

Psihosomatske bolesti djece predškolske dobi

Pelicar, Melita

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:442271>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-21**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

MELITA PELICAR

PSIHOSOMATSKE BOLESTI DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Završni rad

Pula, svibanj, 2016.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti

MELITA PELICAR

PSIHOSOMATSKE BOLESTI DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Završni rad

JMBAG: 0145010243, izvanredni student

Studijski smjer: Stručni studij predškolskog odgoja

Predmet: Rani emocionalni poremećaji

Znanstveno područje: Društvene znanosti

Znanstveno polje: Psihologija

Znanstvena grana: Razvojna psihologija

Mentor: mag.psih. Đeni Zuliani

Pula, svibanj, 2016.



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana Melita Pelicar, kandidat za prvostupnika predškolskog odgoja ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

U Puli, 1. lipnja 2016. godine



IZJAVA
o korištenju autorskog djela

Ja, Melita Pelicar dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom *Psihosomatske bolesti djece predškolske dobi* koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, 1. lipnja 2016.

Potpis

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Pojam psihosomatskih bolesti.....	2
2.1. Obilježja psihosomatskih bolesti.....	3
2.2. Utjecaj psihosomatskih bolesti na djecu	4
3. Najčešće psihosomatske bolesti djece.....	5
3.1. Promatranje djece oboljele od kolitisa, bronhijalne astme i atopijskog dermatitisa.....	7
4. Čimbenici koji doprinose razvoju psihosomatskih bolesti.....	11
4.1. Razvojni aspekti djeteta.....	12
4.2. Važnost odnosa majka-dijete	14
4.3. Privrženost majke-djeteta	15
4.4. Osobnost djeteta	16
4.5. Izražavanje emocija djeteta	17
4.6. Stres i dijete.....	20
5. Obiteljski aspekt i istraživanje obiteljskih varijabli.....	23
5.1. Ekonomski i socio–kulturalni uvjeti	26
5.2. Uloga roditelja u otkrivanju uzroka tegoba.....	28
5.3. Uloga odgojitelja u otkrivanju uzroka tegoba	29
6. Dijagnostika, procjena i klasifikacija simptoma.....	30
6.1. Metode u procjeni psihosomatskih simptoma.....	33
7. Psihoterapijski pristup	36
7.1. Alternativni pristupi	36
7.1.1. Pet terapija.....	37
7.1.2. Art terapija.....	38
7.1.3. Drama terapija	39
7.1.4. Terapija igrom/glazbom/plesom	40
8. Zaključak	
9. Literatura	
Sažetak	
Summary	

1. Uvod

Povezanost odnosa emocija i tijela čovjek je prepoznao prije pojave prvih znanstveno medicinskih istraživanja u tom području. Potvrdilo se mišljenje da postoje bolesti emocionalnog podrijetla koje imaju somatske tegobe. Tjelesni simptomi su indirektni rezultat nesvjesnih emocija, no zrela ličnost stječe uspješne obrambene mehanizme tih kompleksnih problema. Psihoanalitičari smatraju da svaki organ ima svoju simboliku. Pojava psihosomatskih poremećaja jest posljedica promjenljivih životnih uvjeta, odnosa među članovima obitelji, otuđenosti, negativnih reakcija na pojedine stresore i stresne situacije. Psihološki stres i zdravstveni problemi predstavljaju faktore rizika za razvoj somatizacije i pridonose njenom pojavljivanju i/ili održavanju, pogotovo kod emocionalno ranjivije i osjetljivije djece.

Prvi dio završnoga rada sastoji se od prikazivanja definicije psihosomatskih bolesti te obilježja i utjecaja psihosomatskih bolesti na djecu. Rad se nastavlja pregledom najčešćih psihosomatskih bolesti i čimbenika koji doprinose njihovom razvoju. Poseban naglasak polaže se na razvojne aspekte djeteta, njegovu osobnost i prepoznavanje, te izražavanje emocija u svrhu postizanja emocionalne ravnoteže. Ističe se vrlo značajna uloga obiteljskih aspekata, važnost odnosa majka-dijete, privrženosti, inter i intrapersonalnih interakcija te obiteljskih varijabli (kohezija, prilagodljivost i cjelokupno zadovoljstvo svih članova obitelji). Napominje se važnost roditeljske i odgojiteljske uloge u prepoznavanju i prevenciji psihosomatskih bolesti. Prvi dio također uključuje istraživanja (promatranje djece oboljele od bronhijalne astme, ad-a, u socio-kulturalnim i ekonomskim uvjetima, u svakodnevnom stresu, istraživanje obiteljskih varijabli), prijevod i osvrt. Drugi dio rada jest medicinsko terapijske prirode. Posvećen je dijagnostici, procjeni i klasifikaciji psihosomatskih simptoma. Ujedno sadrži i kratki pregled metoda koje se koriste u brojnim istraživanjima. Za kraj, navodi se važnost psihoterapijskog pristupa kao veoma značajan čimbenik u procesu ozdravljenja, no i sve češće korišteni alternativni pristupi (Pet, terapija Art terapija, Drama terapija, Terapija igrom, plesom, glazbom).

2. Pojam psihosomatskih bolesti

Pojam „psihosomatski“ dolazi od grč. riječi „soma“ (tijelo) i „psyche“ (duh/duša). Izraz psihosomatika ili psihofiziologija odnosi se na neželjeni učinak psihe na tijelo. Psiha i tijelo su nerazdvojni i snažno utječu jedno na drugo. Svaka bolest ima vanjski uzročnik koji dovodi do pojave prvih simptoma bolesti. Ipak, nije dovoljan sam uzročnik da bi se razvila bolest. Vrlo važno je stanje organizma, njegove obrambene sposobnosti, naslijeđene osobine te socijalni utjecaji (podrška, prihvaćanje, prilagodba i kultura u kojoj pojedinac odrasta). Neće svaka osoba s emocionalnim poteškoćama razviti psihosomatsku bolest. Medicina je znanost u stalnom razvoju. Svjedoci smo brojnih napredaka, no postoji veliki broj bolesti za koje još nije pronađen uzročnik. Danas se psihosomatska medicina razvija kao posebna grana medicine i bavi se recipročnim odnosom psihe i bolesti. Naglasak je na promatranju pacijenta kao cjeline, a ne samo njegova bolesnog organa.¹

Nailazimo na mnoge definicije psihosomatskih bolesti, no nijedna nije jedinstvena. Postoje različita gledišta prema kojima su samo određene bolesti psihosomatske, dok druge teorije tvrde da je svaka tjelesna bolest psihosomatska. Psihosomatskim bolestima nazivamo bolesti psihogenog podrijetla čiji se simptomi očituju na organima i mijenjaju njihovu strukturu, stvarajući najprije reverzibilne, a zatim ireverzibilne promjene. Određena emocionalna stanja mogu uzrokovati promjene funkcije organa, dok tjelesne promjene nastaju zbog navedenih disfunkcija. Radi se o tjelesnim bolestima koje pokazuju patološko- anatomske promjene, no može se raditi i o poremećajima koji nemaju patološko-anatomsku podlogu. Zajedničko im je da se promatraju kao funkcija djelovanja psihičkih čimbenika u interakciji s biološkim. Psihosomatski poremećaji u početku su funkcionalni, bez vidljivih tjelesnih oštećenja. Nakon kraćeg ili duljeg vremena mogu dovesti od uočljivih i trajnih oštećenja na organima. Oštećenja tkiva i organa nastaju zbog dugotrajnog podražaja određenog dijela živčanog sustava koji nije pod utjecajem naše volje (autonomni živčani sustav). Vrlo su često prenosioci snažnih poruka i značenja.²

¹ <http://www.alfa-portal.com/psihosomatske-bolesti-osluskujte-svoje-tijelo/> (10.06.2015.)

² <http://www.psihologijaonline.com/klinicka-psihologija/70-psihosomatski-poremecaji> (10.06.2015.)

2.1. Obilježja psihosomatskih bolesti

Glavno obilježje psihosomatskih poremećaja jest prisutnost tjelesnih simptoma bez jasnih organskih uzroka, što dovodi do poteškoća u motoričkom, kognitivnom, socijalnom i emocionalnom funkcioniranju. Definiraju se kao manifestacija psiholoških teškoća kroz tjelesne simptome koji se ne mogu objasniti patološkim nalazima (Lipovski, 1988.; prema Gerralda, 1996.) Psihosomatski simptomi smatraju se oblikom komunikacije djeteta koje ono koristi kada je iz bilo kojeg razloga emocionalni dijalog s njemu važnim osobama otežan. Organ u kojem će se javiti somatski poremećaj određen je obiteljskom sredinom u kojoj dijete živi. Neuravnoteženi obiteljski odnosi i specifični oblici interakcije roditelja i djeteta (pretjerana rigidnost, autoritarnost, pretjerana popustljivost, odbijanje itd.) predstavljaju faktore rizika razvoja simptomatologije (prema Vulić-Prtorić, 2000.) Kombinacija psihološkog stresa i zdravstvenih problema u obitelji također utječe na razvoj somatizacije. Pridonose njezinom pojavljivanju i/ili održavanju, pogotovo kod emocionalno ranjivije djece. U obiteljima djece često postoji povećana pozornost usmjerena na zdravlje, visoke razine anksioznosti, poremećaje raspoloženja te prenaplašeno reagiranje i na najmanje tjelesne promjene. S druge strane, nedostatak roditeljske brige također može pridonijeti razvoju somatizacije i u odrasloj dobi (Craig, Drake, Mills, Boardman, 1994.; prema Gerralda, 1996.).

Prepoznavanje simptoma pouzdanije je kod djeteta negoli kod roditelja koji ukazuju na manji broj teškoća. Karakteristična je prisutnost kombinacije simptoma. Priroda i značenje psihosomatskih simptoma razlikuje se s obzirom na dob djeteta. Najčešće se javljaju kod djece u dobi od 2. do 4. godine. Postoji i situacijska specifičnost u javljanju određenih simptoma (u javnim situacijama – kupovina, gužva, razgovor s autoritetima). Pojava psihosomatskih poremećaja kod djece, bez obzira na njihovu prirodu, češća je u obiteljima s visokom zastupljenošću tjelesnih i duševnih bolesti. Djeca roditelja s psihosomatskim poremećajima imaju više tegoba od djece zdravih roditelja (Vulić-Prtorić, 2000.).

2.2. Utjecaj psihosomatskih bolesti na djecu

Tijelo djece intenzivnije reagira na psihički podražaj negoli tijelo odraslih. Probavni organi i koža prvi su putovi komunikacije. Ukoliko već u najranijoj dobi dođe do poremećaja u modelu komunikacije, to može biti osnova za kasniju pojavu psihosomatskih bolesti. Psihosomatske bolesti ne uključuju umišljene bolove, već se radi o fizičkim smetnjama iako je organizam potpuno zdrav. Problem se ne pojavljuje u obliku tjeskobe ili poremećaja u ponašanju, već kao somatski simptom koji upućuje na tjelesnu bolest. Kad određenom simptomu ne posvetimo primjerenu pozornost, pojavljuje se tjeskoba. Kao posljedica prijašnjih ili sadašnjih psiholoških utjecaja nastaju psihosomatski poremećaji tjelesne organiziranosti djeteta. Najčešće su posljedica djetetovih emocionalnih problema: strahova, agresije, sukoba s okolinom. Predstavljaju izraz djetetove patnje te ih treba shvatiti vrlo ozbiljno (Gruden, 1995.).

Korijeni psihosomatskih bolesti pojavljuju se u najranijoj dobi, kad još ne postoji jasna granica između tijela i emocija. Dijete na sve dobre i loše pokazatelje reagira tijelom. Na taj način izražava otpor okolini, drugoj djeci, načinu komuniciranja. Rijetko se razmišlja o psihosomatskim bolestima kao kreativnom procesu. Glasser (1984.) navodi da svaka kronična bolest koja nema poznati organski uzrok i poseban medicinski tretman, može biti rezultat kreativne, nesvjesne uključenosti organizma u borbi za zadovoljenje osnovnih psiholoških potreba.

3. Najčešće psihosomatske bolesti djece

Psihosomatske se bolesti mogu iskazati na različitim organskim sustavima. Klasificiraju se i opisuju s obzirom na organske sustave koje zahvaćaju. Nakon procesa dijagnostike i klasifikacije intenziteta simptoma, vrlo je važan i psihološki pristup, prije negoli dođe do većih i trajnih oštećenja (Vulić-Prtorić, 2005.).

1. Kardiovaskularne bolesti: probadanje u području prsnog koša, ubrzan rad srca, poremećaj ritma otkucaja srca, hipertenzija;

Posljedica su sklonosti anksioznosti, depresiji, osjećaju krivnje, opsesivno-kompulzivnim radnjama (pretjerana točnost, urednost). Djeca reagiraju u situacijama u kojima, po njihovoj samoprocjeni, nisu dorasla zbog vlastite nesigurnosti. Također, pojavljuju se u situacijama koje uzbuđuju dijete, a prestaju smirivanjem situacije. Ubrzano lupanje srca zastrašuje dijete i razvija osjećaj straha. Djeca s oscilacijama krvnog tlaka obično su autoagresivna (Anić, 1989.).

