

## SOMATIZACIJA U DJECE: PREPOZNAVANJE - PRIOPĆAVANJE DIJAGNOZE - TRETMAN

ANA BOGDANIĆ, PETRA MATKOVIĆ\*

*Somatizacijske tegobe se često javljaju u pedijatrijskoj populaciji i njihova dijagnostika i liječenje nerijetko predstavlja izazov pedijatrima jer su suočeni s (često raznolikim) tjelesnim simptomima bez jasne organske podloge. Cilj ovog rada je kroz pregled literature o navedenom području prikazati način na koji se somatizacijske tegobe kod djece najčešće prezentiraju u pedijatrijskim ordinacijama, opisati faktore koji doprinose njihovom razvoju i održavanju, predstaviti dijagnostički proces te prikazati model priopćavanja dijagnoze i tretmana somatizacijskih tegoba. Poseban naglasak je stavljen na ponašanja i intervencije liječnika kojima se povećava vjerojatnost prihvaćanja dijagnoze somatizacije od strane roditelja i djeteta što povećava njihovu suradljivost, a time i vjerojatnost povoljnih zdravstvenih i psihosocijalnih ishoda za dijete i obitelj.*

Deskriptori: SOMATIZACIJA, DJECA, DIJAGNOSTIKA, TRETMAN

### UVOD

Glavno obilježje somatizacije je prisustvo tjelesnih simptoma bez jasnih organskih uzroka. Simptomi nisu pod voljnom kontrolom osobe, a uzrokuju smetnje u njenom funkcioniranju na socijalnom, radnom ili nekom drugom njoj važnom području. Pretpostavlja se da su oni psihološki uzrokovani te da je njihovo pojavljivanje vezano uz neko stresogeno iskustvo (1-3).

Somatizacija se također može javiti i kod osoba s utvrđenom fizičkom bolešću na način da onesposobljenost ili intenzitet

simptoma budu značajno veći nego što je očekivano na temelju same bolesti i nalaza pretraga. Simptomi su stvarni i djeca ih ne izmišljaju ni umišljaju (što ih razlikuje od simulacije ili umišljenog poremećaja), i nije ih moguće objasniti u sklopu drugih psihičkih poremećaja (kao što je depresija ili anksiozni poremećaj) (4).

Može se manifestirati jednim simptomom, kao monosimptomatska, iako se češće javlja kao kombinacija više simptoma odjednom ili kroz određeni vremenski period. Polisimptomatske somatizacijske smetnje se obično grupiraju po organskim sustavima, oko prvih simptoma koji se najčešće javljaju u obliku glavobolja, bolova u želucu i trbuhu i bolova u udovima. Međutim, klinička slika za svaku od središnjih tegoba može uključivati i višestruke simptome nepovezanih tjelesnih sustava (4).

---

\*Klinika za pedijatriju KBC Zagreb

Adresa za dopisivanje:  
Ana Bogdanić, klinički psiholog  
Klinika za pedijatriju KBC Zagreb  
10000 Zagreb, Kišpatićeva 12  
E-mail: abogdani@gmail.com

Somatizacijske smetnje slijede razvoj u drugim područjima, pa je za djecu specifično da vrsta tegoba i način na koji se javljaju ovise o psiho-socijalnoj i kognitivnoj zrelosti djeteta i razvojnoj fazi u kojoj se nalaze. Za djecu u dobi od 2 do 4 godine najčešći su simptomi u obliku smanjenog apetita, odbijanja hrane, konstipacije ili proljeva i zadržavanja daha.

U ranom djetinjstvu najčešći somatizacijski simptomi su bolovi u trbuhu (nekad praćeni mučninom i povraćanjem) i glavobolje, dok se pritisak u prsištu, lupanje srca, bolovi u udovima, neurološki simptomi, nesаница i kronični umor javljaju nešto kasnije, najčešće u adolescenciji (5). Istraživanja su pokazala da se sklonost somatizaciji prenosi i u odraslu dob. Tako npr. djeca s funkcionalnim abdominalnim bolovima imaju veći rizik da će u odrasloj dobi imati problema s kroničnom boli u drugim organskim sustavima, druge somatizacijske tegobe i višu razinu anksioznosti u usporedbi s djecom koja nemaju funkcionalne abdominalne bolove (6-8).

Vezano uz spol, u adolescenciji i odrasloj dobi se somatizacijske tegobe češće javljaju kod djevojčica i žena, dok su u djetinjstvu somatizacijske tegobe otprilike jednako zastupljene kod oba spola (9).

