

Specifičnosti psihosomatskih poteškoća u djece i adolescenata

Brbora, Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:808881>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-19**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Marija Brbora

SPECIFIČNOSTI PSIHOSOMATSKIH POTEŠKOĆA U DJECE I ADOLESCENATA

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Marija Brbora

SPECIFIČNOSTI PSIHOSOMATSKIH POTEŠKOĆA U DJECE I ADOLESCENATA

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

Mentor rada: doc. dr. sc. Tatjana Čulina, dr. med.

Diplomski rad ocijenjen je dana __29. lipnja 2023.__ u __Rijeci__,

na __Katedri za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci__,

pred Povjerenstvom u sastavu:

1. prof. dr. sc. Ines Diminić-Lisica, dr. med. (Predsjednica Povjerenstva)

2. doc. dr. sc. Branislava Popović, dr. med.

3. doc. dr. sc. Ana Kaštelan, dr. med.

Rad sadrži __27__ stranica, __1__ sliku, __2__ tablice i __25__ literaturnih navoda.

Posebnu zahvalu iskazujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Tatjani Čulina, dr. med., za sve savjete i pomoć koju mi je pružila prilikom izrade diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima koji su me pratili za vrijeme studija, na svim savjetima i potpori koju su mi iskazali tijekom godina.

Najveću zahvalu dugujem Toniju, bez čije bih bezuvjetne podrške i beskonačnog strpljenja vrlo teško uopće stigla do trenutka pisanja ovih redaka.

SADRŽAJ

UVOD.....	1
SVRHA RADA.....	3
PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU.....	4
1. Psihosomatski poremećaji u djece i adolescenata - opći principi.....	4
1.1. Epidemiologija.....	4
1.2. Etiopatogeneza.....	5
1.2.1. Integrativni model.....	5
1.2.2. Psihodinamski model.....	6
1.3. Dijagnostika i procjena psihosomatskih simptoma.....	7
1.4. Liječenje i terapija.....	10
2. Presjek najčešćih psihosomatskih entiteta po organskim sustavima.....	12
2.1. Bronhalna astma.....	12
2.2. Peptični i duodenalni ulkus.....	13
2.3. Upalne crijevne bolesti.....	14
2.3.1. Ulcerozni kolitis.....	14
2.3.2. Chronova bolest.....	15
2.4. Atopični dermatitis.....	16
RASPRAVA.....	18
ZAKLJUČAK.....	20
SAŽETAK.....	21
SUMMARY.....	22
LITERATURA.....	23
ŽIVOTOPIS.....	27

POPIS SKRAĆENICA I AKRONIMA

DSM-V: (engl. Diagnostic Statistic Manual) Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje Američke psihijatrijske udruge, 5. izdanje

MKB-10: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema Svjetske zdravstvene organizacije, 10. revizija

UVOD

Pojam „psihosomatski“ složenica je dviju starogrčkih riječi - *psihe*, što znači duh ili duša i *somatikos*, što znači tjelesno ili fizički. Značenje pojma u slobodnom bi se prijevodu moglo definirati kao „utjecaj uma na tijelo“. Shodno tome, psihosomatske poremećaje u najširem smislu opisujemo kao tjelesne bolesti koje nastaju zbog utjecaja psiholoških čimbenika. Oni su uvjetovani emocionalnim smetnjama, a njihovi se tjelesni simptomi manifestiraju na razini organa kroz promjenu njihovih funkcija. (1) To znači da su tjelesne promjene koje nastaju kao posljedica poremećaja organskih funkcija zapravo indirektna fizičke manifestacije popratnih, najčešće nesvjesnih, emocija. Psihičkim i emocionalnim sazrijevanjem tijekom života stječemo uspješne mehanizme obrane od kompleksnih problema, kao i sposobnost nošenja s različitim emocijama i životnim situacijama. Djeca i adolescenti, kao ličnosti koje se još uvijek razvijaju, upravo su zbog svoje emocionalne nezrelosti često skloni razvoju različitih psihosomatskih poremećaja.

Pojmovno, nužno je razlikovati psihogeno od psihosomatskog, a ujedno i psihosomatsko od somatogenog. Psihosomatsko ne treba poistovjetiti s psihogenim kada u etiologiji dominantno sudjeluje psihološki čimbenik bez postojanja organske lezije, što se naziva još i „funkcionalnim“ poremećajima (kao što su primjerice anksiozni poremećaji). Psihosomatski bi značilo da barem u jednakoj mjeri sudjeluju psihički čimbenici (npr. psihički konflikti) uz one somatske (npr. genska predispozicija za određeni poremećaj), a nalazi se i prisutnost organske lezije. Somatogeno pak upućuje na primarnu tjelesnu bolest uz koju je prisutan problem psihološke adaptacije na nastalu promjenu u fizičkom stanju osobe, najčešće u vidu depresije ili anksioznosti. (2) Navedene će razlike zahtijevati i različit pristup liječenju, ovisno o vrsti utvrđenog poremećaja.

Važno je još razlikovati i psihosomatsko od somatoformnog poremećaja gdje su prisutni negativni psihološki čimbenici i tjelesni simptomi, ali nema općeg zdravstvenog

stanja kojemu se može pripisati taj tjelesni simptom (tj. nema anatomskih promjena). Kod psihosomatskog poremećaja, uz prisutstvo negativnih psiholoških čimbenika i tjelesnih simptoma, postoji i opće zdravstveno stanje kojemu se može pripisati taj tjelesni simptom. Sukladno tome, psihosomatski su se poremećaji u klasifikacijama bolesti označavali kao fizička oboljenja. Međutim, prema DSM-V klasifikaciji, ovakvom oboljenju se daje i dijagnoza dodatno na Osi I kao 'Psihološki čimbenici koji utječu na medicinsko stanje' na sljedeće načine: (I) čimbenici utječu na tijek zdravstvenog stanja uz vremensku povezanost između psiholoških čimbenika i njegova nastanka, egzacerbacije ili usporenog oporavka od njega; (II) bihevioralni ili psihološki čimbenici ometaju liječenje stanja; (III) bihevioralni ili psihološki čimbenici su dodatni čimbenik rizika za medicinsko stanje bolesnika; (IV) čimbenici utječu na podležeću patologiju, pogoršavajući simptome ili zahtijevajući zdravstveno zbrinjavanje. (3) U MKB-10 klasifikaciji psihosomatski poremećaji spadaju u kategoriju 'Psihološki i bihevioralni čimbenici udruženi s poremećajima ili bolestima klasificiranim na drugome mjestu'. Ona također omogućuje šifriranje psihosomatskog poremećaja s dva koda: jednim za mentalno, a drugim za fizičko oboljenje koje je povezano s prvim (npr. gastrični ulkus se može kodirati s F54 kao mentalni poremećaj, a ujedno i s K25 kao fizički). (4)

SVRHA RADA

S obzirom da se pokazalo da su posljednjih godina psihosomatski simptomi sve učestaliji u populaciji djece i mladih, što zbog sve većeg broja negativnih stresnih životnih događaja, što zbog poremećaja u funkcioniranju obitelji te promjena u načinu života i provođenja slobodnog vremena, ali i zapostavljanja mentalnog zdravlja općenito, svrha ovog rada je učiniti pregled literature na temu problematike psihosomatskih poteškoća djece i adolescenata.

PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU

1. Psihosomatski poremećaji u djece i adolescenata - opći principi

1.1. Epidemiologija

Epidemiološka istraživanja psihosomatskih problema u djece i adolescenata ne pružaju ujednačene rezultate. U pojedinim se istraživanjima nailazi na podatke kako se prevalencija psihosomatike u djece i adolescenata općenito kreće od 2 do 10%, da u populaciji školske djece preko pola ima najmanje jedan simptom somatizacije, a gotovo četvrtina ima više od četiri simptoma. (5,6) Stariju dob djeteta prati i više simptoma, ali se ujedno mogu pojaviti i neki rjeđi entiteti: kronični umor i kašalj, bol u mišićima i zglobovima ili ukočenost te smetnje vida i sluha. Precizniju procjenu pojavnosti psihosomatskih problema u nešto manje od četvrtine ispitivane djece može ometati istovremeno prisustvo drugih komorbidnih simptoma, primjerice depresivnih i anksioznih ili bihevioralnih poremećaja (npr. hiperaktivnosti ili agresivnosti). (5) Dob do 4. godine života najčešće obilježavaju smanjeni apetit ili odbijanje hrane, dijareja ili konstipacija, pretjerana briga o urednosti i vlastitoj čistoći i sl. Između 4. i 18. godine somatska se simptomatologija pojavljuje u obliku glavobolja, vrtoglavica, smetnji vida, truhobolja, povraćanja, mučnina i dr. U uzorku adolescenata između 12. i 18. godine najčešće se javljaju tjelesni simptomi u vidu drhtanja, znojenja, bljedila ili crvenila i gastrointestinalnih simptoma. (7) Općenito je najučestaliji umor s prevalencijom od 30 do 50%, zatim slijede glavobolje 10 do 30%, truhobolje 10 do 20%, bolnost mišića 5 do 20% te bol u grudima 7 do 15%. Simptomi pokazuju i određenu specifičnost ovisno o situaciji: tako se vrtoglavica i dezorijentacija češće javljaju na javnim mjestima, a otežano disanje i bolnost u prsima uglavnom kod kuće, u privatnom okruženju. (8)

1.2. Etiopatogeneza

1.2.1. Integrativni model

Psihosomatske bolesti danas često tumačimo integrativnim modelom koji uključuje genske, okolišne, razvojne i psihobiološke aspekte, stresne čimbenike, obiteljsku dinamiku te druge bihevioralne, kognitivne i psihodinamske čimbenike. Ulogu navedenih čimbenika treba razmotriti za svaki slučaj pojedinačno, a najčešće je ipak riječ o miješanim oblicima. Slojevitu povezanost duševnog i tjelesnog proučava psihobiologija, a njezini razvojni aspekti imaju zadaću objasniti odnos dijelova središnjeg živčanog sustava prema psihičkim funkcijama, uzimajući ujedno u obzir i funkcionalne nalaze određenih sustava (npr. fiziološki, imunosni, biokemijski, endokrini i dr.), kao i brojne psihosocijalne čimbenike tijekom različitih razdoblja. Vanjski podražaji s dovoljno velikim potencijalom da izazovu neugodnu emocionalnu reakciju su opterećenje i stres, pa prema tome stresnu reakciju definiramo kao individualnu reakciju na opterećujući podražaj, čija priroda može biti fiziološka, biokemijska ili psihološka. (9) U novijim se istraživanjima više pažnje usmjerava na proučavanje zaštitnih okolišnih čimbenika u kombinaciji s djetetovim sposobnostima i snagama ega. Nažalost, ne postoji jednosmjerni ravnomjerni međuodnos neurobiokemijskih, imunosnih, endokrinih i psihičkih funkcija te je jedna psihička funkcija određena različitim, međusobno ovisnim faktorima. U psihosomatskih poremećaja dominira aleksitimija kao nemogućnost adekvatnog verbaliziranja i identificiranja emocija. Ona nastaje pri nemogućnosti prepoznavanja prijelaza s implicitne (niže tjelesne razine) na eksplicitno prepoznavanje emocija (viša razina), a za navedeno mogu biti odgovorne različite mozgovne strukture. Aleksitimija je kao mehanizam specifičnija za psihosomatske poremećaje, ali i kod drugih poremećaja se može naći u manjoj mjeri. (10)

1.2.2. Psihodinamski model

U ovom modelu postoje različita tumačenja; jedno je da je jednostavni izražaj putem tijela (uključujući motoričku aktivnost) bazični način oslobođenja od napetosti koji slijedi automatski, a povezan je s afektima. Tako se djeca mogu oteretiti pomoću motorike, pa se kaže da je dijete u tom razvojnog razdoblju u 'psihosomatskom jedinstvu'. Drugo je da se u osoba s psihosomatskim poremećajem, psihodinamski gledano, nalazi nedostatak strukture ličnosti. Navedeno dovodi do fiksacije na objekte i nesposobnosti razlikovanja osjećaja kao posljedice nedostatne individuacije, a razvojno se radi o ranom konfliktu. Način prorade tog konflikta ili osnovnog strukturnog deficita može biti aleksitimija. (11) Nadalje, kod psihosomatskih bolesti moguć je i model konverzije. On podrazumijeva da se primarni psihički konflikt pomoću parcijalne ego-regresije dovodi do fantazijskog kreiranja, što za rezultat ima premještanje i 'upisanost' u tijelo uz formiranje simptoma. Tako npr. do smetnji hoda može dovesti želja za bijegom iz određenog odnosa. (12) Model konverzije u psihosomatskih poremećaja je tema prijepora među pojedinim autorima jer neki daju prednost genskoj i tjelesnoj predisponiranosti pri izboru organa. Ne postoje tipični psihosomatski pacijenti jer su njihovi deficiti i konflikti te strukture ličnosti izuzetno različiti. Manja je mogućnost dekompenzacije u somatsko što je veća kvaliteta usvojenih obrambenih mehanizama. Sljedeće okolnosti imaju traumatski utjecaj na ličnost: (I) pretjeran dotok stimulacija ili nepovezanost dotoka stimulacija, i (II) emocionalni ili senzorički manjak. Prije nabrojani čimbenici dovode do zastoja ega na primitivnom stupnju zbog manjkavog strukturiranja u predsvjesnom ego-dijelu. Funkcionalna nesposobnost obrana se razvija kao direktna posljedica, što uzrokuje nemogućnost fantazmatske razrade. Slično ovomu konceptu odgovara pojam aleksitimije. (11)