2. Gastrointestinalne bolesti: nedostatak apetita/odbijanje hrane, povraćanje, grčevi, bolovi u trbuhu, dijarea i kronični zatvor;

Dijete osjeća bolove u trbuhu prilikom odlaska u vrtić i za vrijeme boravka. Uzroci su mnogobrojni: strah od odgojitelja (pretjeran autoritet), preteški, neprimjereni zadatci, očekivanja i zahtjevi, strah od susreta s drugom djecom, otežana prilagodba, neuspješna separacija od roditelja, neprihvaćenost i osjećaj nepripadnosti grupi. Bolovi se također pojavljuju kad se dijete osjeća zanemareno od strane obitelji. Na taj način traži pažnju, dijalog i razumijevanje. Teži oblici probavnih poremećaja utemeljeni na emocionalnim problemima jesu čir na želucu i kronična upala crijeva (kolitis). Pojavljuju se kod djece čije je obiteljsko ozračje napeto, promjenljivo. Dijete je u neprestanoj napetosti i nesigurnosti. Takva su djeca stidljiva, nesigurna, pasivna, autoagresivna.

Opstipacija (zatvor) se često javlja prilikom odvikavanja djeteta od pelena. Izraženija je ukoliko procesom odvikavanja započinjemo prerano. Dijete je nespremno, ne razumije što očekujemo. Promjena okoline, osoba koje ga čuvaju te razna uzbuđenja mogu uzrokovati opstipaciju jer dijete iz psihogenih uzroka zadržava stolicu (Kocijan-Hercigonja, 1996.).

3. Glavobolje: najčešći oblik djetetove psihosomatske bolesti. Mogu biti difuzivne ili lokalizirane, povremene ili trajne. Očituju se kao pritisak u glavi, lupanje, probadanje ili osjećaj da će se glava raspuknuti. Ponekad su praćene vrtoglavicom i smetnjama vida. Pojavljuju se u traumatizirajućim situacijama: strah od susreta s osobom s kojom imaju loš odnos, u konfliktnim obiteljskim situacijama, strah od kazne ili odgovornosti. Izraz su emocionalnih problema, potištenosti, odbačenosti i straha. Takva su djeca bojažljiva, osjetljiva, razdražljiva s potisnutom agresijom (Gruden, 1995.).
4. Respiratorne bolesti: bronhijalna astma, bronhitis. Astma je najčešće urođena, ali je i rezultat interaktivnog djelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Djeca su nepovjerljiva, napeta, s povećanim osjećajem strepnje. Napadaji astme pojavljuju se prilikom uzbuđenja, ljutnje, uznemirenosti i straha (Anić, 1989.).
5. Kožne bolesti: alergijske reakcije, urtikarija, neurodermatitis, psorijaza, herpes.
6. Tjeskobna stanja: mišićna napetost, ubrzano disanje, uznemirenost, osjećaj nedostatka zraka, umor (Thaller, 1999.).
7. Ostali poremećaji:

Tikovi: izražavaju manifestacije trenutačnih tjeskoba. Psihogeni korijen tikova može biti emocionalni sukob u kući. Tikovima dijete izražava potrebu da kod roditelja pronađe veću popustljivost, razumijevanje i optimizam. Majka iz osobnog osjećaja krivnje i neuspjeha najčešće vrši pritisak na dijete te ga neprestano grdi zbog toga (Gruden, 1995.).

Enureza: nekontrolirano dnevno/noćno mokrenje djeteta starijeg od tri godine. Može biti funkcionalna, izazvana emocionalnom nestabilnošću, slabom prilagodbom, strogošću roditelja i strahom, ili organska, izazvana nekim bolestima (Petz, B., 1992.). Neorganska/funkcionalna može i ne mora biti povezana s raznim emocionalnim smetnjama i poremećajima ponašanja (Jakovljević, 1995.).

3.1. Promatranje djece oboljele od kolitisa, bronhijalne astme i atopijskog dermatitisa

Najčešći organski sustavi na kojima se manifestiraju psihosomatske bolesti su koža (dermatitis), probavni sustav (kolike) i dišni sustav (bronhijalna astma). Oštećenje organa nastaje zbog dugotrajne i intenzivne stimulacije određenog dijela autonomnog živčanog sustava (Vulić-Prtorić, 2005.).

Bolovi su u probavnom sustavu u dječjoj dobi često su psihogeno uvjetovani, rjeđe su posljedica organskih bolesti. Izraz su reakcije organizma djeteta na stres, osobne poteškoće, povećane osjetljivosti i neravnoteže autonomnog živčanog sustava. Mogu prouzročiti gubitak apetita, povraćanje, proljev, bolove u abdomenu te temperaturu. Uzrok bolova može biti i neprilagođenost djeteta društvenoj okolini, preveliki zahtjevi, preosjetljivost djeteta, strah i anksioznost. U djece koja boluju od recidivirajućih psihogenih kolika uočavaju se karakteristične crte ličnosti. Djeca su vrlo su osjetljiva, tjeskobna, bojažljiva, presavjesna, nesigurnog i plašljivog ponašanja, preambiciozna, visokih očekivanja te izrazito poslušna. Bolovi koje djeca osjećaju su stvarni i kad nemaju jasan fiziološki uzrok jer su psiha i tijelo nerazdvojni te snažno utječu jedan na drugoga. Mogu se javiti svakodnevno, nekoliko puta tjedno ili nekoliko puta mjesečno. Često su su nedefinirani, rijetko oštri a najčešće grčeviti. Liječenje zahtijeva strpljenje i upornost. Cilj liječenja je razumijevanje bolesti, njezinog nastanka (uzroka) i edukacija. Potrebno je provoditi terapiju razgovorom, odgovarajućim i pravilnim načinom prehrane uz ublažavanje simptoma. Uspješnost liječenja ovisi o dosljednosti, obostranom povjerenju djeteta i liječnika/terapeuta i podršci cijele obitelji (Peršić, Palčevski, Slavić, 2006.).

Za razliku od kolitisa, bronhijalna astma najčešći je psihosomatski poremećaj kod djece. Smatra se nezaraznom kroničnom bolešću pluća koja predstavlja veliki globalni zdravstveni problem. Pogađa 5 - 10% dječje populacije. U 80% slučajeva započinje prije 15. godine života, a prije 5. godine u 75%. Izraženija je nešto više u urbanoj populaciji nego u populaciji ruralnog područja. Ovisi o nasljednim, klimatskim i emocionalnim aspektima.³

³ <http://scielo.sld.cu> (10.06.2015.)

Faktori rizika:

1. Materijalni uvjeti života kao rezultat dinamičke interakcije strukturnih uvjeta stanovanja: ventilirani prostori, kvaliteta i čistoća zidova, prokišnjavanje, vlaga, neprimjereni higijenski uvjeti stanovanja, prenatrpanost.
2. Okolišni čimbenici: vremenske promjene, izloženost nečistom, suhom, vlažnom zrakom.
3. Izloženost inhalacijskim alergenima: peludu, prašini, životinjskim dlakama, otrovnim plinovima, dimu, benzinu, gnojivima, kemikalijama.
4. Prehrana: mliječni, mesni proizvodi, brašno, školjke, soja, rajčice, mahunarke, čokolada, jaja, orasi, limun, banane, umjetna bojila, aditivi i konzervansi te lijekovi.

Odnos između astme i emocionalnih promjena predstavlja mogućnost pojave psihosomatske komponente jer postoje činjenice koje ukazuju da ti pacijenti u prosjeku izražavaju više negativnih emocija od drugih. Emocije mogu potaknuti pojavu astme. Čak trećina napadaja posljedica je emocija. Newshouse (1991.) sugerira da astma nije neurotična bolest, ali veliki emocionalni stres ima tendenciju da će pogoršati simptome i učestalost dnevnih i noćnih napada ukoliko bolest nije dobro kontrolirana. Zaključujemo da postoji izravan odnos između težine kliničkih manifestacija bronhijalne astme i broja rizičnih faktora (De la Vega Pazitková, Pérez Martínez, Bezos Martinez, 2010.).

Atopijski dermatitis (AD) također ima vrlo snažan utjecaj na emocionalni i socijalni život djece i roditelja, uključujući aspekte dinamičkog i strukturalnog sustava obitelji, kao što su uloge u obiteljima, autoritet, granice, oblik kontrole i ponašanja, i komunikacija. U obiteljima djece s atopijskim dermatitisom, razni čimbenici, kao i obiteljsko okruženje utječu na povratak/težinu simptoma. Istraživanje o AD-u prikazuje procjenu funkcioniranja obitelji s djetetom i percepciju roditelja o bolesti svoga djeteta. Prikupljene informacije strukturirane su u devet kategorija: autoritet, kontrola, nadzor, utjecaj, podrška, poremećaji ponašanja, komunikacija, negativan utjecaj i resursi. Svaka od navedenih kategorija klasificirana je kao funkcionalna, umjereno funkcionalna, slabo funkcionalna ili disfunkcionalna (Rodríguez-Orozco, Kanán-Cedeño, Guillén Martínez, 2011.).

Autoritet: procjenjuje svoju učinkovitost unutar obitelji;

Kontrola: granice i metode kontrole ponašanja;

Nadzor: ocjenjuje funkcionalnost pravila i nadzora ponašanja;

Utjecaj: ocjenjuje kako se izražavaju osjećaji i emocije među članovima obitelji;

Podrška: način na koji članovi obitelji pružaju socijalnu podršku;

Poremećaji ponašanja: ocjenjuju društveno neprihvatljivo ponašanje, kao što su ovisnosti te razni poremećaji ponašanja;

Komunikacija: procjenjuje verbalne i neverbalne odnose koji se događaju unutar obitelji;

Negativni utjecaj: ocjenjuje prisutnost negativnih osjećaja i emocija unutar obitelji;

Resursi: odnose se na postojanje instrumentalnih i afektivnih potencijala i sposobnosti obitelji da ih razviju i koriste;

S obzirom na dobivene rezultate, kod većine obitelji utvrđeno je da su "slabo funkcionalne" u kategoriji autoriteta. Uočili smo da u obiteljima autoritet ne dijele ravnopravno oba roditelja, što utječe na odnose i obiteljsko funkcioniranje. Obitelji su otkrile da "slabo funkcioniraju" u kategoriji autoriteta gdje je jedan član roditeljskog podsustava potisnut (s malo ili bez podrške drugog člana roditeljskog para). S druge strane, nadzor, poštivanje granica, normi i ponašanja članova nisu bili primjereni. U smislu utjecaja, primijetili smo da su obitelji bile *"umjereno funkcionalne"*, što je povezano s lošim funkcioniranjem u kategoriji autoriteta. S obzirom na kategoriju podrška, obitelji su *"umjereno funkcionalne"*. To je kategorija u kojoj je pronađena najveća ocjena. Podrška je jedan od resursa o kojemu ovisi kako će se obitelj suočiti s bolešću i svakodnevnim problemima u životu. Također, odnosi se i na međusobnu zaštitu i stvaranje osjećaja jedinstva. U vezi poremećaja ponašanja, obitelji su negirale postojanje ovisnosti, nasilja ili zakašnjelih problema u obitelji (Rivero-Lazcano, Martinez-Pampliega, Iraurgi, 2011.).

Kvaliteta života povezana je s psihosocijalnim funkcioniranjem djeteta i obitelji. Čak i kad su ispitane obitelji bile u prosjeku funkcionalne i umjereno funkcionalne, otkriveni su problemi u kategorijama komunikacije, poremećaja ponašanja i autoriteta. Težina i tijek bolesti mogu dovesti do pojave psihosomatskih bolesti. Sram, neprimjereni komentari, zadirkivanje i nasilno ponašanje često uzrokuju društvene izolacije i mogu uzrokovati pojavu psihosomatskih bolesti i depresiju. Iako su roditelji izjavili da se njihovo dijete nije promijenilo tijekom bolesti u 41,5% slučajeva, u 33% smatra da je bolest ipak utjecala na djetetove dnevne aktivnosti, ali i na osobnost.

Zaključujemo da psihosomatske reakcije ovise o reakciji okoline na njihovo ponašanje, a posebno o reakciji roditelja. Odnosi dijete-roditelj kontinuirano se mijenjaju i dovode do promjene intenziteta reakcija. Reakcije mogu slabjeti, povećavati se ili u potpunosti nestati. Psihosomatske reakcije nastale u djetinjstvu mogu se nastaviti u školskoj pa čak i odrasloj dobi i utjecati na cjelokupno psihosocijalno funkcioniranje (Čuturić, Šprajc, 1987.).

