

# PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI I NEUROTSKE TENDENCIJE U ADOLESCENATA

O Koić<sup>1</sup>, P. Filaković<sup>1</sup>, J. Barkić<sup>1</sup>, Lj. Grgurić-Radanović, D Laufer<sup>1</sup> i E. Koić<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psihijatrijska klinika, Klinička bolnica Osijek, Osijek, Hrvatska.

<sup>2</sup> Odjel za duševne bolesti, Opća bolnica Virovitica, Virovitica, Hrvatska

## SAŽETAK

Ključne riječi: psihosomatski poremećaji, neurotske tendencije, adolescencija

## UVOD

Adolescencija je dugo prijelazno razvojno razdoblje između djetinjstva i odrasle dobi. Procesi sazrijevanja uključuju tjelesne, psihološke, kognitivne i socijalne transformacije obilježene velikim promjenama u ponašanju i psihosocijalnoj prilagodbi ulogama i očekivanjima odraslih. Individualni razvojni put adolescenata oblikuje se spolom, socijalno-ekonomskim statusom, povijesnim kontekstom, podnebljem, rasom, etničkom pripadnošću, vrijednosnim sustavom kulture, obiteljskim odgojem, očekivanjima roditelja i specifičnostima pojedinca.(1) Ti faktori mogu pogodovati razvoju u zdravu odraslu osobu ili iznuditi neprimjereno prilagodbeno naprezanje s posljedičnim bolesnim reakcijama i poremećajima. Kako su psihički i tjelesni procesi u ovoj razvojnoj fazi otvoreni za promjene i uzajamno razvojno ovisni, to su psihosomatske reakcije i poremećaji najčešći oblik razvojnog prilagodbenog neuspjeha. Povećan broj psihosomatskih poremećaja može se očekivati kod pojedinaca prirodno sklonih psihosomatskom tipu reagiranja te kod pojedinaca u sredinama i obiteljima koje ne uvažavaju emocionalne i psihološke potrebe te u kojima vlada jaka inhibicija slobode ponašanja, misli i osjećaja. Prema definicijama, psihosomatičari su osobe koje ne mogu riječima opisati svoje osjećaje i emocije, nemaju razvijene fantazme i imaginaciju, konvencionalni su i suzdržani u ponašanju (Sifneosov koncept alekstimije), a imaju i poseban način mišljenja i rješavanja uobičajenih životnih problema (operativno mišljenje – prema Pariskoj školi). Zbog toga su skloni konformističkim rješenjima uobičajenim za pojedinu kulturu, bez originalnosti, fantazije i imaginacije. Oni su odvojeni od svog nesvjesnog i dobro adaptirani na okolinu, ali po cijenu jakih autodestruktivnih unutarnjih sila koje u trenucima priladodbenog iscrpljenja pokreću psihosomatske reakcije i izazivaju psihosomatske poremećaje.(2)

