili vladao u odnosu između ADHD-a i poremećaja vezanih za uzimanje supstancija [17]. Kada je droga jednom uključena, adolescenti s ADHD-om skloni su mnogo bržem prijelazu iz zloporabe supstancija u ovisnost, konzumiraju supstancije i zadovoljavaju kriterije ovisnosti za više njih te doživljavaju mnogo teže simptome ovisnosti negoli adolescenti bez ADHD-a.

8.5. Terapija sindroma pažnje/hiperaktivnosti

Danas se smatra da tretman ovog poremećaja mora imati višedimenzionalan pristup. On kombinira psihodinamsko razumijevanje i psihosocijalne i medicinske intervencije.

Publikacije njemačkih obiteljskih terapeuta pokazuju da bi ADHD-sindrom kod djece mogao potjecati od narušenih intra-obiteljskih emocionalnih odnosa. Neke opservacije pokazuju da se majke hiperaktivne djece ne mogu osloniti na očeve, koji ne surađuju s majkom u podizanju djeteta i nisu zainteresirani za obitelj. S te točke motrišta djetetova bi hiperaktivnost ispunjavala važnu funkciju u stabilizaciji obitelji, pokrivajući neuravnotežene obiteljske odnose, kao što su snažne veze jednog ili obaju partnera s primarnom obitelji.

Psihosocijalne intervencije koje su se dokazale učinkovitim za djecu s ADHD-om mogu se podijeliti na psihosocijalne intervencije koje su usmjerene na [16]:

- Obitelj
- Školu
- dijete

Od bihevioralnih tehnika navode se [18]:

- Operantne tehnike
- Kognitivno-bihevioralne tehnike – samopromatranje
- Trening samoinstrukcije

Osnovno je pravilo u radu s djecom s nedostatkom pažnje/hiperaktivnim poremećajem promjena ponašanja. Za njezino postizanje potrebni su:

Nagrada

Dijete treba nagrađivati kada promijeni nešto u svojem neprimjerenom ponašanju.

Tehnika gašenja

Podrazumijeva ignoriranje djetetovih neprimjerenih postupaka.

Izolacija

Izolacija je također jedna od tehnika, a primjenjuje se kada prethodne dvije ne daju rezultate. Izolacija znači fizičko izdvajanje djeteta iz za njega problematične situacije [19].

- Medikamentozno liječenje

Za tretman ADHD-a, psiho-farmakološka sredstva prvog izbora su stimulancije SŽS-a. Prije uvođenja stimulacija potrebne su pažljive pripreme i roditelja i djece. Liječenje stimulancijama pripada području iskusnog liječnika i ono mora biti pažljivo pripremljeno i praćeno. Prije uvođenja stimulancija treba učiniti pregled krvne slike, transaminaza i kreatinina i te vrijednosti redovito kontrolirati svakih šest mjeseci.

9. Važnost uloge medicinske sestre/tehničara u liječenju psiholoških poremećaja, edukaciji bolesnika i njegove obitelji

Osobe sa psihičkim poremećajem trebaju podršku tijekom cijeloga života, stoga se sestrinska skrb primjenjuje u svim dobnim skupinama. U skrbi sudjeluju sestre/tehničari u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti te u patronažnoj službi. Na svim razinama skrbi pristup bolesniku mora biti individualan. U skladu s tim, sve sestrinske intervencije treba prilagoditi starosnoj dobi osobe i njenim potrebama. Da bi sestrinske intervencije bile učinkovite, potrebna je kvalitetna procjena bolesnika, uvid u obiteljsku situaciju i moguću podršku. Pritom je vještina komunikacije važan čimbenik za uspješnost u procjeni i provođenju svakodnevnih zadataka medicinske sestre/tehničara. Strpljivost, tolerantnost, humanost i odgovornost su najvažnije odlike medicinske sestre/tehničara koja se bavi djecom s psihičkim poremećajem. Ona treba stvoriti ozračje u kojem vlada ugodna i topla atmosfera, a odnos s bolesnikom treba biti stručan i profesionalan [20].