4. Čimbenici koji doprinose razvoju psihosomatskih bolesti

Pokušava se razjasniti uloga psihološkog aspekta u nastanku psihosomatskih stanja i bolesti, što dovodi do nastanka psihoanalitičkih – psihodinamičkih teorija. Sklonost psihosomatskom reagiranju stječe se vrlo rano u životu. Nije jednostavno utvrditi radi li se o fiziološkim promjenama koje su karakteristične i usko povezane s fazama djetetova razvoja ili o početku razvoja problema u ponašanju koji mogu dovesti do pojave psihosomatskih bolesti. Vrlo je važan odnos funkcionalne korelacije strukture mozga i ponašanja/poremećaja, uključujući i razvojnu dob djeteta. Mehanizam povratne veze uključuje vanjske i unutarnje podražaje. Ne postoji jednostavna linearna veza između strukture mozga i psihičkih funkcija. Jedna psihička funkcija određena mnogim povratnim spregama može djelovati na mnoge psihofizičke funkcije. Dakle razvoj može predstavljati smisleni pokušaj da se konflikti rješavaju pomoću tjelesnog poremećaja jer je učinak patogenih čimbenika ovisan o vulnerabilnosti psihičke strukture i dinamike. Pojedina djeca imaju određenu sklonost za traumatiziranje, npr. prijevremeno rođena djeca, djeca s poremećajem razvoja mozga, s alergijskom atopijom, sa slabo izraženim regulacijskim mehanizmima, s niskim pragom podražaja te djeca s nedovoljnom integracijom. Veća kvaliteta obrambene organizacije doprinosi manjoj mogućnosti pojave simptomatskih oboljenja. Cjelokupna aktivnost određena je sadašnjom materijalnom situacijom i/ili sadašnjim osobama. U novije vrijeme pridaje se mnogo pažnje istraživanju djetetovih sposobnosti, snagama i zaštitnim okolinskim čimbenicima (Kušević, Braš, 2009.).

4.1. Razvojni aspekti djeteta

Razvojni aspekti proučavaju slojevitou povezanost duševnoga i tjelesnoga, pokušavaju objasniti odnose struktura središnjeg živčanog sustava, psihičkih funkcija, različitih sustava (endokrini, imunološki, fiziološki), ali i različitih psihosocijalnih faktora tijekom različitih razdoblja. Opterećenje, stres i vanjski podražaji imaju dovoljno velik utjecaj na emocionalne reakcije. Stresna situacija je individualna reakcija. Zakonitosti biološkog, psihološkog, socijalnog i emocionalnog svijeta međusobno su isprepletene. Razdoblje ranog djetinjstva vrlo je specifično. Karakterizira ga ubrzan i buran motorički, kognitivni, socijalni i emocionalni razvoj (Nikolić, 1990.).

Najvažniji čimbenici, prema Melitti Sperling (1978.) mogu biti:

- konflikti preedipske faze (preedipska faza psihoseksualanog razvoja od 3. do 5. god. života)
- fiksacijske točke i regresija (obrasci ponašanja koji odgovaraju mlađoj kronološkoj dobi – u prve dvije godine života – oralna i analna faza)
- specifičnost odnosa majka-dijete u smislu razvoja pretjerane ovisnosti o majci zbog zadovoljenja njenih vlastitih potreba
- specifična komplementarna karakteristika djeteta s navedenim, potrebe da bude mali i bolestan ili ovisan
- specifičnost strukture psihosomatskog simptoma – postoji istodobno izražen kompromis između suglasnosti s nesvjesnom željom majke i pobune protiv iste
- specifičnosti majčinskog karaktera

Struktura osobnosti karakterizirana superegom, prema analitičkim teorijama, odgovorna je za razvoj morala. Kod izraženih psihosomatskih smetnji, moral je strog, kažnjavajući, s tendencijom usmjeravanja akumulirane agresije prema tijelu i psihi (Sperling, 1978.).

Prema Nikoliću (1990.) razdoblje dječjeg razvoja od rođenja pa do prve tri godine života može se podijeliti na tri faze:

- 1. faza traje od rođenja do otprilike 14 mjeseci, i u njoj psihosomatsku ravnotežu regulira odnos majka-dijete;
- 2. faza proteže se do otprilike 18 mjeseci i karakterizirana je razvojem objektivnih odnosa;
- 3. faza traje otprilike do sredine druge, odnosno sredine treće godine i u njoj se u značajnoj mjeri formiraju obrane koje će dijete štititi od psihosomatskog reagiranja;

Razvoj djeteta do treće godine života vrlo je važan. Intenzivan je i buran te predstavlja značajan temelj za razvoj djetetove osobnosti. U tom razdoblju pojavljuje se separacijski strah djeteta koji je vrlo često prvi okidač pojave psihosomatskih bolesti. Dijete je već od samog rođenja u posebnoj vezi sa svojom majkom. Ukoliko majka ne dopusti djetetu da samostalno razvija svoje „ja“ i prihvati separaciju kao normalni tijek razvoja, može kod djeteta dovesti do prvih poteškoća u psihosocijalnom funkcioniranju koje se mogu i tjelesno manifestirati.

Dijete proživljava ugodu i anksioznost, a poremećaje iskazuje kroz izravno djelovanje i igru, što može dovesti do agresivnih osjećaja, strahova da će ih roditelji prestati voljeti a vršnjaci odbaciti, i do neprimjerenog ponašanja. Traumatske utjecaje uzrokuju prekomjerni dovod stimulacije (podražaji) ili inkoherencija dovoda stimulansa i emocionalni i/ili senzorički manjak uključujući nezadovoljstvo i diskontinuitet. Navedeni traumatski čimbenici uzrokuju nestrukturalizaciju u predsvjesnom ja-dijelu, gdje „ja“ ostaje na primitivnom stupnju, što dovodi do funkcionalne nesposobnosti obrane.

4.2. Važnost odnosa majka-dijete

Dječji psihosomatski poremećaj može se opisati promatranjem odnosa majka-dijete. Vrlo je važna interakcija majke i djeteta, od samog rođenja do 3. god. života. Taj odnos otkriva dva aspekta: konkretne i vidljive interakcije te nesvjesne emocionalne interakcije svakog pojedinog člana (ostaju u pozadini). Majčinski odgovori temelje se na afektivnom bogatstvu, stabilnosti i ispravnim odgovorima (Nikolić, 1990.).

Tri dimenzije ukazuju na vrednovanje odnosa majka-dijete (Nikolić, 1990.):

- afektivno bogatstvo prikazuje se u načinu i postojanosti majčine njege (nedostatak njege u najranijoj dječjoj dobi poznata je pod nazivom *hladna ili bijela depresija*)
- vokalizaciji te
- kvaliteti komunikacije pogledom.

Stabilnost proizlazi iz usklađenosti biološkog ritma djeteta i majke. Sposobnost majke da kvalitetno odgovori na djetetove individualne potrebe sastoji se u tome da ih majka prepozna i da ih zadovolji na način na koji dijete to očekuje, a ne isključivo po svojim zamislima. Na temelju iskustava, pedijatar i psihoanalitičar Winnicott, 1953. godine uveo je pojam „dovoljno dobra majka“ – majka koja u potpunosti može odgovoriti na sve djetetove potrebe, posebno one emocionalne prirode. Psihosomatska smetnja uvjetovana nedostatkom „dovoljno dobre majke“ i nedostatkom majčine investicije u dijete može nastati iz tri kategorija odnosa:

- iz odnosa koji su karakterizirani nedovoljnim majčinskim odgovorom
- iz odnosa koji su karakterizirani ekcesivnim majčinskim odgovorom
- iz odnosa koji su karakterizirani kaotičnim odgovorom

Napeta, tjeskobna i nesigurna majka ne uživa u kontaktu sa svojim djetetom, ne prepoznaje njegove potrebe i želje. Djeca, zbog nesigurnosti, reagiraju stalnom pobuđenošću, kolikama, poremećajima spavanja, napadima respiratornih zastoja. Nedosljednost njege pobuđuje osjećaj ravnodušnosti, atonije i depresije u prvoj godini djetetova života (Winnicott, 1953.).

4.3. Privrženost majke-djeteta

Jedan od najznačajnijih trenutaka u razvoju psihosomatike jest kronični nedostatak privrženosti. Karakteriziran je manjkom majčinske emocionalne investicije u dijete. Ozbiljnost poremećaja privrženosti može se očitati u funkcionalnom poremećaju: povraćanje, respiratorne i probavne smetnje, repetitivne infekcije te psihološka nezadovoljstva u očitovanju realiteta. Poremećaji povezani hiperstimulacijom i pretjeranom ekscitacijom prezentiraju se u vidu kolika, poremećajima spavanja i smetnjama disanja. Mnoge majčinske zamjene – negovatelji, predstavljaju moguću opasnost problematičnog razvoja privrženosti, što može ometati i utjecati na mogućnost izgradnje kvalitetnih psiholoških obrana kao zaštite od psihosomatskog načina reagiranja (Nikolić, 1990.).

S jedne strane, pretjerana roditeljska skrb i anksioznost mogu utjecati na pojavu psihosomatskih poremećaja i/ili ih pogoršati, no s druge strane, i potkrepljivanje simptoma i obeshrabrivanje njihova savladavanja, pridonosi pojavljivanju i održavanju simptoma. Osim navedenih uzroka treba uzeti u obzir i organske faktore, tjelesne bolesti, genetiku i predispoziciju. Također, neprimjereno zadovoljavanje djetetovih potreba i prepoznavanje njegovih pravih osjećaja može se odraziti na njegovo socio-emocionalno funkcioniranje i dovesti do tjelesnih oboljenja. Često se u suvremenom društvu zaboravlja da je socio-emocionalni razvoj djeteta podjednako važan kao tjelesni i spoznajni (Nikolić, 1990.).

4.4. Osobnost djeteta

Jedan od mnogih psiholoških čimbenika u nastanku psihosomatskih reakcija jest poremećaj razvoja ličnosti. Strukturu ličnosti čine id, ego i superego. Id predstavlja urođene, nesvjesne instinkte i funkcionira prema načelu ugone. Ego je dio ličnosti koji posreduje zadovoljenju potreba ida i funkcionira prema načelu realnosti (omogućuje komunikaciju s vanjskim svijetom). Superego sadrži moralne vrijednosti društva i kulture u kojima pojedinac živi i razvija se te koje mu u djetinjstvu usađuju roditelji. Sličan je pojmu svijesti i sprečava instinkte ida te usmjerava pojedinca k moralnom savršenstvu. Ponašanje je pod utjecajem nesvjesnih motiva, bez naše kontrole. Dječji je ego u ranoj dobi fluidan, nestabilan te se prirodno razvija. Očituje se u nedostatku logičkog razmišljanja pri čemu se elementi nesvjesnog izražavaju u primitivnim oblicima. Njegov um je konkretan, jednostavno operacionalan i usmjeren na sadašnjost, te ima ograničenu sposobnost refleksije (nije osvijestio svoje misli). Djetetom dominira prividan egocentrizam, a poteškoće s egom mogu utjecati na pojavu psihosomatskih bolesti (Baumeister, Dale, Somer, 1988.).

Individualne razlike kod djece mogu utjecati na njihovu cjelokupnu psihičku prilagodbu (Thomas i Chess, 1989.). Karakteristike temperamenta predstavljaju ključne prediktore dimenzija ličnosti (Hagekull i Bohlin, 1988.; Strelau, 1987.). Višedimenzionalne su, biološki utemeljene i stabilne (Guerin i Gottfried, 1994.; Kochanska, Murrey, Coy, 1997.; Rothbart, 1989.) i dovode do pozitivnih i negativnih afektnih reakcija (smijeh, ugodna, impulzivnost, radost i ljutnja, strah, tuga, tjeskoba, neugoda). Najvažnije su dimenzije koje karakteriziraju individualne razlike u ponašanju (Rothbart, Ahadi, 1994.; Shiner, 2012.). Svako dijete je individualno i od prevelikih zahtjeva ili stresora brani se na sebi svojstven način. Neki će postati borbeni i aktivno rješavati probleme, a neki će se otvoreno buniti protiv prevelikih zahtjeva i očekivanja. S druge strane, postoje djeca koja su sklona potiskivanju misli. Taj je proces vrlo naporan i s vremenom oslabljuje obrambene sustave organizma djeteta i može utjecati na imunološke funkcije organizma, srčani ritam, krvožilni sustav, na cjelokupni živčani sustav te dovodi do rizika za razvoj tjelesne bolesti.

