

POTREBA ZA OSNIVANJEM SPECIJALNOG CENTRA ZA POREMEĆAJE HRANJENJA

ZRINKA KOROTAJ¹, INGE VLAŠIĆ-CICVARIĆ¹, RAJNA KNEZ², MLADEN PERŠIĆ³

Iako je unatrag nekoliko godina u Hrvatskoj napravljen veliki pomak u prepoznavanju, edukaciji pa i prevenciji poremećaja prehrane postoje još mnogi problemi i ciljevi koje treba razriješiti kako bi se uspješnije i sistematičnije liječili ovi poremećaji. Broj oboljelih u Hrvatskoj i dalje je visok a liječenje je dugotrajno, nema jasnih rezultata o uspješnosti terapija i izlječenja. Nažalost, do sada nije razrađen jasan plan postupaka i koraka u načinu liječenja ovih bolesti. iako se jasno ističe potreba za timskim radom više specijalističkih struka. U većini zapadnih zemalja već duži niz godina liječenje bolesnika s poremećajima prehrane provodi se u za to specijaliziranim ustanovama. Rezultati takvih ustanova pokazuju dobar postotak izlječenja, manji postotak relapsa bolesti, veće zadovoljstvo pacijenata, bolje sustavno praćenje rezultata, bolju educiranost kadra, jaču kontrolu pacijenata, veću uključenost obitelji te dobru multidisciplinarnu suradnju.

Deskriptori: POREMEĆAJI PREHRANE, LIJEČENJE, PSIHOLOŠKI TRETMANI, DJECA I ADOLESCENTI

Poremećaji hranjenja su dugotrajne bolesti koje zahtijevaju dugotrajno liječenje. To je skupina psihičkih poremećaja kojima je zajednička preokupacija hranom a za posljedicu dovode do ozbiljnog ugrožavanja zdravlja. Prema klasifikaciji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje, Američkog psihijatrijskog društva, četvrta revizija (DSM IV) navode se tri dijagnostičke kategorije poremećaja uzimanja hrane: anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj hranjenja neodređen (1). Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije - deseta revizija (MKB-10) u poremećaje prehrane uvršteni su: anoreksija nervoza, netipična anoreksija nervoza, bulimija nervoza, netipična bulimija nervoza,

pretjerano uzimanje hrane udruženo s drugim psihološkim smetnjama, povraćanje udruženo s drugim psihološkim smetnjama, drugi poremećaji uzimanja hrane i poremećaj uzimanja hrane, neodređen (2). Uz navedene dijagnostičke kriterije postoji niz novijih kriterija za poremećaje hranjenja nastalih iz nemogućnosti da se postojećim kriterijima dijagnosticiraju različiti oblici i simptomatološke slike poremećaja hranjenja.

Ovisno o primijenjenim dijagnostičkim kriterijima i primijenjenim testovima prevalencija anoreksije nervoze procjenjuje se na oko 0,5-1% u adolescentnoj dobi (3). U Hrvatskoj prema podacima Vidović i sur. 45,5% djevojčica u dobi od 13-15 godina pokušalo je provoditi dijetni režim prehrane, a po podacima istraživanja Pokrajac i sur. 8% djevojčica u osnovnoj školi u dobi do 11 godina provodi neki oblik dijete (4, 5). Da se radi o izuzetno ozbiljnim bolestima govore svi dosadašnji podaci istraživanja u kojima se navodi stupanj smrtnog ishoda kod 3% oboljelih, dok se u nekim istraživanjima navodi i 15% smrtnog ishoda (6, 7). S obzirom da postoji više različitih dijagnostičkih kriterija i klasifikacija ovih poremećaja teško je dosadašnje rezultate

o prevalenciji poremećaja prehrane, te njihovoj težini jednoznačno protumačiti i objediniti.

Međutim bez obzira na dileme i neusuglašenost oko dijagnostičkih kriterija ovih poremećaja svi specijalisti uključeni u liječenje ovih poremećaja slažu se u slijedećem; postotak izlječenja bolji je što se ranije krene u liječenje poremećaja, a tretman mora biti sveobuhvatan i multidisciplinarni sa naglaskom na psihološku podlogu i uvažavanje razvojnih specifičnosti ovih poremećaja.