U tumačenju nastanka psihosomatskih poremećaja koriste se pojmovi kao što su: "psihofiziološka komplementarnost" (rasterećenje ili ponašanjem ili somatikom), "stanje beznađa" (reaktivna iscrpljenost zbog paralize obrana ega), "obiteljska inkoherencija" (izgubljena sigurnost zbog nesklada u obitelji), "psihosocijalni model psihosomatskog poremećaja" (psihosocijalni podražaji izazivaju fiziološke reakcije autonomnog i endokrinog sustava), "socijalna readaptacija" (pokušaji readaptacije s popratnim psihosomatskim reagiranjem), "emocionalna reaktivacija" (stresovi određuju emocionalnu reaktivaciju, a ova dekompenzira mehanizme obrane) i "brosoptimija" ("gutanje" - inhibicija anksioznosti, odnosno agresije).(3,4,5,6) Među biološkim faktorima proučavani su faktori naslijeđa (5-10 puta veća učestalost psihosomatskih poremećaja u ženskih rođaka u prvom koljenu kod psihosomatskih bolesnika u odnosu na ostalu populaciju), genetski faktori (veća učestalost krvne grupe 0 u bolesnika s ulkusnom bolesti, veća učestalost pojedinih HLA antigena kod bolesnika s šećernom bolesti, mnogobrojne neurološke disfunkcije (snižen prag bola, oštećena verbalna komunikacija, prekid putova između centara za više psihičke funkcije i hipotalamusa (2,7,8). Minuchin (1975) je opisao psihosomatski tip obitelji koji, po njemu ima četiri obilježja: a) isprepletenost - ekscesivna bliskost, nedostatak privatnosti, nejasne interpersonalne granice, b) prezaštićenost - međusobna prekomjerna briga za zdravlje i sigurnost, c) rigidnost - nefleksibilnost na promjene u interpersonalnim odnosima i d) ekscesivna averzija na konfliktne situacije s posljedičnim kompromisnim rješenjem konflikta.(9) Uz pojam psihosomatskih poremećaja usko se veže pojam stresa čiji je koncept razradio Hans Selye još tridesetih godina ovog stoljeća.(10) Još od uspostavljanja koncepta psihosomatskih poremećaja u radovima F. Alexandera i Dunbarove, preko radova pariške i bostonske škole pa sve do današnjih dana, uočavaju se zajedničke psihološke odrednice psihosomatske ličnosti bez obzira na vrstu poremećaja. Prikupljeno je dosta podataka koji potvrđuju mišljenje da psihosomatski bolesnici posjeduju nekoliko zajedničkih psiholoških osobina bez obzira na prirodu svoje bolesti. Kao prva osobina ističe se nesposobnost ovih bolesnika da uoče psihogenu pozadinu svojih tjelesnih zbivanja. Druga česta osobina tih bolesnika je snižen kapacitet simboličkog izražavanja zbog čega djeluju stereotipno, siromašno, bez mašte i smisla za humor, nesposobni da razumiju interpretacije snova. Zbog svog pragmatizma koji često prerasta u konformizam skloni su tehničkom rješavanju problema uz smanjenu sposobnost za umjetnički doživljaj. Imaju potrebu za redom, radom i točnošću, a kada dođe do probijanja ovih obrana, javljaju se tjelesna oštećenja koja su po pravilu to ozbiljnija što je jače naglašen opsesivni oklop. Imaju simbiotski životni stil, u djetinjstvu s roditeljima, a kasnije s partnerom ili djecom. Simbioze su često ambivalentne, ali ih oni ne znaju niti mogu prekinuti, a ako ih prekinu drugi, moguće su psihotične dezintegracije shizofrenog tipa, depresivnog ili maničnog, toksikomanije ili suicidalnost. Dobro su integrirani u sustav obitelji, radne sredine i generacijski, a svoje konflikte izražavaju u okviru socijalno dozvoljenog, jer samim prihvaćanjem uloge bolesnika kroz psihosomatske simptome izbjegavaju asocijalnost.(11).

Cilj istraživanja bio je utvrditi postoji li povezanost određenih neurotskih tendencija s jedne strane i psihosomatskih reakcija i poremećaja s druge u adolescenata, učenika srednjih škola u Osijeku.

## ISPITANICI I METODE

Istraživanjem je obuhvaćeno 515 učenika iz pet srednjih škola u Osijeku na način da su iz svake škole (Gimnazija, Ugostiteljska, Građevinska, Trgovačka i Medicinska škola) nasumice izabrani po jedan prvi, jedan drugi, jedan treći i jedan četvrti razred. Zbog nesuradljivosti i davanja neadekvatnih podataka iz istraživanja je isključeno 7 ispitanika te je za statističku obradu ostalo njih 508 (muških 170, ženskih 338) u dobi od 15 do 19 godina. Istraživanje je provedeno pomoću upitnika koji je kreiran tako da se može ispuniti tijekom jednog školskog sata. Upitnikom su prikupljeni opći podaci, podaci o liječenju i postojanju psihosomatskih poremećaja, o socijalno-ekonomskim i obiteljskim faktorima, o nekim psihološkim osobinama i aleksitimiji (osjećaj odgovornosti, sposobnost maštanja, imaginacije, osjećajnost, introvertiranost, nemogućnost opisivanja osjećaja riječima), o odnosu prema školi i vršnjacima, o faktorima naslijeđa i o zdravstvenom stanju unatrag godinu dana. Drugi primijenjeni upitnik bio je Cornell Indeks - standardizirani upitnik za mjerenje neurotskih tendencija, ukupnih i pojedinačnih. Pojedinačne neurotske tendencije razvrstane su u 12 ljestvica: anksiozne, fobične, hipersenzitivne, depresivne, kardiovaskularne i gastrointestinalne konverzije, inhibitorne, hipohondrijske, opsesivne, impulzivne, agresivne, paranoidne. Iz ovih osnovnih ljestvica izvedene su ljestvice za neurasteniju (anksioznost + fobija + hipersenzitivnost + depresivnost + opsesivnost), konverziju (inhibitorne + hipohondrijske + gastrointestinalne + kardiovaskularne tendencije) i psihopatiju (impulzivnost + agresivnost + paranoidnost). Temeljem podataka o liječenju i prisustvu psihosomatskih poremećaja, ispitanici su podijeljeni u tri skupine: a) skupina zdravih (N=272 ili 53,54%), b) skupina s psihosomatskim reakcijama (N=190 ili 37,40%) i c) skupina s psihosomatskim poremećajem (N=46 ili 9,06%). Psihosomatsku reakciju smo definirali kao poremećaj bez patološko anatomskog supstrata ili jasnog patofiziološkog procesa. Psihosomatski poremećaj smo definirali kao poremećaj kod kojeg postoji patološko anatomski supstrat ili jasan patofiziološki proces. Stupnjeve neuroticizma smo definirali kao: normalni neuroticizam (0-19 bodova), umjereni neuroticizam (20-38 bodova) i jaki neuroticizam (39-100 bodova). Podaci su statistički obrađeni u programima Excel i Statistica for Windows 95. U statističkoj obradi korištena je analiza varijance (ANOVA) Kao statistički značajne, uvažene su razlike na nivou 99% vjerojatnosti ( $p < 0.01$ ).

