

OPĆA PSIHOSOMATIKA U DJEČJOJ I ADOLESCENTNOJ DOBI

GENERAL PSYCHOSOMATICS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

IVAN BEGOVAC, ANA VOTAVA-RAIĆ*

Deskriptori: Psihosomatski poremećaji – psihologija, dijagnostika, liječenje; Psihijatrija dječje dobi; Psihijatrija adolescentne dobi

Sažetak. Cilj ovog rada je dati pregled suvremenih saznanja iz područja psihosomatike dječje i adolescentne dobi koristeći se standardnim udžbenicima i časopisima. Podaci su birani po svojoj važnosti i preglednosti za klinički rad i znanstveno istraživanje. Psihosomatika se može definirati kao medicina međusobnih veza u najširem smislu riječi. Čini se da u etiologiji i patogenezi sudjeluju čimbenici biopsihosocijalnog područja odnosno složeni genski, razvojni, psihodinamski, neuroanatomski, psihoneurofiziološki, neurobiokemijski, psihoneuroimunološki, psihoneuroendokrini, obiteljski, socijalni, a vjerojatno i drugi čimbenici. Dječja i adolescentna psihijatrija i pedijatrija mogu biti međusobno komplementarne. U medicinsko-psihosomatskom području vlada razmišljanje u obliku prostorno-operativnih modela, koji se moraju nadopuniti koncepcijama nesvjesnog i predivjesnog i vremensko-sistemskim perspektivama. U terapiji se koristimo timskim pristupom.

Descriptors: Psychophysiological disorders – psychology, diagnosis, therapy; Child psychiatry; Adolescent psychiatry

Summary. The purpose of this study is a review of contemporary knowledge from the field of children and adolescent psychosomatics by using standard textbooks and journals. Data are chosen according to their importance and easy reference for a clinical study and scientific research. Psychosomatics can be defined as medicine of mutual relationships in the widest sense. It seems that factors of bio-psycho-social area participate in etiology and pathogenesis, i.e. complex genetic, developmental, psychodynamic, neuroanatomical, psychoneurophysiological, neurobiochemical, psychoneuroimmunological, psychoneuroendocrinal, familiar, social and probably other factors. Children and adolescent psychiatry, pediatrics are mutually complementary. In the medical-psychosomatic field there is consideration in the form of spatial-operative models that have to be amended through the concepts of unconscious and preconscious as well as through a temporal-systematic perspective. A team approach will be applied in a therapy.

Liječ Vjesn 2004;126:32–38

Predodžbe koje je čovjek imao o tijelu, o njegovim funkcijama i disfunkcijama variraju od povijesne epohe do epohe, od kulture do kulture.^{1,2} U zapadnim industrijskim zemljama sve više dolazi do izražaja heterogenost društva uzrokovana povećanjem socijalne složenosti, izoštravanjem socijalnih suprotnosti i miješanjem različitih kultura pa postaje sve teže naći zajedničku formu simboličkog izraza. Sociokulturno više ne postoji podijeljeni sistem simbola, koji bi omogućio odgonetanje općenitog smisla bolesti. Jezik tijela je postao privatni jezik, koji se može razumjeti samo u odnosu na životnu povijest pojedinca.¹

Uexkuell³ razlikuje tri generacije psihosomatskih (PS) modela: 1. Prvi model proizlazi iz Freudove teorije konverzije; 2. Drugi model govori o tjelesno-materijalnom i psihičko-duhovnom bitku te o njihovu mogućem paralelizmu i 3. Treći model pokušava nadvladati dualističku perspektivu i linearni niz uzrok-činak-posljedica.³⁻⁵ Posljednji model govori o međudjelovanju organizma i okoline i orijentiranju na žive sisteme, čije su interakcije obilježene kružnim tijekom.^{3,6} Dakle, psihosomatika se ovako *definira* kao medicina međusobnih veza u najširem smislu riječi.

Za odnos između liječnika i bolesnika podatak o bolesti je informacija od dragocjene vrijednosti. Bolesnik ima potrebu za osobom-liječnikom, koji ima sposobnost »čitanja« ljudskog tijela. Liječnik bi trebao pokušati razumjeti bolesnog čovjeka u njegovoj cjelovitosti, a ne samo kao čovjeka koji ima bolest. Ako liječnik bude »sljedio« tjelesno, ne priječeci bolesniku vlastiti put prema bolesti, moći će biti pomoćnik snagama ozdravljenja te će mu pomoći osloboditi vlastiti nesvjesni potencijal. Važno je da liječnik u svakoj bolesti osim deficita vidi i

dio životnog rada te umjesto da liječi bolest kao neprijatelja, da je razumije kao poruku.^{1,7,8} Cilj ovog rada je dati pregled suvremenih saznanja iz područja psihosomatike dječje i adolescentne dobi koristeći se standardnim udžbenicima i časopisima. Podaci su birani prema svojoj važnosti i preglednosti za klinički rad i znanstveno istraživanje.

Etiologija i patogeneza

Genski i okolišni aspekti

Danas smo suočeni s velikim brojem empirijskih nalaza i hipoteza o učincima prirode (engl. nature), okolišne njege (engl. nurture) i razvoja.^{9,10} Aktualna istraživanja pokazuju međusobni odnos između genskih i okolišnih čimbenika na razvoj ili oboljenje djeteta ili adolescenta.¹¹⁻¹³ Tako npr. kod genski istih osoba (jednojajčani blizanci) bolji obiteljski odnosi vode do većeg kvocijenta inteligencije.¹⁴ Tijekom razvoja je stalno aktivna interakcija između genoma, putem genske ekspresije i okoline, putem genske regulacije koja uključuje i mutaciju.¹⁵ Čini se da genski utjecaji u razvoju pojedinca dobivaju sve više na značenju.^{16,17} Genske studije (studije blizanaca, adoptirane djece, podaci o čestoti određenih obiteljskih poremećaja, kromosomske analize i molekularne analize DNA), govore o multi-

* Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb (mr. sc. Ivan Begovac, dr. med.), Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb (prof. dr. sc. Ana Votava-Raić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Mr. sc. I. Begovac, Klinika za psihološku medicinu, Poliklinika za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

Primljeno 20. kolovoza 2002., prihvaćeno 10. srpnja 2003.

faktorskim modelima, međutim omjer pojedinih gena teško je interpretirati. Razvojna istraživanja pokušavaju razjasniti dva pitanja: 1) *Odnos gena i ponašanja* (engl. gene-behavior): koja je uloga različitih gena u odnosu na psihopatološku sliku, koja je uloga komorbiditeta i koja je veza gena s prijelazom iz normalnog u patološko; 2) *Odnos gena i okoline* (engl. gene-environment): putem gensko-okolišne interakcije (genski rizični pojedinci senzitivniji su na specifične psihosocijalne rizike) i putem gensko-okolišne korelacije (čini se da se pojedinci s genskim rizikom više izlažu psihosocijalnim rizicima).^{18,19}