Nažalost do danas u Hrvatskoj nije jasno usuglašeno gdje pacijenti s poremećajem prehrane trebaju biti liječeni. Ovo pitanje ostaje često otvoreno i iz razloga što se ovi poremećaji danas javljaju u sve ranijoj dobi pa se tako javljaju pacijenti i u dobi od 8 godina starosti do kasnije adolescencije, a nerijetko se dijagnoza postavlja u kasnijim dvadesetim godinama. Tako se jedan postotak oboljelih liječi na pedijatrijskim klinikama, jedan unutar psihijatrijskih odjela, jedan unutar endokrinoloških ili internističkih odjela. Često se dosta kasno kreće u cjeloviti tretman poremećaja zbog toga što se kod pacijenta liječi samo jedan od

¹Zavod za Kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju
²Klinika za psihijatriju
³Dječja bolnica Kantrida
Klinički bolnički centar Rijeka

Adresa za dopisivanje:
Zrinka Korotaj-Rožmanić, prof. psiholog
Zavod za Kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju
KBC Rijeka, Odjel pedijatrije
51000 Rijeka, Istarska 43
E-mail: zrinka.korotaj@ri.t-com.hr

simptoma bolesti (amenoreja, bolovi u trbuhu, depresivni simptomi i sl.) što produžuje vrijeme do postavljanja pravilne i potpune dijagnoze poremećaja hranjenja. Veliki broj pacijenata liječi se u privatnim psihijatrijskim ordinacijama, psihološkim savjetovalištim ili liječničkim ambulantom bez potrebne cjelokupne dijagnostike. U svakom slučaju današnji stav medicinske struke naglašava da se djeca i adolescenti s ovim poremećajima moraju liječiti na odjelima odvojenim od odraslih pacijenata, odjelima koji su izgledom i edukacijom osoblja prilagođeni dječjoj i adolescentnoj dobi, te da im se mora omogućiti sveobuhvatan multidisciplinarni tretman.

U zadnjih deset godina u dječju bolnicu Kantrida - KBC Rijeka javilo se preko 70 pacijenata u dobi od 9 do 18 godina radi poremećaja hranjenja. S obzirom da je pomoć svake godine tražilo sve više djece ubrzo smo shvatili da je problem velik, a naša stručna znanja i mogućnosti nisu bile zadovoljavajuće. Krenuli smo u dugotrajnu vlastitu edukaciju povezali se sa specijalistima unutar Hrvatske te u susjednim zemljama, kako bi pronašli adekvatne načine liječenja. U siječnju 2001. godine u Rijeci osnovana je Udruga "Libella" - Udruga za pomoć oboljelima od poremećaja prehrane i njihovim obiteljima. Inicijativa za osnivanje ove udruge proistekla je od liječnika, psihologa i roditelja oboljelih pacijenata koji su višegodišnjom borbom s ovom bolešću uvidjeli poteškoće i probleme koji stoje na putu ka uspješnijem liječenju.

Među članovima Udruge nalazio se i veći broj stručnih osoba odnosno stručnjaka različitih specijalnosti koji se u svom radu susreću sa ovim bolestima (psihijatri, internisti, ginekolozi, pedijatri, gastroenterolozi, psiholozi, med. sestre, dijetetičari...), te roditelji oboljelih, pacijenti i ostali građani zainteresirani za ovo područje. Ubrzo su osnovane i podružnice naše Udruge u Zagrebu i Splitu. Udruge su pomogle u identificiranju problema, pružanju važnih informacija, podrške roditelja, povezanost stručnjaka... Ubrzo su pokrenuti i programi prevencije, te je problem na adekvatan način predstavljen i široj javnosti. Mediji su zadnjih godina dosta pisali o ovim bolestima, često na površan i senzacionalistički

način, a sve je to doprinijelo osvješćivanju šire javnosti, a i medicinske struke, na sve veću učestalost ovih poremećaja i njihovu ozbiljnost. Nažalost sve navedeno do danas nije dovelo do efikasnijeg, adekvatnijeg i naprednijeg liječenja ovih poremećaja.

