

## PSIHIČKI POREMEĆAJI U DJECE I ADOLESCENATA - PRIKAZ SLUČAJA

FANI VRDOLJAK, LEANN COLEMAN BOŽIĆ, BOŽENA ĆUBIĆ\*

*Psihički poremećaji predstavljaju odstupanja od psihički normalnog ponašanja. Odstupanja nisu posljedica psihičke ili neke druge bolesti nego su stanja proizašla iz poremećaja adaptacije i posljedica su neadekvatnih najranijih odnosa. Kao mogući uzroci psihičkih poremećaja navode se genetski i čimbenici okoline koji podrazumijevaju utjecaj primarne obitelji, šire sredine i društva u cjelini. Jedan od psihosomatskih poremećaja je pseudotrudnoća koja je rijedak poremećaj u pedijatrijskoj populaciji. Karakterizirana je prisutnošću svih znakova i simptoma trudnoće osim postojanja fetusa. U našem radu prikazati ćemo slučaj pseudotrudnoće u djevojke stare 15,9 godina koja je bila zaprimljena u Kliniku za dječje bolesti.*

Deskriptori: PSIHIČKI POREMEĆAJI, SESTRINSKA SKRB, PSEUDOTRUDNOĆA, ADOLESCENTI, PSIHOTERAPIJA

### UVOD

Psihički poremećaji su manja ili veća odstupanja od psihički normalnog ponašanja proizašla iz poremećaja adaptacije i posljedica su neadekvatnih najranijih odnosa. Mogu biti uzrokovani nasljeđem, psihogenim i čimbenicima okoline. Poremećaji ličnosti se najčešće javljaju u adolescenciji. Ovi poremećaji se nastavljaju tijekom života i ukoliko osobe ne zatraže pomoć, moguće je da se strukturiraju u sve pervazivnije obrasce neprilagođenog ponašanja. U djece i adolescenata mogu se ispoljiti na različite načine: tjelesnim simptomima, poremećajima kontrole sfinktera,

poremećajima govora i hranjenja, smetnjama ponašanja i raspoloženja, anksioznim i hiperkinetskim poremećajima, poteškoćama učenja i prilagodbe, zloupotrebom psihoaktivnih tvari pa i suicidalnim ponašanjem, poremećajima osobnosti i pervazivnim razvojnim poremećajima. Za većinu navedenih smetnji moguće je da se povuku kroz adolescenciju pa je to pravo vrijeme za prevenciju ovisnosti i drugih rizičnih ponašanja te prevenciju psihičkih bolesti čime se ujedno postiže i zaštita mentalnog zdravlja odraslih.

Prema podacima SZO-e 1 od 5 osoba (20%) tijekom svog života ima iskustvo sa psihičkim poremećajem, osobno ili kod bliskog člana obitelji, 3-12% mladih ima ozbiljan psihički poremećaj, a 20% mladih do 18. godine ima neki od oblika razvojnih, emocionalnih ili problema u ponašanju. U Klinici za dječje bolesti godišnje se zaprima do 30 djece sa problemom psihičke na-

---

\*Zavod za endokrinologiju i neurologiju,  
Klinika za dječje bolesti, KBC Split

Adresa za dopisivanje:  
Fani Vrdoljak  
Klinika za dječje bolesti, KBC Split  
21000 Split, Spinčićeva 1  
E-mail: fanivrdoljak@gmail.com

ravi, bilo da je psihička simptomatologija vodeća ili se što je češće, radi o psihosomatskim poremećajima.

#### ETIOLOGIJA

Uzroci psihičkih poremećaja su: nasljedni čimbenici i čimbenici sredine te psihičke i/ili fizičke traume. Tijekom rasta i razvoja svako će dijete biti suočeno s kriznim razdobljima koji su normalan dio odrastanja i tada mu je potrebna potpora okoline kako ne bi bilo posljedica za njegovo psihičko zdravlje. Djetetovi mehanizmi prilagodbe u kriznim situacijama mogu, ali i ne moraju, biti patološki.