Postoji sve više dokaza da je somatizacija široko raširena kod djece te privlači pažnju i kliničara i istraživača. Pedijatri se redovito susreću s tjelesnim simptomima

ma koji nisu jasno povezani s bilo kojom poznatom bolesti. Istraživanje Kroenke i Mangelsdorff-a iz 1989. je pokazalo kako 38% pacijenata koji se susreću u primarnim i specijalističkim ordinacijama dolazi zbog pritužbe na somatske simptome pri čemu se kod 85% kasnijom obradom ne utvrdi somatski uzrok (10). Tako se u specijalističkim pedijatrijskim ambulantomata 50% gastroenteroloških posjeta odnosi na funkcionalne tegobe, 90% kardioloških posjeta se odnosi na sinkope i bol u prsima neobjašnjive etiologije, kronična bol se javlja kod 40% pacijenata koji dolaze na pregled reumatologa, a kod 10% neuroloških pacijenata se utvrdi konverzivni poremećaj (11-14).

#### DIJAGNOSTIČKI OKVIR

Prema petom izdanju dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5) kategorija "Poremećaji sa somatskim simptomima i srodni poremećaji" uključuje dijagnoze kojima je središnje obilježje istaknutost somatskih simptoma (u trajanju dužem od 3 ili 6 mjeseci, ovisno o dijagnostičkoj kategoriji) uz koje se veže značajan psihološki distres i značajno ometanje svakodnevnog života (Tablica 1) (15).

Značajna promjena u odnosu na prethodne klasifikacije je da za postavljanje dijagnoze nije presudno odsustvo medicinskog objašnjenja simptoma već je nužno da ga prati i značajna razina psiho-

Tablica 1.

*Aktualna klasifikacija poremećaja sa somatskim simptomima (DSM-5) (15)*

Poremećaj sa somatskim simptomima

Anksiozni poremećaj zbog bolesti

Konverzivni poremećaj (poremećaj sa funkcionalnim neurološkim simptomima)

Umišljeni poremećaj

Drugi specificirani poremećaji sa somatskim simptomima i srodni poremećaji

Nespecificirani poremećaji sa somatskim simptomima i srodni poremećaji

Psihološki faktori koji utječu na druga zdravstvena stanja

loškog distresa (15). Navedene promjene u dijagnostičkim kriterijima proizlaze iz usklađivanja s biopsihosocijalnim pristupom zdravlju i bolesti koji prepoznaje važnost interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora u razvoju bolesti. Osim toga, somatizacijski simptomi imaju izraženu komorbidnost (do 50%) s većinom internaliziranih poremećaja, pri čemu somatizacija može biti uzrok ili posljedica drugih psihičkih poremećaja, posebice anksioznosti i depresivnosti (9). Procjena i tretman komorbidnih stanja su ključni za uspješan ishod.

Važno je naglasiti da iako se tjelesni simptomi bez jasne organske podloge često javljaju u pedijatrijskoj populaciji, u manje od 50% slučajeva dosežu intenzitet i učestalost potrebnu za postavljanje kliničke dijagnoze (16). U situaciji kada su simptomi relativno niskog intenziteta te kada se javljaju rijetko i ne ometaju značajno funkcioniranje osobe ne postavlja se dijagnoza.

#### ETIOLOGIJA

Iako do danas nije utvrđen točan set prediktora koji zajednički stavljaju dijete pod pojačan rizik od somatizacije, istraživanja su pokazala da postoje određene karakteristike koje se često nalaze kod djece sa somatizacijom koje uključuju biološke, psihološke i socijalne faktore.

##### Biološki faktori

Od bioloških faktora koji doprinose razvoju somatizacije najčešće se navode individualne razlike u fiziologiji, pobudljivosti živčanog sustava i reaktivnosti na stres, percepciji boli te pažnji i osjetljivosti na simptome (17, 18). Nepovoljan utjecaj stresa (fizičkog i psihičkog) na funkcioniranje organizma je višestruko dokazan, preko utjecaja na biološke procese u organizmu koji uključuju fiziološke reakcije i funkcioniranje imunološkog sustava (19-21).

Istraživanja su pokazala da kod predisponiranih pojedinaca, stresori aktiviraju i mijenjaju reaktivnost živčanog sustava tako da pojedinci mogu razviti somatske simptome koji se ponavljaju ili pogoršavaju kao reakcija na kasnije stresore (22). Istraživanjima pomoću funkcionalne magnetne rezonance su prikupljeni jasni dokazi da je kronična bol stvarna te da je povezana sa strukturalnim i funkcionalnim promjenama u mozgu kod djece i odraslih s kroničnim bolovima (23-25).