U sada već desetogodišnjem radu itekako smo svjesni nedostataka u liječenju naših pacijenata. Iako znamo da su ovi poremećaji tvrdokorni, da je njihovo liječenje teško, a postotak potpunog izlječenja nizak, shvatili smo da uz svu želju, volju i znanje u našoj zemlji način liječenja ovih poremećaja daleko je od onih načina koji se preporučuju i provode u zapadnim zemljama. Razlog tome, po našem mišljenju, ne leži u znanjima ili nezainteresiranosti stručnjaka već u organizacijskim mogućnostima provedbe liječenja. U većini visoko razvijenih zemalja poremećaji hranjenja liječe se u specijaliziranim, najčešće privatnim ustanovama, za poremećaje prehrane. Ove ustanove često nude liječenje poremećaja u svim etapama bolesti od akutne hospitalizacije, parcijalne hospitalizacije (dnevna bolnica), van bolničkog liječenja te kontrolnog praćenja. Takve ustanove ističu pojedine osnovne uvjete koji se moraju zadovoljiti u liječenju ovih poremećaja.

Kao prvo, kako smo i ranije istaknuli, ističe se multidisciplinarni pristup u liječenju te individualni pristup i program za liječenje svakog pacijenta. Za liječenje ovih poremećaja neophodna je uključenost i suradnja više specijalista - psihijatar, pedijatar, psiholog, gastroenterolog, ginekolog, grupni terapeut, endokrinolog, nutricionist... Svi navedeni specijalisti trebali bi imati posebnu edukaciju za rad s poremećajima hranjenja. Svo zaposleno osoblje mora biti posebno educirano za poremećaje prehrane - liječnici, terapeuti, medicinske sestre, spremačice i sl. Kao slijedeće, naglašava se važnost dovoljno dugog kontinuiranog liječenja - ove ustanove zahtijevaju od pacijenata da prije ulaska u program liječenja potpišu suglasnost o minimalnom boravku koji se obično kreće od 2 do 8 mjeseci. Istraživanja su pokazala da kontinuirano dugotrajno liječenje ovih poremećaja značajno povećava postotak potpunog izlječenja i smanjuje relaps bolesti (7, 8).

Nadalje se ističe važnost primjerenih prostornih uvjeta koji se odnose na potrebu odvojenog liječenja ovih poremećaja od ostalih kliničkih stanja, posebne prostorije za hranjenje - blagovaonice, prostorije za individualnu psihoterapiju kao i grupnu terapiju, mjesta za provođenje obiteljske terapije, posebno uređeno mjesto za okupacionu terapiju te treninge hranjenja i sl. Naglašava se i važnost sale za vježbanje. Bitno je da prostorije izgledom odgovaraju dobnoj skupini pacijenata, što doprinosi ugodnom ozračju neophodnom za duži boravak, dobru suradnju, želju za izlječenjem i prihvaćanjem promjena.

Ako pogledamo samo prva tri preporučena preduvjeta za liječenje poremećaja prehrane shvatit ćemo da u sadašnjim uvjetima u našim bolnicama nismo u mogućnosti osigurati ove osnovne pretpostavke. Rijetko da postoji ijedan bolnički centar ili klinika u nas koji na jednom odjelu može osigurati svakodnevni rad multidisciplinarnog tima posebno specijaliziranog i educiranog za poremećaje prehrane. Dužina boravka u našim bolnicama ograničena je što zbog broja slobodnih kreveta što zbog skupe liječenja. Prostorne uvjete koji se preporučuju za liječenje ovih poremećaja u našim bolnicama ne možemo niti približno omogućiti. U našim bolnicama na pedijatrijskim odjelima obično zajedno borave djeca u dobi od godine dana pa do osamnaest godina. Odjeli nisu dovoljno veliki da sadrže i dodatne kabinete za grupni rad, okupacionu terapiju, posebne blagovaonice i sl. Broj medicinskog osoblja je premali bi provodio sve zahtjeve adekvatnog preporučenog tretmana ovih poremećaja. U nas također nema formalne stručne edukacije specifične za poremećaje prehrane.

