

KLINIČKE MANIFESTACIJE PSIHOPATOLOGIJE RAZVOJNE DOBI

OPĆI PRINCIPI

Suprotno općem stavu, psihičke smetnje kod djece i adolescenata nisu rijetkost i u nekim aspektima one se razlikuju u odnosu na psihičke smetnje kod odraslih. Ova različitost uvjetovana je razvojnim procesima koji započinju od rođenja i traju do završetka adolescencije. Stoga se svaka psihička smetnja djece i adolescenata mora razmotriti kroz dimenziju razvojnog procesa, **jer jedan te isti simptom može označavati usporeniji razvoj, simptom, sindrom ili bolest.** Različitost psihičkih smetnji u djece, u odnosu na odrasle, uvjetuje i njihova ovisnost o okolini i njezi, koja je utoliko veća ukoliko je dijete mlađe dobi. Uslijed nezrelosti u dojenčadi i male djece psihičke smetnje mogu biti prezentirane putem više tjelesnih sustava i neprepoznate kao psihičke, ali se najčešće manifestiraju u vidu smetnji spavanja i hranjenja.

Klasifikacija psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) koja je u uporabi u našoj zemlji i DSM-IV (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders) koji je službeni klasifikacijski sustav u SAD, imaju poglavlja koja se odnose na psihopatologiju dječje i adolescentne dobi. MKB-10 u poglavlju koji se odnosi na razvoj, bilježi dvije skupine poremećaja: *poremećaje psihološkog razvoja i poremećaje u ponašanju i osjećajima.*

Kako dijete raste i sazrijeva mijenjaju se mentalni procesi i ponašanje, pa tako nije uvijek jednostavno procijeniti pojedine psihijatrijske kategorije u različitim razvojnim periodima što možemo vidjeti iz slijedeća dva primjera: izrazito agresivno trčkaralo koje se baca po podu i vrišti i izrazito agresivni adolescent koji pokrada starijeg čovjeka. Usporedimo ove dvije situacije: agresivnost postoji u oba slučaja. Da li oni boluju od iste bolesti? Navedeni primjeri nam pokazuju kako unatoč značajnom napretku suvremenih klasifikacija bolesti treba ukazati i na njihove nedostatke, a oni se odnose na nedostatnost postojećih klasifikacija u obuhvaćanju razvojnih dimenzija pojedinih poremećaja. Drugi je primjer dijagnostička kategorija ADDH sindroma: mlađi dječaci koji boluju od ovog poremećaja manifestiraju više motoričkih smetnji, dok stariji dječaci manifestiraju češće nedostatak pažnje. Drugim riječima, kliničke slike istog poremećaja nisu posve identične u različitim razvojnim periodima.

Klasifikacije psihijatrijskih bolesti u djece i adolescenata trebale bi respektirati tri značajna čimbenika:

1. djeca i adolescenti su u stalnom procesu promjena i rasta, tako da u procjenjivanju dijagnostičkih kategorija treba imati u vidu zakonitosti normalnog psihološkog razvoja;
2. u većini psihijatrijskih smetnji u djece postoje ispadi u ponašanju koje pokazuje i inače velika većina mladih (npr. agresija, upotreba dijeta itd), te se stoga validacija simptoma u

djece i mladih ne može temeljiti isključivo na fenomenološkim postavkama manifestnih psihopatoloških fenomena;

3. psihičke poteškoće koje pokazuju djeca i adolescenti često proizlaze iz konteksta odnosa u obitelji; neki ili ponekad i svi problemi pojavljuju se s nesvjesnim pokušajem prikrivanja strukture obiteljskog funkcioniranja, uslijed nesposobnosti djeteta da izravno reagira na disfunkcionalnosti u obitelji.

Procjena

Procjena psihijatrijskih poremećaja u djece i adolescenata temelji se na slijedećem:

1. **Epidemiološki podaci** (npr. dob pojave smetnji, spol itd.): ranije su dječje psihoze bile svrstane u jednu skupinu, dok danas, zahvaljujući epidemiološkim studijama o vremenu pojavljivanja bolesti razlikujemo autizam od shizofrenije. Što se tiče spolnih razlika istraživanja su pokazala kako su sindromi agitacija i agresivnosti češći kod dječaka, dok su emocionalni poremećaji češći kod djevojčica.
2. **Praćenje tijekom dužeg vremena**: neki od psihijatrijskih entiteta u djece i adolescenata pokazuju stabilnost tijekom vremena (npr. anorexia nervosa), dok se drugi mijenjaju (npr. ADHD).
3. **Genetska istraživanja** ukazuju na veću zastupljenost pojedinih dijagnostičkih kategorija među bliskim srodnicima (npr. autizam).
4. **Psihološki rizični faktori** obuhvaćaju eventualna rana traumatska iskustva, funkcionalnost obitelji, snalaženje u školi i sl.
5. **Neuropsihologijski testovi** pomoću kojih se može jasno razgraničiti dijagnostička kategorija (npr. sindrom hiperaktivnosti od smetnji ponašanja)
6. **Medicinska istraživanja** napredak znanosti općenito otvorio je vidike na raznim područjima, pa tako i na području dječje i adolescentne psihijatrije (npr. pronalazak biokemijskih markera za adolescentnu depresiju i endokrinih markera za agresivnost).

Specifičnosti adolescencije i dijagnostika psihičkih poremećaja

Unatoč značajnom napretku i dostignućima na području razvojne psihologije i psihijatrije, treba naglasiti kako u adolescenciji nije uvijek lako odrediti granicu između zdravlja i bolesti, normalnosti i patologije. Pogrešna procjena značajna je u oba slučaja: ako adolescenta proglasimo bolesnim, a on to nije, uzrokuje nepotrebno liječenje i brojne neugodne posljedice istog; ukoliko ga proglasimo zdravim i za njegove smetnje jednostavno „okrivimo“ adolescenciju kao buran period života, tada gubimo dragocjeno vrijeme u kojemu bi liječenje moglo biti uspješno.

Uslijed svojih psihobioloških i psihosocioloških determinanti period adolescencije zahtjeva drugačija mjerila i ocjene normalnosti u odnosu na druge životne periode.

U adolescenciji karakteristike psihičkog sazrijevanja „zamagljuje“ granicu između psihičkog zdravlja, psihičkih smetnji i psihičke bolesti. Impulzivnost i nizak prag tolerancije na frustracije najčešće obilježavaju ponašanje adolescenata. Zašto je to tako? Odgovore na ovo pitanje možemo tražiti na više razina, naime, samopoštovanje je kod adolescenata veoma ranjivo i često ugroženo; osjećaj (ne)sigurnosti u velikoj mjeri ovisi o vanjskim faktorima; obrambeni sustav za reguliranje anksioznosti još uvijek nije dostatno istražen i primjereno

uvježban; a načine uspješnog savladavanja tenzija, kriza i smislenog rješavanja svakodnevnih konflikata adolescent tek treba naučiti.