4.5. Izražavanje emocija djeteta

Djeca se mogu pogrešno odnositi prema svojim osjećajima. Od roditelja ili članova obitelji uče kako ih izražavati, je li ih dobro/nije dobro izražavati, izražavaju li se samo pozitivne ili negativne emocije, odobrava li okolina njihovo izražavanje, je li izražavanje osjećaja ovisno o kulturi i društvu u kojemu živimo. Ovisno o prirodi izražavanja emocija roditelja, ponekad se djeca počinju bojati izraziti negativne osjećaje. Ukoliko roditelji na plač djeteta reagiraju izjavama poput: „Nemoj plakati, velik si dečko!“ ili „Plaću samo male bebe!“, dijete prima poruku kako je prihvatljivije sakrivati tugu i praviti se snažnima. Reagiraju li roditelji neodgovarajućim izjavama poput „Vidiš kako si zločest!“ i kaznama, djeca mogu naučiti kako nije u redu biti ljut i izraziti ljutnju. Djeca ne potiskuju samo negativne osjećaje, već i pozitivne - radost, zadovoljstvo, smijeh, imajući iskustvo da su pozitivni osjećaji također opasni. Postoji opasnost da okolina iskoristi takve trenutke i djeci postavi neprimjerene zahtjeve, obveze - sve u “dobroj namjeri“. Kada dijete doživi neke osjećaje, pozitivne ili negativne, te je osjećaje potrebno prepoznati i po mogućnosti izraziti. Emocije su vrlo važan dio našega života i jedan od medija komunikacije s okolinom, no pojedina djeca, svjesno ili nesvjesno, ne dozvoljavaju im da izađu na površinu, ne prepoznaju ih, ne izražavaju, već ih potiskuju. Potiskivanjem emocija preusmjeravaju energiju osjećaja na svoje tijelo - unutarnje organe (mišiće, krvne žile, živčani, probavni sustav). Uslijed potisnute energije tjelesni organi počinju nepravilno funkcionirati. To može biti praćeno i raznim neugodnim simptomima: mučnine, vrtoglavice, proljev, zatvor, grčevi, opća slabost. ⁴

Izražavanje emocija ne pojavljuje se jednostavno kao rezultat biološkog rasporeda, nego je djelomično pod utjecajem socijalne okoline. U početku, djetetovi afektivni izrazi vjerno izražavaju njegove emocije, no djeca ih s vremenom uče kontrolirati i ne moraju nužno odražavati ono što zaista u tom trenutku osjećaju. Takvi pokušaji skrivanja emocija često proizlaze iz djetetova sve većeg razumijevanja pravila izražavanja emocija u kulturi u kojoj živi, te očekivanja i stavova društva prema izražavanju emocija (Hwang, Nilsson, 2000.).

⁴ www.cuvarkuca.hr/preporuka/psihosomatski-problemi-kod-djece/

Djeca mogu naučiti kako izgledaju tjelesne manifestacije četiriju osnovnih emocija (strah, radost, bol i gađenje), kako se osjećamo u tijelu kada ih proživljavamo, koji su prihvatljivi načini izražavanja emocija a koji nisu, i kako na osnovu izražavanja emocija možemo komunicirati s okolinom. Već od predškolske dobi izražavanje emocija može se učiti i uvježbavati (Jakušić, Prvčić, Rister, 2003.).

Vrlo je važno da djeca budu svjesna povezanosti psihičkog i tjelesnog te da nauče razumjeti njihov međuođnos i djelovanje. Sasvim je prirodno da djeca uče oponašajući svoje roditelje i njima bliske odrasle osobe. Upravo onako kako roditelji i osobe u okruženju izražavaju vlastite osjećaje, tako ih i djeca uče izražavati. Često se djetetu koji pati od psihosomatskih bolesti ne vjeruje. Jednom kad se uvidi psihološka osnova za pojedini zdravstveni problem, tjelesne smetnje mogu se koristiti kao „signal“ preopterećenosti/stresa. Kako bi uspješno prevenirali pojavu psihosomatskih poteškoća, potrebno je osigurati da se dijete osjeća sigurnim i prihvaćenim u svome okruženju, i prilikom izražavanja svih svojih pozitivnih i negativnih emocija. Potrebno je osigurati pozitivnu, opuštenu i ugodnu atmosferu u kojoj dijete boravi, te dovoljno vremena za odmor, opuštanje, zabavu, druženje i igru. Neophodno je omogućiti djetetu dovoljno tjelesne aktivnosti, kako bi se primjerenom aktivnošću tijelo oslobodilo negativne napetosti i potisnute energije.⁵

⁵ <http://documents.tips/documents/psihosomatske-bolesti.html> (10.06.2015.)

Roditelji djeci predstavljaju modele, uzore, no u specifičnim situacijama (razvod, smrt bliskih osoba), pojedina djeca sakrivaju svoje osjećaje kako bi zaštitila svoje roditelje. Djeca nerijetko preuzimaju ulogu roditelja. Nastoje li roditelji sakriti svoje osjećaje pred djetetom, ukoliko ih nisu u stanju prepoznati i razumjeti, može se očekivati da ih djeca također neće naučiti prepoznati i izražavati. Vrlo je važno da roditelji, članovi obitelji, odgojitelji, svi ljudi koji okružuju dijete a i samo dijete postanu svjesni psiholoških uzroka tih bolova, povezanosti između psihičkog i tjelesnog. Samo osvješćivanje dovodi do smanjenja simptoma. Kad se uvidi povezanost psihičke osnove za pojedini zdravstveni problem, mogu se početi koristiti tjelesne smetnje kao signal za preopterećenost ili stres. To mogu učiniti i sama djeca. Kada djeca postanu svjesna uzroka svojih tegoba, mogu lakše usmjeriti energiju na smanjenje ili otklanjanje uzroka, a to im omogućuje brže i djelotvornije rješavanje psiholoških poteškoća. Razumijevanje uzroka i posljedica djeluje blagotvorno, jer tada zdravstveni problemi djeci i roditeljima postaju predvidljivi i prepoznatljivi te je izrazito lakše kontrolirati njihov intenzitet. Doživljaji kontrole potrebni su za dobro psihičko zdravlje (Jakušić, Prvčić, Rister, 2003.).

4.6. Stres i dijete

Djeca se svakodnevno susreću sa stresnim situacijama. Dugotrajna nervoza i napetost u obiteljskom okruženju, vrtiću, smrt bliskih osoba, odvojenost od roditelja, rastava, hospitalizacija, verbalno i tjelesno zlostavljanje, zanemarivanje uzrokovano nedostatkom materijalnih sredstava i stanjem u društvu, selidbe te previsoki socijalni zahtjevi utječu na psihofizički razvoj djeteta. Unatoč uloženom naporu odraslih, stres je nezaobilazan u današnjem ritmu života. Nažalost, ni djeca nisu lišena tog negativnog osjećaja. No stres također može nastati iz pozitivnih, radosnih trenutaka, npr. rođenje djeteta. Djeca različito reaguju na stres. Pojedina se uspješno prilagođavaju novonastaloj situaciji zahvaljujući dobro razvijenim vještinama suočavanja sa stresom, dok druga nemaju dovoljno razvijene navedene vještine i emocionalni kapacitet da prorade stresne situacije na zdrav način. Postoji značajna razlika u kratkoročnom i dugotrajnom stresu. Kratkoročan stres najčešće ne uzrokuje dugotrajne poteškoće. Ukoliko se intenzivan stres dugotrajno nastavi i ako se djetetu ne pomogne, organizam može razviti bolest. Novonastali psihosomatski simptomi mogu se projicirati i u kasnijoj dobi, npr. školskom razdoblju, te utjecati na psihosocijalno funkcioniranje djeteta i postizanje školskih rezultata.⁶

Stres je najčešće povezan s osjećajem nesigurnosti, nelagode, brige, straha, panike i anksioznosti. Zbog nemogućnosti suočavanja sa stresom postaju ljutita, tužna i uplašena. Otežano verbalno i emocionalno izražavanje te nezrele kognitivne verbalne vještine otežavaju djetetu prilagođavanje stresnim događajima. Stresne situacije ne možemo posve ukloniti, ali ih možemo umanjiti. Potrebno je pružiti djetetu bezuvjetnu podršku i pomoći mu da se osjeća sigurnim, prihvaćenim i nadasve voljenim. Samo pravilnim primjerom i kvalitetnom komunikacijom možemo naučiti dijete kako se nositi sa stresom i koje situacije opasne po njegovo zdravlje valja izbjegavati.⁷

⁶ <http://www.istrazime.com/djecja-psihologija/stres-kod-djece-predskolske-dobi-kako-ga-prepoznati-i-prevladati/> (10.06.2015.)

⁷ <http://www.roditelji.hr/skola/psihosomatske-tegobe-kod-djece/> (10.06.2015.)

Cilj istraživanja bio je opisati kako djeca doživljavaju stres u svakodnevnom životu. Istraživanja pokazuju da je stres dio dječje svakodnevice. Dobiveni rezultati mogu pomoći u prepoznavanju čimbenika koji utječu na pojavu stresa. Svako dijete doživljava stresne događaje u nekoj fazi, bez obzira koliko su idealna njihova okruženja. Stres se često uzima kao oblik raznih psihosomatskih simptoma (5-7 god.). Najčešće je praćen pritužbama poput glavobolje, bolova u trbuhu, bolova u vratu ili vrtoglavica. Bolovi nastaju bez jasnog organskog uzroka i/ili psiholoških problema (depresivno raspoloženje, razdražljivost, nervoza ili poremećaj spavanja). Mnoga djeca izražavaju simptome stresa otvoreno. Važno je imati na umu da postoje djeca koja su pod stresom bez izlaganja ikakvih simptoma. Razlog jest činjenica da djeca doživljavaju, razumiju i vrednuju stres na različite načine. Razina stresa značajno se povećava u skladu s dobi djece. Sukobi s roditeljima često rezultiraju stresom, čak i ako roditelji ne doživljavaju svoje ponašanje kao prijetnju. Studija je također pronašla tri vrste stresa koje utječu na djecu, a to su osjećaj gubitka, osjećaj da je jedan čovjek ugrožen te strah od problema i sukoba, uglavnom u odnosu na roditelje i/ili bliske osobe (Brobeck, Marklund, Haraldsson, 2007.).

Rezultati istraživanja pokazali su nekoliko ključnih faktora: strah od kašnjenja, nedostatak vremena, tjelesne i duševne posljedice, negativan i pozitivan osjećaj i doživljaj tuđeg stresa (Brobeck, Marklund, Haraldsson, 2007.).

1. Iskustvo straha kašnjenja u vrtić/slobodne aktivnosti: dijete postaje jako nervozno, jede jako brzo, brzo se odijeva. Iskustvo straha da kasni na aktivnosti ili druge važne događaje u slobodno vrijeme uzrokuje stres, znajući da će biti kasno za nešto važno, da će nešto propustiti ili da neće stići na vrijeme.
2. Nedostatak vremena: djeca su izjavila da doživljavaju stres kada imaju previše posla ili trebaju istovremeno previše razmišljati, kada nemaju vremena baviti se aktivnostima koje ih zanimaju ili kad se moraju baviti nečim određenim što nije u njihovom interesu. Većina djece koje je sudjelovalo u raznim aktivnostima u slobodno vrijeme, izjavilo je da iste nisu prouzročile osjećaj stresa. Dakle, djeca u svoje slobodno vrijeme doživljavaju kao zabavu i opuštanje.

3. Tjelesne i duševne posljedice: stres roditelja često je percipiran od strane djece i ima izravan ili neizravan utjecaj na njih. Obično je majka više pod stresom. Djeca su pokušala pomoći svojim roditeljima, uglavnom nude pomoć u kući. Otkrilo se da kada su roditelji pod stresom, osobito majka, imaju tendenciju *izgubiti živce* i dijete to doživljava jako neugodno. Razina stresa u obiteljima u kojima roditelji omalovažavaju jedni druge te su u stalnom sukobu, mogla bi stvoriti djecu koja su podložna velikim unutarnjim sukobima te visokim razinama zbunjenosti i napetosti. Takva djeca, moglo bi se pretpostaviti, biti će predmetom raznih fizičkih poremećaja. Kronični stres negativno utječe na mišićni sustav, hormonsku regulaciju i probavni sustav, što rezultira bolovima u različitim dijelovima tijela.

4. Negativan/pozitivan osjećaj i doživljaj tuđeg stresa: roditelji imaju vrlo važnu ulogu u izgradnji djetetove otpornosti na stres. Znanje o dječjim iskustvima stresa mogu olakšati identifikaciju čimbenika koji dovode do tih iskustava i time spriječiti stres i niz povezanih zdravstvenih problema tijekom djetetovih formativnih godina. Često je akutan i povezan s različitim situacijama koje se javljaju u svakodnevnom životu. Može biti pozitivan i negativan i percipirati se kao pritisak za postizanje dobrih rezultata i uspjeha (Brobeck, Marklund, Haraldsson, 2007.).

5. Obiteljski aspekt i istraživanje obiteljskih varijabli

Obitelj je primarna sredina koja pruža djetetu osnove za pravilan, zdrav, cjelovit rast i razvoj. Kvalitetno roditeljstvo osnova je bezbrižnog i radosnog odrastanja. Potrebno je obratiti pažnju na sadržaje, potrebe i emocije koji dolaze preko članova obitelji te kako oni djeluju na dijete i na druge, na odstupanja u odnosu na komunikacijsku formu, sadržaj i narav, na odnose prema blizini i udaljenosti svakog člana; donose li se unutar obitelji zajedničke odluke, ispunjavaju li se zadaće, rješavaju li se problemi i konflikti, postoji li balans između davanja i primanja, koje su jakosti, slabosti ili sposobnosti (Begovac, Votava-Raić, 2004.).