##### Psihološki faktori

Od psiholoških faktora sa sklonošću somatizaciji se najčešće povezuju neke karakteristike ličnosti, dominantne strategije nošenja sa stresom te percepcija samih simptoma. Postoji genetska predispozicija za somatizacijske tegobe, pri čemu se ona odnosi na sposobnost uvida i razumijevanja vlastitih emocija (aleksitimija) i temperament djeteta (sklonost reakcijama povezanim sa tjeskobom) (4). Somatizacija se češće javlja kod djece s perfekcionističkim sklonostima te djece koja su emocionalno osjetljivija, sklonija internaliziranim smetnjama (anksioznost, depresivnost) te kod djece koja teže prepoznaju i identificiraju vlastite emocije (26). Osobe koje su općenito sklonije pasivnom načinu nošenja s problemima (povlačenje, izbjegavanje rješavanja problema) i katastrofiziraju u stresnim situacijama češće će doživljavati somatizacijske tegobe (27).

##### Socijalni faktori

Socijalna iskustva i ponašanje okoline imaju značajan utjecaj na nastanak i održavanje somatizacijskih simptoma. Kod djece sa somatizacijom često se evidentira povišena razina stresa koja je povezana s različitim okolinskim stresorima. Promjene u djetetovoj okolini (polazak u ili promjena škole, rastava roditelja, preseljenje), teškoće učenja, obiteljske nesuglasice

i teškoće u odnosima s vršnjacima često se povezuju s pojavom somatizacijskih tegoba pri čemu je prisustvo više različitih životnih stresora povezano s većom izraženošću simptoma (28-30).

Nadalje, obiteljska dinamika, način na koji članovi obitelji reagiraju na somatske simptome te modeliranje nošenje s tjelesnim simptomima od ostalih članova obitelji određuje način suočavanja te daljnji tijek i razvoj simptoma (30).

Način na koji roditelji i skrbnici reagiraju na simptome (zanemaruju/ignoriraju ih, pripisuju im dodatan značaj, podržavaju isključivanje djeteta iz svakodnevnih aktivnosti) te pažnja koju dijete dobiva zbog simptoma u usporedbi s pažnjom koju dobiva kada ih nema ima snažan utjecaj na razvoj tegoba. U obiteljima u kojima nije prihvatljivo izražavanje jakih osjećaja, kao što su tjeskoba, strah, ljubomora i ljutnja, dijete može dobiti emocionalnu podršku i privući veću pozornost fizičkim simptomima kao što je bol u trbuhu, nego izražavanjem emocija. Kada se ovaj način reagiranja na tegobe ponavlja, on pojačava "somatizacijski put", manifestirajući se kroz niz poremećaja, od blagih somatizacijskih pritužbi do težeg poremećaja s tjelesnim simptomima (31). Sekundarna dobit, koja se očituje kroz pojačanu pažnju i izbjegavanje neugodnih aktivnosti djeluje nagrađujuće i potkrepljuje bolesničko ponašanje što na nesvjesnoj razini često podržava simptome.

Opetovane medicinske pretrage i proširoka medicinska obrada, neslaganje u mišljenju različitih stručnjaka mogu dodatno zbuniti obitelj, povećati razinu stresa kod djeteta i roditelja te dodatno doprinijeti održavanju simptoma (31).

Iz svega navedenog je vidljivo da ne postoji jedan faktor koji dovodi do razvoja somatizacije, već ona nastaje kao posljedica interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora pri čemu se kod različite

djece nalaze različite kombinacije istih. Sve navedeno samo naglašava važnost biopsihosocijalnog pristupa u razumijevanju i tretmanu somatizacijskih tegoba.

#### DIJAGNOSTIČKI POSTUPAK

Kako bi se dijagnoza somatizacije postavila, važno je prethodno isključiti postojanje tjelesne bolesti ili drugog zdravstvenog stanja koje se može nalaziti u podlozi simptoma. Ovo je težak zadatak jer s jedne strane nikada nije moguće u potpunosti isključiti mogućnost postojanja organske podloge simptoma, a pretjerana dijagnostika pak kod pacijenata sa somatizacijom povećava rizik lažno pozitivnih nalaza i samo dodatno učvršćuje simptome i povećava rizik njihovog kronificiranja. Iako većina liječnika uspijeva procijeniti u kojem trenutku stati s dijagnostikom, mnogi budu zatečeni nizom simptoma koji se javljaju kod pacijenta, a s vremenom postanu i ljuti zbog količine vremena koje troše na pacijente koji "nisu stvarno bolesni" (32).