Kao što je već rečeno, u dijagnosticiranju psihičkih smetnji cjelokupnog razvojnog perioda, pa tako i adolescencije moramo imati na umu zakonitosti adolescentnog psihološkog razvoja, čimbenike sredine u kojoj adolescent živi (emocionalne, kulturalne, ekonomske, socijalne), uvjete u kojima se prve psihičke smetnje pojavljuju, a isto tako i osobne, biološke i psihološke karakteristike svake individue. Dijagnostička procjena usmjerena samo na kliničku sliku uzrokuje najčešće ishitrene i pogrešne dijagnostičke procjene.

Sličnosti i razlike između adolescentnog i odraslog doba

Ponašanja adolescenata mogu sličiti psihopatološkim fenomenima i simptomima odrasle dobi, što se može vidjeti iz nekoliko slijednih primjera.

Ne rijetko se kod adolescenata mogu manifestirati različite nijanse *depresivnih raspoloženja*, kao i osjećaji utučenosti ili očaja, te napadaji plača i/ili pesimizma. U svojim kliničkim manifestacijama ove smetnje kod mladih mogu nalikovati depresivnim patološkim stanjima kod odraslih, nekada ove smetnje to i jesu, ali vrlo često ovi su znakovi u adolescenciji dio normalnog razvojnog procesa.

Adolescenciju obilježava *hiperaktivnost*, a neobično velike zalihe energije kod mladih impresioniraju okolinu. Adolescenti su skloni promjenama društava i prijatelja, doimlju socijalno „nezasiti“. Dok kod adolescenata ove pojave najčešće ne označavaju patologiju, opisani psihopatološki fenomeni kod odraslih najvjerojatnije upućuju na moguće hipomano ponašanje ili poremećaj;

Vrijeme adolescencije podrazumijeva potrebu za istraživanjima usmjerenih na sebe samog ali i na svijet koji ga okružuje. Stoga ne čude *duboka i dugotrajna razmišljanja o značajnim životnim pitanjima, o smislu življenja...* Adolescenti često traže odgovore u filozofskim djelima, provode noći budni uz različite književne tekstove. Ne tako rijetko sredina u kojoj adolescent živi izvještava o njegovoj sklonosti i potrebi za osamljivanjem i izolacijom, o slaboj komunikaciji s ukućanima. Opisana ponašanja mogu nalikovati na sliku početnog shizofrenog procesa, ali češće predstavljaju samo načine i pokušaje kojima adolescenti „istražuju“ sami sebe.

O patološkim poremećajima u adolescenciji govorimo onda kada opisane pojave i ponašanja postanu snažna, dugotrajna i kada duboko zadiru u ostale komponente psihičkog razvoja, na način da ga usporavaju ili pak sprječavaju. Drugim riječima, govorimo o psihopatologiji kada adolescenti postanu neuspješni na planu svakodnevnog, uobičajenog i za dob primjerenog funkcioniranja.

U adolescenciji se mogu pojaviti neke vrste psihičkih poremećaja koje susrećemo i u drugim životnim dobima. Sama adolescencija ne uzrokuje ove poremećaje, već ih svojim karakteristikama na poseban način „oboji“ i oblikuje. Povećani nutarnji i vanjski zahtjevi adolescentnog razvoja mogu utjecati na razvoj psihijatrijskih poremećaja. U adolescenciji su, snaga razvoja s jedne strane i nestabilnost razvoja s druge strane, čimbenici koji utječu na lakše ili teže svladavanje smetnji i /ili poremećaja, usporavanje ili ubrzavanje razvoja psihičkih poremećaja. Stoga je prognozu ishoda psihičkih smetnji i poremećaja u adolescenciji moguće sagledati tek nakon završenog razvojnog procesa.

Rizični čimbenici u djetinjstvu za razvoj psihijatrijskih poremećaja

Disfunkcionalnost razvoja tijekom djetinjstva najznačajniji je rizični faktor u nastanku psihičkih poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji. Čimbenici disfunkcionalnog razvoja jesu: traumatska iskustva u djetinjstvu, uskrata osjećaja sigurnosti, poremećena obiteljska dinamika i komunikacija, umanjeni osjećaji vlastite vrijednosti i nisko samopoštovanje.

Rizični čimbenici u adolescenciji za razvoj psihijatrijskih poremećaja

Dugotrajna ili kronična bolest, niži intelektualni kapaciteti ili pak organske bolesti mozga mogu biti rizični faktori za razvoj psihičkih poremećaja tijekom adolescencije. Nadalje, smanjeni kapaciteti za podnošenje tjeskobe, uskrata pozitivnih likova za identifikaciju, poteškoće na planu separacije i osamostaljivanja, osjećaji različitosti od vršnjaka ili pak nepripadanje vršnjačkoj skupini također predstavljaju značajne rizične čimbenike za razvoj nekog od psihijatrijskih poremećaja u adolescenciji.

Zaštitni čimbenici koji priječe razvoj psihičkih poremećaja u adolescenciji

Adolescent koji ima pozitivnu sliku o sebi, te svijest o vlastitim vrijednostima i sposobnostima, zdravo samopoštovanje, pri čemu je postigao primjereni stupanj samostalnosti sukladno svojoj aktualnoj dobi, koji posjeduje kapacitete za svladavanje svakodnevnih eustresnih događanja i sposobnost za prepoznavanje svojih i tuđih, i izražavanje vlastitih emocija posjeduje značajne osobine u svojoj ličnosti koje štite njegovo mentalno zdravlje. Nadalje, u zaštitne čimbenike svakako treba pribrojiti i kapacitete za komunikaciju i druženje, uključenost u pozitivnu vršnjačku skupinu, uspješno školovanje i dakako potporu obitelji i socijalnog okruženja.

KLINIČKI SINDROMI U DJETINJSTVU I ADOLESCENCIJI

Neki od psihopatoloških fenomena u djece i adolescenata manifestiraju se na karakterističan način samo u periodu razvoja i time su oni posve drugačiji u usporedbi s odraslima, ali treba istaknuti kako postoje psihopatološka stanja koja su zajednička i za razvojnu i za odraslu dob.

Psihopatološki fenomeni karakteristični za dječju i adolescentnu dob jesu: Mentalna retardacija, Poremećaji učenja (akademske vještine), Pervazivni razvojni poremećaji, Deficit pažnje i poremećaji s nasilničkim ponašanjem, Poremećaji hranjenja i uzimanja hrane u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu, Poremećaji eliminiranja, Anksiozni poremećaji zbog separacije, Poremećaji reaktivnog vezivanja u dojenačkom dobu ili ranom djetinjstvu.

Psihički poremećaji koji se manifestiraju u razvojnoj i u odrasloj dobi jesu: Poremećaji vezani uz stvari, Shizofrenija, Poremećaji raspoloženja, Anksiozni poremećaji, Poremećaji spolnog identiteta, Poremećaji uzimanja hrane (Anoreksija nervoza i Bulimija nervoza).

U tekstu koji slijedi biti će opisani neki od psihijatrijskih poremećaja koji se manifestiraju u djece i adolescenata. Poremećaji koji nisu specifični za dječju i adolescentnu dob opisani su u

poglavljima knjige koja se odnosi na psihopatologiju odraslih, a u ovom će poglavlju biti navedene samo neke specifičnosti koje proistječu iz razvojnog konteksta.