1.3. Dijagnostika i procjena psihosomatskih simptoma

Nerijetko dijagnostičku prepreku stvara nedostatak prihvaćanja psihosocijalnih uzroka poremećaja od strane pacijenata i roditelja, a često promakne mogućnost za psihodijagnostiku i eventualno psihosocijalno liječenje zbog izraženosti somatskih simptoma. Nakon dijagnoze naravi i strukture lezije, potrebno je u daljnjoj suradnji omogućiti razradu etioloških čimbenika i terapijskog puta. Različiti deficiti i konflikti ili psihičke strukture mogu se nalaziti u istih bolesti, a kod istih deficita i konflikta, tj. psihičkih struktura, somatske manifestacije mogu biti različite. Tjelesni pregled trebalo bi popratiti intervjui, uz definitivnu procjenu pojedinca i obitelji na kraju procesa. (13) Psihosomatske poremećaje teško je razumjeti bez obraćanja pozornosti na stupanj razvoja afekata i emocija, utjecaj kojim oni pridonose organizaciji osobe te bez razumijevanja ranih ili prethodnih djetetovih fantazija o svome tijelu. Protektivne i rizične čimbenike trebao bi razmotriti svaki upotrijebljeni vid dijagnostike. U svakome slučaju pojedinačno potrebno je odmjeriti i shvatiti međudnose uključivanjem prijenosnih i protuprijenosnih osjećaja, uz razmatranje različitih razina. (2) Postoje entiteti koji bi ukazivali u smjeru psihosomatskog poremećaja više nego kronične tjelesne bolesti.

Tablica 1. Različiti čimbenici koji, za razliku od kronične tjelesne bolesti, upućuju na psihosomatski poremećaj.

Osobitost anamneze i simptomi: pojedini organski sustavi; organska lezija; većinom je lezija ograničena na jedan sustav; tjelesni simptom kao akt komunikacije; model somatske bolesti u obitelji; usmjerenost na tijelo; psihosocijalni stres i traumatske okolnosti
Obitelj: učestalost psihosomatskih i psihijatrijskih bolesti; model za simptom ili izbor organa u obitelji; vrlo povezane obitelji; veća zabrinutost za somatske simptome, nego za emocionalna stanja; primarna i sekundarna dobit od simptoma; značajne posljedice simptoma s obzirom na obiteljsku interakciju

Terapijski odnos i procjena: poremećen temeljni osjećaj sebe s tendencijom da se na ostavljenost reagira bespomoćnošću i bijesom ili osjećajem beznađa; aleksitimija; nemogućnost prepoznavanja i diferenciranja osjećaja; tjelesni simptomi udaljeni su od psihičkog života; tjelesno reagiranje; ‘potencijalno psihogeni poremećaj’, odnosno potraga za psihičkim konfliktom u psihoterapiji; poricanje i rascjep duha i tijela

Preuzeto iz: Begovac I, ur. Dječja i adolescentna psihijatrija. e-izdanje: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021. (2)

Procjena psihosomatskih poremećaja razlikuje se ovisno o primjeni odgovarajućeg upitnika ili skale samoprocjene, a oni koriste različite kriterije u opisu simptoma. Unatoč kompletnoj i neophodnoj zdravstvenoj obradi kako bi se isključila mogućnost da su tjelesni simptomi doista posljedica neke druge, fizičke bolesti koja ima znatan utjecaj na opće zdravstveno stanje djeteta, navedena procjena ostaje vrlo teška. Liječnik je taj koji utvrđuje zadovoljavaju li simptomi kriterije za dijagnozu nekog drugog psihijatrijskog poremećaja, čije su kliničke slike sastavni dio. Nedostatak dijagnostike u ovom području odnosi se na rano identificiranje simptoma: dijete, prije svega, često mora uvjeravati svoje bližnje da treba liječničku pomoć. Donošenje dijagnostičke odluke ne temelji se isključivo na skalama procjene i samoprocjene, ali su one koristan početni korak u proceduri dijagnostike i trijaže. (14) U upotrebi su sljedeće mjerne skale: (I) *Lista označavanja djetetova ponašanja* (CBCL - Child Behavior Checklist) po autorima Achenbachu i Edelbrocku (1983), (II) *Inventar somatizacije za djecu* (CSI - Children's Somatization Inventory) autorice Judy Garber i sur. (1991) prema samoprocjeni ispitanika koliko su često određeni simptom doživjeli unatrag dva tjedna na temelju simptoma opisanih u DSM klasifikacijskim kriterijima, (III) *Pennebakerov inventar limbičke malaksalosti* (PILL - The Pennebaker Inventory of Limbic Languidness) prema Pennebakeru (1982), koji se koristi u mjerenju pojavnosti 54 tjelesna simptoma.

Kod nas su obično korišteni prijevodi dosad navedenih skala ili konkretni upitnici sastavljeni za određena istraživanja. Navedeno je dovelo do konstruiranja PSS upitnika kako bi se dobila što pouzdanija skala ispitivanja psihosomatskih simptoma u djece, kako u svrhu istraživanja, tako i za adekvatnu kliničku procjenu.

Tablica 2. PSS upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente.

Pseudoneurološki (9)	Vrtoglavica, nesvjestica, gubitak ravnoteže, iznenadni gubitak pamćenja, iznenadni gubitak vida, zamučeni vid, dvostruka slika, iznenadni gubitak sluha, knedla u grlu
Kardiovaskularni (3)	Prekomjerno znojenje, bol u grudima, ubrzano lupanje srca
Muskulturni (2)	Slabost mišića, mišićna napetost
Respiratorni (3)	Prehlada (začepljen nos, kašalj i sl.), osjećaj gušenja, teškoće disanja
Gastrointestinalni (9)	Mučnina, nadutost, grčevi u trbuhu (osim menstrualnih bolova), gubitak apetita, proljev, povraćanje, žgaravica, opstipacija ili neredovita stolica, nepodnošenje nekih vrsta hrane
Dermatološki (3)	Kožni osip, akne ili bubuljice, crvenilo kože ili svrbež
Bol/osjećaj slabosti (6)	Glavobolje, umor ili manjak energije, bol u leđima, bol u zglobovima, bol u nogama ili rukama; povišena tjelesna temperatura

Preuzeto iz: Vulić-Prtorić A. Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente.