U teoriji, razdvaja se obiteljski od sistemskog konteksta, gdje simptomatologija djeteta upućuje na neku drugu osobu u obitelji ili na obitelj kao sistem. Interpersonalne, obiteljske interakcije utječu na cjelokupnost djeteta. Specifičnosti unutar obitelji, prejak ili preslabo ograničavanje pojedinca ili cjelokupnog sistema, prekomjerna briga za tjelesno zdravlje i poteškoće u adaptaciji uvjetovane krutom obiteljskom strukturom utječu na razvoj ozbiljnijeg psihosomatskog poremećaja. Zbog povećane kontrole djeteta definira ga se „bolesnim“. Potiskivanje agresije i napetosti dovodi do forsirane harmonizacije obitelji i odnosa unutar iste. S druge strane, izbjegavanje konflikata te održavanje *statusa quo*, naizgled i kratkoročno dovodi do stabilizacije sistema, no dugoročno se gubi sposobnost za održavanjem kvalitetne obiteljske strukture za razvoj cijele obitelji (Begovac, Votava-Raić, 2004.).

Cilj istraživanja bio je ispitati ulogu obiteljskih varijabli (kohezija, prilagodljivost i zadovoljstvo), proučiti odnos komunikacije na pojavu psihosomatskih simptoma, pronaći što više simptoma kod članova obitelji s nepravilnim vođenjem i nejasnim ulogama unutar obitelji i manje tjelesnih simptoma u situaciji kada su dopušteni izražavanje i razmjena ideja, misli i osjećaja. Potrebno je omogućiti obiteljima da podijele s drugima svoje potrebe u odnosu na koheziju i prilagodljivosti. Otkrili smo da većina obitelji ima primjereno obiteljsko funkcioniranje te otvorenu i izražajnu komunikaciju. Zaključeno je da su sudionici zadovoljni njihovom razinom kohezije i prilagodljivosti.

Istraživačka skupina opisuje vrstu psihosomatske obitelji kao vrlo kompliciranu obitelj sa slabo definiranim granicama i tendencijom prodora na fizičkim i psihoemocionalnim prostorima svojih članova. Obitelji imaju vrlo nisku toleranciju na sukobe i napetosti. Komunikacija je ključna u promjenama tih dimenzija, naglašavajući pozitivne komunikacijske vještine, poput empatije, aktivnog slušanja, podrške, dosljednosti i učinkovite vještine rješavanja problema. Postoji više čimbenika koji su uključeni u razvoj i održavanje psihosomatskih simptoma. Među njima možemo spomenuti psihološke faktore, poput optimizma, tjeskobe, načina kako se nositi sa stresom, načina života i spolnih razlika. Važni su i psihosocijalni čimbenici, kao što su obiteljske interakcije, komunikacija, obiteljsko funkcioniranje i zadovoljstvo obitelji u cjelini. Također se naglašava i ranjivost osobe, pretjerana vezanost, krutost i tendencija izbjegavanja sukoba. Međutim, uočeno je da sudionici percipiraju ukočenost u poštivanju danih pravila i poslušnosti. To može značiti da djeca imaju tendenciju prilagodbe te poštivanja odluke i pravila roditelja. Zanimljivo je promatrati interakciju komunikacije i obiteljskog funkcioniranja.

Rezultati jasno prikazuju da su naizgled obje varijable na istoj razini u njihovom utjecaju na razvoj psihosomatskih simptoma. Varijabla koja čini razliku jest zadovoljstvo obitelji. Dakle, broj psihosomatskih simptoma ovisi o tome koliko su zadovoljni članovi obitelji. U nekim kulturama, jedna vrsta obiteljskog funkcioniranja može biti disfunkcionalna, a u drugima ne. U istraživanjima, ta činjenica potvrđuje važnost "kulture" kao varijable (Rivero-Lazcano, Martinez-Pampliega, Iraurgi, 2011.).

Pretpostavili smo da su "psihosomatski simptomi" češći u obiteljima koje karakterizira visok stupanj stresa i koje su izložene sukobima u međuljudskim odnosima između roditelja, roditeljskog nezadovoljstva i roditeljskog odbacivanja djeteta. Izraženiji su kod dječaka, u obiteljima u kojima roditelji preuzimaju „bolesnu“ kontrolu te su i sami patili od sličnih simptoma (hipohondrija, nerealni strahovi oko vlastite djece i njihova zdravlja). Roditelji se smatraju primjerenima ukoliko dosljedno i otvoreno pokazuju brigu za dobrobit dječaka. Smatraju se ambivalentnima (suprotni osjećaji i/ili stavovi, vrsta unutarnjeg konflikta) ako su samo povremeno zabrinuti za dobrobit djeteta. Otkrili smo da je kombinacija očinskog odbacivanja i dosljednosti majčinske ljubavi osobito produktivna. Očinsko odbacivanje jasno se razlikuje kod pretjerano kažnjavanih dječaka i kod dječaka koji se samokažnjavaju (Rivero-Lazcano, Martinez-Pampliega, Iraurgi. 2011.).

Samokažnjavanje kod dječaka rezultiralo je znatno većom vjerojatnošću razvoja PS-a u obiteljima u kojima su majke:

1. Patile od nerealnih strahova o svome zdravlju
2. Bile žrtve neurotskih ili psihotičnih simptoma
3. Izražavale gastrointestinalne poremećaje
4. Vodile neadekvatnu brigu o svome tijelu, i
5. U obiteljima u kojima su očevi imali nerealne zdravstvene tjeskobe i neprimjerene higijenske navike (Rivero-Lazcano i sur; 2011.).

5.1. Ekonomski i socio-kulturalni uvjeti

Cilj istraživanja bio je ispitati povezanost psihosomatskih smetnji u odnosu na socio-ekonomske uvjete u kojima djeca žive. O odnosima psihosomatskih simptoma u strukturalnim uvjetima života mnogo se raspravljalo. U nekim studijama, socijalne razlike doprinijele su pojavi psihosomatskih simptoma, dok druge studije nisu uspjele potvrditi navedenu tezu. Djeca u jednoroditeljskim obiteljima dosljedno izražavaju nešto više simptoma negoli djeca u obitelji sa dva roditelja. U spomenutom istraživanju prvo se analizirao svaki simptom u odnosu na različite socio-ekonomske pokazatelje prilagođene dobi i spolu djeteta. Dobivene rezultate saželo se s mišlju da učinak životnih uvjeta može pokazati višestruke rezultate s obzirom na različite uzroke tih pritužbi. U trećem koraku, analizirao se utjecaj svih društveno-ekonomskih pokazatelja istovremeno. To, međutim, ne utječe na procjenu (Ostberg, Alfven, Hjern, 2006.)

U navedenoj studiji, doživljaji psihosomatskih tegoba na tjednoj razini klasificirani su kao pokazatelji psihosomatskih smetnji. Većina djece pokazalo je svaki simptom barem jednom mjesečno (61 i 68%). Poteškoće spavanja kao najčešći simptom na tjednoj razini (36%), dok su 19 i 28% ukazali na ponavljajuće bolove u trbuhu i glavobolje. Kod djevojčica, glavobolja i bolovi u trbuhu dvostruko su češći no u dječaka, a poteškoće spavanja slične su u dječaka i djevojčica. Glavobolje i poteškoće spavanja postaju izraženije u starijoj dobi. Djeca koja žive u ruralnim područjima rjeđe su izjavila da imaju poteškoće u spavanju, dok je postotak bolova u trbuhu i glavobolja slična onima koji žive u urbanim područjima. Ekonomski stres, s druge strane, bio je povezan sa sva tri simptoma, uključujući spolne razlike, dob i zrelost (Ostberg, Alfven, Hjern, 2006.). Djeca nezaposlenih roditelja izražavaju nešto veće omjere pojedinih simptoma, no koeficijenti nisu statistički značajni. Ekonomski stres odražava stupanj financijske nesigurnosti. Financijska situacija u obitelji osnovni je uvjet koji određuje način na koji roditelji mogu organizirati život svoje djece (zadovoljenje osnovnih životnih potreba, zadovoljenje osobnih potreba, zajedničkih potreba, potreba obrazovanja i zabave (Ostberg, Alfven, Hjern, 2006.).

Ekonomski stres, kao što je definirano u ovoj studiji, osim svoje povezanosti s gospodarskim resursima obitelji također odražava dimenziju percepcije socijalne podrške. Oslanjanje na prijatelje i rodbinu osobito je važno u obiteljima s niskim prihodima. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se razjasnio odnos između nedostatka novca u obitelji, relacijskih odnosa / potpore i pojave psihosomatskih simptoma (Ostberg, Alfven, Hjern, 2006.).

Svrha istraživanja bila je preispitati učestalost i dimenzionalnost subjektivnih zdravstvenih tegoba u populaciji djece. Istraživanje uključuje reprezentativni uzorak djece u dobi od 2-17 godina u svakoj zemlji, ukupno 10 219 u 1984. i 10 317 u 1996. Podatci su prikupljeni upitnikom. Rezultati dugoročnih bolesti i psihosomatskih smetnji u djece porasli su u svim dobnim skupinama između 1984. i 1996. godine. Učestalost dugoročnih bolesti bila je veća kod dječaka negoli djevojčica, dok je učestalost psihosomatskih smetnji bila veća među djevojčicama. U obje godine, učestalost je bila veća u obiteljima s niskim prihodima, niskim obrazovanjem te u jednoroditeljskim obiteljima. U 1984. rezultat je ostao nepromijenjen, a u 1996. godini učestalost je dugoročnih bolesti povećana. U djece (iz) socijalno i ekonomsko ugroženih obitelji postoji najveći rizik pojave dugoročnih bolesti i psihosomatskih smetnji, iako podatci ne dopuštaju strogo uzročnu povezanost (Ostberg, Alfven, Hjern 2006.)

Moralne, gospodarske, političke i medicinske znamenitosti su nerazdvojne. Socio-kulturne varijable čine razliku između kolektivismu i individualizmu pojedinaca. Zastupljenost bolesti pod utjecajem je dominantnih medicinskih modela i njihove određene kulture. U opisu ili tumačenju zdravlja i bolesti pojedinac uvijek koristi unaprijed definiran okvir vrijednosti i stavova u vlastitoj kulturi i društvu te će to izravno utjecati na njegove odluke o liječenju. Ta uvjerenja posredno utječu na način na koji će biti primljene informacije i na način liječenja od strane liječnika. U tom slučaju zadatak je antropologije otvoriti se prema kulturnim, društvenim i političkim dimenzijama u kojima pojedinci žive te razumijevanje i tumačenje tih dimenzija. Svaka kultura ima sustave uvjerenja u pogledu zdravlja, uzroka bolesti i mogućnosti liječenja. Suvremeni koncept "Pacijent - usmjerena komunikacija - PFC" uključuje četiri komunikacijska polja: strpljivost, psihosocijalni kontekst, zajedničko razumijevanje i odgovornost (Ostberg, Alfven, Hjern, 2006.).

5.2. Uloga roditelja u otkrivanju uzroka tegoba

Zbog razumljive zabrinutosti, roditelji i odrasli u neposrednoj djetetovoj okolini vrlo često izravno postavljaju pitanja o tome što i zašto ih nešto boli. Mala djeca nemaju dovoljno razvijene verbalne sposobnosti i ne povezuju uzroke i posljedice na taj način da bi mogla dati primjerene odgovore na postavljena pitanja. Postavljanje što konkretnijih i detaljnijih pitanja o svakodnevnim aktivnostima može pomoći u pronalasku odgovora o tome što tako jako utječe na njih.

- Vrlo je važno ozbiljno shvatiti djetetove izjave o bolovima, žaljenje na bol može upućivati na konkretnu tjelesnu bolest.
- Roditelj mora inzistirati na specijalističkim pregledima. Dok nije otklonjen potencijalni fiziološki uzrok djetetovih bolova, može se raditi o fizičkoj bolesti.
- Ukoliko su nakon niza specijalističkih pregleda otklonjeni potencijalni fiziološki uzroci a psihosomatski problemi su i dalje prisutni, tada ti simptomi mogu odražavati emocionalno stanje djeteta.
- Na osjećaj bola utječu razni faktori: temperament djeteta, psihološko stanje i osobna iskustva.
- Vrlo je važno otkriti uzrok bolova i potaknuti dijete da opiše i locira bol. Kod manje djece, vrlo učinkovit način prepoznavanja uzroka može se uvidjeti kroz zajedničko crtanje lika čovjeka. Dijete treba obojiti one dijelove koji ga bole ili upitati dijete gdje boli plišanog medu. Ako je dijete starije, može se objasniti da stres i zabrinutost mogu uzrokovati tjelesnu bol te da ti bolovi nisu kazna, nego da organizam reagira na razne načine.
- Roditeljska prevelika zabrinutost ili uznemirenost za svoju djecu doprinosi nesvjesnom pojačavanju djetetovih simptoma. Sažaljenje nad djetetom i pretjerana popustljivost utječu na razvoj potrebnih vještina koje omogućuju kvalitetne socijalne i emocionalne odnose.
- Ključan faktor jest biti dobar uzor vlastitom djetetu. Djeca najčešće uče metodom imitacije odraslih. Potrebno je razmisliti jesmo li skloni emotivne sukobe rješavati žaljenjem na bolove koje osjećamo i kakvu poruku time prenosimo djetetu.⁸

⁸ www.centarproventus.hr (10.06.2015.)