Često je na početku obrade nejasno hoće li određena pritužba na kraju biti somatizacijska ili će odražavati temeljnu bolest te je korisno od samog početka pacijentove simptome eksplicitno promatrati kroz biopsihosocijalni model te uz medicinsku provesti i popratnu psihosocijalnu procjenu koja nekada sama po sebi dovede i do razrješenja simptoma. Nalazi koji su vrlo sugestivni za somatizaciju uključuju povijest višestrukih somatskih pritužbi, višestruke posjete liječnika i specijalističke konzultacije, član obitelji koji ima kronične i ponavljajuće simptome te disfunkcija u primarnim područjima života (obitelj, vršnjaci i škola) (4). Prilikom procjene važno je stoga pratiti tri traga:

- isključivanje organske bolesti kao uzrok simptoma;
- identificiranje psihosocijalnih disfunkcija;

- prepoznavanje i ublažavanje stresora (30).

Kada se provede medicinska obrada, u proces dijagnostike i liječenja važno je uključiti i stručnjake za mentalno zdravlje (psihologa ili psihijatra) koji dodatnom obradom mogu jasnije identificirati psihosocijalne i okolinske stresore, osobine ličnosti i druge faktore koji se mogu nalaziti u podlozi somatskih simptoma te time povećati vjerojatnost uspješnog liječenja. Prilikom upućivanja djeteta na pregled psihologa ili psihijatra dio obitelji reagira s nelagodnom jer na to gleda kao dokaz da liječnici ne vjeruju da su djetetove tegobe stvarne. Zbog toga je važno roditeljima objasniti svrhu tog pregleda i predstaviti ga kao sastavni dio dijagnostike i liječenja (Tablica 2). Kada u dijagnostičkom procesu sudjeluje više stručnjaka i srodnih stručaka, preporučljivo je da cijeli tim sudjeluje u priopćavanju, objašnjavanju dijagnoze i edukaciji obitelji o somatizaciji.

#### PRIOPĆAVANJE DIJAGNOZE

Iz literature koja se bavi psihološkom prilagodbom na zdravstveno stanje je poznato da su prihvaćanje dijagnoze, pridržavanje savjeta liječnika i proces oporavka brži u situacijama kada je pacijent upućen u vlastito zdravstveno stanje te kada zna na koji način vlastitim ponašanjem djeluje na zdravstveni ishod (33).

U situaciji kada se radi o somatizacijskim tegobama, proces prilagodbe na zdravstveno stanje je jednak te u njemu, kao i kod svih drugih zdravstvenih tegoba,

ključnu ulogu ima liječnik. Način na koji se djetetu i roditeljima priopći dijagnoza somatizacije te njihovo povjerenje u angažman i stručnost liječnika koji im priopćava dijagnozu određuje njihovu daljnju prilagodbu.

*Najčešći strahovi koji se javljaju kod roditelja djece sa somatizacijom su da liječnik nije ozbiljno shvatio djetetove teškoće, odnosno da ne vjeruje da su simptomi stvarni te da zbog toga nije proveo dovoljno detaljnu dijagnostiku. Iz ovog straha često proizlaze roditeljski zahtjevi za daljnjom dijagnostikom, traganje za "točnom" dijagnozom te traženje drugih mišljenja. Kako bi se navedeno izbjeglo, izuzetno je važno da liječnik ima jasno objašnjenje djetetovih simptoma koje na razumljiv način priopćava roditeljima i djetetu.*

Prilikom priopćavanja dijagnoze somatizacije važno je da liječnik detaljno iznese sve djetetove simptome i njihov razvoj te navede i objasni obavljene dijagnostičke postupke i njihove rezultate. Na taj način se pokazuje da su djetetovi simptomi ozbiljno shvaćeni i da medicinsko osoblje vjeruje da ih dijete stvarno doživljava. U ovom procesu roditelji često postavljaju i vlastite dijagnostičke pretpostavke te je važno objasniti im zbog čega je određena dijagnoza isključena. Ovaj proces često iziskuje više vremena nego u situacijama kada se postavi dijagnoza neke fizičke bolesti, jer je roditeljima teško prihvatiti da simptomi mogu postojati i bez jasne organske podloge. U priopćavanju dijagnoze roditeljima liječniku može pomoći korištenje protokola navedenog u Tablici 3.