Suvremena psihologija. 2005; 8, 211-227. (14)

PSS upitnik sadrži popis 35 simptoma i senzacija uz tri dodatna pitanja. Uvršteni su simptomi prema DSM klasifikaciji te oni najčešće navođeni u istraživanjima na području

psihosomatizacije u djece. Koriste se skale samoprocjene prema Likertu: skala učestalosti (*Koliko često si to doživio u posljednja 3 mjeseca?*): 1=nikada, 2=nekoliko puta mjesečno, 3=nekoliko puta tjedno, 4=skoro svaki dan i skala subjektivne procjene ometanja (*Koliko te to ometa u svakodnevnim aktivnostima*): 1=nimalo, 2=osrednje, 3=jako. Tri se dopunska pitanja odnose na procjenu: (I) vlastitog zdravstvenog statusa (*Što misliš, kakvo je tvoje zdravlje općenito?*) opet prema skali po Likertu (1=loše, 2=osrednje, 3=vrlo dobro, 4=odlično); (II) težine navedenih simptoma (*Da li si zbog navedenih zdravstvenih problema morao ići liječniku?*) na koje ispitanik odgovara zaokruživanjem DA ili NE; (III) općeg zdravstvenog stanja i bolesti od kojih ispitanik boluje (*Boluješ li od neke bolesti poput astme, alergija, dijabetesa i sl.?*) (14)

1.4. Liječenje i terapija

Nužno je potreban multidisciplinarni i integrativni koncept liječenja. Uobičajene metode terapije u somatskoj medicini su često prioritet pri akutizaciji bolesti, a psihoterapiji se obično pristupa u razdobljima remisije. Kontinuirani i empatijski pristup čini osnovu terapije, uz psioedukaciju o bolesti i suportivni odnos u trokutu pacijent - roditelji - liječnik. Kako bi se izbjegla pretjerana stimulacija, ključ je pridržavanje okvira terapije. Među ostalim, primjenjuju se standardne metode u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji (individualna psihoterapija, grupna, obiteljska ili socijalna terapija uz psihofarmakoterapiju). (13) Suradnja između somatskog i psihoterapijskog liječenja je apsolutno neophodna. Primjerice, ponekad je radi tjelesnog simptoma (npr. svrbež kože) potrebna najprije medikamentna terapija da bi se uopće, u konačnici, moglo pristupiti psihoterapiji.

Od psihoterapijskih metoda u primjeni su kognitivno-bihevioralna i psihodinamska terapija. Kognitivno-bihevioralna terapija metodama učenja i osnaživanja utječe na promjenu ponašanja koje precipitira bolest. (2) Strukturnim mogućnostima pacijenta, tj. njegovim

deficitima, bavi se psihodinamska terapija. Ona umanjuje konflikte te podupire individuaciju i autonomiju, uz razradu protuprijenosnih odnosa. Znak prekomjerne emocionalne stimulacije može biti pogoršanje tjelesnog stanja, pa tako tjelesnu simptomatologiju treba shvaćati na komunikativan način. Za somatsko pogoršanje pacijenta nije nužno kriva nesposobnost ili greška terapeuta. (14) Iznimno je moguća primjena psihoanalitičke terapije, ali samo uz provođenje od strane adekvatno educiranih psihoanalitičara. 'Okidači', kao i traumatski i stresni anamnestički elementi, imaju važnu ulogu. Tako je s gubitcima, rastavom roditelja ili žalovanjem za umrlom osobom povezana alopecija areata. Psihoterapija neće nužno dovesti do potpunog nestajanja simptoma somatske bolesti kod genskih ili atopičnih poremećaja (npr. astma, psorijaza, atopični dermatitis). Smanjenje osjećaja krivnje roditelja zbog djetetove bolesti terapijski je cilj kroz proradu psihičkih konflikata, uz ublažavanje simptoma. (15)

Pravi 'organski' poremećaji katkad se teško odvajaju od psihosomatskih poremećaja u užemu smislu, a pri njihovoj je terapiji konačni cilj prihvaćanje tjelesne bolesti. Fokus rada je na prihvaćanju medicinskih mjera liječenja, uz nadogradnju neprikladnih *coping* vještina. Timski pristup terapiji podrazumijeva stvaranje terapijskog saveza, tj. međusobno uvažavanje stručnjaka koji sudjeluju u terapijskom procesu, uz zajednički dogovor. Uz odnos članova multispecijalističkog tima jednako je važan i odnos terapeut - dijete, kao i onaj prema obitelji. (13) Nadležni pedijatri ili liječnici obiteljske medicine mogu primijeniti i jednostavne psihoterapijske intervencije ili uputiti pacijenta u primjenu relaksirajućih tehnika, pa su zato važni zbog prepoznavanja psihičkih aspekata bolesti. (2) Uz povremene recidive, tijek bolesti je obično kroničan. Na njega utječu specifičnosti liječenja, kao i dodatni medicinski problemi. Manifestacija straha, depresije i bijesa moguća je zbog otežane prilagodbe na bolest.

2. Presjek najčešćih psihosomatskih entiteta po organskim sustavima

2.1. Bronhalna astma

Bronhalna astma je kronična upalna bolest karakterizirana reverzibilnim suženjem perifernih respiratornih puteva, otežanom ekspiracijom te bronhalnom hiperreaktivnošću na različite podražaje. Patološki se nalaze povećana sekrecija, edem sluznice i spazmi bronhalne muskulature. Ekspiratorna dispneja pojavljuje se naglo, u obliku akutnih napadaja ili postupno, a postoji i povezanost s drugim atopičnim bolestima, npr. atopičnim dermatitisom. Jedna od najčešćih kroničnih bolesti uz prevalenciju od oko 10% djece, u 40% slučajeva počinje u djetinjstvu, a dvaput češće oboljevaju dječaci. U djece je većinom mješovitog oblika, iako se dijeli na ekstrinzičnu (uzrokovanu alergijom) i intrinzičnu (bez alergijske podloge), uz čestu povezanost somatskog i psihičkog. (2)

Zbog međusobne interakcije bioloških i psihičkih čimbenika, u pitanju je multikauzalna etiologija. Sudjeluju somatski (tjelesni stres, infekti, nespecifične nokse, klimatski čimbenici), genski, okolišni, (intrauterina izloženost nikotinu, izloženost alergenima, pušenje samih adolescenata), te psihološki čimbenici u otprilike četvrtine oboljelih (sklonost anksioznosti, crte ličnosti, stres, uloga životnih događaja, kognitivni čimbenici, psihodinamski čimbenici, obiteljska dinamika) koji dovode do bronhoopstrukcije. (16) Prisutstvo psiholoških čimbenika dovodi do njihove interakcije, a oni sudjeluju u održavanju bolesti na način da mogu biti uzrok, medijator ili "okidač". Psihodinamski se nalazi neuspjela individuacija sa slabim egom, uz prevladavanje narcističke razine ili shizoidnih crta ličnosti. Stanja beznađa i bespomoćnosti su dominantna. Očevi su kao obiteljske figure slabo prisutni, nezainteresirani i slabi, dok su majke te koje su uglavnom dominantne, prezaštitničke i svojevoljne. U svojstvu "okidača" mogu posredovati iskustva separacije, gubitka, potrebe za blizinom ili nježnošću. Na psihosomatski obrazac tjelesne reakcije nevjesno upućuju navedeni procesi. (2)