## REZULTATI

Normalni neuroticizam (0-19 bodova) nađen je kod 39.71% zdravih, kod 30,00% s psihosomatskim reakcijama i kod 19.57% učenika s psihosomatskim poremećajima. Umjereni neuroticizam (20-38 bodova) nađen je kod 46.69% zdravih, kod 45.26% s psihosomatskim reakcijama i kod 47.83% učenika psihosomatskim poremećajima. Jaki neuroticizam (39-100 bodova) nađen je kod 13.60 % zdravih, kod 24.74 % s psihosomatskim reakcijama i kod 32.6 % učenika s psihosomatskim poremećajima. U skupini zdravih je značajno manje ukupnog neuroticizma u usporedbi sa skupinama s psihosomatskim reakcijama i poremećajima (zdravi  $23.52 \pm 12.52$ ; psihosomatske reakcije  $28.78421 \pm 13.22$ ; psihosomatski poremećaji  $32.30 \pm 14.88$ ;  $P < 0.01$ ; ANOVA). Nije bilo značajne razlike u ukupnom neurotizmu između skupine s psihosomatskim reakcijama i skupine s psihosomatskim poremećajima ( $P = 0.1154$ )

Skupina s psihosomatskim poremećajima razlikuje od skupine zdravih po većim prosječnim rezultatima na ljestvicama fobije, hipersenzitivnosti, kardiovaskularnim i gastrointestinalnim konverzijama, hipohondrijskim i opesivnim tendencijama, ukupnom neuroticizmu, neurasteniji i konverziji. Skupina s psihosomatskim poremećajima razlikuje se od skupine psihosomatskih reakcija samo po većim prosječnim rezultatima na ljestvicama gastrointestinalnih i kardiovaskularnih konverzija, te ljestvici konverzije ukupno. Skupina psihosomatskih reakcija razlikuje se od skupine zdravih po većim prosječnim rezultatima na ljestvicama: anksioznosti, fobije, hipersenzitivnosti, kardiovaskularnih i gastrointestinalnih konverzija, hipohondrijskih i opesivnih tendencija, agresivnosti, ukupnom neuroticizmu, neurasteniji, konverziji i psihopatiji. (Tablica 1)