Tablica 2.

*Primjer objašnjenja biopsihosocijalnog modela roditeljima i priprema na psihološku dijagnostiku*

"Sada ćemo provesti neke pretrage kako bismo utvrdili postoji li zdravstveno stanje koje uzrokuje tjelesne simptome. Istovremeno, znamo da stres i emocije pojačavaju tjelesne simptome i ponekad mogu igrati ulogu u njihovoj pojavi i održavanju. Također znamo da su tjelesni simptomi poput ovog, obavljanje medicinskih pretraga i čekanje na rezultate često stresni za djecu i njihove roditelje. Budući da je veza između stresa, emocija i fizičkih simptoma toliko snažna, želimo saznati nešto o (djetetovom) emocionalnom stanju i njegovim izvorima stresa".

*O somatizaciji treba govoriti izravno, objasniti ju jednostavnim rječnikom bez korištenja specifičnih ili stručnih pojmova* (npr. funkcionalno, psihogeno, neorganski, medicinski neobjašnjeno). Rječnik treba koristiti dosljedno, kako se dijete, roditelji ili tim zdravstvenih djelatnika ne bi zbunio. U početku je dobro koristiti izraze poput "opisane tegobe upućuju na somatizaciju", a izbjegavati stručne dijagnoze koje uključuju riječ "poremećaj" u nazivu.

*Prilikom objašnjavanja somatizacije važno je misliti na biološke, psihološke i socijalne faktore koji utječu na pojavu i ekspresiju tjelesnih simptoma te objasniti roditeljima interakciju istih.* Tako je npr. u slučaju bolova dobro naglasiti da bol ima nocioceptivnu i afektivnu komponentu koje se obje procesiraju u središnjem živčanom sustavu te da na način njihovog procesiranja utječe prethodno iskustvo, genetika i okolinski faktori. Kako bi se roditeljima i pacijentima pomoglo da postanu otvoreniji prema somatizacijskom objašnjenju simptoma korisno ih je podsjetiti da svaka emocija ima i svoju tjelesnu komponentu. Pa tako npr. i u svakodnevnom govoru ko-

ristimo izraze poput "knedle u grlu" i "lep-tirića u želucu". Nadalje, osjećaj nelagode rezultira crvenjenjem, osjećaj straha lupanjem srca, tresavicom, nedostatkom zraka, tuga osjećajem pritiska u prsima, gađenje nagonom na povraćanje i sl. Dobro ih je podsjetiti i da svi mi nekada doživljavamo somatizacijske simptome (npr. glavobolje) koji nisu znak neke bolesti.

*Uvijek treba provjeriti jesi li svi razumjeli objašnjenje, ostaviti vremena za dodatna pitanja obitelji te objasniti da nema potrebe za dodatnim pretragama.* Neki put će ovaj proces zahtijevati i više od jednog susreta.

#### TRETMAN

S obzirom na niz različitih faktora koji doprinose razvoju somatizacije i koji se po svojoj zastupljenosti razlikuju kod svakog djeteta, *tretman somatizacije je individualiziran* i treba ga prilagoditi svakom pojedinačnom djetetu i obitelji vodeći računa o snagama svake obitelji i spremnosti za uključivanje u pojedine komponente tretmana, a ključ za uspjeh je aktivna suradnja i komunikacija između obitelji i svih stručnjaka uključenih u dijagnostiku.

Tablica 3.

*Primjer priopćavanja dijagnoze somatizacije*

Detaljan opis simptoma i dijagnostičkog procesa

Prezentacija rezultata pretraga

Sažetak fizičkog pregleda

Sumiranje cjelokupne obrade i objašnjenje rezultata

Zaključak obrade: "Rezultati naše obrade su pokazali da vaše dijete nema bolest ili ozljedu koja bi izazivala navedene simptome. To nije rijedak slučaj. S obzirom da vidimo da su simptomi vašeg djeteta stvarni došli smo do zaključka da se kod vašeg djeteta radi o stanju koje nije posljedica medicinske bolesti ili ozljede. Navedeno stanje se zove somatizacija. Sada ćemo vam detaljnije objasniti o čemu se radi..."