5.3. Uloga odgojitelja u otkrivanju uzroka tegoba

Uloga odgojitelja jednako je važna kao i uloga roditelja. Djeca nerijetko borave u predškolskim ustanovama i do 10 sati dnevno, stoga im je vrtić poput drugog roditeljskog doma. Upravo se u toj sredini dešavaju mnoge promjene koje mogu utjecati na psihofizički razvoj djeteta. Prva poteškoća koja može uzrokovati pojavu somatizacije jest adaptacija djeteta na vrtićku sredinu. Separacijski je strah prvi i najteži korak, a ukoliko se uspješno ne prevlada, često dovodi do niza drugih poteškoća. Dijete se treba osjećati sigurnim, prihvaćenim i uvažavanim. Potrebno je omogućiti dovoljno vremena za adaptaciju, ne požurivati dijete i dopustiti mu samostalno istraživanje prostora i stvaranje odnosa sa svojim vršnjacima. Plač djeteta je njegov „govor“ i treba ga naučiti „slušati“. Intenzitet i dugotrajno trajanje plača sigurni su pokazatelji na koje treba obratiti pozornost. Plače li dijete samo prilikom separacije od roditelja ili tijekom cijelog boravka u vrtiću? Plače li u dužim ili kraćim intervalima? Ometa li ga plač u igri? Utječe li plač na prehranu djeteta? Ne reagiramo li primjereno na plač, može uzrokovati nervozu i frustraciju kod djeteta. Dijete će vrtić povezivati s nelagodom, što može dovesti do pojave prvih psihosomatskih poteškoća. Kako će i u kojoj mjeri utjecati na zdravlje djeteta, ovisi o komunikaciji i povezanosti roditelja i odgojitelja.

Odgojitelji se u svojoj dugotrajnoj praksi susreću s djecom koja se žale na bolove u trbuhu, glavobolju, enurezu, enkomprezu. Ne mogu samostalno otkloniti problem, no ono što svakako mogu jest razgovarati s djetetom, pažljivo ga slušati, pratiti njegove reakcije, analizirati njegova ponašanja, obratiti se za pomoć stručnim suradnicima i osigurati kvalitetnu, slobodnu i iskrenu komunikaciju s roditeljima.

Predškolske su ustanove prepune izazova, nisu samo mjesto bezbrižne igre i veselja. Od djeteta se mnogo očekuje: da stvara skladne odnose sa vršnjacima, da ispunjava svoje obveze, da rješava moguće konflikte, da se izbori za svoje mjesto u grupi, da bude vedro, veselo i nasmijano, da s veseljem prihvati nove zahtjeve. Odgojitelj ima vrlo zahtjevnju ulogu: pripremiti dijete da obveze i primjerena očekivanja prihvati i osigurati mu podršku i pomoć u ispunjavanju istih. Vesela, ugodna radna atmosfera doprinosi većoj opuštenosti djece i stvara uvjete za njihov optimalan, cjelovit razvoj.

6. Dijagnostika, procjena i klasifikacija simptoma

Istraživanja psihosomatskih poremećaja kod djece vezana su uz rast i razvoj. Naglasak je na razumijevanju dosadašnjih i suvremenih saznanja o razvoju i novijih istraživanja prenatalnog, neonatalnog i dojenačkog doba. Djetetovo shvaćanje tijela zrcali se u njegovu ponašanje, verbalizacijama i u stvaralačkim načinima izražavanja (crteži). Dojenče shvaća tijelo kao vanjski objekt, koji gratificira ili uzrokuje neugodu. Predškolsko dijete pokazuje radoznalost prema svome tijelu, imenuje dijelove tijela, primjećuje ožiljke te je zabrinuto za ono što ga boli. U 4. i 5. godini djeca crtaju jednostavne reprezentacije tijela, no s vremenom crtaju sve više detalja. Tek kada dijete dostigne kognitivni stupanj formalnih operacija (12 godina), proporcije tijela puno su realnije, razvija znanje o fiziološkim funkcijama, no mogu potpuno ignorirati određene dijelove tijela-funkcije. Konceptija djeteta prema tijelu vrlo je slična konceptiji prema bolesti. U mlađoj dobi, bolest se doživljava kao vanjski učinak koji uzrokuje određenu neugodu. Djeca često smatraju da su bolesna zbog određene kazne, zbog svojeg osjećaja krivnje. Predškolska djeca razvijaju tzv. „zaraznu teoriju“ o bolesti tj. da je bolest uzrokovana i da nastaje zbog „crvića“. U kasnijoj dobi, djeca postupno stječu znanja o bolestima (Begovac, Votava-Raić, 2004.).

Razvoj psihosomatskih bolesti može predstavljati smisleni pokušaj da se unutarnji konflikti riješe pomoću tjelesnog poremećaja. Učinak patogenih i traumatizirajućih čimbenika ovisi o vulnerabilnosti psihičke strukture i dinamike na koju oni utječu. Pojedina djeca imaju određenu sklonost za traumatiziranje traumatiziranju?, npr. prijevremeno rođena djeca, djeca s poremećajem razvoja mozga, s alergijskom atopijom, sa slabo izraženim regulacijskim mehanizmima, s niskim pragom podražaja te djeca s nedovoljno razvijenom ja- integracijom. Što je veća kvaliteta obrambenih mehanizama to je manja mogućnost za pojavu somatskih poteškoća (Begovac, Votava-Raić, 2004.).

U dijagnostiku i terapiju uključen je cijeli tim sastavljen od različitih stručnjaka. Djetetu je potreban individualan pristup, ovisno o njegovim potrebama. Timski pristup zahtijeva uporabu integrirajućih nastojanja skupine stručnjaka s obzirom na posebnosti pojedine struke. Istaknutu ulogu imaju dječji specijalist psihijatar/psihoterapeut, specijalist pedijatar i specijalist opće medicine. U timu mogu biti uključeni i psiholozi, educirani psihoterapeuti, edukatori-rehabilitatori, pedagozi, socijalni radnici, odgojitelji. Skupine stručnjaka moraju biti međusobno komplementarne. Nakon dijagnostike poželjno je da se procijene etiološki čimbenici i razradi terapijski proces. Nakon tjelesnog pregleda potrebno je provesti više intervjua te na kraju dati konačnu procjenu pojedinca i njegove obitelji. Vremenskom aspektu pojave određenih psihosomatskih bolesti treba posvetiti posebnu pažnju, npr. poremećaji spavanja u dojenačkoj dobi, mlađoj dobi, predškolskoj, školskoj i adolescentskoj dobi promatraju se i liječe na drugačiji način (Begovac, Votava-Raić, 2004.).

U procjeni simptoma treba voditi računa o:

- dobi i spolu djeteta
- trajanju, čistoći i intenzitetu simptoma
- posebnim životnim situacijama koje mogu uzrokovati pojavu simptoma (rođenje brata/sestre, razvod, smrt)
- sociokulturnoj okolini u kojoj dijete odrasta
- povezanosti i isprepletenosti simptoma s poremećajima u ponašanju
- situacijskom specifičnom pojavljivanju (enureza tijekom dana i kod kuće)
- subjektivnoj patnji djeteta i/ili roditelja

Psihosomatske pojave kod djece ne mogu se razumjeti ukoliko se ne obrati pažnja na stupanj razvoja emocija, afekata, raspoloženja i njihova utjecaja na osobu i okolinu. U dijagnostičkoj procjeni potrebno je obratiti pozornost o tome kakvi sadržaji, potrebe i emocije dolaze preko kojeg člana obitelji do izražaja unutar obitelji i kako oni djeluju na druge, na kvalitetu roditeljstva, na komunikaciju među članovima obitelji, na rješavanje konflikata i problema, sposobnost donošenja odluka, ispunjavanje obveza, ravnotežu davanja i primanja, jakosti i slabosti unutar obitelji (Begovac, Votava-Raić, 2004.).

Klasifikacija psihosomatskih bolesti kod djece mnogo je složenija no u odraslih osoba. Razlog tome jest brz psihofizički i socijalni razvoj djece, kada je stupanj odvajanja od afekata/konflikata vrlo različit. Najpoznatije su klasifikacije „Međunarodna klasifikacija bolesti MKB-10“ i „Dijagnostički statistički priručnik Američke psihijatrijske udruge DSM-4“. Provodi se i individualna psihoterapija, grupna, socijalna, obiteljska i psihofarmako terapija. Za terapiju je potreban minimalan zajednički dogovor, međusobno poštovanje stručnjaka, progresivno razumijevanje i zajedničko izražavanje koncepcija – stvaranje radnog zajedništva. Vrlo je važan odnos terapeuta prema djetetu, prema obitelji i prema stručnjacima. Psihosomatske smetnje zbog njihove kompleksne psihogeneze zahtijevaju multidisciplinarni pristup. Uključenost dječjeg psihijatra u liječenje povećava vjerojatnost uspješnijeg intrapsihičkog i ponašajnog funkcioniranja te će spriječiti progresiju u odrasloj dobi. Danas se bavimo psihološkim, psihijatrijskim i pedijatrijskim praćenjem djece (Begovac, Votava-Raić, 2004.).

6.1. Metode u procjeni psihosomatskih simptoma

Za potrebe istraživanja koriste se upitnici i skale procjene koji se razlikuju ovisno o kriterijima koje koriste za opisivanje simptoma. Procjena psihosomatskih simptoma vrlo je složena jer zahtijeva i potpunu zdravstvenu obradu kako bi se potvrdilo jesu li tjelesni simptomi posljedica nekih bolesti. Problem koji se u dijagnostici pojavljuje vezan je uz rano prepoznavanje simptoma. Vrlo često dijete treba najprije uvjeriti roditelje da im je potrebna pomoć, a s druge strane roditelji su se pokazali nepouzdanima u identifikaciji i procjeni intenziteta tjelesnih simptoma (Vulić-Prtorić, 2005.).

Mjerni instrumenti – skale procjene i samoprocjene, koriste se kao prvi korak u dijagnostici, ali ne i za donošenje odluka. Danas je dostupan tek manji broj upitnika tjelesnih simptoma za djecu. Istraživanja potvrđuju da su djeca u dobi od 5 godina sposobna razumjeti i koristiti skale procjena kako bi opisala svoje tjelesne simptome, njihovo trajanje i intenzitet. (Zelzer, LaBaron, Richie, 1988.).

Danas se koriste sljedeći instrumenti:

- Lista označavanja djetetova ponašanja, autora Achenbacha i Edelbrocka (1983.; prema Achenbach i McConaughy, 1997.) najpoznatiji je statistički pristup u djetinjstvu i adolescenciji. Sastoji se od skale procjene za djecu, roditelje i učenike. Dobivaju se profili internaliziranih i eksternaliziranih ponašanja te se utvrđuje faktor tjelesnih simptoma u okviru bolova, tegoba, mučnine, povraćanja, glavobolje, umora, dermatoloških problema te problema s vidom.
- Inventar somatizacije za djecu, autorice Judy Garber i suradnika (1991.), sastoji se od 35 simptoma opisanih u DSM kriterijima. Ispitanici procjenjuju koliko su često taj simptom doživjeli u posljednja 2 tjedna.
- Pennebakerov inventar limbičke malaksalosti, autora Pennebakera (1982.) mjeri učestalosti 54 tjelesna simptoma.

Osim navedenih, koriste se i Skale depresivnosti CDI (Kovacs, 1981.), SDD (Vulić-Prtorić, 2003.) ili anksioznosti RCMAS (Reynolds, 1998.) i SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2004.) jer su depresivnost i anksioznost često sastavni dio kliničke slike emocionalnih problema. Ako se u upitnicima depresije i anksioznosti tjelesni simptomi pojave u većem intenzitetu ili broju, mogu upućivati na sklonost somatizaciji i psihosomatskim reakcijama.

U Hrvatskoj, najčešće korišteni su Upitnik za ispitivanje somatskih reakcija u djece (Keresteš, Kuterovac-Jagodić i Vizek-Vidović, 1994.), Ljestvica psihosomatskih simptoma (Bezinović i Tkalčić, 2002.) i Skala tjelesnih simptoma anksioznosti SOMA kao subskala iz Skale strahova i anksioznosti za djecu i adolescente SKAD-62 (Vulić-Prtorić, 2004. – opisuje simptome i manifestacije anksioznosti: socijalne, separacijske, generalizirane, opsesivno-kompulzivne, fobije, panični napadi). Za potrebe istraživanja i procjene konstruiran je Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente PSS, sastavljen od 35 simptoma u okviru psihosomatskih poremećaja u DSM-IV klasifikaciji (isključeni simptomi seksualnih problema).

- Pseudoneurološki: vrtoglavice, gubitak ravnoteže, zamućen vid, dvostruka slika, knedla u grlu, nesvjestica, iznenadni gubitak vida, sluha i pamćenja.
- Kardiovaskularni: ubrzano lupanje srca, bol u grudima, pretjerano znojenje.
- Muskulatorni: mišićna napetost, slabost mišića.
- Respiratorni: teškoće disanja, osjećaj gušenja, prehlada (začepljen nos, kašalj).
- Gastrointestinalni: mučnina, grčevi u truhu, proljev, povraćanje, zatvor, nadutost, gubitak apetita, žgaravica, intolerancija nekih vrsta hrane.
- Dermatološki: osip, svrbež, crvenilo kože, akne, bubuljice.
- Bol/osjećaj slabosti: glavobolje, bol u leđima, manjak energije/umor, povišena tjelesna temperatura, bol u zglobovima, rukama i nogama (Vulić-Prtorić, 2005.).