Pogledajmo još neke od preporuka i stavova o adekvatnom tretmanu poremećaja prehrane koje preporuča Američko udruženje Psihijatra (APA) (8). Liječenje ovih poremećaja vrši se u nekoliko etapa ili programa ovisno o stadiju bolesti odnosno zdravstvenom i psihičkom stanju bolesnika. Akutna hospitalizacija se preporuča kada je zdravlje pacijenta uvelike narušeno i ugroženo (krvni tlak ispod 90/60 mmHg za odrasle, a manje od 80/50 mmHG za djecu i adolescente;

otkucaji srca manje od 40 u minuti za odrasle i manje od 50 otkucaja u minuti za djecu i adolescente; dehidracija, tjelesna težina ispod 85% od normalne težine ili BMI ispod 18 ili nagli gubitak tjelesne težine). Hospitalizacija se preporuča i za osobe koje povraćaju obroke vrlo često ili dugotrajno iako laboratorijske pretrage ne pokazuju značajnija odstupanja.

Akutna hospitalizacija može trajati od nekoliko dana do nekoliko mjeseci, a zasniva se na medicinskom promatranju i praćenju te izlječenju tjelesnih komplikacija proizašlih iz poremećaja prehrane. Često je neophodna infuzija kako bi se stabilizirali elektroliti, a ponekad je potrebno i intravenozno ili nazo-gastrostomično hranjenje. U ovom dijelu liječenja provodi se i psihološka procjena, psihijatrijska procjena i uvođenje eventualne psihofarmakološke terapije. Pacijent se uključuje u individualno psihološko savjetovanje kako bi se ojačala motivacija i poboljšala suradnja u liječenju. Neophodan je empatijski pristup pacijentu razumijevanje emocionalnih i psihičkih poteškoća vezanih uz ove bolesti. Neizmjereno je važna pomoć medicinskog osoblja u motiviranju i podršci pacijentu tijekom obroka koje omogućuju i kontrolu unosa hrane. Paralelno se odmah na početku liječenja provodi obiteljsko savjetovanje i podrška.

Planiranje otpusta pacijenta u program dnevne bolnice (koje obavezno mora slijediti nakon akutne hospitalizacije bolesnika) vrlo je individualno. Otpuštanje u dnevnu bolnicu odnosno drugu etapu liječenja, ne smije se temeljiti samo na dobivanju tjelesne težine, nego se procjenjuje na osnovu više varijabli - psihološke karakteristike bolesnika, motivacija pacijenta za nastavak programa, emocionalna stabilnost, način uzimanja hrane i dr. Otpuštanje pacijenta iz bolničkog liječenja samo na osnovu zadovoljavajućeg postotka povećanja tjelesne težine od velikog je rizika za relaps bolesti ukoliko nisu napravljeni emocionalni i psihološki pomaci.

Program dnevne bolnice druga je etapa liječenja poremećaja hranjenja, a namijenjen je pacijentima koji imaju stabilno zdravstveno stanje i koji ne zahtijevaju 24 satnu kontrolu ponašanja.

Pacijenti u ovoj fazi bolesti i dalje su zaokupljeni tjelesnim izgledom, u strahu od debljanja i unosa kalorija te im je potrebno strukturiranje dana, organizacija i kontrola zadataka, obaveza, obroka i ponašanja. Program obično uključuje 8-10 satne organizirane aktivnosti uz dva do tri dnevna obroka. Glavne aktivnosti dnevne bolnice su grupne i okupacione terapije. Grupne terapije omogućuju osobama sa poremećajima hranjenja da međusobno razgovaraju i izmjenjuju vlastita iskustva pod kontrolom i vođenjem supervizora. Pomaže smanjivanju osjećaja izoliranosti, neshvaćenosti, srama i bespomoćnosti. Okupacione grupe služe usvajanju novih stavova i ponašanja spram jela - uključuju kuhanje, spremanje, zajedničke projekte i druženja. Program dnevne bolnice provodi se u trajanju od 1 do 3 mjeseca, a dužina trajanja procjenjuje se prema individualnim procjenama od strane terapeuta, psihologa i psihijatra.