Pokazivanje razumijevanja i pružanje podrške: "Činjenica da su rezultati svih pretraga normalni može istovremeno predstavljati olakšanje, ali i izvor frustracije. Većina roditelja s jedne strane osjeća olakšanje da dijete nema neku ozbiljnu bolest, ali s druge strane ostaje i dalje opterećenje jer dijete i dalje doživljava simptome. Mi očekujemo da će dijete biti bolje. Postoje dobri tretmani za somatizaciju i pomoći ćemo vam da se uključite u njih. Tretman somatizacije uključuje više segmenata. Jedan se odnosi na razvoj strategija koje pomažu u smanjivanju simptoma i lakšem nošenju s njima, drugi dio se odnosi na edukaciju o stresu i utjecaju na tijelo i treći se odnosi na rad na emocijama. Osnovni cilj tretmana je pomoći djetetu da se što prije vrati na normalnu razinu funkcioniranja".

*Osnovni cilj tretmana djece sa somatizacijom je isti kao i cilj tretmana za svako bolesno dijete: pomoći mu u zbrinjavanju tjelesnih simptoma i omogućiti što raniji povratak normalnom funkcioniranju pri čemu kod djece sa somatizacijom treba dodatno voditi računa o stupnju u kojem psihološki faktori djeluju na ekspresiju simptoma te ponuditi pomoć i intervencije i na tom području. Iako ne postoji opći i univerzalan protokol u liječenju somatizacije, postoje određene komponente tretmana koje su više-manje zajedničke kod svih.*

*Prvi korak u liječenju somatizacije uključuje objašnjavanje obitelji i djetetu načina na koji se somatizacija razvija kod djece i mehanizma na koji se razvila kod njihovog djeteta o čemu je već bilo govora ranije u tekstu. Ovo je ključan korak u tretmanu jer ako obitelj ne prihvati dijagnozu, neće se aktivno angažirati u rješavanju problema. U ovoj fazi je ključno uvjeriti roditelje i dijete da vjerujemo da su simptomi stvarni, i da je moguće da se javljaju bez fizičke bolesti u podlozi simptoma te ih motivirati da se aktivno krenu suočavati sa simptomima (a ne da čekaju da simptomi prođu).*

*Drugi korak je razvoj strategija za nošenje s tjelesnim simptomima. U nošenju s bolovima i drugim simptomima povezanih s aktivacijom simpatikusa od pomoći može biti upotreba analgetika i fizioterapija te psihološke tehnike (npr. podučavanje o relaksacijskim tehnikama i tehnikama odvratanja pažnje od simptoma). Nadalje, važno je u suradnji sa psihologom identificirati stresore i druge psihološke procese koji se nalaze u podlozi somatizacijskih tegoba pa će tako kod neke djece dio tretmana biti usmjeren direktno na smanjivanje okolinskih stresora, podučavanje strategija nošenja sa stresom, edukacija o prepoznavanju emocija i sl.*

*Roditelje je važno educirati na koji način oni svojim ponašanjem djeluju na simptome. Tako da će djeca roditelja koji*

*ne pokazuju zabrinutost oko simptoma, ali ih uvažavaju i potiču djecu na što raniji povratak svakodnevnim aktivnostima i u situacijama prisustva simptoma te koji modeliraju aktivan način nošenja s tegobama rjeđe doživljavati simptome i imati bolje zdravstvene ishode (4). Pritom je kod djece s ponavljajućim i intenzivnijim smetnjama posebno važno uključiti stručnjaka za mentalno zdravlje jer se pokazalo da uključivanje djece sa somatizacijom u psihološke tretmane ubrzo oporavak te prorjeđuje kasnije posjete liječniku (34).*

*Tijek oporavka kod djece sa somatizacijom se razlikuje od djeteta do djeteta. Prema nekim nalazima prosječno trajanje simptoma je 7 tjedana. U trećine ispitanika simptomi se javljaju i nakon tog perioda, te se nastavljaju u odraslu dob. Pokazalo se da su prediktori oporavka: uključivanje u psihološki tretman, pojava simptoma na početku nove školske godine, aktualne imunološke abnormalnosti te bolji zdravstveni i socio-ekonomski status majke. Za dugotrajno održavanje simptoma prediktor je snažno majčinsko uvjerenje u tjelesni razlog bolesti što ukazuje na važnost prevencije nepotrebnih medicinskih pretraga i liječničkih intervencija (4).*

*Općenito, što se ranije postavi dijagnoza i započne primjeren tretman to je oporavak brži. Vezano uz sam tijek oporavka, često je prvo vidljiv oporavak u svakodnevnom funkcioniranju, a tek nakon toga poboljšanje na razini tjelesnih simptoma. Do potpunog oporavak od simptoma nekada dolazi nakon nekoliko dana, a nekada traje godinama (35).*

*Navedeno znači da kod djece sa somatizacijom treba poticati povratak u školu, druženje s prijateljima i sudjelovanje u izvanškolskim aktivnostima unatoč prisustvu tjelesnih simptoma jer poboljšanje u simptomima uglavnom slijedi nakon poboljšanja u svakodnevnom funkcioniranju. Odgađanje povratka u svakodnevne aktiv-*

Tablica 4.