Ad 1) Teško je jasno odrediti fenotip jedne kliničke slike, kojemu u pozadini stoji određeni pretpostavljeni genotip. Nadalje svaki gen može imati vrlo različitu ekspresiju, koja se tijekom razvoja također može mijenjati. Isto tako je potrebno provjeriti valjanost pretpostavke kontinuiteta/diskontinuiteta parcijalnih genskih utjecaja u vremenskom tijeku jedne bolesti (npr. čini se da genski čimbenici imaju manje utjecaja na delinkventno, antisocijalno ponašanje u adolescenata nego u odraslih osoba).²⁰ Mnoge bolesti u djece i adolescenata dolaze do izražaja zajedno. Značenje i čestota ovih komorbiditeta nikako nisu jasni, odnosno potrebna je stroga procjena dijagnostičkih smjernica, kao i njihovo kritičko testiranje.²¹ Može biti da jedna bolest povećava rizik za drugu bolest ili da je na djelu jedna istodobna ali različita simptomatologija, a koja potječe od istog rizičnog čimbenika. Samo pojedinačno i vjerojatno vrlo malo kliničkih slika u području dječje i adolescentne psihijatrije može se povezati s određenim dominantnim genima (npr. Huntingtonova koreja s kromosomom 4), ili s kromosomskim aberacijama (npr. mongoloizam, fragilni X-kromosom i drugo). Na području psihijatrije općenito nedostaju cjeloviti kriteriji koji se postavljaju za genski marker (nasljeđivanje, specifičnost, state-neovisnost, pokazivanje veće mogućnosti oboljenja u rođaka). Kada bi se bolje odredila genska heterogenost u odnosu na kliničku sliku, to bi vjerojatno zahtijevalo određene promjene u postojećim klasifikacijama. Moguće je npr. da Touretteov sindrom, kronični tikovi i simptomi izraženog opsesivnog poremećaja zapravo predstavljaju sličan fenotip, koji se odnosi na isti autosomno-dominantni gen.¹

Ad 2) I dalje ostaje pitanje u kojoj formi i na koji način postoji međuodnos između okoline i gena i kako ovaj odnos djeluje.²² Negenski (okolišni) čimbenici uvelike utječu na psihopatologiju.²³ Znanje o specifičnim psihosocijalnim rizicima i zaštitnim mehanizmima pomoći će nam u novijim istraživačkim pristupima, u kojima ćemo kombinirati različite strategije.^{23,24}

Razvojna psihologija i psihosomatika

Istraživanje PS poremećaja kod djece i adolescenata nezaobilazno je vezano uz rast i razvoj. Tako se npr. već kod predodžbe o vlastitom roditeljstvu i potencijalnom djetetu, koje nastaje prvo kao fantazirano, »kao dijete u glavi«,²⁵ miješaju kulturni, historijski, obiteljski i individualni (psihički i somatski) čimbenici.^{1,26} Svaka bolest u druga loša iskustva uvjetuje u najranijoj dobi manje osnovnog povjerenja u majku te se mogu razviti separacijski strahovi. Između treće i pete godine dijete je vrlo osjetljivo na svaki doživljaj koji ugrožava cjelovitost njegovog tijela, kao što su bol i bolest pojačavajući strah i osjećaj krivnje iz edipskog konflikta – strah od kastracije.^{27,28} U adolescenciji bolest može poremetiti razvojne procese separacije-individuacije.²⁹ Za razumijevanje djece i adolescenata vrlo su nam korisna dosadašnja i suvremena saznanja o razvoju koja se oslanjaju na klasične metapsihološke postavke S. Freuda,^{30–32} na postavke razvoja u latenciji i adolescenciji psihoanalitičkih autora,^{33–37} kao i novija istraživanja prenatalnog, neonatalnog i dojenačkog perioda.^{38–45} Djetetovo razvojno shvaćanje tijela zrcali se u djetetovu ponašanju, verbalizacijama i

crtežima.⁴⁶ Čini se da dojenče shvaća tijelo kao vanjski objekt koji ili gratificira ili uzrokuje neugodu. U predškolsko vrijeme dijete pokazuje znanje o svojem tijelu. Npr. dijete pokazuje radoznalost prema svojem tijelu, imenuje dijelove tijela i zabrinuto je za ožiljke i za ono što ga boli. Čini se da mala djeca razumiju tijelo kao vreću ispunjenu tekućinom, koja može iscuriti ako se ubode. U vrtiću, s 4 i 5 godina, djeca crtaju jednostavne reprezentacije tijela. S vremenom crtaju sve više detalja. Kada dijete dosegne kognitivni stupanj formalnih operacija po Piagetu,⁴⁷ nakon 12. godine, proporcije tijela su mnogo realnije, također se povećava znanje o fiziološkim funkcijama, međutim iznenađuje da se čak i kod adolescenata može dogoditi da potpuno ignoriraju određene dijelove tijela odnosno funkcije. Sličnu koncepciju prema tijelu slijedi i koncepcija prema bolesti. Najranije se bolest doživljava kao vanjski učinak koji čini neugodu. Tako često djeca mogu smatrati da su bolesna zbog opravdane kazne, zbog svojih osjećaja krivnje. Predškolska djeca razvijaju »zaraznu« teoriju o bolesti – da bolest nastaje zbog »crvića«. U školsko vrijeme dijete polako sabire znanja o bolesti. Adolescenti mogu imati doživljaje o nepobjedivosti i besmrtnosti, premda bi trebali imati veći kognitivni kapacitet. Putem regresije se tijekom čitavoga razvojnog razdoblja mogu reaktivirati ranije koncepcije.⁴⁶

Psihodinamske osnove – predsvjesni i nesvjesni aspekti

Izražaj putem tijela (uklj. motoričku aktivnost), koji je inače povezan s afektima, osnovna je forma oslobađanja napetosti. On slijedi manje-više automatski. Ovamo se mogu ubrajati stanja hiperaktiviteta ili apatije, autoerotске ili autoagresivne aktivnosti (masturbacija i mutilacije), ritmičke pojave i stereotipije. Ako se govori o intrapsihičkoj, a tako i o interpersonalnoj homeostazi, razvoj PS bolesti može predstavljati smisljeni pokušaj da se konflikti razriješe s niskim tjelesnog poremećaja. Učinak patogenih, traumatizirajućih čimbenika uvijek je ovisan o vulnerabilnosti psihičke strukture i dinamike, na koju oni utječu. Neka djeca imaju određenu vrstu sklonosti za traumatiziranje, npr. neka rođena prijevremeno, neka s poremećajem razvoja mozga, s alergijskom atopijom, djeca sa slabio izraženim regulacijskim mehanizmima, s niskim pragom podražaja i nedovoljnom ja-integracijom. Što je veća kvaliteta obrambene organizacije, to je manja mogućnost za dekompenzaciju u somatsko. Čini se da dvije danosti imaju traumatski utjecaj: 1. *Prekomjerni dovod stimulacije* (podražaji različite vrste) ili inkoherencija dovoda stimulusa i 2. *Emocionalni (i/ili senzorički) manjak*, s podtipovima nezadovoljstva, diskontinuiteta i rasapa.¹ Prema francuskoj PS školi^{48–50} gore nabrojani traumatski čimbenici uzrokuju manjkavo strukturiranje u predsvjesnom ja-dijelu ili ja ostaje na primitivnom stupnju te se zbog toga stvara funkcionalna nesposobnost obrana. Ovo se očituje nemogućnošću fantazmatске razrade. Nesvjesni impulsi ne utječu na njihovo ponašanje kao kod druge djece. Čitava aktivnost određena je činjeničnim: sadašnjom materijalnom okolinom, trenutačno prisutnom situacijom ili sadašnjim osobama. Ovako nastaje stanovita krutost unutarnjih reprezentacija.⁴⁹ Kod odraslih se ovaj sindrom pokazuje kao operativno mišljenje⁴⁸ (franc. pensée opératoire), koji se može javljati permanentno ili epizodično. Slično ovomu odgovara pojam aleksitimije, termin koji je uveo Sifneos,⁵¹ a koji označava nemogućnost zapažanja i verbaliziranja emocija. Osim razmatranja francuske škole mogu se razmotriti sljedeće dvije psihodinamske koncepcije: dekompenzacija i model konverzije.