MENTALNA RETARDACIJA

Mentalna retardacija se definira kao značajno ispodprosječno intelektualno funkcioniranje (IQ 70 ili niži), praćeno značajnim ograničenjima adaptivnog funkcioniranja (sukladno kronološkoj dobi) na područjima: komuniciranja, brige o sebi, životu kod kuće, socijalnih/interpersonalnih vještina, uporabe zajedničkih sredstava, samousmjerenosti, funkcionalnih školskih/akademskih vještina, igre/rada, slobodnog vremena, zdravlja i sigurnosti.

POREMEĆAJI UČENJA

Poremećaji učenja i školskih vještina odnose se na poremećaje u čitanju, pismenom izražavanju i matematičkim vještinama. Sposobnosti djeteta značajno su niže od one koja se očekuje na temelju djetetove kronološke dobi i inteligencije.

Etiologija ovih poremećaja nije razjašnjena, mada se smatra da bi genetska predispozicija, perinatalne povrede, razna neurološka ili opće zdravstvena stanja mogla biti povezana s razvojem ovih poremećaja.

Poremećaji čitanja i pismenog izražavanja češći su u usporedbi s poremećajima učenja matematičkih vještina. *Disleksična* djeca (češće dječaci) kod čitanja miješaju određena slova (npr. b i d, ie i ei i sl), ili pomiču vokale u riječi. *Disortografija* se može manifestirati kao izolirana smetnja ili može biti kombinirana s disleksijom. Ova djeca najčešće griješe kod čitanja lektire, teško razlikuju rečenične elemente, konfuzni su u pojedinim dijelovima govora, pogrešno koriste riječi u rečenici i sl. Djeca s *disgrafijom* pokazuju poteškoće kod pisanja: najčešće nečitko pišu ili je kod njih tempo pisanja prespor.

Kod djece s ovim poremećajima značajno je na vrijeme prepoznati poremećaj i započeti liječenje. Slabije sposobnosti djece s ovim smetnjama uzrokuju lošija školska postignuća, te je veoma važno da se djeci s ovim smetnjama omogući primjeren oblik provjere znanja.

PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI

Skupini Pervazivnih razvojnih poremećaja pripadaju Autizam, Rettov sindrom, Aspergelov sindrom. Najčešći od navedenih je Autizam.

Autizam

Kanner 1943.g opisuje tri bitna obilježja autizma rane dječje dobi: izrazitu izolaciju i nesposobnost uspostavljanja odnosa s ljudima, potrebu za nepromjenljivošću i mutizam-govor koji nema ulogu komuniciranja.

Prvi susret s autističnim djetetom jasno pokazuje nepristupačnost ove djece. Izrazita izolacija i nesposobnost uspostavljanja odnosa s ljudima i patološka potreba za nepromjenljivošću do stereotipnog ponavljanja nekih aktivnosti (npr. zibanje naprijed-natrag tijekom većeg dijela dana; zahtijev za uzimanjem uvijek iste vrste hrane, na istom tanjuru, s istim priborom; igre bez maštovitosti, uvijek iste, stereotipne i ponavljajuće). Stupanj intenziteta ove potrebe

pokazuje rigidnost u ponašanju. Ukoliko se okolina promjeni autistična djeca reagiraju snažnom ljutnjom i panikom.

Osiromašenost govora koji nije u službi komunikacije ponekada može sličiti eholaliji, a fraze ili rečenice ne odgovaraju situaciji ili pak nemaju smisla. Ponekad govor izostaje. Neverbalno ponašanje (kontakt očima i geste) izostaju i oslikavaju oštećenja u socijalnim i emocionalnim odnosima.

Ovo su ujedno temeljni kriteriji za dijagnosticiranje autističnog poremećaja:

1. značajno oštećenje u socijalnim interakcijama;
2. teška oštećenja u komunikaciji i
3. ograničena, opetovana i stereotipna ponašanja i aktivnosti.

DEFICIT PAŽNJE I POREMEĆAJI S NASILNIČKIM PONAŠANJEM

Deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj

Djeca sa Poremećajem pažnje i hiperaktivnošću (*ADHD- Attention Deficit Hypercinetic Disorders*) opisuju se kao “teška djeca”, zbog njihovog ponašanja s nepažnjom (lako ih je omesti, imaju teškoća u praćenju uputa, često se prebacuju s jedne aktivnosti na drugu), pretjerane fizičke aktivnosti i impulzivnosti (djeluju prije nego razmisle, neprimjereno trče i penju se, vrpolje, teško im je čekati u redu ili čekati da na njih dođe red). Ovaj se poremećaj uočava od vrlo ranog djetinjstva, a ponekad perzistira i do odrasle dobi.

Glavna obilježja ADDH su nepažnja, impulzivnost i hiperaktivnost. Ova djeca imaju teškoća u održavanju pažnje na usmjerenim zadacima i aktivnostima, ali i tijekom igre.

Impulzivnost se manifestira na način da „djeluju prije nego što promisle“, suočena sa zadatkom djeca prihvaćaju prvo rješenje koje im padne na pamet, ne pokušavaju razmisliti. Hiperaktivnost je izraženija kod mlađe dobi i smanjuje se s odrastanjem.

U školskoj dobi jasno je vidljiv poremećaj pažnje i o tome najčešće izvješćuju učitelji. Javlja se neslaganje s drugim učenicima, učiteljima, roditeljima. Djeca s ADDH često dobivaju ukore, udaljava ih se sa nastave. Javljaju se i problemi u učenju - slabe ocjene, loši rezultati na testovima (praznine u naučenom sadržaju), slaba organiziranost, teškoće sa zadaćom. Akademska uspjeh se s vremenom pogoršava. Djeca s ADDH su često agresivna i prkosljiva, često se ozljeđuju. Djevojčice s ADHD manje su prkosljive, imaju manje poremećaja u ponašanju, veća intelektualna oštećenja i manje poremećaja pažnje.

Epidemiologija: prema istraživačima iz SAD 3-7%, čak 10% dječaka školske dobi boluje od ovog poremećaja, a prema nekim istraživačima čak 20%. U Velikoj Britaniji ovaj postotak je manji od 1%. Istraživači su suglasni da je među oboljelom djecom više dječaka. Rizik za pojavu bolesti veći je kod prvih rođaka.

Etiologija nije posve razjašnjena. Smatra se kako su značajni genetski čimbenici, traumatizmi glave i intrauterina oštećenja, kao i poremećaji u neurotransmiterskim sustavima.

U kliničkoj slici može dominirati poremećaj pažnje, hiperaktivnost i impulzivnost, ili pak svi navedeni simptomi. Poremećaj se obično manifestira prije 7. g života a ponekad i ranije (od 3 g, djeca su izuzetno osjetljiva na podražaje, malo spavaju).

U liječenju se kombiniraju stimulanasi CNS-a i bihevioralne tehnike. Liječenje je dugotrajno. Individualizirani planovi liječenja za svako dijete traže suradnju psihijatra, psihologa, učitelja, odgojitelja i roditelja.

Tijek i prognoza su varijabilni: oko polovice oboljele djece završavaju školu na vrijeme i imaju školski uspjeh konzistentan s obiteljskim okruženjem; oko 25% djece s ADDH ne završava školovanje i u odrasloj dobi zadovoljava kriterije za neku od psihijatrijskih bolesti (ovisnosti, depresivni poremećaji, suicidalnost, antisocijalni poremećaj ličnosti). Rijetko dolazi do remisije prije 12. g. (obično 12.-20.).