Djeca s psihičkim poremećajem različito reagiraju na promjene boravka, stoga i na hospitalizaciju, jer ona predstavlja narušavanje rutine na koju su navikli. Previše postupaka i velik broj zdravstvenih djelatnika u radu s djetetom može uznemiriti dijete i otežati provođenje skrbi i metode liječenja. Svaki postupak potrebno je obavljati postupno i pritom koristiti jednostavan, djetetu razumljiv izričaj. Također je potrebno podučavanje roditelja i njihovo aktivno uključivanje u sve metode liječenja.

Zdravstvena njega temelji se na holističkom pristupu uz uvažavanje osobnosti svakog pojedinca, kvalitetnu i učinkovitu komunikaciju, bezuvjetno prihvaćanje, poštovanje i povjerenje. Cilj je zdravstvene njege povećati samostalnost djeteta s psihičkim poremećajem, ostvariti dobru suradnju s roditeljima, poticati ih na suradnju, biti im podrška te na taj način posredno poboljšati kvalitetu obiteljskih odnosa [20].

9.1. Provedba rada medicinskih sestara/tehničara u Dnevnoj bolnici na odjelu dječje i adolescentne psihijatrije

U Dnevnoj bolnici stručni tim čine četiri psihijatra sa užom specijalizacijom iz dječje i adolescentne psihijatrije, jedan specijalizant iz dječje i adolescentne psihijatrije, psiholog, pedagog, viša medicinska sestra/tehničar i srednje medicinske sestre/tehničari koji čine cjelinu u svakodnevnom radu s djecom. Provode se različiti dijagnostički i terapijski postupci kod djece i adolescenata sa različitim psihičkim poremećajima (poremećaji komunikacije, poremećaji

učenja, poremećaji pažnje s hiperaktivnošću, poremećaji ponašanja, poremećaji hranjenja, somatoformni poremećaji, poremećaji spavanja, poremećaji prilagodbe i itd.) [21].

9.1.1. Terapijski ciljevi u radu Dnevne bolnice

Terapijski ciljevi djece i adolescenata u Dnevnoj bolnici su prije svega bolja socijalizacija što znači stjecanje različitih vještina, znanja, motiva i stavova potrebnih za izvršenje sadašnjih i budućih uloga u obitelji, školi i društvu. Dijete se prvenstveno uči i usmjerava ponašanju koje je prihvatljivo za društvo kojemu pripada [21].

Pažnja je usmjerena na prilagodbu djeteta na okolinu, te mijenjanju stavova koji najčešće dovode do konflikata. Konflikti su često uzrok loše socijalizacije među vršnjacima, ali i narušene dinamike u obiteljskim odnosima. Često usporava dobar terapijski učinak i ometa brži oporavak djeteta. Djecu se potiče na inicijativu, spontanost i intenzivnu komunikaciju. Kroz kreativne programe definiraju se potrebe za svakog individualni u cilju poboljšanja kvalitete svakodnevnog življenja što bitno doprinosi sprečavanju izolacije i stigmatizaciju [21].

Dnevna bolnica nudi alternativu 24-satnoj hospitalizaciji. Strukturirani program dnevne bolnice pruža dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju. Iskustva različitih stručnjaka govore da većina roditelja rado prihvaća ovakav model liječenja. Prvenstveno jer se izbjegava tzv. trauma odvajanja djece, ali i trauma odvajanja djeteta od roditelja. Važno je da obitelj bude prije svega podrška kako djetetu tako i nama u timu s ciljem što bržeg oporavka djeteta. Obitelj potičemo na suradnju i često i kroz razgovore sa njima uočavaju se određena ponašanja koja mogu usporiti ili ubrzati izlječenje djece ili adolescenata [21].