Dekompenzacija podrazumijeva regresivno reaktiviranje arhaiskih tjelesnih obrazaca kod osoba sa značajnim ranim poremećajima, koji se izražavaju u ja-defektima i poremećajima objektnih odnosa. Kod ovih je bolesnika reprezentacija tjelesnog selfa često značajno poremećena.¹ Individuacijsko-

separacijska faza razvoja kod ovih osoba nikada nije našla prikladno rješenje, u djetinjstvu se rijetko nalaze intervali bez simptoma, a dolaskom u adolescenciju dolazi do razvoja teških kliničkih slika. Ako se ipak razvije konzistentniji ja, manje ugrožen od raspada nego u prethodnom slučaju, postojat će poremećaj u samopoštovanju, s odnosima koji će kompenzirati manjak u selfu na različite načine. Navedeni narcistični odnosi uvijek su povezani s nemogućnošću za prikladnu proradu agresije. Djeca ili adolescenti stoga se često manipulativno brinu za realnu prisutnost drugih osoba, koristeći se na taj način jednom vrstom interpersonalne obrane.¹

Model konverzije predstavlja razrješavanje konflikta na tjelesnom nivou kod relativno razvijenije strukture osobnosti. Konverzija je aktivan proces u smjeru stvaranja simptoma, kod kojega se oprečni impulsi intrapsihički simboliziraju i s pomoću odgovarajućih fantazama izražavaju jednom vrstom tjelesnog jezika.^{4,6,52} Konverzivni simptomi su često prijelazne naravi i mogu se maskirati vrlo različitim psihopatološkim strukturama. Svaki dio tijela može biti izabran kao mjesto konverzije. Izbor organa ovisi vjerojatno o somatskoj osjetljivosti. Nerijetko se putem obiteljskih konstelacija oblikuju simptom-tradicije npr. glavobolje više članova obitelji. Izraženi senzomotorički funkcionalni ispadi kod konverzivnih slika, npr. mono, para, ili tetraplegije nakon bezazlenih nesreća tijekom adolescentnog razvoja, mogu biti gotovo »najbolje rješenje« u smislu homeostaze, kod inače nerješivih intrapsihičkih ili interpersonalnih konflikata. Na ovaj način ispadi osjetila mogu omogućiti adolescentima da prežive navalu masivnih osjećaja krivnje (zbog separacije ili zbog incestuoznih odnosa), umjesto da npr. nađu put prema samoubojstvu.¹

Kod razvoja ozbiljnih PS bolesti u adolescenciji su osim složenih obiteljskih čimbenika posebno česte sljedeće dvije psihološke konstelacije: slom »lažnog selfa« i masivna upotreba projektivnih identifikacija.^{1,53} U dosadašnjoj literaturi odvajala se konverzija od tzv. psihosomatske bolesti s organskom lezijom. Konverzija je imala sljedeće karakteristike: tjelesni poremećaj simbolično je izražavao konflikt, tijelo je postalo instrument prorade, bolesnik govori putem tijela, tjelesni su simptomi blizu psihičkog života, stvaranje simptoma ima olakšavajuću funkciju, premještanje se događa bez velike muke i rjeđe se rabi mehanizam rascjepa. Kod tzv. psihosomatske bolesti s organskom lezijom nalazilo se ovo: tjelesni je poremećaj više posljedica potisnutih afekata i nagona, tijelo predstavlja žrtvu prorade, bolesnik osjeća patnju putem tijela, tjelesni su simptomi udaljeni od psihičkog života, stvaranje simptoma nema olakšavajuću funkciju, rijetko dolazi do premještanja simptoma i češće se rabi mehanizam rascjepa.¹ Danas ova podjela nije više toliko aktualna, ali nam može koristiti u edukativnom smislu.

Psihobiologija

Psihobiologija proučava slojevitost povezanost duševnoga i tjelesnoga.^{1,54,55} Razvojni aspekti psihobiologije pokušavaju objasniti odnose SŽS-struktura, psihičkih funkcija, funkcionalnih nalaza različitih sustava (npr. biokemijski, endokrini, imunosni, fiziološki i drugi), kao i različitih psihosocijalnih faktora (uključujući stres i drugo) tijekom različitih razdoblja. Danas istraživanja na području biološke psihijatrije i psihobiologije rabe različite metode, uključujući i suvremene metode slikovnog prikaza mozga (engl. brain imaging study).^{56,57} Psihobiologija ima jak utjecaj na psihofarmakologiju.⁵⁸ Učinci psihoterapije se danas mogu dokazati promjenama u funkcijama mozga.⁵⁹ Opterećenje i stres mogu biti vanjski podražaji, koji imaju dovoljno velik intenzitet da uzrokuju neugodnu emocionalnu reakciju.¹ Stresna reakcija je individualna reakcija biokemijske, fiziološke i/ili psihološke prirode na opterećujući