POREMEĆAJ OPHODENJA

Poremećaj ophođenja pretstavlja permanentan model antisocijalnog ponašanja djeteta/adolescenta koje opetovano ruši socijalne norme i pokazuje agresivne ispade veoma uznemiravajuće za okolinu. Ovaj je poremećaj najčešći u psihijatriji dječje i adolescentne dobi posvuda u svijetu i najčešći razlog traženja psihijatrijske pomoći. Veliki postotak djece i adolescenata sa poremećajima ophođenja izrasta u osobe koje u odrasloj dobi pokazuju ozbiljne poremećaje ličnosti - antisocijalno ponašanje i koje žive veoma destruktivnim životnim stilom.

Dijagnostički kriteriji za ovaj poremećaj jesu: opetovani i stalni modeli ponašanja kod kojih su povrijeđena prava drugih ili su prekršene socijalne norme i/ili pravila koja odgovaraju dobi djeteta (npr. tučnjava, uporaba oružja, krađa, podmetanje požara, bježanje iz škole itd.).

U dijagnostičkoj procjeni treba imati na umu dob u kojoj se simptomi pojavljuju, razinu ozbiljnosti i učestalosti opisanih simptoma, prirodu smetnji i okruženje u kojemu se manifestiraju, trajnost simptoma u vremenu i moguće negativne učinke traumatizma i/ili pogoršanih socijalnih čimbenika na dijete/adolescenta.

Manifestacija ponašanja ovisi o dobi djeteta i spolu:

U dobi 3.-7. godine djeca „generalno“ prkose svim zahtjevima i željama odraslih, ne poštuju upute i pravila, ljutiti su u nastupu, često zlovoljni, fizički agresivni prema drugima, osobito braći, sestrama i vršnjacima, ruše pravila, ismijavaju, omalovažavaju i provociraju druge.

Djeca u dobi 8.-11. godine, uz gore navedene simptome proširuju „repertoar“ ponašanja jer su u ovoj dobi starija, jača i provode više vremena izvan kuće. Krađu tuđe stvari, ruše pravila, fizički napadaju, zlostavljaju drugu djecu, okrutno se ponašaju prema životinjama i podmetaju požare. Stoga njihovo ponašanje uključuje i brojne laži o njihovim aktivnostima, pri čemu se zaklinju kako govore istinu.

U adolescenciji, 12.-17. godine, pridružuju se i drugi oblici antisocijalnog ponašanja: okrutnost i ozlijeđivanje drugih ljudi, nasrtaji i razbojstvo, vandalizam, provale u kuće, krađe

automobila, vožnje automobila bez dopuštenja i vozačke dozvole, bježanje od kuće, markiranje iz škole, uporaba droga.

Djeca koja pokazuju smetnje ponašanja u ranoj dobi ne manifestiraju sve navedene oblike poremećaja ponašanja kako odrastaju. Oko polovice djece sa smetnjama ponašanja u ranoj dobi u slijedećoj razvojnoj dobi pokazuje opisane simptome, a polovica od njih pak u adolescenciji.

Dječaci češće pokazuju opisane simptome od djevojčica.

Prevalencija poremećaja u predškolskoj dobi iznosi 4-9%, u školskoj dobi 6-12%, a u adolescenciji 15%.

U etiološke čimbenike pribrajaju se naslijeđe, disfunkcionalnost obitelji (zanemarivanje djetetovih potreba, pozitivan psihijatrijski hereditet, kriminalno ponašanje očeva, fizičko i seksualno zlostavljanje itd.)

U terapijskom procesu treba se usmjeriti na korekciju roditeljskog stila i obiteljskog funkcioniranja, djetetove interpersonalne relacije i vršnjačke relacije, poteškoće u školi kao i uporabu medikacije u slučaju pojačane hiperaktivnosti.

Poremećaj s prkošenjem i suprostavljanjem

Poremećaj sa prkošenjem i suprostavljanjem naziva se još i negativizam i neposluh i označava namjeran neposluh na zahtjeve roditelja, njihove upute i zabrane. Istraživanja su pokazala da se ova djeca na brojne načine razlikuju od zdravih vršnjaka, imaju više problema u odnosima s vršnjacima, te braćom i sestrama, rođeni su u obiteljima u kojima su češći psihopatološki fenomeni kod roditelja, bračne nesuglasice i opći poremećaji u funkcioniranju obitelji.

Karakteristično ponašanje prkošenja i suprostavljanja može biti u rasponu od povremenih, koji se izražavaju kroz jedan simptom (npr. lako gubi živce, svađa se s odraslima i odbija njihove zahtjeve, namjerno ometa druge ljude, laže i prijeti) pa sve do poremećaja karaktera s generaliziranim suprostavljanjem. Poremećaj se proteže kroz cijelo razdoblje od doba trčkarala pa sve do adolescencije.

Poremećaj je često u komorbiditetu s drugim psihopatološkim fenomenima (agresivnim, antisocijalnim poremećajem ophođenja, teškoćama učenja i mentalnom retardacijom).

POREMEĆAJ HRANJENJA U DJECE

Kao odrasle osobe, većina nas neće jedenje smatrati emocionalno važnim događajem. Značenje gladi i hranjenja u životu dojenčeta i trčkarala veoma je značajno i ono predstavlja međuigru somatskih, psihičkih i intimnih interpersonalnih odnosa. Psihološka napetost i rasterećenje od ove napetosti predstavljaju visoko nabijena iskustva ranog dojenačkog doba. Prvi ego, kako drže psihoanalitičari, jest tjelesni ego: prvi nejasan osjećaj sebe kao dobrog ili lošeg ovisi o odnosu ugone odnosno neugode koja proizilazi iz tijela. Slično tome, prvi

doživljaj prisnosti kao ugodne i pouzdane ili pogubne i nepouzdanosti ovisi o ugodnosti i pouzdanosti oslobađanja od fiziološke napetosti i pojačavanja fiziološke ugone.

Poremećaji hranjenja u dojenačkoj dobi

Prema kliničkim opažanjima Anne Freud jedan od najranijih konflikata između dojenčeta i majke (ili osobe koja njeguje) jest hranjenje. Dojenčad imaju „prirodno“ snažan, promjenljiv poriv za određenom hranom i razlikuju se po količini hrane koja im je potrebna kako bi zadovoljila glad po svakom pojedinom obroku. Ova raznolikost daleko je veća od „skrbnikovih“ shvaćanja kako dojenče treba dobiti određenu količinu hrane i uravnoteženu prehranu. Nepredvidiva priroda gladi kod dojenčeta također je u suprotnosti s potrebom odraslih za pravilnostima i ometa druge aktivnosti kojima se odrasla osoba posvećuje. Određeni stupanj nesuglasja između dojenčeta i majke zbog toga je neminovan i, po bilješkama A. Freud, normalan. Ako je majka prihvatljivo osjetljiva i fleksibilna, a dojenče prihvatljivo prilagodljivo, oni se mogu međusobno prilagoditi. No, mnoge stvari mogu krenuti krivim putem. Majka može biti neosjetljiva, depresivna, nedosljedna, zanemarivati dijete, biti opterećena realnim problemima. Dojenče pak, po svome temperamentu može biti nepredvidivo, preosjetljivo na stres ili ga je teško zabaviti ili pak, dojenče može davati ponašajne znakove koji su nedostadni, teško ih je razlikovati ili ih je teško prepoznati. Zbog toga se dojenčad često nalaze u stanju velikoga stresa. Napominjemo da u ovom stadiju dojenče reagira neposredno na svoju majku jer njezino ponašanje izravno djeluje na njega budući da ono još nije stvorilo mentalnu reprezentaciju koja se može zadržati u njezinoj odsutnosti.