Svaki simptom u PSS (Vulić-Prtorić, 2004.) procjenjuje se na dvije skale samoprocjene Likertova tipa:

- Skali učestalosti: „Koliko često si to doživio u posljednja 3 mjeseca?“; od 4 stupnja: nikada, nekoliko puta mjesečno, nekoliko puta tjedno, skoro svaki dan i
- Skali subjektivne procjene ometanja: „Koliko te to ometa u svakodnevnim aktivnostima?“ ;od 3 stupnja: nimalo, osrednje, jako. Sastavni PSS-a dio su i 3 dopunska pitanja:

Prvo se pitanje odnosi na procjenu vlastita zdravstvenog statusa (Likertova tipa od 4 stupnja: loše, osrednje, vrlo dobro i odlično). Drugo pitanje upućuje na težinu simptoma. Ispitanik odgovara zaokruživanjem odgovora DA ili NE. Dok treće pitanje daje uvid u opće zdravstveno stanje ispitanika i bolest od kojih eventualno boluje.

7. Psihoterapijski pristup

Psihoterapija podrazumijeva pokušaje psihoterapeuta da psihološkim sredstvima olakša/ukloni tegobe te uspostavi psihičku ravnotežu. Psihoterapijske mjere mogu se koristiti i kao „pomoćno sredstvo“ kod liječenja psihosomatskih poremećaja. Preduvjet je da postoji poremećaj koji ima karakter bolesti i koji se može dijagnosticirati putem simptoma (strahovi, potištenost). Elementi psihoterapijskog pristupa postižu se kreiranjem međusobnog odnosa razumijevanja i povjerenja već pri prvom pregledu ali i tijekom cijelog procesa dijagnosticiranja, obrade i liječenja. Koriste se riječi i ostali neverbalni oblici komunikacije (npr. simbolička ponašanja – tapšanje po ramenu). Uz poticanje verbalne komunikacije, vrlo je važno strpljivo slušanje i uvažavanje djetetovih patnji, boli, kontinuirano praćenje razvoja međusobnog odnosa djetete-terapeut i obrnuto, i cjelokupnog terapijskog procesa. Potrebno je analizirati i pratiti reakcije okoline na njegove tegobe i reakcije djeteta na okolinu. Psihoterapija se provodi s ciljem otklanjanja svih konfliktnih situacija koje mogu utjecati na terapijski proces i otklanjanja tendencije k dubljoj regresiji i pasivizaciji. Vrlo je važno umanjiti otpor liječenju i motivirati dijete da se aktivnije suoči s poteškoćama.⁹

7.1. Alternativni pristupi

Liječenje psihosomatskih poremećaja najčešće je vrlo složen i dugotrajan proces koji osim psihoterapijskog pristupa zahtijeva i primjenu suportativne terapije (Pet terapija, Art terapija, Drama terapija, Terapija igrom, plesom i glazbom). Alternativni pristupi pomažu u verbalnom i neverbalnom izražavanju potisnutih emocija, strahova i kreativnosti. Doprinosu razvoju pozitivne slike o sebi i drugima i jačanju samopouzdanja i samopoštovanja s ciljem smanjenja napetosti, anksioznosti, straha i agresivnosti. Omogućuju prepoznavanje i kontrolu vlastitih osjećaja i misli te poboljšanje kvalitete zdravlja, života i psihosocijalnog funkcioniranja.

⁹ www.transkulturellepsychiatrie.de/pdf/FAQs_Kroatisch.pdf (10.06.2015.)

7.1.1. Pet terapija

Pet terapija odnosi se na skup edukativnih i terapeutskih postupaka uz aktivno uključivanje kućnih ljubimaca u terapijski proces. Ne provodi se isključivo s djecom s posebnim potrebama već i s djecom s teškoćama u razvoju i poremećajima u ponašanju (strah, usamljenost, agresivnost, anksioznost, verbalno i fizičko nasilje). Životinje (psi, konji), za razliku od ljudi, ne osuđuju, ne kritiziraju naše postupke i ponašanja, ne rugaju se, ne ismijavaju. Promatraju, slušaju, pružaju podršku i usmjeravaju pažnju djeteta. U radu su potpuno spontani i predani. Terapijski pas (konj) djeluje umirujuće, opušta dijete, oslobađa ga napetosti, stvara ravnotežu duha i tijela. Svojom energijom motiviraju dijete kako bi se uspješno uključio u terapijski proces. S njima je dijete na istoj razini neverbalne komunikacije. Terapiju provode educirani terapeuti koji nakon uspješno završene edukacije dobivaju certifikat. Terapija je podijeljena u nekoliko faza, a svaka zahtijeva kontinuirano praćenje odnosa i terapijskog procesa. U početnoj fazi vrlo je važna aklimatizacija u okruženju djeteta i psa/konja. Samo primjerena prilagodba omogućuje stvaranje bliskog odnosa djeteta i psa. „Centralna faza“ odnosi se na izravnu interakciju između korisnika (djeteta) i psa kroz zajedničke aktivnosti, razvoj i izražavanje emocija te razvoja komunikacijskih vještina. Zatim dolazi do prijelaza pažnje i odnosa sa psa na terapeuta. Ciljevi terapije su mnogobrojni i jasno definirani. Omogućuju uspjeh u smislenim aktivnostima, igri, pružanju emocionalne podrške, poticanje motoričkog, kognitivnog, emocionalnog i socijalnog razvoja, poticanje verbalne i neverbalne komunikacije, verbaliziranje pozitivnih i negativnih emocija.¹⁰

¹⁰

<http://www.istrzime.com/intervju/intervju-s-organizatoricom-1-medunarodne-pet-therapy-konferencije-u-hrvatskoj/> (10.06.2015.)

7.1.2. Art terapija

Art terapija je alternativna psihoterapijska metoda kojom terapeut ostvaruje komunikaciju s djetetom, s ciljem da mu pomogne u prevladavanju obiteljskih trauma, unutarnjih konflikata, poteškoća i poremećaja u psihosocijalnom funkcioniranju. To je poseban oblik psihoterapije koji primjenjuje stvaralački proces (crtanje, slikanje, modeliranje) kao moćno sredstvo izražavanja i komuniciranja. Misli i osjećaji, iz nesvjesnog i predsvjesnog, prelaze u svjesni izraz, putem crteža, slika te umjetničkim i jedinstvenim tvorevinama. Verbalna je komunikacija, u kreativnom procesu izražavanja, u drugom planu. Djeca se često ne mogu na primjeren način izraziti riječima. Njihove misli, želje i osjećaji ostaju „zarobljeni“, što dovodi do osjećaja nemoći i nemogućnosti utjecaja na daljnji tijek događanja. Art terapija pomaže djetetu da putem crteža i raznih oblika umjetnosti iskaže svoje duboke osjećaje, doživljava, proživljava tuge, boli, straha, svoje uloge i položaja u obitelji. U terapijskom procesu terapeut se ne bavi dijagnostikom, već zajedno s djetetom putem verbalne komunikacije i analize otkriva pravo značenje crteža. Nije važno koliko dobro dijete crta, svako se dijete s obzirom na svoju dob može likovno i kreativno izraziti. Važniji je način na koji to dijete čini (smireno, opušteno). Provodi se kao primarna metoda u prevenciji svih poteškoća i poremećaja. Emocije dobivaju svoju „sliku“ koja pomaže djetetu da se u procesu suočavanja oslobodi negativnih misli.¹¹

¹¹ <http://www.roditelji.hr/skola/art-terapijom-do-djetetova-srca/> (10.06.2015.)

7.1.3. Drama terapija

Lutka je vrlo vrijedno i moćno terapijsko sredstvo u radu s djecom. Lutka unosi radost, povjerenje i sigurnost. Nerijetko je djeca zamišljaju kao „prijatelja“. Vode je posvuda sa sobom jer im pruža osjećaj sigurnosti. Može biti vjerna kopija ljudi, likova koji je predstavljaju, no njezina najveća uloga jest simbolika – lutka je upravo ono što njome želimo prikazati. Dinamički pokreti čine je „živom“, funkcionalnom, neposrednom. Originalna je, ne poznaje predrasude, stereotipe, odiše slobodom, nježnošću, toplinom. Dijete samostalno bira koju će ulogu dodijeliti lutki, hoće li biti roditelj, prijatelj, bolesnik, omiljena životinja. Za razliku od glumaca na sceni, izrađena lutka ima isti izraz lica, no različitim pokretima dobiva draž, poetičnost, različitost na sceni. Pokreti su često slobodniji, pokretniji od pokreta koje izvode glumci. Skup je pokreta, ritma, dinamike i riječi.

U liječenju psihosomatskih bolesti lutka ima vrlo važnu ulogu. Postaje biće koje ima tijelo, duh i dušu. Lutka potiče djecu na razmišljanje, prepričavanje, izražavanje, razumijevanje i prepoznavanje emocija, što je od izuzetne važnosti u postizanju ravnoteže duha i tijela. Dijete se vrlo često identificira sa lutkom. Uz pomoć lutke dijete analizira sebe, duge, ali i svijet koji ga okružuje. Oslobađa se srama, straha, neugode. „Priča lutki“, izražava i osvješčuje svoje emocije, emocionalna stanja, strahove. Manjoj djeci dovoljno je istaknuti najvažnije i njima poznate dijelove tijela, dok starijoj djeci valja skrenuti pažnju i na one koje se naizgled ne mogu vidjeti, ali dijete možemo naučiti gdje se nalaze. Animiranjem lutke pokazujemo djetetu dijelove tijela, a ono samostalno započinje razgovor, najprije o svojim željama i maštanjima, odnosima sa vršnjacima, prijateljima, a zatim o obitelji i odnosima unutar obitelji, te svojim brigama, strahovima i tegobama. Pokretima može animirati sukobe koje svakodnevno vidi u obitelji i tjeskobu koju osjeća. Verbaliziranjem svojih misli i osjećaja ukazuje na moguće bolove u pojedinim organima. Animiranjem lutke pokreće se dijalog, monolog, akcija. Svejedno je hoće li dijete izražavati svoje misli i osjećaje kroz dijalog ili monolog. Oba pristupa imaju isti cilj: da se dijete prilikom izražavanja svojih emocija osjeća slobodnim. Ono što dijete nema hrabrosti reći, ispoljava u razgovoru s lutkom.¹²

¹² <http://dramskimetod.com/2010/04/kreativne-lutkarske-igre-u-nastavi/> (10.06.2015.)

7.1.4. Terapija igrom/glazbom/plesom

Igra je osnovni oblik i sredstvo rada u organiziranim i izvanobiteljskim uvjetima. Temeljna je za uredan rast i razvoj djeteta. Svaka igra uključuje pokret, a pokret može biti praćen glazbom koji spontano potiče djecu na ples. Terapija igrom, plesom i pokretom, osobito je primjerena za rad s djecom u liječenju psihosomatskih simptoma jer uvažava korištenje tijela i pokreta kao primanog jezika komunikacije. Pomaže u prevladavanju traumatskih iskustava koja su uzrokovala promjene u funkcioniranju pojedinih organa, smanjenju osjećaja anksioznosti te poteškoća u izražavanju i kontroliranju emocija. Terapija je prilagođena dobi djeteta. Provodi se individualno, u paru i malim grupama (3-5 djece), ali i zajedno s roditeljima. Jedini uvjet jest da dijete voli ples i glazbu. Omogućuje djetetu sigurnije, slobodnije izražavanje, prepoznavanje, kontroliranje i integriranje emocija. Orijentirana je na tjelesni i dramski karakter. Neverbalnom komunikacijom potiče se verbalna ekspresija. „Pričamo“ pokretom i plesom s ciljem postizanja tjelesnog, emocionalnog i mentalnog zdravlja. Terapijom se postiže bolji kontakt s vlastitim tijelom, stvaranje pozitivne slike o sebi, razvoj samopouzdanja, ravnoteže i sigurnosti. Terapijski proces zahtijeva uključivanje svih senzora: ravnoteže misli, riječi, ponašanja, osjećaja i unaprjeđenje međuljudskih odnosa, a posebno odnosa dijete-roditelj.^{13 14}

¹³ <http://www.naturala.hr/psihoterapija-pokretom-i-plesom/1367/> (10.06.2015.)

¹⁴ <http://www.centarproventus.hr/images/Clanci/Terapijalgrom/TerapijalgromZaJutarnji.pdf> (10.06.2015.)