Psihičke smetnje djece i adolescenata se ne mogu i ne smiju određivati prema kliničkim manifestacijama i simptomatologiji. One se trebaju sagledati kroz dimenziju razvoja i interakcije s okolinom pa tako vrlo "burne" reakcije imaju ponekad manje potencijalno patološko značenje od slabo uočljivih ili čak "šutljivih" oblika. U razdobljima adolescentnih kriza, posebno krize autoriteta, adolescenti emocionalno odbacuju roditelje i privremeno ostaju u bezobjektnom stanju. Nemogućnost realnog ili nerealnog nadomještaja izgubljenih objekata ljubavi nosi i povećani rizik za suicid. Pokušaj suicida kod adolescenta predstavlja zapravo poziv u pomoć i upozorenje da se mlada osoba nalazi u nepodnošljivoj situaciji.

#### VRSTE POREMEĆAJA

Psihički poremećaji se klasificiraju prema DSM sustavu, koji svrstava poremećaje u nekoliko kategorija i detaljno opisuje simptomatologiju, no ne ulazi u etiologiju poremećaja. Poremećaja ima više od 200. Najčešći poremećaji u djece i adolescenata su: anksiozni (panika), afektivni (depresija, manija, anoreksija, bulimija), pervazivni razvojni (autizam), opsesivno-kompulzivni i psihosomatski.

#### DIJAGNOZA

Roditelji i/ili djelatnici škole uoče probleme ponašanja u djece i adolescenata

jer odstupaju od uobičajenog ponašanja i ometaju funkcioniranje u zajednici pa traže liječničku pomoć. U postavljanju dijagnoze treba uzeti osobnu i obiteljsku anamnezu te evidentirati moguće nepoklapanje kronološke dobi djeteta s dostignutom razvojnom fazom. Potrebne su i informacije o odnosima s članovima obitelji, vršnjacima, prilagodbi u školi, izloženosti nasilju ili traumi, prisutnosti razvojnih i tjelesnih poremećaja. Uz tjelesni pregled svakako je potrebna procjena psihologa, psihijatra te eventualno defektologa, logopeda, a po potrebi se traži i pregled neuropedijatra i drugih stručnih suradnika. Intervju je prva i osnovna dijagnostičko terapijska tehnika koju provodi psiholog. Prvi intervju se radi s djetetom i makar jednim roditeljem, a poslije može i odvojeno, uz poštivanje prava na privatnost. Nakon toga se postavlja makar privremena, radna dijagnoza i donosi terapijski plan.

#### LJEČENJE

Liječenje od strane psihologa može biti individualno, može se primjenjivati obiteljska terapija, ili bihevioralni postupci s roditeljima i djecom, te grupna terapija. U pogledu grupne terapije novija su istraživanja pokazala da je opravdano i bolje uključivati osobe s poremećajima ponašanja u grupe s osobama koje nemaju takve probleme. Kod složenijih slučajeva potrebno je praćenje od strane dječjeg psihijatra. Medikamentno liječenje ovisi o simptomima koje bi trebalo ukloniti. Psihoterapija i timski rad ostaju nezamjenjivi.

#### ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Osobe s psihičkim poremećajem trebaju podršku tijekom cijeloga života, stoga se sestrinska skrb primjenjuje u svim dobnim skupinama. U skrbi sudjeluju sestre u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti te u patronažnoj službi. Na svim razinama skrbi pristup pacijentu treba biti individualan. U skladu s tim, sve sestrinske intervencije treba prilagoditi