Reakcije dojenčadi na poteškoće u prehrani su primitivne: plač, povraćanje, nemodulirani bijes, odbijanje hrane, apatično povlačenje (u toj dobi još nisu razvijene obrane i socijalno usklađeni mehanizmi prilagodbe).

Trčkarala i predškolska dob

Na temelju kliničkih promatranja KANNER (1977) procjenjuje da jedna četvrtina trčkarala i djece predškolske dobi ima teškoće s hranjenjem, obično ne jede dovoljno, jede presporo, probirljivo je ili jede hranu koja je sa stajališta majke po hranljivim svojstvima neodgovarajuća.

Kanner drži kako je većina ovih problema prouzročena od strane roditelja koji se rigidno trude da provedu „ispravnu prehranu“ ili su opsesivni i nasilno prezaštitnički.

Trčkarala pak, sa svoje strane mogu reagirati na mnogo načina. Najjednostavniji način je kada drže čvrsto stisnuta usta i povraćaju, ili se tuže na bolove u trbuhu. Mnogo je sofisticiraniji oblik kada jedu veoma polagano ili su izbirljivi. Oni najmanipulativniji koriste hranjenje kako bi zaokupili pažnju roditelja i dominirali njima, na primjer upornošću da se određena hrana priprema na određeni način ili pak namjernim izazivanjem i uznemiravanjem roditelja.

Na temelju svojih istraživanja BIRCH (1990) gleda na izbor hrane kao na međudnos između intrinzičnih fizioloških čimbenika (glad i sitost), kao i pozitivnih i negativnih posljedica

uzimanja određenih tvari, te ekstrinzičnih, socijalnih čimbenika najčešće povezanih uz roditelja koji socijalizira dijete s druge strane. Socijalni čimbenici, a osobito afekt koji se stvara socijalnim kontekstom hranjenja, djeluje procesima klasičnog uvjetovanja, oponašanja i djetetova stjecanja podataka o prihvatljivoj ili neprihvatljivoj hrani. Postoje dokazi kako unutarnji čimbenici mogu predstavljati korisne vodiče za uzimanje hrane (npr. trčkarala jedu više nakon obroka niskokalorične hrane nego nakon obroka visokokalorične hrane). No, Birchovo istraživanje pokazalo je kako su vanjski čimbenici mnogo snažniji u predškolskoj dobi: Birch zaključuje da uvođenje stroge vanjske kontrole može spriječiti razvoj odgovarajuće unutarnje kontrole. Ovaj zaključak je značajan jer, jedan od čimbenika uključenih u pitanja gojaznosti i anoreksije nervoze, jest i smanjena reagibilnost na unutarnje pokretače što se tiče gladi i sitosti.

Školska dob i adolescencija

Tijekom normalnog razvoja utvrđena su dva dobna razdoblja kada je izbirljivost u hrani najizraženija: između 1. i 6. godine, kada 30-40% djece pokazuje ovaj problem, te ponovno oko 12.godine života, kada se problem izbirljivosti u hrani može naći u oko 20% djece. (Berkeleyeva istraživanja rasta).

Za prvo, rano razdoblje izbirljivosti karakteristično je da izbirljivci uglavnom dolaze iz nesložnih obitelji u kojima postoje konflikti i napetosti između roditelja. Pojačana izbirljivost nije bila povezana s različitim čimbenicima ličnosti.

Kod 12-godišnjih dječaka, upravo je suprotno: izbirljivost je bila povezana s razdražljivošću, pretjeranom ovisnošću, traženjem pažnje, izljevima bijesa, laganjem i lošim apetitom, dok je kod djevojčica izbirljivost je bila povezana jedino s nedovoljnim apetitom. Autori naglašavaju kako kod 12-togodišnjih dječaka postoji snažan konflikt oko ovisnosti o majkama: istovremeno postoji snažna želja dječaka za raskidanjem ove veze i dokazavanjem vlastite muškosti i nedostatna sigurnost u pokušaju realizacije iste želje. Uslijed navedenog njihovo ponašanje oscilira od „vješanja za majku“ do srditog odbijanja. Općenito govoreći rezultati navedenog istraživanja pokazuju značajne spolne razlike po interpersonalnim čimbenicima, ali isto tako, što je još značajnije, upućuje na zaključak kako isto problematično ponašanje može imati različito značenje, ovisno o razvojnom stadiju djeteta.

Gojaznost

Gojaznost se definira kao prevelika tjelesna težina, ili točnije govorimo o gojaznosti kada je tjelesna težina za 20% veća od normalne za visinu. Od 5 do 10% predškolske djece je gojazno. U školskoj dobi postotak gojazne djece raste na 9,2% a u adolescenciji na 14,8%. Gojaznost ima sklonost trajanju, „ne prerasta se“. Što je dijete starije, to je čvršća povezanost gojaznosti djeteta s pretjeranom tjelesnom težinom u odrasloj dobi. Svega 35% gojaznih petogodišnjaka imat će normalnu težinu u dobi od 15 godina. Čak 80% gojaznih trinaestogodišnjaka biti će gojazne odrasle osobe, dok je vjerojatnost da će gojazan adolescent postati gojazna odrasla osoba 28:1.

Gojazna djeca imaju veće rizike za brojne tjelesne i psihološke teškoće (ortopedski problemi, kardiovaskularne bolesti, povišeni krvni tlak itd.).

Za gojaznu djecu obično se navodi kako imaju nisko samopoštovanje i lošu sliku o sebi, te kako su depresivna. Postoje dokazi kako vršnjaci na pretilnost gledaju negativnije nego na tjelesne hendikepe, a s pravom je za pretpostaviti kako zadirkivanje i socijalna izolacija u većoj mjeri pridonose problemima gojazne djece.

Gojaznost može biti posljedica velikog broja čimbenika: organski kontekst (oko 10%); tjelesne bolesti (hipotiroidizam, Klinefelterov sindrom); biološka homeostaza (gojazna djeca imaju „razinu podešenosti“ na višim vrijednostima u usporedbi s negojaznom djecom); interpersonalni kontekst (u dojenačkoj dobi gojaznost može biti „prouzročena majkama“ koje pretjerano hrane djecu); traumatska separacija od primarnog skrbnika ili teške promjene u obitelji u kojoj su djetetove potrebe zanemarene ili pogrešno shvaćene.