podražaj. Postoje podražaji za koje se čini da će kod gotovo svih ljudi izazvati stresnu reakciju.⁶⁰ Pojedini autori govore o životnim događajima (engl. life events),⁶¹ dok drugi autori govore o rizičnim i protektivnim čimbenicima.⁶² Slojevitost traumatskih situacija također se može procijeniti putem prisutnosti rizičnih i protektivnih čimbenika.^{63,64} U novije vrijeme sve se više pažnje pridaje istraživanju djetetovih/adolescentovih sposobnosti i snagama ega, kao i zaštitnim okolišnim čimbenicima.⁶⁵ *Psihoneurofiziologija*⁶⁶ se bavi funkcionalnim korelatima strukture mozga, kao i njihovim odnosom prema ponašanju odnosno određenom poremećaju. Psihoneurofiziologija je u posljednje vrijeme u području psihosomatske medicine potaknula, uz kliničke, obilje bazičnih studija, a posebno u domeni straha, emocija i stresa, usporedbom animalnih i humanih modela te povezivanjem s kognitivnom psihologijom.⁶⁷ Čini se da je jasan odnos između neurofizioloških promjena i ponašanja u tri različita razdoblja razvoja djeteta.⁶⁸ Općenito se smatra da *neurobiokemijske tvari i hormoni* djeluju na različitim razinama, u odnosu na strukture u mozgu i cijeli organizam, uključujući ovdje i »vremenski sat«.⁶⁹ Vrlo važan u ovoj regulaciji čini se mehanizam povratne sprege, uključen u višeslojne cirkularne mehanizme (npr. hipotalamo-hipofizna-adrenalna os), koji uključuje vanjske i unutarnje podražaje. Danas se čini da je uspješno upravljanje procesima većinom ostvareno putem zajedničkog djelovanja više supstancija. Čini se da kao štetniji stresori posebno djeluju novosti, neodređenost i nepredvidljivost, i to posebno dezintegrativno na endokrini sistem (npr. mogu povisiti kortizol u krvi). Općenito, ne postoji jednostavna-linearna međuveza između neurobiokemijskih/endokrinih/imunosnih i psihičkih funkcija, budući da je jedna psihička funkcija determinirana mnogim povratnim spregama, a s druge strane ista tvar može djelovati na mnoge psihofizičke funkcije. Razvojni aspekti će u budućnosti morati razjasniti višeslojne veze neurobiokemijskih struktura i endokrinih sistema različite razvojne dobi u odnosu na različite nivoe organizacije na više razina.⁷⁰ U prošlim desetljećima dobivano je sve više i više dokaza za razumijevanje međusobne veze između SŽS-a i *imunološkog sistema*.⁷¹ Postoje mnoga istraživanja o povezanosti između imunološkog sistema i različitih psihosocijalnih situacija.⁷² Čini se jasnim da stres reducira imunosnu obranu. U ovu grupu bolesti mogle bi se uključiti infektivne bolesti, kao i maligne bolesti. Kao izravni dokazi imunomodulacije mogu se navesti utjecaji psihosocijalnih stresora/intervencija na infektivne bolesti, kao i na cijeljenje rana.⁷³ Slično je značajne imunosne promjene pokazala grupna psihoterapija pacijenata s melanomom.^{74,75} Razvojni aspekti fokusiraju se posebno na međuodnose u razvojnoj dobi.

Obiteljska dinamika

Obitelj pruža djetetu i adolescentu osnove za razvoj emocionalnih veza, kao i ponašajne granice, ona pruža mrežu interpersonalnih odnosa dijadnog i trijadnog karaktera.¹ U dijagnostičkoj procjeni obitelji PS oboljelog djeteta ili adolescenta potrebno je obratiti pozornost na ovo: je li podudarno opisano i opaženo; kakvi sadržaji, potrebe i emocije dolaze preko kojeg člana obitelji do izražaja i kako oni djeluju na druge; na kvalitetu roditeljstva; postoje li odstupanja u odnosu na komunikacijsku formu, sadržaj i narav; kako se uspostavlja odnos prema blizini i distanciji svakog člana; postoji li u obitelji mogućnost da se donose odluke, ispunjavaju zadaće, problemi i rješavaju konflikti, fer balans između davanja i primanja; koje su moguće jakosti, a koje slabosti, odnosno patologija ili sposobnosti.¹ Razdvajamo obiteljski odnosno *sistemski* kontekst, gdje npr. simptomatologija djeteta upućuje na neku drugu osobu u obitelji ili na obitelj kao sistem, od intrapsihičkog poremećaja, u kojem se radi o posljedicama ranih oštećenja, koje su u unu-

tarnjem svijetu djeteta strukturalno fiksirane. Međutim u praksi često dolazi do miješanih forma. Različiti su autori studirali karakteristike tzv. PS obitelji.⁷⁶⁻⁸⁵ Interpersonalne, obiteljske interakcije utječu na cjelokupnost djeteta. Premda je u ovom području literatura obilna, ipak ne sadržava dovoljno čvrstih spoznaja. Kada dođe do ozbiljnog PS poremećaja, obično dolazi do preklapanja sljedećih čimbenika: 1. Specifične fiziološke vulnerabilnosti i/ili organske disfunkcije kod osobe, bila ona primarna ili sekundarna i 2. Specifičnosti unutar obitelji, pre slablo ili pre jako ograničenje pojedinca ili supistema, prekomjerna briga za tjelesno zdravlje, nedovoljna sposobnost za adaptaciju putem krutih intraobiteljskih struktura. Dijete ili adolescent tada može na račun izbjegavanja konflikata biti (zlo)upotrijebljeno za održavanje obitelji.⁸⁶ Nadalje, ako se razvije ozbiljna PS bolest kao izraz sistemskog poremećaja obitelji, dolazi do povećane kontrole oko djeteta čim je ono »definirano kao bolesno«. Stierlin⁸⁷ opisuje obitelji s različitim somatskim poremećajima kao »krute familijarne konstrukcije o stvarnosti«, koje su prezentirane kao svijet sa strogim redom, u kojima je savršeno jasno što je ispravno ili krivo, dobro ili loše, u kojima ne postoji »ne samo nego i«, nema nikakvog trećeg puta, nikakve kontradikcije, paradoksa, ambivalencije ili višeznačja. U ovakvim sistemima pojedinac je sasvim u sistemu ili je isključen iz njega. Potiskivanje agresivnih, ali i erotičnih napetosti djeluje na forsiranu harmonizaciju obiteljskih odnosa. Vezivanje, održavanje *statusa quo* i izbjegavanje konflikata široko su upotrebljavani obrasci za stabiliziranje sistema. Na kratke staze ovo donosi uspjeh, međutim dugoročno se gubi sposobnost za održavanje prostora za razvoj čitave obitelji te dolazi do utiranja staze za povratak na govor putem tijela.

Biopsihosocijalno područje, sažetak etiologije i patogeneze

Zakonitosti biologijskog, psihološkog i socijalnog svijeta su neravnomjerne i široko na nepoznati način međusobno isprepletene, međutim postoji na neki način odvojenost između ovih područja, kao i međudjelovanje u izmjeni. Prema Buerginu, različite perspektive ovoga su prikazane na tablici 1.¹ Čini se da u etiologiji i patogenezi sudjeluju čimbenici biopsihosocijalnog područja, dakle složeni genski, razvojni, psihodinamički, neuroanatomski, psihoneurofiziološki, neurobiokemijski, psihoneuroimunski, psihoneuroendokrini, obiteljski, socijalni a vjerojatno i drugi nepoznati čimbenici.