8. Zaključak

Djetinjstvo je vrlo osjetljivo životno razdoblje u kojemu se događaju mnoge blaže/izrazitije tjelesne, socijalne i emocionalne promjene/poteškoće. Kako će djeca odgovoriti na navedene promjene tijekom razvoja ovisi o njihovoj ličnosti (osobnosti, temperamentu i emocijama), odnosu majka-dijete, obiteljskoj dinamici i stresnim situacijama. Dolazimo do zaključka da su unutarnji konflikti, poteškoće u izražavanju, opisivanju, prepoznavanju emocionalnih stanja, strahova i briga nositelji mogućih pojava psihosomatskih bolesti. Međutim, kratkotrajne intenzivne i neugodne emocionalne reakcije rijetko dovode do poremećaja, dok dugotrajne opterećuju psihi i tijelo te smanjuju obrambene mehanizme. Porast psihosomatskih simptoma povezan je i s načinom provođenja slobodnog vremena, manjkom slobodnih aktivnosti, sporta, smanjenim boravkom u prirodi, provođenjem većine slobodnog vremena uz kompjutore. Nedovoljan broj istraživanja psihosomatske tematike u ranoj i predškolskoj dobi ne smije obeshrabriti stručnjake u provođenju novih znanstvenih i stručnih istraživanja. Samo se razvijanjem kvalitetnih kliničkih i terapijskih strategija može pridonijeti boljem razumijevanju načina reagiranja djeteta. Stoga, najvažnijim metodama u dijagnostici i terapijskom tijeku smatramo individualni i timski rad. Terapijske strategije temelje se na međusobnom poštovanju i razumijevanju roditelja i stručnjaka, jačanju bliskosti te postizanju osjećaja zajedništva.

U odgojno-obrazovnim ustanovama nerijetko se prednost daje tjelesnom, kognitivnom i socijalnom razvoju, dok se emocionalni često zanemaruje. Pa se tako planirane i provedene aktivnosti u odgojno-obrazovnim ustanovama najčešće temelje na razvoju motorike, pamćenja i socijalizacije, a premalo na razvoju emocija. Emocionalni je aspekt temelj na kojemu bi trebalo graditi kognitivni i socijalni razvoj. Emocionalno zrelo dijete spremno je ovladati kognitivnim i socijalnim zahtjevima okoline.

9. Literatura

1. Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. (1997). Emprirically Based Assessment of Child and Adolesent Psychopathology, London: SAGE Publications.
2. Anić, N. (1989). Odabrane teme kliničke i zdravstvene psihologije. Zagreb: Izdano u vlastitoj naknadi; str. 82-94.
3. Baumeister, R.F., Dale, K., Sommer, K.L. (1988). Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: reaction, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation and denial. *Jurnal of Personality*. 66 (6). str. 1081-1124.
4. Begovac, I., Votava-Raić, A. (2004). Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi, *Liječnički vjesnik*, str. 32-38.
5. Brobeck, E., Marklund, B., Haraldsson, K., Berntsson, L. (2007). Stress in children: how fifth-year pupils experience stress in everyday life, *Journal compilation: Nordic College of Caring Science*, str. 3-9.
6. Čuturić, N., Šprajc, M. (1987). Psihosomatske bolesti dječje dobi, IV dani psihologije u Zadru, str. 199-204.
7. De la Vega Pazitková, T., Víctor T. Pérez Martínez, V., Bezos, Martinez, L. (2010). Factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas, *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 26 (2). str.190-214.
8. Garber, J., Walker, L.S., Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3 (4). str. 588-595.
9. Gerralda, M.E. (1996). Somatization in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (1). str. 13-33.
10. Glasser, W. (1984). *Control theory: new explanation of how we control our lives*. New York: Harper&Row; str. 31-113.
11. Gruden, Z. (1995). *Dječja psihoterapija*. Zagreb: Medicinska naklada; str. 84-257.
12. Guerin, D.W., Gottfried, A.W., Thomas, C.W. (1994). Difficult temperament and behaviour problems, str. 71-90.

13. Hagekull, B., Bohlin, G. (1988). Individual stability in dimensions of infant behavior. *Infant Behavior and Development*. 4, str. 97-108.
14. Hwang, P., Nillsson, B. (2000). *Razvojna psihologija*, Sarajevo: Filozofski fakultet.
15. Jakovljević, M. (1995). *Psihijatrija: za studente stručnih zdravstvenih studija*, Samobor: AGM, str.121-125.
16. Jakušić, N., Prvčić, I., Rister, M., (2003). Potisnuta energija koja vodi u bolest, *Vaše zdravlje*. 31 (8).
17. Keresteš, G., Kuterovac-Jagodić, G.,Vizek-Vidović, V.(1994) Upitnik za ispitivanje somatskih reakcija djece, neobjavljeni rukopis.
18. Kochanska, G., Murrey, K., Coy, K. 1997. Inhibitory control as a contributor to conscience in childhood. 68, str. 263-277.
19. Kocijan-Hercigonja, D. (1996). *Moje dijete se mijenja - u čemu je problem?* Zagreb: Školska knjiga; str. 28-36.
20. Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children, *Acta Paedopsychiatrica*, 46, str. 305-315.
21. Kušević, Z., Braš, M., (2009). Neki psihodinamski aspekti psihosomatskih stanja kod djece i adolescenata, *Zagreb: Medix*. 15 (83). str.150-152.
22. Newhouse, M. T., Barnes, J. (1991). *Conquering asthma: An illustrated guide to understanding and self care for adults and children*. Hamilton, Ontario: Manson Publishing.
23. Nikolić, S. (1990). *Mentalni poremećaji u djece i omladine 2*. Zagreb: Školska knjiga, str. 51-129.
24. Ostberg, V., Alfven, G., Hjern, A. (2006). Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish children: *Acta Pædiatrica*. 95 (8). str. 929-934.
25. Pennebaker, J.W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*, New York: Spreiger-Verlag.
26. Peršić, M., Palčevski, G., Slavić, I. (2006). Recidivirajući bolovi u truhu u djece, *Recurrent abdominal pain in children*, *Pedijatrija danas*. 2 (2. str.154-165.
27. Petz, B. (1992). *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta; str. 11-99.

28. Reynolds, W. M. (1998). Depression in children and adolescent, *Coprehensive Clinical Psychology*, New York: Pergamon Press. 4, str. 419-467.
29. Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I. (2011). El Papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos, *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ISSN: 1130-5274, Clínica y Salud*. 22 (2). str. 175-186.
30. Rodríguez-Orozco, A., Kanán-Cedeño, E.G., Guillén Martínez, E., Campos Garibay, M.J. (2011). Family functioning and illness perception of parents of children with Atopic Dermatitis, living without skin symptoms, but with psychosomatic symptoms, *Iran J Allergy Asthma Immunol*. 10 (1). str. 61-65.
31. Rothart, M. K., Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Jurnal of Abnormal Psychology*. 103 (1). str. 55-56.
32. Rothbart, M. K. (1989). Biological proceses of temperament – temperament in childhood. Chichester, England: Wiley, str. 77-110.
33. Shiner, R. (2012). Temperament and the development of personality traits, adaptations, and narratives. In M. Zentner & R.L. Shiner (Eds.), *Handbook of temperament*. New York: Guilford, str. 497–516.
34. Sperlíng, M. (1978). *Psychosomatic Disorders in Childhood*, New York: Jason Arson,
35. Strelau, J. (1987). The concept of temperament in personality research. *European jurnal of Personality*. 1, str. 107-117.
36. Thaller, V. (1999). *Psihijatrija*. Zagreb: Naklada CSCAA; str.11-108.
37. Thomas, A., Chess, S. (1989). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

38. Vulić-Prtorić, A. (2000). Somatizacija i kvaliteta obiteljskih interakcija kod djece i adolescenata, *Medica Jadertina*. 30 (1). str. 21-31.
39. Vulić-Prtorić, A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente, *Suvremena psihologija* 8, str. 211-227.
40. Vulić-Prtorić, A. (2003). SDD-Priručnik za skalu depresivnosti za djecu i adolescente, Jastrebarsko: Naklada Slap.
41. Vulić-Prtorić, A. (2004). SKAD-Priručnik za skalu strahova i anksioznosti za djecu i adolescente, Jastrebarsko: Naklada Slap.
42. Vulić-Prtorić, A. (2000). Somatski simptomi anksioznosti kod djece: radovi, Sveučilište u Splitu, Filozofski fakultet Zadar, *Razdio filozofije, psihologije, sociologije i pedagogije*, str. 79-96.
43. Winnicott, D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena, *International Journal of Psychoanalysis*. 34 (2). str. 89-97.
44. Zelzer, L. K., LaBaron, S., Richie D.M., Reed D., Schoofield J., Prihoda T.J. (1988). Can children understand and use a rating scale to quantify somatic symptoms?, *Jurnal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (4). str. 567-572.

Internet izvori

<http://www.alfa-portal.com/psihosomatske-bolesti-osluskujte-svoje-tijelo/>
(10.06.2015.)

<http://www.psihologijaonline.com/klinicka-psihologija/70-psihosomatski-poremecaji>
(10.06.2015.)

<http://scielo.sld.cu> (10.06.2015.)

www.cuvarkuca.hr/preporuka/psihosomatski-problemi-kod-djece/ (10.06.2015.)

<http://documents.tips/documents/psihosomatske-bolesti.html> (10.06.2015.)

<http://www.istrazime.com/djecja-psihologija/stres-kod-djece-predskolske-dobi-kakoga-prepoznati-i-prevladati/> (10.06.2015.)

<http://www.roditelji.hr/skola/psihosomatske-tegobe-kod-djece/> (10.06.2015.)

www.centarproventus.hr (10.06.2015.)

www.transkulturellepsychiatrie.de/pdf/FAQs_Kroatisch.pdf (10.06.2015.)

<http://www.istrazime.com/intervju/intervju-s-organizatoricom-1-medunarodne-pet-therapy-konferencije-u-hrvatskoj/> (10.06.2015.)

<http://www.roditelji.hr/skola/art-terapijom-do-djetetova-srca/> (10.06.2015.)

<http://dramskimetod.com/2010/04/kreativne-lutkarske-igre-u-nastavi/> (10.06.2015.)

<http://www.naturala.hr/psihoterapija-pokretom-i-plesom/1367/> (10.06.2015.)

<http://www.centarproventus.hr/images/Clanci/Terapijalgrom/TerapijalgromZaJutarnji.pdf> (10.06.2015.)

Sažetak

Glavno obilježje psihosomatskih poremećaja jest prisutnost tjelesnih simptoma bez jasnih organskih uzroka. Mogu prouzročiti bolesna stanja u kojima emocije traže „izlaz“ do tjelesnih organa kompliciranijim putem. Dovode do poteškoća u motoričkom, kognitivnom, socijalnom i emocionalnom funkcioniranju. Stoga, utječu na tjelesni i psihološki aspekt djeteta, njegovu ličnost, međuljudske odnose, socijalizaciju i uspjeh. Neophodno je otkloniti moguće situacije/događaje/konflikte i/ili umanjiti njihov intenzitet, razvijati zaštitne obrambene mehanizme, stvarati pozitivnu sliku o sebi i jačati samopouzdanje kroz poticanje verbalne i neverbalne komunikacije. Predstavljaju dugotrajan i složen proces prepoznavanja i dijagnostike, no samo kod malog broja djece zahtijevaju ozbiljno liječenje i terapiju. Kada se utvrdi svjesnost povezanosti psihičkog i tjelesnog, mogu se početi koristiti tjelesne smetnje kao signal za preopterećenost. Na taj se način lakše usmjeravaju snaga i energija za smanjenje i otklanjanje uzroka. Kvaliteta partnerstva roditelja i odgojno-obrazovnih ustanova temelj je pravovremenog prepoznavanja i zadovoljenja potreba djeteta. Otvorenom i iskrenom komunikacijom gradi se osjećaj povjerenja, razumijevanja, prihvaćanja i sigurnosti. Aktivno i međusobno sudjelovanje oba subjekta u životu i radu djeteta nužno je za proces zdravog rasta, razvoja i otkrivanja mogućih poteškoća u psihosocijalnom i emocionalnom funkcioniranju. Preveliki se naponi ulažu u suzbijanju simptoma psihosomatskih bolesti, a premalo u suzbijanju situacija koje dovode do istih.

Ključne riječi: dijete, simptomi, čimbenici, psihosomatske bolesti, terapija;

Summary

The main characteristic of psychosomatic disorders is the presence of physical symptoms without obvious physical cause. They can cause a state of sickness in which the emotion is looking for an “exit” in a more complicated way, through the organs. This can lead to difficulties in motoric, cognitive, social and emotional functioning. Therefore they affect the child’s physical and psychological aspects, its personality, interpersonal relationships, socialization and success. It is necessary to eliminate possible situations/events/conflicts and/or diminish its intensity, develop protective mechanisms, create positive self-image and improve confidence by encouraging verbal and non-verbal communication. Psychosomatic disorders represent long and complex process of recognition and diagnostic, but only among small number of children they require serious treatment and therapy. When the connection between psychological and physical is established, physical disorders can be used as a signal overload. That way strength and energy can be easily focused on reducing and eliminating the source. The quality of partnership between parents and educational institutions is the foundation for early recognition and satisfying all child’s needs. When communication is open and honest, a sense of trust, understanding, acceptance and security is being built between parties. Active participation of both parties in child’s life is necessary for healthy growth, development and discovery of possible difficulties in psycho-social and emotional functioning. Too much effort has been put into suppressing the symptoms of psychosomatic illness instead of the situations that cause them.

Key words: child, symptoms, factors, psychosomatic illness, therapy