*Faze i ciljevi timskog pristupa u dijagnostici i tretmanu somatizacijskih tegoba*

---

Dijagnostika:

- senzibilizirati roditelje na biopsihosocijalni model zdravlja i bolesti
- isključiti medicinsku podlogu simptoma
- izbjeći pretjeranu dijagnostiku

U suradnji sa psihologom:

- identificirati potencijalne stresore u djetetovom okruženju (obitelj, vršnjaci, škola)
- procjena djetetovog emocionalnog stanja
- identificirati ponašanja roditelja koja mogu podržavati simptome

Priopćavanje dijagnoze:

- pokazati da vjerujemo da su djetetovi simptomi stvarni
- prezentirati rezultate medicinske obrade
- prezentirati rezultate psihološke obrade
- objasniti somatizaciju roditeljima
- razjasniti zbog čega nema potrebe za dodatnim pretragama
- razjasniti nejasnoće

Tretman:

- objasniti način javljanja i faktore koji djeluju na održavanje simptoma

U suradnji sa psihologom:

- savjetovati roditelje kako da pristupaju djetetu kako bi se izbjeglo njihovo kronificiranje (uvažavati simptome, ali poticati povratak u redovne aktivnosti unatoč simptomima)
  - direktno reagirati na okolinke stresore koji mogu doprinijeti održavanju simptoma
  - podučiti dijete efikasnim strategijama nošenja s bolovima i stresom
  - rad na emocionalnim tegobama
- 

nosti do razrješenja simptoma uglavnom rezultira povećanim stresom i dodatnim kronificiranjem tegoba.

#### ZAKLJUČAK

Somatizacijske tegobe se često javljaju u pedijatrijskoj populaciji i kreću se u rasponu od blažih bolova koji uglavnom ne ometaju funkcioniranje do složenih i višestrukih simptoma koji mogu u potpunosti onesposobiti dijete. Kako bi se dijagnoza somatizacije postavila važno je isključiti organsku podlogu smetnji i identificirati psihološke i socijalne faktore koji djeluju na održavanje simptoma. Preduvjeti

uspješnog tretmana somatizacije su timski pristup, odnos povjerenja koji liječnik razvija s obitelji, prihvaćanje dijagnoze od strane roditelja i njihov aktivan angažman u rješavanju tegoba. Osnovni cilj tretmana je povratak djeteta u svakodnevne aktivnosti koji se ostvaruje kroz razvijanje tehnika nošenja sa simptomima, identifikaciju i rješavanje okolinskih stresora i razrješavanje eventualnih emocionalnih problema.

#### *Kratice:*

DSM-V - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje

NOVČANA POTPORA/*FUNDING*

Nema/*None*

ETIČKO ODOBRENJE/*ETHICAL APPROVAL*

Nije potrebno/*None*

SUKOB INTERESA/*CONFLICT OF INTEREST*

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na [www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju finansijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad. *All authors have completed the Unified Competing Interest form at www.icmje.org/coi\_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.*

