

Agata Horecka-Lewitowicz, Piotr Lewitowicz, Izabela Bocian

Zakłady: Anatomii Prawidłowej i Funkcjonalnej oraz Interwencji Kryzysowej

Instytutu Kształcenia Medycznego Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Kierownicy: prof. dr hab. n. med. A. Fryczkowski i dr M. Szpringer

Dyrektor: prof. dr hab. W. Dutkiewicz

**PRZYCZYNY PIERWSZORAZOWYCH ZGŁOSZEŃ
DO PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO
DZIECI W WIEKU 1–16 LAT****STRESZCZENIE**

Poddano analizie 1017 historii chorób dzieci przyjętych w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci 2002 roku w celu oceny najczęstszych przyczyn zgłoszeń. W grupie badanych 67% stanowili chłopcy, z których pierwszy raz zgłosiło się 71,3%, a przyjętych pierwszy raz dziewcząt było 28,7%. Wizyty kolejne stanowiły 48% wszystkich ocenianych przypadków. Najczęstszą diagnozą u chłopców i dziewcząt były zaburzenia zachowania i emocji F90-98 (ICD 10), zespoły hiperkinetyczne stanowiły 24%, upośledzenia umysłowe 18,8%, w tym lekkie 53,4%. Zaburzenia nerwicowe stwierdzono u 8,9% z przewagą rozpoznania F 43. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi F 50-59 stanowiły 1,7%, z przewagą zaburzeń odżywiania na poziomie 79%.

Słowa kluczowe: psychiatria dziecięca, zaburzenia zachowania, zespoły hiperkinetyczne.

SUMMARY

The causes of the first time visit to the Clinic of the Psychiatric Health of Children at the age of 1-16 are presented. In 2002, 1,017 cases of the history of the children's disease were analysed in the clinic of the psychiatric health of children in order to evaluate the most common disease. 67% of the estimated group were boys, 71.3% of whom appeared the first time. The girls of the group of the first time examination were stated as 28.7%. The subsequent consultations were estimated as 48% of all the cases taken into consideration. The most common diagnosis of both boys and girls included behaviour disorders and emotional disturbances (F 90-98 ICD 10); ADHD syndrom was stated as 24%; mental retardation as 18.8% (among which the mild ones were 53.4%). Neurosis disorder were stated in 8.9% of the cases with the superiority of the F 43 recognitions. Behavioural disorders connected with the physiological disturbances and the physical features were stated as 1.7% with the superiority of the eating disorder on the 79% level.

Key words: child psychiatry, behaviour disorders, ADHD syndrom.

Poddano analizie 1017 historii chorób dzieci w wieku 1–16 lat przyjętych po raz pierwszy do Poradni Zdrowia Psychicznego w 2002 roku pod kątem oceny przyczyn zgłoszeń oraz częstości występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych.

W grupie 1017 dzieci 67% (678 osób) stanowili chłopcy, a dziewczęta 33% (339 osób). Po raz pierwszy zarejestrowano 526 osób, z tego chłopców było 71,3% (375 osób), a dziewcząt 28,7% (151 osób). Pacjentów z poprzednich lat zgłosiło się 48% wszystkich przyjętych, tj. 491 osób.

Rozpoznanie stawiane były zgodnie z kryteriami Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD 10 [1] i obejmowały następujące grupy:

- zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym – stanowiły one 51,9 % wszystkich rozpoznań,
- upośledzenia umysłowe – 18,8%,
- zaburzenia rozwoju psychicznego – 11,4%,
- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną – 8,9%,
- zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi – 1,7%,
- schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe – 0,7%,
- zaburzenia nastroju – 0,7%,
- zaburzenia osobowości – 0,5%,
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych – 0,2%.