Psihijatrijsko liječenje u Dnevnoj bolnici ne podrazumijeva samo medikamentozno liječenje, nego uključuje niz programa s ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja i kvalitete života djece. Omogućava što raniju integraciju djeteta u svoju obiteljsku i školsku sredinu. Liječenje je dakle, multidisciplinarno (individualna i grupna psihoterapija, somatsko liječenje, medicinska njega, psihološka evaluacija, radna i okupaciona terapija) [21].

Posao medicinske sestre/tehničara u radu s djecom koja imaju psihičke poteškoće je vrlo zahtjevan i odgovoran. Medicinske sestre/tehničari koriste sva svoja stručna znanja i vještine kako bi osigurali svakom djetetu kvalitetnu i profesionalnu skrb. Sestra/tehničar uči djecu socijalizaciji, društveno prihvatljivom ponašanju, mijenjanju stavova koji dovode do konflikata, potiče djecu na inicijativu da stalno uočavaju i rješavaju probleme, radi na njihovom samopouzdanju i samopoštovanju, uči ih kako kontrolirati bijes i agresiju, nenasilno rješavanje problema, uči ih kako da prepoznaju negativno ponašanje i da potraže pomoć. Sve to i mnoge

druge vještine sestra/tehničar provodi kroz zdravstveni odgoj, radne i okupacione terapije, društvene igre, kroz grupe za stjecanje kreativnih vještina i kroz radionice [21].

9.1.2. Uloga radionica u sustavu Dnevne bolnice

U radionici je, primarno, riječ o učenju. Različiti autori različito definiraju radionicu. Međutim, većina se slaže da postoje neke osnovne karakteristike radionice kojima se ujedno može i definirati [21]:

- Osobni angažman
- Rad u malim grupama
- Aktivno učešće svih
- Raznovrsnost komunikacijskih obrazaca
- Atmosfera podrške
- Pravo na različitost i poštivanje potreba, emocija i načina funkcioniranja svakog učesnika
- Rad na zajedničkoj temi
- Oslanjanje na osobna iskustva.

Vrste radionica [21]:

Klasificiraju se obično prema sadržaju, cilju i dobi sudionika. Prema cilju razlikujemo:

- Kreativne radionice – osnovni cilj je poticanje i razvijanje stvaralačkog mišljenja i izražavanja (dramske, poetske, likovne radionice).
- Edukativne radionice – osnovni cilj je stjecanje znanja u najširem smislu.

Radionice omogućuju djetetu da: razvija i vježba potrebne socijalne vještine, dograđuje vlastite spoznaje, stvara nove ideje, samostalno uočava i rješava problem, uči postavljati prava pitanja, uči međusobno poučavanje i pomaganje, uči pronalaženje originalnih rješenja, uči pravila međusobnog uvažavanja, prihvaćanje kritike, prihvaćanja „ne“ kao odgovora, molbe i isprike, praćenje uputa, izražavanje emocija, predstavljanje, pokazivanje poštovanja, čekanje na red, kontrola bijesa, prihvaćanje posljedica, poštovanje pravila, prihvaćanje poraza, dolaženje na vrijeme, korištenje prihvatljivog rječnika i tona, traženje pomoći, ignoriranje onoga što ometa, poštovanje različitosti, prihvaćanje i davanje komplimenta, radovanje uspjehu, pomaganje drugima, iskazivanje neslaganje s poštovanjem, pažljivo slušanje, pokazivanje suosjećanja, dijeljenje obaveza, održavanje prijateljstva, reagiranje na provokacije i općenito na frustrirajuće čimbenike izvana [21].

Pri formiranju grupe za radionicu važno je voditi brigu o:

- Dobnoj skupini
- Dijagnozama
- Mogućnostima
- Interesima djeteta i sl.

Poteškoće koje se javljaju tijekom radionica:

- Nepridržavanje dogovorenih pravila
- Dominiranje pojedine djece
- Slaba motiviranost
- Ne sudjelovanje u radu
- Ne razumijevanje uputa
- Neki su preglasni, ometaju rad.