Nakon dnevne bolnice liječenje se nastavlja van bolničkim programom. Ova etapa liječenja može biti organizirana na razne načine, a namijenjena je osobama koje i dalje trebaju intenzivno praćenje, motivaciju i podršku kako bi u svakodnevnom životu primjenjivali novostečene adekvatne stavove i ponašanja spram jela i okoline. Najčešće se preporuča da ovaj program uključuje jedan zajednički obrok nakon kojeg slijedi individualna, grupna ili obiteljska terapija. U ovoj fazi liječenja pacijent odlazi u školu ili posao tijekom dana. Osim grupne terapije u pravilnih razmacima pacijent odlazi na individualne i obiteljske psihoterapije te psihološke procjene. Pacijenti u van bolničkom programu liječenja ostaju nekoliko tjedana ili mjeseci. Kako se na osnovu emocionalnih, psiholoških a i tjelesnih pokazatelja procjenjuje da im je potrebna sve manja kontrola ponašanja, emocionalnih reakcija i uzimanja obroka, te ako se uključe u sve više van bolničkih aktivnosti za koje procjenjuju da ih ispunjavaju, to zahtijevaju sve rjeđe praćenje i profesionalnu pomoć.

Iz svega navedenog, a što se danas preporuča kao pravilan i uspješan pristup u liječenju poremećaja hranjenja naglašava se dugotrajnost, uključenost multidisciplinarnog tima, intenzivna

psihoterapija i dobra usuglašenost i organizacija cijelog programa. Osnova u liječenju ovih poremećaja je psihoterapija. Psihoterapija pomaže pojedincu da promijeni nezdravi i izabere zdravi način mišljenja i ponašanja, usvoji nove stavove, poboljša interpersonalne odnose, osvijesti svoje strahove, probleme i osjećaje. Ističe se provedba i individualne i grupne i obiteljske psihoterapije. U liječenju poremećaja prehrane najčešće se koriste kognitivno-bihevioralna terapija ili psihodinamski orijentirana terapija, ali je moguće koristiti i kombinaciju drugih psiho terapijskih pristupa.

Ovakvi programi izvješćuju o visokoj stopi izlječenja, visokom zadovoljstvu pacijenata, dobroj suradnji, te smanjenju relapsa bolesti. Na kraju opisa preporučenih tretmana poremećaja prehrane treba naglasiti i slijedeće: Ovakvi programi provode se isključivo u zapadnim visoko razvijenim zemljama i u za to specijaliziranim ustanovama. U većini slučajeva radi se o privatnim klinikama, a cijene boravka kreću se od 500 do 1500 eura ili dolara na mjesec. U nekim zemljama pojedina zdravstvena osiguranja pokrivaju jedan dio ovog liječenja, ali u većini slučajeva plaćanje cjelokupnog liječenja ipak snose sami pacijenti. Ako pomnožimo navedene cijene s dužinom liječenja doći ćemo do vrtoglave cijene koje za naše standarde i ekonomske prilike predstavlja gotovo nemoguću opciju liječenja.

Treba također naglasiti da je broj ovakvih specijaliziranih ustanova u svijetu ogroman, te s obzirom na njihovu privatnu prirodu mnoge od tih ustanova u svojim programima uključuju i homeopatske, spiritualne, duhovne, religijske i druge neznanstveno utemeljene principe rada i liječenja. Na internetu, preko brošura i različitog tiska ove se ustanove u velikom broju oglašavaju te je danas vrlo lako doći do potrebnih informacija o mjestu, načinu i cijeni ovakvih programa liječenja. Ako iz prezentiranih preporuka o načinu liječenja poremećaja prehrane ponovno sagledamo sadašnji način liječenja ovih poremećaja u nas možemo se složiti da niti jedna bolnica ili ustanova u Hrvatskoj nije opremljena, niti je u mogućnosti u postojećim niti prostornim niti ekonomskim a ni kadrovskim

uvjetima provoditi ovakav program liječenja. Stoga je vrijeme da razmislimo, s obzirom na rastući i veliki broj oboljelih u Hrvatskoj, nije li neophodno i prijeko potrebno otvaranje specijalizirane Ustanove za liječenje ovih poremećaja u kojima bi se mogli provesti gore opisani preporučeni programi liječenja.