W grupie chłopców, zgłaszających się po raz pierwszy, najczęstszym rozpoznaniem były zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie (16,3%). Do grupy tej należą w większości zaburzenia emocjonalne związane z występowaniem lęku, m.in. lęk separacyjny, lęk społeczny w dzieciństwie, zaburzenia lękowe w postaci fobii, rywalizacja w rodzeństwie [1]. Proces separacji zaczyna się w ok. 6 miesiąca życia dziecka i w prawidłowych warunkach ulega zakończeniu ok. 2 roku życia dziecka. W wyniku tego procesu dziecko uzyskuje poczucie odrębności, ale „płaci” za to lękiem. Najistotniejszym momentem na tym etapie rozwoju jest uzyskanie równowagi między przynależnością a wolnością, natomiast zablokowanie możliwości rozwiązania lęku separacyjnego może prowadzić do różnych odpowiedzi behawioralno-psychologicznych o walorach psychopatologicznych [2]. Lęk separacyjny jest rodzajem wzorca dla lęków o podobnej tematyce pojawiających się w następnych fazach życia. Jest on rozpoznawany, gdy jego nasilenie nie jest odpowiednie dla okresu rozwoju dziecka i prowadzi do istotnego pogorszenia jego funkcjonowania społecznego [3].

Uogólnione zaburzenie lękowe dotyczy ok. 3 % całej populacji dzieci, częściej występuje po 10. r. ż., towarzyszą mu swoiste fobie oraz różnie nasilone zaburzenia depresyjne, dolegliwości somatyczne. Stosunkowo często po 6. r. ż. występuje u dzieci lęk społeczny, objawiający się w kontakcie z dorosłymi lub/i rówieśnikami i utrudniający funkcjonowanie dziecka. Równie często spotyka się zaburzenia związane z rywalizacją w rodzeństwie, a objawiające się zwykle w sytuacji pojawienia się niemowlęcia w rodzinie. Aby uznać zazdrość i rywalizację za nieprawidłową, należy stwierdzić skrajnie nasilone negatywne uczucia wobec kolejnej-

go dziecka, wystąpienie zachowań regresywnych. W grupie omawianej powyższe zaburzenia zostały stwierdzone u 28,9% przyjmowanych po raz pierwszy dziewczynek.

U 11,5% chłopców i 4,6% zgłoszonych dziewczynek rozpoznano zaburzenia z grupy F 90, tj. zaburzenia hiperkinetyczne. Częstość występowania nadruchliwości w populacji ogólnej szacowana jest na 1–3% [3]. Stosunek liczby chłopców do dziewcząt wynosi 3:1. Cechami charakterystycznymi są: niepokój ruchowy, zaburzenia koncentracji uwagi, impulsywność, przy czym cechy te występują we wszystkich obszarach funkcjonowania dziecka. Powtarzające się niepowodzenia w szkole, domu, grupie rówieśniczej powodują wtórne wystąpienie takich objawów, jak: np. obniżenie samooceny, chwiejność emocjonalna, drażliwość, zaburzenia snu, zaburzenia kontaktów społecznych. U ok. 25% dzieci z zespołem nadruchliwości rozwija się w kolejnych latach osobowość o cechach antysocjalnych [2]. Badania neuroobrazowe potwierdzają tezę o nieprawidłowościach strukturalnych i czynnościowych mózgu u tych dzieci [4].

Stosunkowo liczne były w analizowanym materiale rozpoznania F 92, tj. mieszane zaburzenia zachowania i emocji. Stwierdzono je u 5,3% chłopców i 5,9% dziewcząt. W populacji ogólnej rozpowszechnienie zaburzeń zachowania określane jest na 4% z przewagą chłopców [3]. Dyskusyjny jest fakt, czy zaburzenia zachowania są problemem psychiatrycznym. Z pewnością można stwierdzić, że w procesie terapeutycznym nie wystarczy samo leczenie psychiatryczne, konieczne są oddziaływania psychologiczne, socjologiczne, pedagogiczne w ścisłej współpracy z rodziną. Poważnym problemem jest częste współistnienie zaburzeń depresyjnych wymagających interwencji farmakologicznej [5].