Timski pristup

U dijagnostiku (kao i terapiju) uključen je tim, koji je sastavljen od različitih stručnjaka s obzirom na to da je djetetu/adolescentu potreban pristup u odnosu na njegove/njezine različite potrebe (emocionalne, kognitivne, edukativne i drugo). Timski pristup definiramo kao uporabu integrirajućih nastojanja skupine stručnjaka s obzirom na posebnost svake pojedine struke u odnosu na pojedinog bolesnika.⁸⁸ Istaknutu ulogu u timu stručnjaka imaju specijalist dječji i adolescentni psihijatar/psihoterapeut i specijalist pedijatar i/ili specijalist školske medicine i/ili specijalist opće (i/ili obiteljske) medicine. Nadalje, u tim mogu biti uključene i druge suradne struke, koje su posvećene zaštiti mentalnog zdravlja: liječnici specijalisti različitih dodirnih specijalnosti, psiholozi, educirani psihoterapeuti, edukatori-rehabilitatori, pedagozi, socijalni radnici, medicinske sestre, odgojitelji i drugi stručnjaci. Uobičajen je dijagnostički postupak da se djeca i adolescenti zbog svojih somatskih simptoma prvo ambulantno ili hospitalno somatski odnosno pedijatrijski obrade (uključujući anamnezu, klinički pregled, potrebne laboratorijske pretrage itd.), te da nakon ove

Tablica 1. *Biopsihosocijalno područje*
Table 1. *Bio-psychic-social area*

I. Biologijska perspektiva/Biological perspective
– genski faktori/genetic factors
– specifična osjetljivost tkiva/specific sensitivity of tissue
– patofiziologija (neuralna, endokrina, imunosna, celularna, humoralna) pathophysiology (neural, endocrinal, immunologic, cellular, humoral)
– biološki tokovi (gensko, naučeno)/biological flows (genetic, learned)
– biologijski rizični i protektivni faktori biological risk and protective factors
II. Psiholojska/psihijatrijska perspektiva Psychological/psychiatric perspective
Intrapsihička perspektiva/Intrapsychic perspective
– komunikacijske forme (verbalno, neverbalno) communication forms (verbal, non-verbal)
– balans nagona, potreba i obrana balance of instincts, needs and defense
– identifikacije, subjektivna značenja identifications, subjective meanings
– autonomija/autonomy
– ja, self, razvoj odnosa/ego, self, relationship development
– kognicija i emocije/cognition and emotions
– regulacija (npr. impulsi, blizina/daljina) regulation (e.g. impulses, closeness/distance)
– sistem vrijednosti/system of values
– psihički rizični i protektivni faktori psychic risk and protective factors
Interpersonalna perspektiva (dijaloški, obiteljski, grupa vršnjaka) Interpersonal perspective (dialogic, family, group of peers)
– granice/napadi (prema unutra/prema van) borders/attacks (towards inside/outside)
– vezivanja/lojalnosti / attachments/loyalties
– stvarni odnosi/real relationships
– pridavanje značenja, parentifikacija giving significance, parentification
– forme komunikacije, etika odnosa communication forms, relationship ethics
– specifični rizični i protektivni faktori specific risk and protective factors
III. Socijalna perspektiva (iznad osobnoga i obiteljskoga) Social perspective (above personal and familiar)
– povijesna pripadnost/historical belonging
– etnička pripadnost/ethnic belonging
– statusna pripadnost/status belonging
– sociokulturna situacija/social-cultural situation
– socijalni rizični/protektivni faktori / social risk/protective factors

obrade slijedi psihijatrijska i druga procjena. Dječja i adolescentna psihijatrija i pedijatrija mogu stoga biti međusobno komplementarne. Poželjno je da se, nakon što se dijagnosticira narav i struktura funkcionalnog poremećaja ili lezije, u daljnjoj kooperaciji omogućiti procjena etioloških čimbenika i razrada terapijskog puta. Organsku i psihičku disfunkciju možemo promatrati kao dvije obale iste životne struje. U istoj bolesti mogu se nalaziti različite psihičke strukture i konflikti. Kod iste psihičke strukture i konflikta moguće su različite somatske manifestacije. Nakon tjelesnog pregleda, potrebno je provesti više intervjua te na kraju dati konačnu procjenu pojedinca i obitelji. Kod svih funkcionalnih poremećaja moguće je neprepoznavanje lezije. S druge strane je nepotrebno previše tražiti leziju ako je primarni funkcionalni poremećaj vrlo očit. U medicinsko-PS području vlada razmišljanje u obliku prostorno-operativnih modela, koji se moraju nadopuniti koncepcijama nesvjesnog i predsvjesnog i vremensko-sistemskim perspektivama.¹ *Vremenskom* aspektu treba posvetiti posebnu pažnju budući da ima sasvim drugo značenje u različitoj dobi, npr. anoreksija i poremećaji spavanja u dojenačkoj dobi, kod mlađe djece ili kod adolescenata. Razvoj nije jedno sumiranje u smislu linearnog pridodavanja, nego stalna promjena i novo

organiziranje starih i novih iskustava, u kojima se ranija iskustva integriraju u hijerarhijski složenija.¹

Procjena simptoma

Pri procjeni simptoma potrebno je razmotriti: 1. Dob i spol bolesnika (npr. separacijski strah je prikladan kod dvogodišnjaka, za razliku od desetogodišnjaka); 2. Trajanje, učestalost i intenzitet simptoma; 3. Posebni životni uvjeti (npr. rođenje brata/sestre); 4. Narav sociokulturnog miljea u kojem dijete odrasta; 5. Brojnost psihičkih područja, koja su pogođena simptomatologijom; 6. Povezanost simptoma s drugim psihičkim poremećajem; 7. Isprepletenost PS simptoma s poremećajima u ponašanju; 8. Situacijsko specifično pojavljivanje (npr. enureza tijekom dana, samo kod kuće); 9. Uključenje drugih psihičkih, somatskih ili socijalnih funkcionalnih područja; 10. Subjektivna patnja djeteta ili roditelja zbog simptomatologije; 11. Socijalne restrikcije povezane sa PS simptomatologijom; 12. Oštećenje psihičkog razvoja djeteta i/ili obitelji prezentiranim oblikovanjem simptoma; 13. Oštećenje daljnje okoline PS simptomima (npr. kod enkopreze) i 14. Što bi trebao simptom komu reći? i Komu on služi i za koga? PS pojave kod djece i adolescenata ne mogu se razumjeti, ako se ne obrati pažnja na stupanj razvoja emocija, afekata, raspoloženja i njihovog utjecaja na organizaciju osobe, uključujući i »značajne druge« te ako se ne razumiju prethodne ili rane fantazije koje dijete ima o tijelu. Svaka dijagnostika treba također uzeti u obzir i rizične i protektivne čimbenike. Razmatrajući različite nivoe, potrebno ih je odmjeriti i shvatiti međuodnose u svakom pojedinom slučaju uz uključivanje prijenosnih i protuprijenosnih osjećaja terapeuta.¹