starosnoj dobi osobe i njenim potrebama. Da bi sestrinske intervencije bile učinkovite, potrebna je kvalitetna procjena pacijenta, uvid u obiteljsku situaciju i moguću podršku. Pritom je vještina komunikacije važan čimbenik za uspješnost u procjeni i provođenju svakodnevnih zadataka medicinske sestre. Strpljivost, tolerantnost, humanost i odgovornost su najvažnije odlike medicinske sestre koja se bavi djecom s psihičkim poremećajem. Ona treba stvoriti ozračje u kojem vlada ugodna i topla atmosfera, a odnos s pacijentom treba biti stručan i profesionalan. Djeca s psihičkim poremećajem različito reagiraju na promjene boravka, stoga i na hospitalizaciju, jer ona predstavlja narušavanje rutine na koju su navikli. Previše postupaka i velik broj zdravstvenih djelatnika u radu s djetetom može uznemiriti dijete i otežati provođenje skrbi i metode liječenja. Svaki postupak potrebno je obavljati postupno i pritom koristiti jednostavan, djetetu razumljiv izričaj. Također je potrebno podučavanje roditelja i njihovo aktivno uključivanje u sve metode liječenja.

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

#### PSEUDOTRUDNOĆA

Pseudotrudnoća je rijedak psihijatrijski sindrom, koji susrećemo još i pod nazivima lažna, umišljena, histerična ili fantomska trudnoća, a podrazumijeva stanje u kojem je žena koja nije trudna čvrsto uvjerenjena u postojanje trudnoće. Termin "pseudocyesis" uveo je John Mason Good 1823. godine na osnovi grčkih riječi pseudēs=lažno; i kyesis=trudnoća.

Pseudotrudnoća je opisana neovisno o kulturološkim razlikama, u različitim vremenima, kod različitih rasa, nacija i društvenih slojeva. Prvi ju je opisao Hipokrat 300. godine prije nove ere. Nakon toga je u 16. stoljeću zabilježen slučaj Mary Tudor, kćeri Henryja VIII. U 18. stoljeću je opisan kod fanatično religiozne Joanne Southcott, koja je vjerovala da će roditi budućeg Mesiju. U posljednja dva stoljeća zabilježeno je oko 600 slučajeva pseudotrudnoće. Bivin i Klinger su 1937. godine skupili i prikazali 444 slučaja pseudotrudnoće, a Cohen iste godine 100 slučajeva. U novije vrijeme zabilježeni su rijetki slučajevi. Javlja se u oba spola iako u žena češće. U bolesnice pojavljuju se gotovo svi simptomi i znaci trudnoće: neredoviti ciklusi, amenoreja, rast opsega trbuha, areolarne hiperpigmentacije, promjene dojki i pojava laktacije. Javlja se još i tzv. medijalna linea nigra, invertirani umbilikus, porast apetita, porast tjelesne težine, tipičan lordotični stav u hodu, jutarnje mučnine i povraćanje, osjećanje pokreta ploda, sve do lažnog poroda praćenog kontrakcijama miškulature.

U nekim slučajevima, kada bolesnica sazna da nije trudna, može doći do ozbiljnih psihičkih komplikacija. Ne postoji jedinstven proces nastanka pseudotrudnoće u svih oboljelih. Neki autori smatraju je psihosomatskim poremećajem, drugi naglašavaju važnost afektivnih poremećaja i depresije u etiologiji, dok treći tvrde kako je to varijanta Münchausenova sindroma ili monosimptomatska hipohondrija. Većina se ipak slaže da je ovo stanje prouzrokovano interakcijom psiholoških i neuroendokrinoloških faktora.

#### PRIKAZ SLUČAJA

D.J., 15,9 - godišnja bolesnica hospitalizirana je u Klinici za dječje bolesti Split zbog povećanja trbuha nejasnog uzroka. Osam mjeseci pred prijem imala je spolni odnos. Tijekom nadolazećih mjeseci pojavili su se simptomi: neregularne menstru-

acije, rast trbuha, rast grudi, pojačan apetit (dobila 10 kg u 1,5 mjesec), bila je uvjerenja da je trudna, jedno jutro imala je mučninu i povraćanje. Jedan od kućnih testova na trudnoću bio je pozitivan. Nije imala galaktoreju, pojačanu pigmentaciju abdomena (linea nigra), ni areolarnu hiperpigmentaciju dojki, nije osjećala pokrete fetusa.