W badanej grupie dzieci upośledzenie umysłowe stwierdzono u 9,9% chłopców, w tym upośledzenie lekkie – 4,8%, umiarkowane – 4%, znaczne – 1,1%. Wśród dziewcząt upośledzenie umysłowe stwierdzono u 18,5%, z tego w stopniu lekkim – 7,3%, umiarkowanym – 6,6%, znacznym – 4,6%.

Definicja upośledzenia umysłowego obejmuje określenie ilorazu inteligencji oraz jako drugiej składowej – stwierdzenie zaburzeń funkcjonowania społecznego. Upośledzenie umysłowe stopnia lekkiego dotyczy ok. 2% populacji ogólnej, a pozostałych postaci upośledzenia – 0,4%. Powodem zgłaszania dzieci z powyższym rozpoznaniem były zwłaszcza towarzyszące mu zaburzenia. I tak u dzieci upośledzonych w stopniu lekkim są to zaburzenia zachowania, zaburzenia emocji, nadruchliwość, natomiast u dzieci głębiej upośledzonych najczęściej współistniały zaburzenia z kręgu autyzmu, samookaleczenia. W celu określenia poziomu upośledzenia umysłowego konieczne jest także wykonanie testów psychologicznych – skala inteligencji Psyche-Cattell (dla wieku 2–30 miesięcy), skala Wechslera odpowiednia do wieku [6].

U 4,8% chłopców i 10,6% dziewcząt rozpoznano zgodnie z wymogami klasyfikacji ICD 10 inne zaburzenia zachowania i emocji, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F 98). Należą tu: moczenie mimowolne,

zanieczyszczanie kałem nieorganiczne, zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie, stereotypie ruchowe, jąkanie i inne.

Moczenie mimowolne (*enuresis*) stwierdzano częściej w postaci nocnej i jako pierwotne (78% tej grupy). Rozpowszechnienie moczenia w populacji dzieci 7-letnich wynosi 5% (stosunek chorujących chłopców do dziewcząt wynosi 1:1,4) [3]. Moczenie mimowolne można rozpoznać u dzieci powyżej 5. r. ż. i po wykluczeniu organicznego tła zaburzeń [1].

Zanieczyszczanie się kałem (*encopresis*) nieorganiczne występuje znacznie rzadziej – w populacji ogólnej ok. 1% z trzykrotną przewagą chłopców [3]. Może być ono rozpoznane u dzieci powyżej 4. r. ż. i praktycznie nie występuje po 16. r. ż. [2].

Pica jest to spożywanie rzeczy niejadalnych przez dziecko, które ukończyło 1. r. ż. i nie stwierdzono u niego upośledzenia umysłowego, przy czym występuje to przynajmniej 2 razy w tygodniu przez 1 miesiąc i dłużej [1]. Istotne jest tu określenie wieku umysłowego dziecka, ponieważ spożywanie rzeczy niejadalnych znacznie częściej występuje u dzieci z głębszymi postaciami upośledzenia umysłowego, czemu często towarzyszą stereotypie ruchowe. Stereotypie ruchowe to powtarzające się celowe, rytmiczne i niefunkcjonalne ruchy, mogące prowadzić do urazów fizycznych.

Aby rozpoznać jąkanie, należy potwierdzić wystąpienie upośledzenia płynności mowy i czasu trwania zaburzenia powyżej 3 miesięcy [1], natomiast przejściowo występujące u dzieci problemy o charakterze jąkania, niepowodujące zaburzenia płynności mowy, nie wymagają interwencji psychiatrycznej i zwykle ustępują samoistnie.