Dijagnostička procjena i klasifikacije

Potrebna je stalna oscilacija između direktnog promatranja bolesnika, s progredijentnim razumijevanjem kliničkih fenomena u odnosu na teoriju. Ovakav pristup dešifriranju izbjegavanja nastanak »mitskog bolesnika«, koji se promatra samo sa stajališta teorije. Ako se želi dati procjena na osi narcističnog zaposjedanja/objektnog zaposjedanja, tada će se procjena kreirati u području dinamičkog odmjerenja modaliteta zaposjedanja i njihovih regresija i na kvaliteti odnosa unutarnje i vanjske vrste. Ako se želi dati procjena na osi Ono/Ja/Nač-ja, kreirat ćemo se u području klasičnih ranih struktura i složenih infantilnih fantazija koje odgovaraju modelu konverzije, koji se može protezati i na pregenitalne konfliktno konfiguracije. Ako se želi dati procjena na osi nesvjesno/predsvjesno/svjesno, zanimaju nas najprije funkcija i strukturni defekti u predsvjesnom i stoga posebno ekonomski aspekti.¹ *Klasifikacija* PS bolesti kod djece i adolescenata značajno je složenija nego kod odraslih. Djeca se nalaze u brzom psihofizičkom i socijalnom razvoju, s posebnom osjetljivošću kada je stupanj desomatiziranja (odvajanje od tijela) od afekata/konflikata vrlo različit. Današnje najpoznatije klasifikacije, Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10)^{89,90} i Dijagnostički statistički priručnik Američke psihijatrijske udruge (DSM-4)⁹¹ koriste se jednodimenzionalnom i multiaksijalnom procjenom. Mnoge PS kliničke slike u MKB-10 obuhvaćene su sljedećim kategorijama: F 54 psihički čimbenici ili utjecaji ponašanja kod drugdje klasificiranih bolesti, u koje ubrajamo neke od »klasičnih PS bolesti«: astma, morbus Crohn itd.; F 44 disocijativni poremećaji (konverzivni); F 45 somatoformni poremećaji; F 48 posebni neurotski poremećaji; F 9 ponašajni emocionalni poremećaji s početkom u djetinjstvu i adolescenciji i kategorija F 5 odstupanja u ponašanju povezana s tjelesnim poremećajima i čimbenicima. Prema MKB-10 konverzivna reakcija se smatra disocijativnim fenomenom, dok je u DSM-4 konverzivni pore-

mećaj smješten u odjeljak somatoformni poremećaj da bi se naglasila važnost uzimanja u obzir neuroloških i drugih zdravstvenih stanja u diferencijalnoj dijagnozi. U psihosomatici djece i adolescentne dobi danas posebno proučavamo sljedeće entitete: konverzivni poremećaj, poremećaje hranjenja (psihosocijalni poremećaj razvoja i smanjeni rast, tromjesečne kolike, ruminacije, pika, adipozitet, poremećaji prehrane u adolescenciji/anoreksija i bulimija nervoza/), upalne bolesti crijeva (colitis ulcerosa i morbus Crohn), bronhalnu astmu, bolesti kože, enurezu, enkoprezu i tikove.¹ Pojedini autori u psihosomatske bolesti ubrajaju i Münchhausen-by-proxi sindrom, koji je okarakteriziran kao umišljeni poremećaj, gdje roditelj inducira tjelesne ili psihološke znakove ili simptome u djeteta/adolescenta, s motivacijom preuzimanja uloge bolesnika.⁹²

Terapija u psihosomatskoj medicini

U terapiji će se rabiti timski pristup, dakle rabi će se integracijske sposobnosti različitih metoda koje primjenjuju različiti stručnjaci.⁸⁸ Tu su uključene uobičajene metode u somatskoj medicini, kao i uobičajene metode u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji/psihoterapiji (individualna psihoterapija, postupci koji su orijentirani na aktivnosti, postupci povezani s tijelom, grupna terapija, socijalna terapija, obiteljska terapija, psihofarmakoterapija).⁸⁸ Za terapiju je potreban minimum zajedničkog dogovora temeljen na realnosti, s međusobnim poštovanjem stručnjaka koji sudjeluju u terapiji, s progresivnim razumijevanjem i zajedničkim izražavanjem koncepcija, odnosno stvaranjem radne alijanse. Ovo se posebno odnosi i na odnos terapeuta prema djetetu/adolescentu, kao i prema obitelji, a tako i na odnos između različitih članova multispecijalističkog tima.¹ I dalje su vrlo aktualni psihosomatski terapijski modeli u razvijenim zemljama, koji se stalno reorganiziraju u skladu s novim saznanjima.⁹³⁻⁹⁹

Kronične bolesti djece i adolescenata

Shvaćajući psihosomatski model u širem smislu, danas se sve više bavimo psihološkim, psihijatrijskim i pedijatrijskim praćenjem kroničnih bolesti u djece i adolescenata. Za pregled ovih problema može se uputiti na radove drugih autora.^{100,101}

Suradna (liaison) psihijatrija i pedijatrija

Psihosomatika i liaison psihijatrija su, prema sadašnjem stanju stvari, čvrsto isprepletene.^{102,103} Liaison psihijatrija se može definirati kao supspecijalizacija psihijatrije, kao klinički servis, ali i kao edukacija i istraživanje u nepsihijatrijskim medicinskim odjelima.¹⁰⁴ Dakle, prema ovoj definiciji proces liaison psihijatrijske konzultacije u dječjoj i adolescentnoj dobi uključuje aktivno sudjelovanje dječjeg i adolescentnog psihijatra na pedijatrijskom odjelu. Dječji i adolescentni psihijatar/psihoterapeut koristiti će se svojim uobičajenim vještinama i znanjem tijekom terapijskog procesa, primjenjujući metode navedene u poglavlju o terapiji. Dodatno će dječji i adolescentni psihijatar morati uložiti napor u razumijevanje rada pedijatra (posebno se to odnosi na dijagnostiku i terapiju), kao i na cjelokupno funkcioniranje pedijatrijskog odjela.¹⁰⁵ Idealno bi bilo da dječji i adolescentni psihijatar/psihoterapeut provodi svoje djelatnosti u sklopu pedijatrijskog odjela, gdje bi nekoliko sati na dan bio stalno zaposlen. O tome postoje iskustva iz razvijenijih zemalja, kao i iz Hrvatske na području adultne psihijatrije.¹⁰⁴ Jednako su tako korisna psihijatrijska/psihoterapijska znanja i vještine pedijatara. Vrlo ekspanzivni razvoj liaison psihijatrije u domeni medicine i pedijatrije vidljiv je u mnogim razvijenijim zemljama u svijetu i u svjetlu današnjeg stanja stvari čini se nezaobilaznim.¹⁰⁶⁻¹¹⁰

Zaključak

Psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi predstavlja danas izazov za stručnjake koji sudjeluju u zaštiti mentalnog zdravlja djece i adolescenata, a posebno za dječje i adolescentne psihijatre i pedijatre. Valja se nadati da nas složenost psihosomatske problematike neće obeshrabruti te da ćemo novim znanstvenim i stručnim saznanjima nadalje razvijati kvalitetne dijagnostičke, kliničke, terapijske i istraživačke strategije. U dijagnostici i terapiji kao najvažniju metodu rabit ćemo timski pristup.