Teoretičari socijalnog učenja naglašavaju iznimnu ulogu koju imaju gojazni roditelji u potkrepljivanju gojaznosti kao modeli za ponašanje vezano uz jelo. Veliki broj razvojnih konflikata leži u podlozi gojaznosti, ali samo određeno dijete „odabire“ prejedanje a ne neke druge oblike promijenjenog ponašanja. Dojenče uči razlikovati svoje unutarnje porive i raspoloženja prema reakcijama majke koja ga njeguje. Brižna majka je uvijek spremna reagirati na poticaje dojenčeta. Ona uči kako protumačiti njegovo ponašanje: „plač kada je gladno, plač kada je samo nervozno, kada treba odspavati, ili kada je jako ljuto“ itd. Ukoliko majka reagira na odgovarajući način dojenče uči razlikovati svoja unutarnja stanja.

No, pretpostavimo da majka sve djetetove smetnje prepozna kao glad. Možda je previše popustljiva, možda ne može podnijeti negativne afekte, možda „odbacuje“ dijete i stavlja mu bočicu u usta nadajući se da će se dojenče umiriti i prestati je uznemiravati. Kad verbalni izrazi uđu u razvojnu sliku, ove majke nastavljaju svoj obrazac reagiranja na sve smetnje jednakim: „Ono je gladno“. Posljedično tome, dijete neće naučiti razlikovati svoja unutrašnja stanja, i različite će potrebe i raspoloženja smatrati glađu. Umjesto da je srdito ili mu je dosadno, ili je uplašeno ili seksualno uzbuđeno, dijete osjeća glad i jede. Self se osiromašuje na sličan način. Umjesto učenja: „Ja sam osoba koja doživljava različite osjećaje, potrebe i raspoloženja“, dojenče uči: „Ja sam osoba koja je gladna“. Kako self osiromašuje, tako trpi i inicijativa. Namećući svoja tumačenja i ustrajući na njima majka uskraćuje djetetu mogućnost i želju za istraživanjem i neovisnim eksperimentiranjem.

Premda ova djeca mogu dobro naučiti tehnike kako „mučiti svoju majku i svoju obitelj“, osjećaju se bespomoćnima u susretu s razvojnim zahtjevima izvan obiteljskog kruga. Najčešće, oni provode dan sjedeći, izbjegavajući asertivno ponašanje, natjecateljske i agresivne aktivnosti koje zahtijevaju uključivanje motorike. Ustvari, u nastanku gojaznosti tjelesna se neaktivnost čini jednako važnom kao i unos hrane.

Otac također doprinosi djetetovim teškoćama, jer je povremeno pasivno podložan svojoj ženi, a povremeno veoma zahtijevan u odnosu na dijete od kojega očekuje određeni izgled, ponašanje i postizanje ciljeva koji su u skladu s njegovim (očevim) standardima. Stoga oba roditelja, svaki na svoj način, nameću vlastite potrebe i vlastite slike djetetu.

Zaključno govoreći, difuzna slika o svome tijelu i sebi, uz sputan osjećaj vlastitih sposobnosti predstavljaju psihološka stanja koja leže u podlozi razvojne gojaznosti.

POREMEĆAJI ELIMINIRANJA: ENUREZA I ENKOPREZA

Ukoliko dijete nije sposobno voljno kontrolirati mokrenje govorimo o enurezi (u dobi kada to nije normalno za mentalnu dob prema ICD-10, a nakon 5 godine života prema DSM-IV.). Kada dijete nije sposobno voljno kontrolirati izbacivanje fecesa govorimo o enkomprezi (u dobi kada to nije normalno za mentalnu dob prema ICD-10, a nakon 4 godine života prema DSM-IV.). Enureza je češća smetnja kontrole sfinktera od enkompreze. Ovi poremećaji mogu biti primarni – kada dijete nikada nije uspostavilo kontrolu sfinktera ili sekundarno – kada je nakon perioda uspostave kontrole ponovno došlo do njezina gubitka. Poremećaji su češći po noći (noćna enureza), mada se mogu javiti i samo po danu (izolirana dnevna enureza) ili pak u kombiniranom dnevno-noćnom obliku.

Kod većine djece s enurezom smetnje se javljaju svake noći. U obiteljskoj anamnezi češća je učestalost enureze i u drugih članova obitelji.

Oko 10% djece školske dobi (5-16g) se pomokri u krevet gotovo svake noći, prevalencija se smanjuje s godinama. Spontano povlačenje smetnji je 16% (5.-19.g) a 3% djece nastavlja mokriti u krevet u odraslo doba. Češća je u dječaka. Oko 85% sve djece s enurezom ima primarnu enurezu.

Enkompreza zahvaća između 1 i 7,5% opće pedijatrijske populacije. 4-5 puta je češća u dječaka i prevalencija opada s vremenom. Oko 30% enkompretične djece je i enuretično.

Etiologija enureze može se tražiti u interakciji između fizioloških i psiholoških čimbenika koji uključuju obiteljsku povijest, dječje traumatizme, zastoje i poteškoće u tjelesnom i emocionalnom razvoju.

Etiologija enkompreze rezultira međudjelovanjem bioloških i emocionalnih čimbenika, kao i „treninga“ učenja na čistoću. U ove je djece često prisutna kronična konstipacija.

U liječenju se primjenjuju medikamenti i bioheviornalne psihoterapijske tehnike. Do 6. g djeteta primjenjuje se terapija igrom, a nakon 6. g može se primijeniti scensko-analitička psihoterapija.

ANKSIOZNI POREMEĆAJI

Za djecu su specifične dvije skupine anksioznih poremećaja: anksiozni poremećaji zbog separacije (odvajanja) i poremećaj s pretjeranom anksioznošću.

Kategorije koje su zajedničke djeci i odraslima jesu fobični poremećaji, opsesivno-kompulsivni poremećaji, panični poremećaji, posttraumatski stresni poremećaji.

U skupini fobija treba izdvojiti školsku fobiju koja je specifična za dječju dob.

Anksiozni poremećaji zbog separacije

Djeca s separacionom anksioznošću pretjerano su anksiozna i zabrinuta u situacijama kada se trebaju odvojiti (npr. odlazak na spavanje) od osobe na koje je dijete vezano (najčešće majka) i pokazuju veliki strah i zabrinutost da bi se toj osobi nešto loše moglo dogoditi.

Školska fobija

Školska fobija ili odbijanje škole, definira se kao iracionalna prestravljenost nekim aspektima školskih okolnosti, ili strahom od separacije od roditelja, popraćena anksioznošću do razine panike do mjere djelomične ili potpune nemogućnosti odlaska u školu. Neke aspekte školskih okolnosti djeca koja boluju od školske fobije tumače strahom od ismijavanja od strane drugih učenika ili strahom od neuspjeha u školi.

Što se tiče straha od separacije od roditelja djeca sa školskom fobijom na nesvjesnoj razini osjećaju strah kako bi se roditeljima nešto moglo dogoditi u njihovoj odsutnosti.

Okolo 0,4-1,5% opće populacije manifestira ovaj poremećaj u školskoj dobi. Najčešći precipitirajući događaji jesu promjena škole, bolest ili smrt roditelja, ostanak kod kuće zbog bolesti ili ozljede.

POREMEĆAJI VEZANI UZ TVARI

Poremećaji vezani uz stvari (Ovisnost i zloraba) opisani su u poglavlju koji se odnosi na odrasle.