U dijagnostici je bitna međusobna povezanost psihičkog, somatskog, interakcija u obitelji kao i psihopatologije djeteta. Zbog ovisnosti o liječenju može postojati emocionalna nestabilnost djeteta koja rezultira povećanom ovisnošću o okolini (zbog poremećaja razvoja autonomije). Eksternalizirajuće su smetnje odsutne, uz prisustvo tipičnih internalizirajućih smetnji (depresija, anksioznost), praćenih niskim samopoštovanjem. Roditelji se nerijetko neprimjereno ponašaju u vidu perfekcionizma, prezaštitničkog ponašanja ili odbacivanja. (16) Ako je napad životno ugrožavajući, može dovesti do PTSP-a, a diferencijalno dijagnostički treba razlikovati astmatski od paničnog napadaja.

Liječenje je opširno uz primjenu farmakološkog i somatskog, kao i psihosocijalnog liječenja. Dijete se potiče na redukciju stresnih okolnosti, bolju prilagodbu na bolest i suportivnu terapiju, te ga treba poticati na, u odnosu na roditelje, samostalno preuzimanje svoje uloge u liječenju. Navedeno je osobito važno u adolescenata jer mogu odbijati suradnju prilikom liječenja svoje bolesti kao posljedicu sukoba separacije od roditelja. Primjenjuju se psihoedukacijski postupci uz bihevioralnu, obiteljsku te art terapiju, (17) a psihodinamski se obično provodi suportivna ili psihoanalitička, uz obiteljsku psihoterapiju kod obiteljskih disfunkcija. Do remisije dolazi u oko polovice slučajeva, četvrtina prelazi u kronicitet, a druga polovica u druge alergijske simptome ili sindrome. Obiteljska anamneza astme, težina simptoma pri početku bolesti, popratne alergije i dermatitis, kao i velik broj astmatskih napadaja čine negativne prediktore bolesti. (2)

2.2. Peptični i duodenalni ulkus

Želučani i duodenalni ulkus recidivirajuće su bolesti s lezijom mukoze koja kao posljedicu ima smetnje probavnog sustava u vidu izbjegavanja određene hrane, mučnine, osjećaja napetosti u abdomenu i bolova. Prisutstvo smetnji tipično se javlja noću i natašte, odmah po uzimanju hrane kod želučanog ulkusa ili s malom odgodom kod duodenalnog. Često

se veže uz depresiju. U dječjoj je dobi duodenalni ulkus češći od želučanog uz veću pojavnost u dječaka. Etiopatogeneza je multifaktorijalna, od psiholoških (napetost, stres, obiteljska dinamika, psihodinamski čimbenici) do organskih čimbenika (vegetativna napetost, genetika, imunosni i kemijsko-toksični čimbenici) (18) uz mogućnost pojave neravnoteže protektivnih (somatostatin, prostaglandini, sloj sluzi) i štetnih čimbenika (ishemija, infekcije, kiselost).

Psihodinamski je ego slab bez dostatne individuacije i reagira na tjelesni način. Tipični konflikti koji su prisutni su oralnog podrijetla, želje za pripadanjem i analnog posjedovanja, kao i nesamostalnosti te neuspjeha uz stanje ovisnosti (biti nahranjen). (2) Ličnost je karakterizirana oscilacijom između odbacivanja i prekomjernog zaštićivanja. Ovakva psihosomatska konstelacija dovodi do pojave aleksitimije uz udaljenost od osjećaja i fantazija. Gubici sigurnosti ili priznanja, preuzimanje većih odgovornosti kao i separacije, česti su „okidači“ bolesti. Kod pozitivne obiteljske anamneze i djece koja žive u stresnim okolnostima, u kroničnih bolesnika, onih na terapiji kortikosteroidima ili u politoksikomanskih adolescenata, uvijek treba pomisliti na ulkus. (2)

2.3. Upalne crijevne bolesti

2.3.1. Ulcerozni kolitis

Ulcerozni kolitis je teška, kronična recidivirajuća upalna bolest debeloga crijeva, praćena povremenim pogoršanjima. Tipična četiri simptoma jesu hematokezija (do 97%), proljev (do 93%), abdominalna bol (do 76%) i gubitak tjelesne težine (do 55%). Dodatni simptomi jesu povišena tjelesna temperatura uz druge, neprobavne simptome kao što su neprikladna somatopsihička adaptacija u vidu depresije, artritisa i nodoznog eritema. (19) Bolest se najčešće pojavljuje između 10. i 14. godine. Dijagnoza se postavlja radiološki i endoskopski, uz pedijatrijski pregled i laboratorijske testove. Nužno ga je dijagnostički

razlikovati od Crohnove bolesti jer je pojavnost čak do 29 oboljelih na 100.000 stanovnika.
(20)

U pitanju je, etiopatogenetski, multifaktorijska geneza, od psiholoških (psihodinamski i bihevioralni čimbenici) do tjelesnih čimbenika (okolišni i genski čimbenici), uz prisutnost „okidača“ koji su najčešće različita imunosna i inflamatorna zbivanja. Nastaju dodatno depresivne i anksiozne smetnje te one u razvoju puberteta, adolescenti pokazuju smetnje u reguliranju vlastita samopoštovanja te veću ovisnost o roditeljima zbog svoje bolesti. Problematika je, psihodinamski, tipično deficitarna bez dostatne individuacije koja je praćena reagiranjem na tjelesni način. Djeca se često opisuju se kao ovisna, depresivno inhibirana i opsesivna. (2)

Opsesivni se stil opisuje i u roditelja, a tipično su „okidači“ iskustva ostavljenosti i separacija. Terapija je primarno medikamentna uz povremenu primjenu kirurške terapije te dijetne mjere kako bi se postigao normalan tjelesni razvoj. (21) Potrebna je koordinacija s drugim psihosocijalnim terapijama s naglaskom na suportivne aspekte u vidu prihvatanja metoda liječenja, kao i same bolesti. (22) Za cilj se postavlja prorada osjećaja, izgradnja socijalnih odnosa kao i povećanje samopoštovanja. Također je, u slučaju obiteljske disfunkcije, poželjna i obiteljska psihoterapija. (2) Za tijek bolesti je tipično da je potrebno dugotrajno praćenje djeteta i cijele obitelji jer samo četvrtina slučajeva ulazi u potpunu remisiju.