Učinjen je fizikalni pregled: prekomjerno distendiran trbuh, lumbalna lordoza, pretilost (TV 165,5 cm, TM 74 kg, BMI 27,02 kg/m<sup>2</sup> / SDS 1,87), akne po čelu i leđima, blagi hirzutizam po nogama, rukama, trbuhu. U razgovoru orijentirana i komunikativna. Saznajemo da je aktivni pušač već pet godina, jednom pušila marihuanu, alkohol rijetko konzumira. Od dijagnostičke obrade učinjeno je: ginekološki pregled s ultrazvukom, analiza hormona štitnjače i ultrazvuk štitnjače, hematološke i biokemijske pretrage, tumorski markeri, OGTT, kortizol i ACTH u ritmu, Synacten test, FSH, LH, prolaktin, testosteron ukupni i slobodni, SHBG, androstendion, DHEA-S, 17-OHP, ultrazvuk trbuha, MSCT trbuha i zdjelice s kontrastom, pregled psihologa i psihijatra.

Kod naše bolesnice isključena je organska podloga jer su svi nalazi bili negativni, laboratorijski nalazi u referentnim granicama, ginekološkim se pregledom nije utvrdilo postojanje trudnoće pa je konzilijarno pozvan psihijatar. Nakon razgovora s bolesnicom i njezinom obitelji, te u dogovoru sa pedijatrima i ginekolozima, postavljena je dijagnoza pseudicijeze. Kao uzrok njenog stanja potvrđena je depresija u podlozi. Nakon započete terapije antidepresivom (Sertralin hidroklorid) i psihoterapijskih razgovora bolesnica ne pokazuje umišljaj trudnoće, niti ima suicidalnih misli.

Mjesec dana nakon otpusta iz bolnice (u "9. mjesecu trudnoće") bolesnica je dobila "trudove", puknuo joj je "vodnjak" te je kratkotrajno hospitalizirana. Nakon simulativnog poroda trbuh se počeo povlačiti, a bolesnica bez većih psihičkih

komplikacija prihvaća da nema trudnoće te nakon otpusta iz bolnice uspješno provodi liječenje bez recidiva.

#### ZAKLJUČAK

Na pojavu psihičkih poremećaja u djece i mladih utječu, u nejednakoj mjeri s obzirom na bolest, geni i okolina. Broj psihičkih poremećaja u djece i mladih je u velikom porastu pogotovo zbog utjecaja okoline te brzog, modernog i otuđenog načina života. U svom rastu i razvoju sva djeca prolaze kroz krizne faze i tada im je potrebna potpora okoline kako ne bi bilo posljedica na psihičko zdravlje mlade osobe. Populacija osobito visokog rizika su adolescenti. Odgovornost za uredan psihološki razvoj djeteta treba preuzeti obitelj, škola i sve ostale nadležne strukture zajednice. Medicinska sestra član je multidisciplinarnog zdravstvenog tima koji skrbi o djeci s psihičkim poremećajima, od trenutka prepoznavanja i dijagnosticiranja istog, do uključivanja djeteta s psihičkim poteškoćama u društvenu zajednicu.

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

#### LITERATURA

1. Koić E, Mužinić L, Đorđević V, Vondraček S, Molnar S. Pseudocycosis and Couvade syndrome. Druš istraž Zagreb 2002; 6: 1031-47.
2. Nina Barišić i suradnici: Perijatrijska neurologija - Medicinska naklada 2009; 18: 717-58.
3. Duško Mardešić i suradnici, Pedijatrija. Školska knjiga, Zagreb, 2003.
4. [http://www.azoo.hr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1617:primjena-psihodijagnostikih-sredstava-u-radupsihologa&catid=282:struni-suradnici-psihologizii-nastavnici-psihologije&Itemid=115](http://www.azoo.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=1617:primjena-psihodijagnostikih-sredstava-u-radupsihologa&catid=282:struni-suradnici-psihologizii-nastavnici-psihologije&Itemid=115).