Ovdje bi trebalo naglasiti kako je u adolescenciji veoma često eksperimentiranje s brojnim sredstvima ovisnosti koji ne znače ovisnost. U adolescenciji se uslijed znatiželje i traženja novih iskustava, ali i pojačane tjeskobe i nesigurnosti, niskog samopoštovanja i sniženog raspoloženja često događaju „izleti“ u eksperimente s drogama koji daju naizgled „brza“ rješenja. Osobito se ovakva ponašanja češće viđaju u onih adolescenata kod kojih je superego slabije strukturiran, obitelj iz koje ovakav adolescent dolazi obično je disfunkcionalna, a odnosi s vršnjacima površni i nezadovoljavajući.

SHIZOFRENIJA

Dob početka shizofrenije najčešće pripada adolescentnom periodu. Postupak dijagnosticiranja shizofrenije opisan je u poglavlju o shizofrenijama, ali treba naglasiti da su fenomeni derealizacije i depersonalizacije, karakteristični simptomi shizofrenije, nerijetko prisutni i u adolescenciji kao prolazni i privremeni. Oni ne označavaju shizofreni proces, već su dio procesa odrastanja i sazrijevanja. Poteškoće na planu diferencijalne dijagnostike između shizofrenog procesa i prolaznog prepsihotičnog ili pseudopsihotičnog stanja u adolescenciji nisu rijetke i one zahtijevaju ozbiljnu kliničku prosudbu.

POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA: DEPRESIJA U DJECE I ADOLESCENATA

O depresivnim poremećajima djece i adolescenata daleko se manje govori, mada su ovi poremećaji u djece vrlo slični depresivnim poremećajima u odraslih uz nekoliko iznimaka. Naime, umjesto depresivnog raspoloženja djeca će vjerojatnije pokazivati razdražljivo raspoloženje. Odrasli najčešće u ničemu ne uživaju kada su depresivni, dok će djeca uživati u nekim aktivnostima i kada su depresivna.

Kod depresivne djece i depresivnih adolescenata često se nalazi barem još jedna komorbidna psihijatrijska dijagnoza (npr. anksiozni poremećaj, ADHD, poremećaji jedenja, opsesivno kompulzivni poremećaji, autizam).

Povećani rizik za poboljšanje od depresije imaju djeca koja boluju od kroničnih bolesti (npr. astma, dijabetes, epilepsija itd.), djeca koja boluju od neuroloških bolesti (jer se radi o poremećaju istih neurotransmitera).

U obitelji depresivne djece i depresivnih adolescenata u anamnezi češće nalazimo izloženost negativnim životnim događajima (npr. zanemarivanje, zlostavljanje, brojni aspekti disfunkcionalnosti u obitelji, psihijatrijske bolesti roditelja i sl.).

Epidemiološki podaci pokazuju da oko 3 na 1000 predškolske djece, 1-2% djece u nižim razredima osnovne škole i 3-4 % djece u završnim razredima osnovne i početkom srednje škole imaju veliki depresivni poremećaj. Smatra se da oko 3.3 % djece i adolescenata imaju distimiju, a oko 3-4 % djece ima sezonski afektivni poremećaj.

Što se tiče etioloških čimbenika, depresija kod djece može biti uzrokovana genetskim čimbenicima, okolinskim čimbenicima, ili pak događajima koji se zbivaju u tijelu djeteta ili adolescenta. Smatra se da navedeni čimbenici djeluju najčešće pridruženo.

Djeca mogu reagirati na probleme u svojoj okolini (obitelj, škola) pojavom depresivnih simptoma. Najčešći okolinski čimbenici jesu zlostavljanje i zanemarivanje, siromaštvo, različiti aspekti disfunkcionalne obitelji (npr. kaotična obitelj, obitelj u kojoj je roditelj često odsutan ili nedosljedan, obitelji koje se često sele, gubitak roditelja) česte promjene školske sredine i sl. O jednom ili više stresnih događaja u proteklih godinu dana češće izvještavaju djeca koja boluju od depresije.

Neke depresivne epizode kod djece traju kratko i „prolaze same po sebi“. Međutim, ukoliko depresija potraje ili ima tendenciju ponavljanja tada značajno oštećuje psihološko sazrijevanje i razvoj djeteta, a posljedično i njegovo društveno i školsko funkcioniranje. Stoga je veoma važno na vrijeme prepoznati i liječiti depresiju kod djece i adolescenata.

Za dijagnosticiranje klinički značajne depresije (*veliki depresivni poremećaj*) primijenjuju se iste dijagnostičke smjernice kao kod odraslih.

Kliničke slike depresije u djece i adolescenata:

Depresivni poremećaj: dijete koje je do tada bilo neupadno iznenada postaje tužno, neraspoloženo, razdražljivo, ima problema sa spavanjem – ili teško usni, ili se često budi tijekom noći, ili uopće ne može spavati. Slabijeg je apetita, tuži se kako nema snage, strah ga je svega, misli kako je život prazan i beznadan, teško se koncentrira, ne druži se sa vršnjacima.

Distimija: djeca i adolescenti koji boluju od ovog poremećaja navode kako su već tako dugo tužna i bezvoljna, da se teško mogu prisjetiti da li ikada bila drugačije raspoložena. Okolina obično smatra da su neraspoloženje i tuga dijelovi djetetove osobnosti. Tipično su razdražljivi, teško im je udovoljiti, skoro su uvijek i sa svime nezadovoljni. Obično imaju manje problema sa spavanjem i tekom nego djeca s velikom depresijom.

Psihotična depresija se rjeđe manifestira kod djece i tada ima obilježja psihotične depresije odraslih.

Bipolarna depresija i Sezonski afektivni poremećaj u djece i adolescenata imaju obilježja kao i kod odraslih. Sezonski afektivni poremećaj zbog vremena pojavljivanja utječe na uspjeh djece u školi jer se razvija u doba intenzivnog učenja, a najčešće se ne prepoznaje.

Komorbidna depresija označava depresivni poremećaj udružen s drugim psihijatrijskim ili neuropsihijatrijskim poremećajem (poremećaj ponašanja ili opozicijsko prkosni poremećaj, anksiozni poremećaj, poremećaj deficita pažnje i sl.)

Češće djeca, ali i adolescenti mogu pokazivati **psihosomatske smetnje** u čijoj se podlozi krije depresivnost (npr. glavobolja je čest fizički simptomi u depresiji, osobito kod djevojčica).

Neliječena depresija može dovesti do neuspjeha u školi, štetne uporabe sredstava ovisnosti i suicida.

Sindrom **školskog neuspjeha** mnogo je više od loših ocjena u školi. Nerijetko se ispod manifestnog školskog neuspjeha kriju kompleksni problemi odrastanja, obiteljske disfunkcionalnosti i nerijetko depresivnost.

Suicidalnost je svakako najteža komplikacija depresivnih poremećaja u djece i adolescenata. Svako suicidalno ponašanje kod mladih zahtjeva ozbiljnu pozornost i kliničku procjenu. Ponekada je suicidalno ponašanje manipulativnog karaktera, što je rjeđe, a najčešće se radi o “pozivu u pomoć”.

Rizik za suicidalnost raste s godinama djeteta. Prema statističkim podacima iz SAD on iznosi 1-2 za djecu u dobi do 15 godina, a oko 11 u adolescenciji (15-19 godine). Suicid je četvrti uzrok smrti u dobi 10-14 godina i treći uzrok smrti američkih adolescenata u dobi 15-19 godina.