2.3.2. Chronova bolest

Sinonim koji se još koristi za Chronovu bolest je i regionalni enteritis te ga je potrebno razlikovati od ulceroznog kolitisa. Chronova bolest je kronična upalna bolest tankog crijeva koja može zahvatiti cijeli gastrointestinalni trakt, ali najčešće pogađa terminalni ileum. Tipična četiri simptoma jesu abdominalna bol (do 95%), gubitak tjelesne težine (do 92%), proljev (do 78%) te hematokezija (do 60%). (19) Dodatne ekstraintestinalne manifestacije mogu biti zasto

u rastu, vrućica, artritis i te nodozni eritem. Često je, u 30% pacijenata, kao komorbiditet prisutna i depresija. U istom postotku pacijenata bolest počinje prije punoljetnosti, s vrhuncem pojavljivanja u adolescenciji.

Etiopatogenetski sudjeluju različiti čimbenici, od organskih, somatskih do psiholoških. Psihodinamika je slična kao i u ulceroznog kolitisa. (2) Dijagnosticira se radiološkim i endoskopskim nalazima uz klinički pedijatrijski pregled te laboratorijske nalaze. Terapija je u dominantno medikamentna, uz eventualno kirurško liječenje, i slična liječenju opisanom kod ulceroznog kolitisa. (19,21) Komplikacije mogu biti smetnje u pubertetskom razvoju i zastoj puberteta uz psihosocijalne teškoće. Psihosocijalni aspekti terapija slični su ulceroznom kolitisu. (22)

2.4. Atopični dermatitis

Atopični dermatitis jedna je od najčešćih bolesti u djetinjstvu s kronično recidivirajućim tijekom, a obilježena je pojavom papuloznih eflorescencija na koži i crvenilom. U oko 60% oboljelih počinje u dojenačkoj dobi i dijagnosticira ju dermatolog, a u 85% do 5. godine, uz ukupnu prevalenciju u populaciji od otprilike 3%. U adolescenciji se simptomi poboljšavaju (2). U djece su karakteristično zahvaćeni zglobovi ramena i koljena te ruku i nogu, uz vrat. Prisutan je jak svrbež uz snažnu potrebu za češanjem, pa se nerijetko vide sekundarne infekcije uz stvaranje zatvorenog začaranog kruga svrbeža i grebanja. Djetetov individualni razvoj prisustvo svrbeža ometa u velikoj mjeri jer ga stalno podsjeća na prisustvo bolesti. (2)

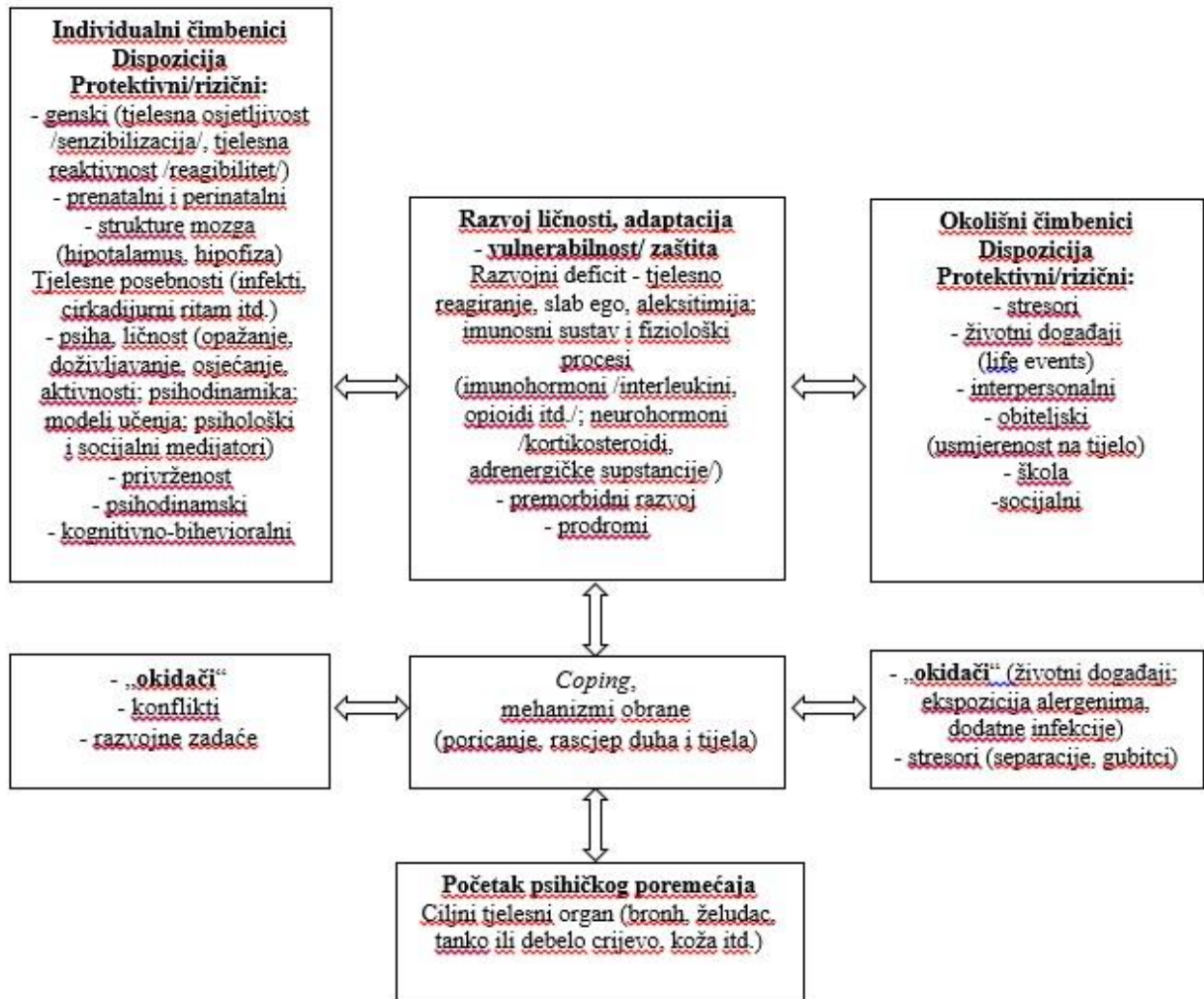
Oboljela se djeca srame svojih lezija i ogrebotina te se socijalno povlače. Ona mogu biti tjeskobna i zahtjevnija, s pojačanom potrebom da budu negovana i nošena, te nemirna i iritabilna, uz poteškoće spavanja. (23) Nalaze se, psihički, osjećaji beznadnosti i depresije praćeni agresijom (2). Cijele obitelji mogu imati disfunkcionalne interakcije, dok roditelji mogu patiti od samookrivljavanja, osjećaja bespomoćnosti, depresije, frustracije, bijesa i

razočaranja. (23,24). Bolest je često povezana s ostalim atopičnim poremećajima, primjerice astmom. Etiopatogeneza je multifaktorijalna s različitim somatskim i psihičkim čimbenicima. Psihodinamski je ego ponovno slab s nedostatkom zadovoljavajuće individuacije, uz poremećaj odnosa roditelj-dijete. (2)