Najvažnije uloge medicinske sestre/tehničara u vođenju radionica:

- Upoznaje grupu s pravilima ponašanja
- Predstavlja temu radionice
- Objašnjava princip rada radionice
- Objašnjava cilj radionice
- Prati i intervenira u toku rada radionice
- Evaluira rezultate radionice – postavljajući sljedeća pitanja: Što se svakom djetetu posebno svidjelo tokom rada?; Kako su se djeca osjećala rješavajući probleme i pronalazeći rješenja?; Jesu li što naučili?; Kako su im se svidjele ideje druge djece?; Kako je grupa reagirala na razlike u mišljenjima?

9.2. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod djece i adolescenata s psihičkim poremećajem

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Gubitak samopoštovanja
- Socijalna izolacija
- Pothranjenost
- Visok rizik za dehidraciju
- Visok rizik za povraćanje
- Visok rizik za samoozljeđivanje

- Nepridržavanje zdravstvenih preporuka
- Smanjena mogućnost brige o sebi – hranjenje, odijevanje, osobna higijena, eliminacija
- Oštećena verbalna komunikacija
- Poremećaj seksualnog ponašanja
- Visok rizik za zloporabu droge
- Visok rizik za suicid
- Visok rizik za depresivnost
- Visok rizik za agresivnost
- Nesanica
- Nuspojave medikamentozne terapije
- Opstipacija

Sestrinske intervencije:

- Prije svega medicinska sestra/tehničar mora educirati djecu i adolescente i njihove obitelji da razumiju prirodu djetetova psihičkog poremećaja, ulogu etioloških faktora, potrebe i rezultate liječenja te tijek i prognozu liječenja. Važno je u razgovoru s roditeljima pokazati razumijevanje, empatiju i iskrenost te odgovarati na sva moguća pitanja, ali i poticati roditelje da postavljaju pitanja
- Motivirati djecu i adolescente te njihove obitelji da aktivno sudjeluju u terapijskom postupku, objasniti im važnost njihove uloge u sudjelovanju liječenja
- Ohrabrivati kontakt s rodbinom i prijateljima
- Medicinska sestra/tehničar mora poštivati jedinstvenost ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo prilikom provođenja intervencija
- Uključivati bolesnika u provođenje intervencija i pomoći mu pri učinkovitijoj prilagodbi u novonastaloj sredini
- Uključiti bolesnika u radnu okupacionu terapiju
- Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
- Podučiti bolesnika asertivnom ponašanju
- Ohrabrivati ga i pohvaliti za svaki napredak
- Poticati bolesnika na izražavanje emocija i osjećaja
- Poticati bolesnika na uspostavljanje drugih međuljudskih odnosa
- Potrebno je podučiti roditelje onim radnjama na kojima će roditelj raditi s djetetom. Roditelje treba upozoriti na dugotrajnost učenja, potaknuti ih da ustraju, da ne gube motivaciju te ih hrabriti i poticati da što više kontaktiraju s djetetom.

- Roditelji često pokazuju visok stupanj zabrinutosti i tjeskobe. Potrebno ih je ohrabriti i pohvaliti njihov trud i brigu za dijete te biti spona povezanosti između njih i suportivne grupe.
- Poučavanje djeteta o prihvatljivom ponašanju i ograničenjima
- Potrebna je udružena potpora u obitelji i u školskoj sredini
- Slušati dijete i njegove probleme te iskazati poštovanje prema djetetu i adolescentima
- Poticati djetetove pozitivne karakteristike te organizacijske vještine
- Potaknuti dijete na razvijanje strategije za rješavanje svakodnevnih problema poslije u životu kad budu suočena sa situacijama koje su izazov za njihove emocionalne probleme i smetnje ponašanja.

Intervencije koje će medicinska sestra/tehničar provoditi ne moraju uvijek biti iste. S vremenom, kako se stanje bolesnika bude mijenjalo – na bolje ili na gore, intervencije se mijenjaju. Sestra/tehničar svoje intervencije izvodi u suradnji s liječnikom. Aktivno slušanje bolesnika i obitelji izaziva poštovanje i prihvaćanje, omogućava lakšu i bolju suradnju te izvođenje intervencija u suradnji sa sestrom/tehničarom. Uz dobar odnos s oboljelim, sestra/tehničar može bolje odlučiti i procijeniti koju intervenciju treba zadržati, a koju u konačnici odbaciti.