Za potrebe Hrvatske dovoljan bi bio jedan takav centar ili Ustanova koji bi omogućio i bolnički i ambulantni dio rada. Centar bi trebao zapošljavati posebno educirani tim stručnjaka a trebao bi zadovoljavati visoke prostorne kriterije koji bi omogućavali provedbu svih navedenih terapija. Ustanova bi trebala omogućiti bolnički smještaj za akutne bolesnike s poremećajima hranjenja ali je u ovakvom tipu ustanove moguće liječenje i nekih drugih poremećaja vezanih uz prehranbene navike kao što je pretilost te bolesti koje zahtijevaju posebne dijete ili prehranbeni režim (glutenska enteropatija, fenilketonurija, celijakija), liječenje bolesnika kojima je potrebna pojačana prehrana i podizanje tjelesne težine (cistična fibroza, Chronova bolest i sl.), te liječenje bolesnika koji zahtijevaju posebne oblike hranjenja (sonde, perkutana endoskopka gastrostoma...). Unutar Ustanove mogao bi biti smješten i centar

za prevenciju poremećaja hranjenja te edukacijski centar kao i savjetovalište za prehranu npr. sportaša ili zdravih načina mršavljenja. Istaknuli smo prednosti i potrebe za otvaranjem ovakve specijalizirane ustanove u našoj zemlji svjesni, da postoji još niz pitanja i dogovora koji moraju biti usuglašeni da bi se stvorili svi potrebni uvjeti za njenu realizaciju.

ZAKLJUČAK

Zbog broja oboljelih u našoj zemlji te s obzirom na dugogodišnju borbu sa poremećajima prehrane u našim zdravstvenim ustanovama došlo je vrijeme da pokušamo omogućiti efikasnije, sistematičnije liječenje ovih poremećaja po ugledu na programe i preporuke zapadnih zemalja i njihovih rezultata. Nadamo se da će ovi problemi osim senzacionalističkih medijskih tema postati i jedan od problema od veće važnosti i za institucije vezane za razvitak zdravstva u Republici Hrvatskoj.

LITERATURA

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. WHO. MKB-10. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
3. Woodside DB. A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Probl Pediatr* 1995; 25: 67-89.
4. Vidović V, Jureša V, Marković J, Nemčić-Moro J. Dietin behavior and eating attitudes in Croatian female adolescents. *Coll antropol* 1996; 20: 337-43.
5. Pokrajac-Bulian A, Ambrosi-Randić N, Mustapić J. Spolna orijentacija, nezadovoljstvo tijelom i navike hranjenja u školskoj dobi. Rad prezentiran na 10. godišnjoj Konferenciji hrvatskih psihologa. Plitvička jezera, 6-9. studenog 2002.
6. Olivry E, Corcos M. L'anorexie mentale prepubertaire. *Press Medical* 1999; 28: 100-2.
7. Hsu L. *Eating Disorders*. New York: Guilford press, 1990.
8. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2006.
9. Olmsted, MP. Day hospital treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD (eds). *Eating disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, The Guilford Press: 2002: 193-8.
10. American Academy of Pediatrics - policy statement. Identifying and treating eating disorders, *Pediatrics* 2003; 111: 204-11.

Summary

NEED FOR ESTABLISHMENT OF SPECIALIZED CENTER FOR EATING DISORDERS

Z. Korotaj, I. Vlašić-Cicvarić, R. Knez, M. Peršić

Last few years there has been some progress in recognition, education and even prevention of eating disorders in Croatia but there is still lots of problems to solve and goals that we have to achieve to improve treatment of these disorders. Number of patients with eating disorders in Croatia is still large and treatment is long. Also there are no systematic results about successful therapy and curette. Unfortunate, until today there is no systematical plan of procedures and therapies which are needed in treatment of these disorders. Today we know that these disorders must be treated with multidisciplinary approach. In most of countries patients with different eating disorders are treated in special Clinics for those problems. Results of such Clinics show good results in recovering, low percentage of disease relapses, greater satisfaction of patients, better evaluation of therapy, better education of personal, better patient control, better family compliance and good multidisciplinary approach.

Descriptors: EATING DISORDERS, TREATMENTS, PSYCHOLOGICAL PROGRAMS, CHILDREN AND ADOLESCENTS