U terapiji se primjenjuje lokalno liječenje, izbjegavanje štetnih sastojaka i sapuna u higijeni te antibiotska terapija sekundarnih infekcija uz klimatsko liječenje. (2) Od psiholoških metoda primjenjuju se one koje imaju za svrhu postići da se pacijent pridržava terapije, da mu se umanju težina bolesti, poveća funkcionalnost u svakodnevnom životu i smanji psihološki stres. (24,25) Primjenjuje se psihoedukacija, a korisne su i suportivne psihoterapijske metode koje provodi multidisciplinarni tim ili pojedini stručnjaci. (23,24) Psihodinamske su terapije usmjerene na osjećaje tjeskobe i bijesa u vezi sa svrbežom i grebanjem, osjećaje socijalne izolacije, disfiguracije te ovisnosti. (25) Roditeljsko savjetovanje, uz obiteljsku i terapiju roditelj-dijete, indicirano je u slučaju dodatnih disfunkcija. Tijek bolesti je kroničan.

RASPRAVA

Psihosomatski poremećaji u djece i adolescenata kompleksan su biopsihološki pojam. Brojni, prvenstveno emocionalni, čimbenici mogu imati utjecaj na tjelesno zdravlje te, uz prethodno postojeću podležeću somatsku sklonost određenoj bolesti, potaknuti razvoj psihosomatskih poremećaja. Psihobiologija proučava slojevitu povezanost duševnog i tjelesnog. (2) Ona objašnjava odnose dijelova središnjeg živčanog sustava, funkcionalnih nalaza organskih sustava, psihičkih funkcija i psihosocijalnih čimbenika tijekom različitih razdoblja. Vanjski podražaji s dovoljnim intenzitetom da uzrokuju neugodnu emocionalnu reakciju su stres i opterećenje. (2) Stres je individualna reakcija fiziološke, biokemijske, ili psihološke prirode na opterećujući podražaj. Pojedini autori govore o životnim događajima (engl. life events) (9), a drugi o protektivnim i rizičnim čimbenicima. Složenost prethodno spomenutih čimbenika i njihovog međusobnog utjecaja važna je za nastajanje psihosomatskih poremećaja (slika 1, preuzeto iz (2)). Podatak o prevalenciji psihosomatskih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj dobi od gotovo 10% upućuje nas da se ne radi o zanemarivoj brojci, što bi moglo ukazivati na potencirajući utjecaj modernog načina života na pojavu psihosomatskih poremećaja u ovoj populaciji (sve veća izloženost stresu i pritiscima, bilo od strane obitelji, škole ili vršnjaka). Upravo je zato potrebno ulagati sve veće napore, osobito u sklopu zdravstvenog sustava, kako bi se na navedenu problematiku moglo adekvatno djelovati u smislu promatranja fizičkog i psihičkog zdravlja djece i mladih kao isprepletene, nerazdvojive cjeline jer se često događa premediciranje somatskih simptoma nauštrb zanemarivanja psihološke podloge koja je do njih dovela ili ih potencira. Isto je tako bitno podizati svijest o psihosomatskim poremećajima i u općoj populaciji, s posebnim naglaskom na obiteljske odnose roditelj-dijete jer se pokazalo kako poremećaji u tim odnosima također mogu potencirati razvoj psihosomatike u djeteta, te je općenito važno senzibilizirati društvo o povezanosti somatskog i psihičkog zdravlja.



Slika 1. Integrativni etiopatogenetski model psihosomatskih poremećaja.

Preuzeto iz: Begovac I, ur. Dječja i adolescentna psihijatrija. e-izdanje: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021. (2)

ZAKLJUČAK

Psihosomatski poremećaji u dječjoj i adolescentnoj dobi, unatoč brojnim provedenim istraživanjima na navedenu temu i stalnom trudu na neprestanom podizanju svijesti o važnosti interakcije fizičke i psihičke komponente zdravlja, još uvijek mogu predstavljati dijagnostički izazov za stručnjake koji sudjeluju u zaštiti mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Sukladno tome, složenost psihosomatske problematike u ovoj populaciji ne treba obeshrabrivati one koji se njome bave, nego nameće potrebu da se novim znanstvenim i stručnim saznanjima dalje razvijaju kvalitetne strategije za prepoznavanje, dijagnostiku i terapiju ovih poremećaja.

SAŽETAK

Psihosomatski poremećaji u djece i adolescenata su tjelesne bolesti s prisutnom lezijom zahvaćenog organa ili organskog sustava, a nastaju interakcijom somatskih čimbenika s onim psihičkim koji potenciraju razvoj bolesti. Razvoj se psihosomatskih poremećaja danas najčešće tumači pomoću integrativnog etiopatogenetskog modela koji stavlja naglasak upravo na međusobni utjecaj mnoštva psihobioloških čimbenika, uz često prisutnu aleksitimiju. Dijagnostičke prepreke može činiti nekritičnost samih pacijenata, tj. njihovih roditelja, ili somatski simptomi mogu biti toliko izraženi da izmakne mogućnost provedbe kvalitetne psihodijagnostike. Najčešće dijagnoze koje se vežu uz psihosomatsku problematiku uključuju bronhalnu astmu, ulkuse želuca i duodenuma, upalne bolesti crijeva te atopični dermatitis, a one se mogu ispreplitati međusobno, kao i s drugim bolestima. Terapijski se također teži integrativnom pristupu mada zbog težine simptoma somatsko liječenje nerijetko ima prednost nad psihoterapijom, koja uz psihodinamsku najčešće koristi i kognitivno-bihevioralnu terapiju. U psihosomatskih je pacijenata važna uloga nadležnog pedijatra i liječnika obiteljske ili školske medicine u smislu prepoznavanja psihičkih aspekata bolesti, a po potrebi oni mogu primijeniti i jednostavne psihoterapijske intervencije kod prorade konflikta i stresova, uz relaksirajuće tehnike.