LITERATURA

- Buergin D. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; 1993, str. 3.
- Stoudemire A, McDaniel JS. History, classification and current trends in psychosomatic medicine. U: Kaplan HI, Sadock BJ, ur. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995, str. 1463–6.
- Uexkuell Th von. Medizin als Umgang von Menschen mit Menschen. U: Wiese J, ur. Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz. Goettingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 1990, str. 13–23.
- Freud S. Die Abwernerpsychosen: GW Bd I. Frankfurt: S. Fischer; 1894.
- Mitscherlich A. Zur psychoanalytischen Auffassung Psychosomatischer Krankheitsentstehung. Psyche 1954;7(10):561–78.
- Uexkuell Th von, Wesiack W. Wissenschaftstheorie: Ein bio-psycho-soziales Modell. U: Adler RH, Herrmann JM, Koehle K, Schoenecke OW, Uexkuell Th von, Wesiack W, ur. Psychosomatische Medizin. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1996, str. 13–50.
- Richter HE. Der schwierige Weg einer kritischer Psychosomatik. Psychother Psychosom Med Psychol 1990;40:318–23.
- Mueller-Eckhardt H. Die Krankheit, nicht krank sein zu koennen. Stuttgart: Klett; 1954, str. 5.
- Rutter M, Silberg J. Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. Annu Rev Psychol 2002;53:463–90.
- Rutter M. Nature, nurture and development: From evangelism through science toward policy and practice. Child Dev 2002;73:1–21.
- Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry: I – advances in quantitative and molecular genetics. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip 1999;40:3–18.
- Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry: II – Empirical research findings. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip 1999;40:19–55.
- Rutter M, Bolton P, Harrington P, Le Couteur A, MacDonald H, Simonoff E. Genetic factors in child psychiatric disorders I: A review of research strategies. J Child Psychol Psychiatr 1990;31:3–37.
- Schiff M, Lewontin R. Education and class: the irrelevance of IQ genetic studies. Oxford: Clarendon Press; 1986, str. 3.
- Purves D, Lichtman JW. Principles of Neural Development. Sunderland: Sinauer; 1985, str. 5.
- Plomin R. Development, genetics and psychology. New York: Lawrence Erlbaum; 1986, str. 3.
- Rutter M, Plomin R. Opportunities for psychiatry from genetic findings. Br J Psychiatry 1997;171:209–19.
- Plomin R, Rutter M. Child development, molecular genetics and what to do with genes once they are found. Child Dev 1998;69:1223–42.
- Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. J Fam Ther 1999;21:119–44.
- Rutter M. Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. Acta Psychiatr Scand 1995;91:73–85.
- Rutter M. Comorbidity – meanings and mechanisms. Clinical Psychology-Science & Practice 1994;1:100–3.
- Rutter M, MacDonald H, LeCouteur A, Harrington R, Bolton P, Bailey A. Genetic factors in child psychiatric disorders II: Empirical findings. J Child Psychol Psychiatr 1990;31:39–83.
- Rutter M. Psychosocial influences: Critiques, findings and research needs. Dev Psychopathol 2000;12:375–405.
- Rutter M, Pickles A, Murray R, Eaves L. Testing hypotheses on specific environmental causal effects on behavior. Psychol Bull 2001;127:291–324.
- Soule M. Das Kind im Kopf. U: Strork J, ur. Neue Wege im Verstaendnis der allerfruehesten Entwicklung des Kindes. Stuttgart: Fromann und Holzboog; 1989, str. 20–81.
- Ross AO. Das Sonderkind. Stuttgart: Hippokrates; 1967, str. 5.
- Beck-Dvorzak M. Bolesno dijete. U: Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck-Dvorzak M, ur. Medicinska psihologija. Zagreb: Juma; 1984, str. 103–16.
- Vidović V. Dijete bolesnik. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 296–308.
- Rudan V. Adolescent bolesnik. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 309–17.
- Freud S. A childhood recollection from Dichtung und Wahrheit. U: Strachey J, ur. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol 17. London: Hogarth Press; Originally published 1917.
- Freud S. Beyond the pleasure principle. U: Strachey J, ur. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol 18. London: Hogarth Press; Originally published 1920.
- Freud S. On narcissism. U: Strachey J, ur. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol 14. London: Hogarth Press; Originally published 1914.
- Marans S, Cohen DJ. Child psychoanalytic theories of development. U: Lewis M, ur. Child and adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 156–70.
- Blos P. Adoleszenz 7 Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001, str. 13.
- Laufer M, Laufer ME. Adoleszenz und Entwicklungskrise. Stuttgart: Klett-Cotta; 1994, str. 59.
- Vincent M. Model adolescencije. U: Nikolić S, ur. Mentalni poremećaji u djece i omladine 1. Zagreb: Školska knjiga; 1988, str. 417–26.
- Nikolić S. Psihopatologija adolescencije. U: Nikolić S, ur. Mentalni poremećaji u djece i omladine 1. Zagreb: Školska knjiga; 1988, str. 403–17.
- Lewis M, ur. Child and adolescent psychiatry: A Comprehensive Textbook. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 14:393–9.
- Emde R. Development terminable and interminable 1: Innate and motivational factors from infancy. Int J Psychoanal 1988;69:23–42.
- Emde R. Development terminable and interminable 2: Recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations. Int J Psychoanal 1988;69:283–96.
- Buergin D. Die Bedeutung der prae- und postnatalen Bewegungsentwicklung fuer die Etablierung des Mutter-Kind-Dialoges. U: Pachler MJ, Strassburg HM, ur. Der unruhige Saeugling. Fortschritte der Sozialpaedie 13; 1990, str. 171–86.
- Stern D. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; 1985, str. 3.
- Winnicott DW. Reifungsprozesse und foerdernde Umwelt. Muenchen: Kindler; 1974, str. 194.
- Piontelli A, Bocconi L, Boschetto C, Kustermann A, Nicolini U. Differences and similarities in the intra-uterine behavior of monozygotic and dizygotic twins. Twin Res 1999;2:264–73.
- Milch W. Infant research and psychosomatic diseases. Psychotherapeut 2000;45:18–24.
- De Leo JH. Child development analysis. New York: Brunner Mazel; 1977, str. 5.
- Piaget J. Logic and Psychology. New York: Basic Books; 1957.
- Marty P, M'Uzan de M. La pensee operateire. Rev Franc Psychan 1963; Suppl 17:345–56.
- Kreisler L, Fain M, Soule M. L'enfant et son corps. Paris: PUF; 1974, str. 5.
- Lebovici S, Diatkine R, Soule M, ur. Traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Vol II. Paris: PUF; 1985, str. 7.
- Sifneos PE. Alexithymia: past and present (Review). Am J Psychiatr 1996; 153(Suppl 7):137–42.
- Olds D. Brain-centered psychology: A semiotic approach. Psychoanalysis and Contemporary Science 1990;13:331–63.
- Ogden TH. Projective identification and psychotherapeutic technique. New York: Jason Aronson; 1982, str. 3.
- Raine A. Annotation: The role of prefrontal deficits, low autonomic arousal and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip 2002;43:417–34.
- Scott Werry J. Brain and Behavior. U: Lewis M, ur. Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 86–96.
- Anderson GM, Cohen DJ. Neurobiology of neuropsychiatric disorders. U: Lewis M, ur. Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 30–9.
- van Waarde A. Measuring receptor occupancy with PET. Curr Phar Design 2000;6:1593–610.
- van der Kolk BA. The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. Hum Psychopharmacol- Clin Exp 2001;16(Suppl 1):49–64.
- van der Kolk BA, Burbridge JA, Suzuki J. The psychobiology of traumatic memory. Clinical implications of neuroimaging studies. In: Annals New York Academy of Science 1997;821:99–113.
- Garmezy N, Rutter M. Acute reaction to stress. U: Rutter M, Hersov I, ur. Child and adolescent psychiatry. Oxford: Blackwell; 1985, str. 152–76.
- Rahe RH. Life change measurement clarification. Psychosom Med 1978; 40:95–8.
- Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlaessigung. Stuttgart: Schattauer; 1996, str. 3.
- Begovac I, Begovac B. Psihicka traumatizacija djece i adolescenata. Soc psihijat 2002;30:85–92.
- Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage. Muenchen:Reinhardt; 1999, str. 133.
- Robins LN, Rutter M. Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood. Cambridge: Cambridge University Press; 1990, str. 5.
- Schoenecke OW, Herrmann JM. Psychophysiologie. U: Adler RH, Herrmann JM, Koehle K, Schoenecke OW, Uexkuell Th von, Wesiack W, ur. Psychosomatische Medizin. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1996, str. 161–97.