Zdravstvena njega koju sestra/tehničar provodi smanjuje duljinu hospitalizacije i povećava zadovoljstvo djece i adolescenata te njihove obitelji. Za veću kvalitetu zdravstvene njege potrebno je slijediti postojeća dostignuća i kontinuirano se profesionalno usavršavati.

10. Zaključak

Na pojavu psihičkih poremećaja u djece i mladih utječu, u nejednakoj mjeri s obzirom na bolest, geni i okolina. Broj psihičkih poremećaja u djece i adolescenata je u velikom porastu pogotovo zbog utjecaja okoline te brzog, modernog i otuđenog načina života. Tijekom rasta i razvoja svako dijete će biti suočeno s kriznim razdobljima koja su dio normalnog odrastanja i tada mu je potrebna potpora okoline kako ne bi bilo posljedica na njegovo psihičko zdravlje. Njegovi mehanizmi prilagodbe kriznim situacijama i zahtjevima okoline mogu, ali ne moraju biti patološki. Moramo paziti da ne proglasimo kliničkim entitetom sve ono što odskače od zahtjeva okoline i predstavlja neprilagođeno ponašanje. Zbog toga se psihičke smetnje djece i adolescenata ne mogu i ne smiju kvalificirati samo prema kliničkim manifestacijama i simptomatologiji pojedinih kliničkih entiteta. One se nužno moraju sagledati kroz dimenziju razvoja i interakcije s okolinom pa će tako ponekad vrlo „burne“ manifestacije imati manje potencijalno patološko značenje od slabo uočljivih ili čak „šutljivih“ oblika. Nekad je vrlo teško razlikovati „normalno“ od „patološkog“. Zbog toga treba uzeti u obzir kronološku dob djeteta, ustanoviti koliko psihički poremećaj zadire u razvojnu liniju djeteta i ocijeniti vulnerabilnost djeteta koja je vrlo individualna. U postavljanju dijagnoze moramo biti vrlo oprezni i rezervirani obzirom na razvojni potencijal djeteta i velik utjecaj okoline. Ne smijemo zaboraviti da probleme djece u pravilu prepoznaju odrasli tako da češće dolaze djeca ili adolescenti s manifestnim poremećajima koji iritiraju okolinu. Osim što tako mnogi poremećaji ostaju neotkriveni i zanemareni to predstavlja i terapijsku poteškoću jer djeca ne osjećaju potrebu za pomoći ili ne razumiju razloge odlaska k liječniku.

Populacija osobito visokog rizika su adolescenti. Odgovornost za uredan psihološki razvoj djeteta treba preuzeti obitelj, škola i sve ostale nadležne strukture zajednice. Medicinska sestra/tehničar član je multidisciplinarnog zdravstvenog tima koji skrbi o djeci s psihičkim poremećajima, od trenutka prepoznavanja i dijagnosticiranja istog, do uključivanja djeteta i adolescenata s psihičkim poteškoćama u društvenu zajednicu.

S obzirom na porast broja djece koja zahtijevaju psihološku potporu, društvo bi trebalo biti osjetljivije na ovu kategoriju i pomoći na svaki mogući način, kako u sekundarnoj, tako još više u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Svi zdravstveni djelatnici trebali bi biti svjesni da ulaganjem u zaštitu psihičkog zdravlja djece i mladih dobivamo zdraviju odraslu populaciju.

U Varaždinu, Potpis

11. Literatura

[1] Staniša Nikolić, Marijana Marangunić i suradnici; Dječja i adolescentna psihijatrija; Zagreb: Školska knjiga, 2004.; 953-0-31558-9.

[2] Duško Mardešić, prof.dr.; Pedijatrija. Zagreb : Ante Žužul, prof., 2003. 953-0-30569-9.