Ključne riječi: psihosomatski poremećaj; djeca i adolescenti; integrativni model

SUMMARY

Psychosomatic disorders in children and adolescents are physical illnesses paired with a lesion of the affected organ or organ system, and are caused by the interaction of somatic factors with psychological ones that enhance the development of the illness. The development of psychosomatic disorders today is most often interpreted using an integrative etiopathogenetic model, which emphasizes the interpersonal influence of many psychobiological factors, with alexithymia often present. Diagnostic obstacles can be the uncritical nature of the patients themselves, i.e. their parents, or the somatic symptoms can be so pronounced that the possibility of performing quality psychodiagnostics escapes. The most common diagnoses associated with psychosomatic problems include bronchial asthma, stomach and duodenal ulcers, inflammatory bowel diseases and atopic dermatitis, and they can be intertwined with each other, as well as with other illnesses. An integrative approach is also sought therapeutically, although due to the severity of the symptoms somatic treatment often has an advantage over psychotherapy, which, in addition to psychodynamic one, also uses cognitive-behavioral therapy. In psychosomatic patients, the role of the competent pediatrician and family or school medicine doctor is important in terms of recognizing the psychological aspects of the illness, and if necessary, they can also apply simple psychotherapeutic interventions to work through conflict and stress, along with relaxation skills.

Key words: psychosomatic disorder; children and adolescents; integrative model

LITERATURA

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
2. Begovac I, ur. Dječja i adolescentna psihijatrija. [Internet]. e-izdanje: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021, [pristupljeno dana 02.06.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington: The American Psychiatric Association; 2013.
4. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. 2. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb; 2012.
5. Carr A. The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach [Internet]. 1st edition. London, New York: Routledge; 1999, [citirano 04.06.2023.] Dostupno na: <https://digitallibrary.tsu.ge/book/2021/apr/books/Carr-Handbook-of-Child.pdf>
6. Shaw RJ, DeMaso DR. Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine [Internet]. 1st edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2010, [citirano 02.06.2023.] Dostupno na: <https://epdf.tips/textbook-of-pediatric-psychosomatic-medicine.html>
7. Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby RD. Somatic symptoms in anxious - depressed school refusers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1997; Vol.36, No.5 661-8. [citirano 06.06.2023.] Dostupno na: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)62833-1/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)62833-1/pdf)
8. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. J

- Consult Clin Psychol [Internet]. 1991; Vol.3, No.4, 588-595. [citirano 06.06.2023.]
Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.3.4.588>
9. Rahe RH. Life change measurement clarification. Psychosom Med [Internet]. 1978; 40(2):95-98. [citirano 04.06.2023.] Dostupno na: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1978/03000/Life_Change_Measurement_Clarification.1.aspx
10. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. Am J Psychiatr [Internet]. 1996; 153(7Suppl):137-142. [citirano 07.06.2023.] Dostupno na: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.153.7.137>
11. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom [Internet]. 1973; 22(2):255–262. [citirano 07.06.2023.]
Dostupno na: <https://doi.org/10.1159/000286529>
12. Alexander F. Fundamental concepts of psychosomatic research: psychogenesis, conversion, specificity. Psychosom Med [Internet]. 1943; 5:205-210. [citirano 06.06.2023.] Dostupno na: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1943/07000/Fundamental_Concepts_of_Psychosomatic_Research_.1.aspx
13. Begovac I, Votava-Raić A. Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi. Lijec Vjesn [Internet]. 2004; 126(1-2):32-8. [citirano 08.06.2023.] Dostupno na: <https://lijecnicki-vjesnik.hlz.hr/wp-content/uploads/1-2-2004/OP%C4%86A%20PSIHOSOMATIKA%20U%20DJE%20I%20ADOLESCENTNOJ%20DOBI.pdf>
14. Vulić-Prtorić A. Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente. Suvremena psihologija [Internet]. 2005; 8, 211-227. [citirano 08.06.2023.] Dostupno na: <https://www.unizd.hr/Portals/12/Nastavnici/Anita%20Vulic-Prtoric/Znanstveni%20>

[radovi/63.%20Psihosomatski%20simptomi.pdf?ver=2013-06-29-173846-000×tamp=1622555639849](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)66534-5/pdf?ver=2013-06-29-173846-000×tamp=1622555639849)

15. Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains and headaches, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1999; 37, 852-860. [citirano 05.06.2023.] Dostupno na: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)66534-5/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)66534-5/pdf)
16. Goodwin RD, Bandiera FC, Steinberg D. Asthma and mental health among youth: etiology, current knowledge and future directions. *Expert Rev Respir Med* [Internet]. 2013;397–406. [citirano 09.06.2023.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1586/ers.12.34>
17. Clarke SA, Calam R. The effectiveness of psychosocial interventions designed to improve health-related quality of life (HRQOL) amongst asthmatic children and their families: a systematic review. *Quality of Life Research* [Internet]. 2012; 21(5):747-764. [citirano 09.06.2023.] Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-011-9996-2>
18. Sumanen MPT, Koskenvuo MJ, Sillanmäki LH i sur. Peptic ulcer and childhood adversities experienced by workingaged people. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2009;15(27):3405-10. [citirano 11.06.2023.] Dostupno na: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v15/i27/3405.htm>
19. Diefenbach KA, Breuer CK. Pediatric inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2006;12(20):3204–12. [citirano 11.06.2023.] Dostupno na: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v12/i20/3204.htm>
20. Ekblom A, Helmick C, Zack M i sur. The epidemiology of inflammatory bowel disease: a large, population-based study in Sweden. *Gastroenterology* [Internet]. 1991;100(2):350-8. [citirano 10.06.2023.] Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(91\)90202-V](https://doi.org/10.1016/0016-5085(91)90202-V)

21. Rabizadeh S, Dubinsky M. Update in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2013; 39(4):789-99. [citirano 12.06.2023]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3817417/?report=reader>
22. Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* [Internet]. 2010;154(4):307–14. [citirano 11.06.2023.] Dostupno na: <http://biomed.papers.upol.cz/pdfs/bio/2010/04/06.pdf>
23. Chamlin SL, Chren MM. Quality-of-life Outcomes and Measurement in Childhood Atopic Dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am* [Internet]. 2010; 30(3): 281–288. [citirano 12.06.2023.] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150535/?report=reader>
24. Ersser SJ, Cowdell F, Latter S i sur. Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014;(1): CD004054. [citirano 13.06.2023.] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457897/?report=reader>
25. Chida Y, Hirakawa N. The Effects of Psychological Intervention on Atopic Dermatitis. *Int Arch Allergy Immunol* [Internet]. 2007;144:1–9. [citirano 13.06.2023.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1159/000101940>

ŽIVOTOPIS

Marija Brbora rođena je 18. listopada 1993. godine u Rijeci. U rodnom je gradu završila osnovnu i srednju školu. Po završetku Salezijanske klasične gimnazije, upisuje Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci 2012. godine. Osim hrvatskog jezika, aktivno govori engleski i talijanski jezik.