67. Lang PJ, Davis M, Ohman A. Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *J Affect Disord* 2000;61:137–59.
68. Ornitz EM. Developmental aspects of neurophysiology. U: Lewis M, ur. *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 39–51.
69. Voigt KH, Fehm HL. Psychoneuroendokrinologie. U: Uexkuell Th von, ur. *Psychosomatische Medizin*. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1990, str. 180–94.
70. Anand KJS, Nemeroff CHB. Developmental psychoneuroendocrinology. U: Lewis M, ur. *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 64–86.
71. Ader R, Felten DL, Cohen N, ur. *Psychoneuroimmunology II*. New York: Academic Press; 1991, str. 3–9.
72. Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosom Med* 1993;55:364–79.
73. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine. Back to the future. *Psychosom Med* 2002;64:15–28.
74. Fawzy FI, Fawzy NW. Group therapy in the cancer setting. *J Psychosom Res* 1998;45:191–200.
75. Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW i sur. A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiat* 1990;47:729–35.
76. Simon FB. Beyond bipolar thinking—patterns of conflict as a focus for diagnosis and intervention. *Fam Process* 1998;37:215–32.
77. Fenner E. Psychosomatic research in intensive care units. A systematic review. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2001;51:296–7.
78. Carr A. Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation -I- Child focused problems. *J Fam Ther* 2000;22:29–60.
79. Howlett S. Emotional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1999;140:381–4.
80. Spahn C, Wirsching M. Family dynamics and asthma. *Allergologie* 1995; 18:277–81.
81. Killian KD. Fearing fat – a literature review of family systems understandings and treatments of anorexia and bulimia. *Family Relations* 1994; 43:311–8.
82. Rowa K, Kering PK, Geller J. The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:97–114.
83. Fegert JM, Probst M, Vierbock S. Children suffering from atopic eczema and their families. A qualitative interview-study on familial coping. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1999;48:677–93.
84. Latzer Y, Gaber LB. Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa: Family perspectives. *Contemp Fam Ther* 1998;20:539–51.
85. Godding V, Kruth M, Jamart J. Joint consultation for high-risk asthmatic children and their families, with pediatrician and child psychiatrist as co-therapists – model and evaluation. *Fam process* 1997;36:265–80.
86. Kog E, Vertommen H, Vadereycken W. Minuchin's psychosomatic family model revised: a concept validation study using a multitrait-multimethod approach. *Fam process* 1987;26:235–53.
87. Stierlin H. Zur Familienpsychosomatik heute. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990;40:357–62.
88. Eggers C. Grundzuege der Diagnostik. U: Eggers C, Lempp R, Nissen G, Strunk P, ur. *Kinder- und Jugend-Psychiatrie*. Berlin: Springer-Verlag; 1994, str. 67–104.
89. Remschmidt H, Schmidt MH, ur. Multiaxiales Klassifikationsschema fuer psychische Stoerungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber; 1994, str. 9–20.
90. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, ur. *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Stoerungen ICD-10 Kapitel V. 2. Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber; 2000, str. 22–5.
91. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition – DSM-IV th*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994, str. 13–121.
92. Dalton R, Forman MA. Psychosomatic illness. U: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, ur. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000, str. 70–2.
93. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychoth Psychosom* 2000;69:184–97.
94. Barth N. Fundamental psychosomatic care for children and adolescents – model for cooperation between pediatrics and child and adolescent psychiatry. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2002;30:145–9.
95. Berntsson LT, Kohler L, Gustafsson JE. Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scan J Public Health* 2001;29:44–54.
96. Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR i sur. The Academy of psychosomatic medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics* 1998;39:8–30.
97. Campo JV, Kingsley RS, Bridge J, Mrazek D. Child and adolescent psychiatry in general children's hospital: a survey of chairs of psychiatry. *Psychosomatics* 2000;41:128–33.
98. Vandvik IH. Collaboration between child psychiatry and paediatrics: the state of the relationships in Norway. *Acta Paediatr* 1994;83:884–7.
99. Schneider G, Gieler U. Psychosomatic dermatology – state of the art. *Zeitschrift fuer Psychosom Med u Psychoth* 2001;47:307–31.
100. Buerger D, Rost B. Krankheit in Kindheit und Jugend. U: Adler RH, Herrmann JM, Koehle K, Schoenecke OW, Uexkuell Th von, Wesiack W, ur. *Psychosomatische Medizin*. Muenchen: Urban & Schwarzenberg; 1996, str. 1131–61.
101. Graham PhJ, Turk J. Psychiatric aspects of pediatric disorders. U: Lewis M, ur. *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 989–1005.
102. Rosenbaum M, McCarty T. The relationship of psychosomatic medicine to consultation – liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1994;35:569–73.
103. Friedman RS, Molay F. A history of psychiatric consultation in America. *Psychiatr Clin North Am* 1994;17:667–81.
104. Gregurek R. Suradna (Liaison) psihijatrija. U: Klain E, ur. *Psihološka medicina*. Zagreb: Golden marketing; 1999, str. 371–403.
105. Lewis M, Leebens PK. The consultation process in child and adolescent psychiatric consultation – liaison in pediatrics. U: Lewis M, ur. *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, str. 935–9.
106. Frank R. Consultation and liaison. *Mon Schr Kinderheilkd* 2002;150: 186–90.
107. Knapp PK, Harris ES. Consultation – Liaison in child psychiatry: A review of the past 10 years. Part I: Clinical findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:17–25.
108. Knapp PK, Harris ES. Consultation – Liaison in child psychiatry: A review of the past 10 years. Part II: Research on Treatment Approaches and Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:139–46.
109. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A i sur. European Consultation – Liaison Psychiatric services: the ECLW Collaborative Study. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:260–6.
110. Ortiz P. General principles in child liaison consultation service – a literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997;6:1–6.