TABLICA 1.  
NEUROTSKE TENDENCIJE I PSIHOSOMATIKA

Neurotska tendencija	Grupa	N	X ± SD	P	Značajna razlika
Anksiozna	1	272	5.55147±2.568021	<0.01	1 vs. 2
	2	190	6.257895±2.175353		
	3	46	5.760870±2.172400		
Fobična	1	272	1.602941±1.518785	<0.01	1 vs. 2
	2	190	2.078947±1.671130		1 vs. 3
	3	46	2.434783±1.881514		
Hipersenzitivna	1	272	2.636029±1.821324	<0.01	1 vs. 2
	2	190	3.152632±1.938981		1 vs. 3
	3	46	3.673913±2.539067		
Depresivna	1	272	1.308824±1.959045	>0.01	
	2	190	1.584211±2.055001		
	3	46	2.021739±2.323686		
Kardiovaskularna konverzivna	1	272	0.750000±1.060878	<0.01	1 vs. 2
	2	190	1.115789±1.316265		1 vs. 3
	3	46	1.869565±1.654740		2 vs. 3
Gastrointestinalna konverzivna	1	272	0.556176±1.182294	<0.01	1 vs. 2
	2	190	1.026316±1.611579		1 vs. 3
	3	46	1.891304±2.311596		2 vs. 3
Inhibitorna	1	272	1.205882±1.187994	>0.01	
	2	190	1.457895±1.224017		
	3	46	1.717391±1.529895		
Hipohondrijska	1	272	3.029412±2.447805	<0.01	1 vs. 2
	2	190	4.026316±2.908543		1 vs. 3
	3	46	4.565217±3.243127		
Opsesivna	1	272	1.650735±1.253511	<0.01	1 vs. 2
	2	190	1.994737±1.427238		1 vs. 3
	3	46	1.934783±1.466700		
Impulzivna	1	272	1.011029±1.088292	>0.01	
	2	190	1.215789±1.141225		
	3	46	1.282609±1.128678		
Agresivna	1	272	1.970588±1.704958	<0.01	1 vs. 2
	2	190	2.468421±1.842058		
	3	46	2.391304±1.769849		
Paranoidna	1	272	2.235294±1.508819	>0.01	
	2	190	2.405263±1.518484		
	3	46	2.760870±1.621862		
Neurastenična	1	272	14.10294±7.024763	<0.01	1 vs. 2
	2	190	16.63684±6.935814		1 vs. 3
	3	46	17.47826±8.317957		
Konverzivna	1	272	5.55147±4.477611	<0.01	1 vs. 2
	2	190	7.62632±5.328603		1 vs. 3
	3	46	10.04348±6.373405		2 vs. 3
Psihopatska	1	272	5.216912±3.417020	<0.01	1 vs. 2
	2	190	6.089474±3.629304		
	3	46	6.434783±3.110214		

1 = zdravi;  
2 = psihosomatske reakcije;  
3 = psihosomatski poremećaji

ANOVA

## LITERATURA

1. Cotton NS. Normal adolescence. Chapter 32. In: Kaplan HI, Sadock B (ed.). Comprehensive textbook of Psychiatry, Seventh edition in CD-ROM, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2000.
2. Stoudemire A, McDaniel JS. Psychological factors affecting medical condition. Chapter 25. In: Kaplan HI, Sadock B (ed.). Comprehensive textbook of Psychiatry, Seventh edition in CD-ROM, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2000.
3. Adamović V. Psihosomatska medicina. U Kecmanović D. Psihijatrija, Tom II. Zagreb: Medicinska naklada 1989;1277 - 1305.
4. Weiss E, English OS. Psychosomatic medicine, Third edition. Philadelphia: Saunders, 1962.
5. Dunbar F. Psychiatry in the Medical Specialities. New York: Mc Grow - Hill Book Company, 1959.
6. Sarajlić N. Broxitimia: Novi patogenetski model u psihosomatici. Psihoterapija 1984; 14 (1-2): 111-112.
7. Knežević S. Ulcusna bolest. U Hadžić N. Priručnik Interne Medicine, drugo popravljeno izdanje. Zagreb: JMN, 1984; 442-449.
8. Koršić M. Šećerna bolest. U Hadžić N. Priručnik Interne Medicine, drugo popravljeno izdanje. Zagreb: JMN, 1984; 521-539.
9. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, et al.: A conceptual model of psychosomatic illness in children. Arch. Gen. Psychiatry 1975; 32: 1031-1038.
10. Numerof RE. Managing Stress. Maryland: Aspen publication, 1983.
11. Stoudemire A, McDaniel JS. Psychological Factors Affecting Medical Conditions. History, Classification, and Current Trends in Psychosomatic Medicine. Chapter 25. In: Kaplan HI, Sadock B (ed.). Comprehensive textbook of Psychiatry, Seventh edition in CD-ROM, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2000.
12. Shirley HF. Pediatric Psychiatry. Cambridge-Massachusetts: Harvard University Press, 1963.
13. Graham PJ. Psychiatric Aspects of Pediatric disorders. U Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. Baltimor: Williams & Wilkins, 1994; 977-994.
14. Linna SL, Moilanen I, Keistinen H, Ernvall M, Krappinen MM. Prevalence of psychosomatic symptoms in children. Psychother-Psychosom 1991; 56: 85-87.
15. Fagot-Campagna A, Pettitt DJ, Engelgau MM, et al. Type 2 diabetes among North American children and adolescents: An epidemiologic review and public health perspective. J Pediatr 2000;136(5):664-672.
16. Young TK, Dean HJ, Flett B, Wood-Steiman P. Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. J Pediatr 2000;136(3):365-369.
17. Troiano RP, Flegal KM. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. Pediatrics 1998;101(3):497-504.
18. Folks DG, Warnock JK. Curr Psychiatry Rep 2001;3:219-225.
19. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. Psychother Psychosom 2001;70:118-136.