Niža stopa suicida u grupi mlađe djece tumači se izostankom zloupotrebe sredstava ovisnosti, ne posjedovanjem oružja i izostankom problema odnosa. Na načine izvršavanja suicida u djece utječu kronološka dob i dostupnost letalnog sredstva.

Obiteljska povijest suicidalnog ponašanja i lake dostupnosti oružja također povisuju rizik za suicid kod mladih. Velika većina djece i adolescenata koji pokušavaju suicid (skoro 90%) boluje od nekog psihijatrijskog poremećaja, a više od 75% mladih obratilo se psihijatru za pomoć tijekom godine koja je prethodila pokušaju suicida ili suicidu.

Navedeni podaci pokazuju koliko je značajna temeljita procjena rizika od suicida kod mladih. Ponajprije, s najvećom ozbiljnošću treba shvatiti svako dijete ili adolescenta koje ima suicidalne misli ili se ponaša suicidalno. Prijeko je potreban iskren razgovor između mlade osobe i roditelja. Nužna je stručna psihijatrijska procjena, jer, kao što je već rečeno, većina djece i adolescenata sa suicidalnim razmišljanjima ili pokušajima samoubojstva ima najmanje jedan, a nekada i više psihijatrijskih poremećaja koje je potrebno identificirati i liječiti.

OPĆI PRINCIPI LIJEČENJA PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA DJECE I ADOLESCENATA

U liječenju djece i adolescenata koristimo psihoterapijsko i medikamentozno liječenje, a veoma često i kombinaciju medikamentoznog i psihoterapijskog tretmana.

U općem dijelu je rečeno kako poznavanje normalnog psihološkog razvoja djece i adolescenata neophodan preduvjet za dijagnosticiranje poremećaja. Uz navedeno treba naglasiti kako su temeljna znanja o razvojnim procesima veoma važan preduvjet za liječenje i tretman djece i adolescenata.

Medikamentozno liječenje podrazumijeva uporabu psihoaktivnih lijekova prema farmakološkim principima njihove primjene u djece i adolescenata. Treba naglasiti kako je odabir lijeka veoma delikatan zadatak s obzirom na procese rasta, razvoja i sazrijevanja djeteta i adolescenta, kako tjelesnog tako i psihološkog.

Psihoterapijski principi liječenja djece i adolescenata imaju svoje specifičnosti u odnosu na psihoterapijske intervencije i tretmane u odraslih.

Psihoterapijsko liječenje djece, bez obzira kojem se terapijskom konceptu priklonili, uključuje igru, koja je nužan element zdravog razvoja.

Terapijski koncepti psihoterapijskog liječenja djece oslanjaju se na učenja Anne Freud i Melani Klein. Naime, u terapiji djece nema pravog transfera jer dijete nije spremno poduzeti novi način emocionalnih odnosa jer su "stari odnosi" još uvijek aktualni. Stoga terapeut, od djece, mora biti doživljen kao odrasla osoba, treba imati ulogu posrednika između djeteta i njegovih roditelja i mora zadržati strogu neutralnost. Djetetu treba omogućiti izražavanje vlastite patnje bez straha, pokazivanje vlastite agresivnosti na simboličan način što će tijekom terapije dovesti do postupne redukcije anksioznosti.

Cilj psihoterapije djece je modifikacija superega kroz igru. Igra djetetu omogućava izražavanje emocija a terapeutu razumijevanje emocionalnog konflikta. U psihoterapiji djece veoma je važno respektirati djetetov odnos prema roditeljima.

Psihoterapija djece može se provoditi putem likovne terapije i terapije s materijalima (modeliranje, igračke, posude s vodom, pijeskom itd.). Dijete daje "materijal" za analizu i interpretaciju kroz crtež i modeliranje, čime se može doprijeti do nesvjesnih djetetovih reprezentacija usmjerenih prema njegovim roditeljima i njegovom vlastitom tijelu.

Igrom dijete na simboličan način pokazuje svoje fantazme, svoje želje i doživljava iskustva, pri čemu nema osjećaj da njegova igra reflektira autentične osobne situacije. U igri dijete koristi arhaični način ekspresije, jezik koji nam je poznat iz snova. Igra je, kao i san, kraljevski put u nesvjesno. Kada dijete napusti ekspresiju pomoću igre, i zamijeni je verbalnom, kreće ka putu svoje socijalizacije.

Psihoterapijsko liječenje adolescenata uključuje individualne i grupne psihoterapijske tehnike. Principi grupnog psihoterapijskog rada posebno su značajni za adolescente, jer je

grupa vršnjaka nužan element zdravog razvoja. U grupnom radu s adolescentima mogu se primjenjivati različite grupne terapijske tehnike (sociogrupa, art-terapija, psihodrama, mala grupa, terapijska zajednica).

Parcijalna hospitalizacija u adolescenata (Dnevna bolnica) osobito je pogodan terapijski okvir za ovu dobnu skupinu. Na ovaj se način adolescentima pruža sveobuhvatna psihoterapijska pomoć, u relativno kratkom vremenskom periodu, a da pri tome ne gube relacije s svojom prirodnom okolinom (obitelj, škola/studij, prijatelji).

Reference

1. Achenbach TM, McConaughy SH. Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology. London; SAGE Publications; 1997.
2. Andreasen NC, Black DW. Introductory Textbook of Psychiatry. 3th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2001.
3. Bloss P. The Adolescent Passage; New York, International Universities Press, 1979.
4. Carr A. The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. London – New York: Routledge, 1999.
5. Freud A: Normality and Pathology in Childhood, New York, International Universities Press, 1965.
6. Freud, A., The ego and the mechanisms of defense. New York, International Universities Press, 1936.
7. Freud, S., The ego and the id. In: J Strachey (Eds): The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, London, Hogart Press, 1961.
8. Hartman. H., Kris, E., Loewenstein, R.M., Papers on psychoanalytic psychology. Psychological issues, Monograph 14. New York, International Universities Press, 1964.
9. Klain E. i sur: Psihološka medicina, Zagreb, Golden Marketing, 1999.
10. Lewis M. Child and Adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook, 3th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2002.
11. Loevinger, J., Ego development. San Francisco, Jossey-Bass, 1976.
12. Moro Lj, Frančišković T. i sur: Psihijatrija udžbenik za više zdravstvene studije; Rijeka: Glosa, 2004.
13. Nikolić S, Marangunić M. i sur.: Dječja i adolescentna psihijatrija Zagreb, Školska knjiga, 2004.
14. Nikolić S: Psihijatrija dječje i adolescentne dobi, Zagreb, Školska knjiga, 1982.
15. Rudan, V., Adolescencija. U: Klain E i sur.: Psihološka medicina. Zagreb Golden marketing, 1999.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2003
17. Tomori M: Normalnost u adolescenciji, Avalske sveske 1979. 2: 95-103.
18. Vidović V: Anoreksija i bulimija, Zagreb, Psiha, 1998.
19. Wenar C. Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije; Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
20. Winnicott D.W: Dijete, obitelj i vanjski svijet, Zagreb, Naprijed, 1980.