LITERATURA

1. Garralda M. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *British Journal of Psychiatry*. 1992; 161: 759-73.
2. Garralda M. Somatization in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1996; 37: 13-34.
3. Campo J, Fritsch S. Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994; 33: 1223-35.
4. Carr A. *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. London: Routledge; 1999.
5. Achenbach TM, McConaughy SH. *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology: Practical applications*. London: SAGE publications; 1997.
6. Walker LS, Dengler-Crish CM, Rippel S, Bruehl S. Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. *Pain*. 2010; 150 (3): 568-72.
7. Dengler-Crish CM, Horst S, Walker LS. Somatic complaints in childhood functional abdominal pain are associated with functional gastrointestinal disorders in adolescence and adulthood. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2011; 52: 162-5.
8. Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL et al. Functional Abdominal Pain in Childhood and Long-term Vulnerability to Anxiety Disorders. *Pediatrics*. 2013; 132: 3.
9. Campo JV. Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression-developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53 (5): 575-92.
10. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med*. 1989; 86: 262-6.
11. Anthony KK, Schanberg LE. Pediatric pain syndromes and management of pain in children and adolescents with rheumatic disease. *Pediatr Clin North Am*. 2005; 52 (2): 611-39.
12. Rouster AS, Karpinski AC, Silver D, Monagas J, Hyman PE. Functional Gastrointestinal Disorders Dominate Pediatric Gastroenterology Outpatient Practice. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016; 62: 847-51.
13. Leary PM. Conversion disorder in childhood diagnosed too late, investigated too much? *Journal of Research in Social Medicine* 2003; 96 (9): 436-8.
14. Tunaoglu FS, Olgunturk R, Ackabay S, Oguz D, Gucuyener K, Demirsoy S. Chest pain in children referred to a cardiology clinic. *Pediatric Cardiology*. 1995; 16: 69-72.
15. Američka psihijatrijska udruga. *DSM-V: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
16. Van Geelen SM, Rydelius PA, Hagquist C. Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015; 79: 251-8.
17. Mayer EA, Naliboff BD, Chang L, Coutinho SV. Stress and the Gastrointestinal Tract V. Stress and irritable bowel syndrome. *American Journal of Physiology: Gastrointestinal and Liver Physiology*. 2001; 280: 519-24.
18. Taché Y, Martinez V, Million M, Rivier J. Corticotropin-releasing factor and the brain-gut motor response to stress. *Can J Gastroenterol*. 1999; 13: 18-25.
19. Kanner AD, Feldman SS, Weinberger DA, Ford ME. Uplifts, hassles, and adaptational outcomes in early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*. 1987; 7: 371-94.

20. Euteneuer F, Schwarz MJ, Hennings A et al. Psychobiological aspects of somatization syndromes: contributions of inflammatory cytokines and neopterin. *Psychiatry Research*. 2012; 195 (1-2): 60-5.
21. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*. 2002; 53: 83-107.
22. Phillips K, Clauw DJ. Central pain mechanisms in chronic pain states - maybe it is all in their head. *Best Practice Research in Clinical Rheumatology*. 2011; 25 (2): 141-54.
23. Coghill RC, Sang CN, Maisog JM, Iadarola MJ. Pain intensity processing within the human brain: a bilateral, distributed mechanism. *Journal of Neurophysiology* 1999; 82: 1934-43.
24. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011; 152: 2-15.
25. Hubbard CS. Abdominal Pain, the Adolescent and Altered Brain Structure and Function. *PLoS One*. 2016; 11 (5): 0156545.
26. Husain K, Browne T, Chalder T. A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child and Adolescent Mental Health*. 2007; 12: 2-7.
27. Vervoort T, Goubert L, Eccleston C, Bijttebier P, Crombez G. Catastrophic thinking about pain is independently associated with pain severity, disability, and somatic complaints in school children and children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*. 2006; 31: 674-83.
28. Eminson DM, Benjamin S, Shortall A, Woods T, Faragher B. Physical symptoms and illness attitudes in adolescents: an epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1996; 37: 519-27.
29. Taylor D, Szatmari P, Boyle M, Offord DR. Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and health concerns: a community study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996; 35: 491-9.
30. Walker LS, Greene JW. Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families? *J Pediatr Psychol*. 1989; 14: 231-43.
31. Silber JT. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatrics in Review*. 2011; 32: 56.
32. Williams SE, Zahka NE. *Treating Somatic Symptoms in Children and Adolescents*. Guilford publications; 2017.
33. Roberts MC, Steele RC. *Handbook of Pediatric Psychology*. Guilford press; 2018.
34. Creed F, Henningsen P, Fink P. eds. *Medically Unexplained Symptoms, Somatization And Bodily Distress*. Developing better clinical services. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2011.
35. Silber TJ. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatrics in Review*. 2011; 32: 56.

### *Summary*

SOMATIZATION IN CHILDREN: RECOGNITION - DISCLOSURE OF DIAGNOSIS - TREATMENT

*Ana Bogdanić, Petra Matković*

*Somatization is common in pediatric population and its diagnosis and treatment are often challenging for the clinicians since they are confronted with (often) diverse physical symptoms without clear organic and pathological origin. The aim of this review is to summarize the research related to the presentation of somatization in pediatric clinics, to describe its predisposing and maintaining factors, as well as to outline the diagnostic process and display a model of treatment. Special emphasis has been placed on the clinicians' approach and interventions that can enhance the acceptance of the diagnosis by the child and family and consequently increase their cooperation and improve health and psychosocial outcomes.*

Descriptors: SOMATIZATION, CHILDREN, DIAGNOSTICS, TREATMENT