20. Garg A, Chren MM, Sands LP, et al. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: Implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol* 2001;137:78-82.
21. Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Prevalence of facial acne in adults. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:577-580.
22. Temple ME, Nahata MC. Treatment of pediatric hypertension. *Pharmacotherapy* 2000;20(2):140-150.
23. Musante L, Treiber FA, Kapuku G, Moore D, Davis H, Strong WB. The effects of life events on cardiovascular reactivity to behavioral stressors as a function of socioeconomic status, ethnicity, and sex. *Psychosomatic Medicine* 2000;62:760-767.
24. Newman JD, McGarvey ST, Steel MS. Longitudinal association of cardiovascular reactivity and blood pressure in Samoan adolescents. *Psychosomatic Medicine* 1999;61:243-249.
25. Matthews KA, Jennings JR. Cardiovascular responses of boys exhibiting the type A behaviour pattern. *Psychosomatic Medicine* 1984;46:484-497.
26. Pelletier G. Case Study: Dreamy State and Temporal Lobe Dysfunction in Migrainous Adolescent. *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1995; 34 (3):297-301.
27. Ackerman SH, Manaker S, Cohen MI. Recent separation and the onset of peptic ulcer disease in older children and adolescents. *Psychosomatic Medicine* 1981;43(4):305-310.
28. Moilanen I. Psychosomatic symptoms in adolescent twins. Longitudinal twin study with special reference to psychosomatic symptoms. *Psychother-Psychosom* 1991;56(1-2):88-93.
29. Kashani JH, Beck NC, Hooper EW, et al. Psychiatric Disorders in a Community Sample of Adolescent. *Am J Psychiatry* 1987; 144 ( 5 ): 584-589.
30. Klein S, Cross HJ. Correlates of the MMPI Lb in a college population. *J Clin Psychology* 1984; 40 ( 1 ):185-189.
31. Tomminen TM, Bredenberg P, Escartin T, et al. Psychosomatic symptoms in preadolescent children. *Psychother-Psychosom* 1991;56(1-2):70-77.
32. McNichol KN, Williams HE, Allan J, Mc Andrew I. Spectrum of Asthma in Children- III, Psychological and Social Components. *British Medical Journal* 1973;4:16-20.
33. Lavik NJ. Urban-rural differences in rates of disorder: a comparative psychiatric population , in *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*. *Br J Psychiatry* 1974;125:113-124.
34. Ikemi Y, et al. Psychosomatic mechanism under social changes in Japan. *Journal of Psychosomatic Research* 1974;18(1):15-24.
35. Veress K. Az atopias dermatitis pszichodinamikaja. *Magyar Pszichologia Szmele*. 1987;44(5):384-483.
36. Liettke R. Socialization and psychosomatic disease: an empirical study of the aducational style of parents with psychosomatic children. *Psychother- Psychosom* 1990;54(4):208-213.
37. Reich G, Deyda H. Interaction patterns in families of Children and adolescents with psychosomatic or depressive disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1991;40(3):96-105.
38. Frank H. Ein Beitrag zur Rolle des Vaters bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 1988;33(5):242-248.
39. Ahmed SH, Naum S, Zainulabdin F. Alexithymia in Karachi. *JPMA* 1991;41(2):40-41.
40. Novak-Reis A, Piacun-Gajer Đ. Simptom školskog neuspjeha - važan činilac u ranom otkrivanju psihosomatskih bolesti djeteta školske dobi. *Lij Vjesn* 1978;100:31-33.

41. Walker LS, Garber J, Greene JW. Somatization, symptoms in pediatric abdominal pain patients: Relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1991; 19 ( 4 ): 379-394.
42. Brill SR, Patel DR, MacDonald E. Psychosomatic disorders in pediatrics. *Indian J Pediatr* 2001;68(7):597-603.