[3] Goran Babić, dr. med. http://www.cybermed.hr/clanci/konverzivni_poremecaj. cybermed. [Mrežno] 01.. siječanj 2016. [Citirano: 12.. veljača 2016.]

[4] mr.sc. Dunja Baraban, prof. psihologije; Tjelesni poremećaji u djece zbog emocionalnih teškoća; Narodni zdravstveni list; Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije u suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo, Zavodom za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije i Zavodom za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županij; 2009., Svez. Odjel socijalne medicine; Odsjek za zdravstveni odgoj i promociju zdravlja, 596-597/2009.

[5] Nikolić, Staniša; Mentalni poremećaji u djece i omladine 2; Zagreb: Školska knjiga, 1990. 86-03-99605-9.

[6] Harrison, Julie P. i Franklin, Martin E.; US National Library of Medicine National Institutes of Health; PubMed. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3366724/; Pediatric Trichotillomania. [Mrežno] 14.. lipanj 2012.

[7] Md, Ahmad Ghanizadeh. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556753/; Nail Biting; Etiology, Consequences and Management; US National Library of Medicine National Institutes of Health; PubMed. [Mrežno] 2011.

[8] Vesna Vidović, prof. dr.; Anoreksija i bulimija; Zagreb: 4P d.o.o., 1998. 953-96777-1-X.

[9] Mina K. Dulcan, Martini D. R.; Concise Guide to Child and Adolescent Psychiatry; Washington: American Psychiatric Press Inc., 1999.

[10] Nielsen, Soren; Epidemiology and Mortality of Eating Disorders. s.l.; Psychiatric Clinisc of North America, 2001.

[11] dr. Nancy C. Andreasen, Donald W. Black; Introductory Textbook of Psychiatry; Washington: American Psychiatric Press, 1991.

[12] Steiner H., Lock J.; Juornal of the American Academy of Child and Adolescent Pshychiatry; Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents. 1998.

[13] B., Radojčić; Bolesti nervnog sistema; Beograd – Zagreb; Medicinska knjiga, 1989.

[14] Vlah Nevenka, dipl. učiteljica; Poremećaji čitanja i pisanja; Narodni zdravstveni list; Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije u suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo; 2012.; 628-629/2012.

[15] Knolker U., Mattejat F., Schulte-Markwort M.; Kinder und Jugendpsychiatrie und psychiatrie systematisch. Bremen : Uni Med Verlag, 2000.

[16] DP., Cantwell; Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them? s.l. : Arch Gen Psychiatry, 1985.

[17] RA, Barkley, i dr. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria; an 8-year prospective follow-up study. 1990.

[18] K, Quaschner. Hyperkinetische Storungen. Suttgart : Thieme Verlag, 1997.

[19] D, Kocijan-Hercigonija, D, Buljan-Flander i D., Vučković.; Hiperaktivno dijete: uznemireni roditelji i odgajatelji; Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.

[20] Fani Vrdoljak, Leann Coleman Božić, Božena Ćubić; Psihički poremećaji u djece i adolescenata – prikaz slučaja; Hrvatska proljetna pedijatrijska škola – XXXIII. seminar; Zbornik radova za medicinske sestre; Split, 2016.

[21] Irena Glasovac, Danijela Vidaković, Marina Krivić, Katarina Dodig-Ćurković; Implementacija rada medicinskih sestara u Dnevnoj bolnici na odjelu dječje i adolescentne psihijatrije – naša iskustva u radu; Hrvatska proljetna pedijatrijska škola – XXXIII. seminar; Zbornik za medicinske sestre; Split, 2016.

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Valentina Levačić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom Psihološki poremećaji dječje i adolescentne dobi te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Valentina Levačić
Valentina Levačić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Valentina Levačić neopozivo izjavljujem da sam suglasana s javnom objavom završnog rada pod naslovom Psihološki poremećaji dječje i adolescentne dobi čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Valentina Levačić
Valentina Levačić
(vlastoručni potpis)