Całościowe zaburzenia rozwojowe, do których zaliczane są: autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, zespół Retta, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zespół Aspergera i inne, w grupie dzieci przyjętych po raz pierwszy stwierdzono u 3,7% chłopców i 0,7% dziewczynek. Rozpowszechnienie autyzmu w populacji ogólnej ocenia się na 0,5 na 1000 osób z trzykrotną przewagą płci męskiej [3]. Najbardziej charakterystyczne cechy autyzmu, to brak dynamiki rozwojowej i stacjonarność, zaburzenia komunikacji i funkcjonowania społecznego, ograniczony i stereotypowy wzorec aktywności i zachowań [7, 8]. Charakterystyczne jest m.in. to, że dzieci autystyczne nie tylko wyglądają na inteligentne, ale też zdradzają ograniczone obszary prawidłowej, a nawet przedwcześnie rozwiniętej funkcji intelektualnej, jednocześnie w innych obszarach funkcjonują na obniżonym poziomie.

Autyzm atypowy różni się od autyzmu dziecięcego albo późniejszym okresem wystąpienia (po 3. r. ż.), albo brakiem spełnienia wszystkich wymienionych kryteriów.

Zespół Retta ujawnia się natomiast między 7. a 24. miesiącem życia, dochodzi wtedy do utraty nabytych zdolności i wystąpienia nasilonych objawów neurologicznych. Etiologia zespołu nie jest znana, występuje wyłącznie u dziewczynek.

Do grupy inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne należą m.in.: ośpienie dziecięce, zespół Hellera, psychoza dezintegracyjna [1]. Są to zaburzenia o niezna-

nej etiologii, najprawdopodobniej związane z organiczną dysfunkcją mózgu, w których postać zejściowa w dużym stopniu podobna jest do autyzmu.

Zespół Aspergera traktowany jest niekiedy jako łagodna postać autyzmu [3] i charakteryzuje się tymi samymi objawami osiowymi co autyzm, a różni się brakiem opóźnienia rozwoju mowy i rozwoju poznawczego. Występować ma u chłopców o prawidłowym ilorazie inteligencji. Dzieci z zespołem Aspergera spostrzegają w otoczeniu inne osoby, ale traktują je jako przeszkadzające [2].

Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych stwierdzono u 3,7% chłopców i 1,9% dziewcząt przyjętych po raz pierwszy. Obejmują one specyficzne zaburzenia czytania, analizy dźwiękowo-literowej, liczenia. U dzieci z powyższym rozpoznaniem inteligencja jest prawidłowa, ale nie radzą sobie one z opanowaniem materiału szkolnego i wymagają specjalistycznej terapii pedagogicznej. Zaburzenia czytania występują u 3–10% wszystkich dzieci szkolnych, często towarzyszą im zaburzenia artykulacji. W związku z trudnościami szkolnymi mogą pojawiać się wtórne nawarstwienia nerwicowe.

Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka często poprzedzają wystąpienie zaburzenia umiejętności szkolnych. Najczęściej rozpoznawane są zaburzenia artykulacji, gdzie w wyniku błędów w wymawianiu dźwięków przez dziecko jego mowa staje się niezrozumiała dla osób postronnych, przy czym poziom umiejętności językowych dziecka jest prawidłowy. Zaburzenia ekspresji mowy mogą być rozpoznane, jeśli dziecko 2-letnie nie wypowiada słów, a w wieku 3 lat nie potrafi zbudować frazy złożonej z 2 słów [1]. Najcięższą postacią zaburzeń w tej grupie jest zaburzenie rozumienia mowy, gdy dziecko nie osiąga poziomu rozumienia mowy odpowiedniej do wieku umysłowego. Najczęściej towarzyszą mu zaburzenia artykulacji i ekspresji mowy. W badanej grupie zaburzenia rozwoju mowy i języka występowały u 2,1% chłopców i 1,9% dziewczynek.

Rozpoznanie F 41 w klasyfikacji ICD 10 oznacza inne zaburzenia lękowe, rozpoznane zostały u 2,2% chłopców i 2,6% dziewcząt. Objawy obejmują występowanie uporeczywego, „wolnopłynącego” lęku, niezależnego od czynników zewnętrznych, któremu towarzyszą różnorodne dolegliwości somatyczne. Lęk paniczny, rzadziej występujący, charakteryzuje się nawracającymi napadami ciężkiego lęku z nasilonymi objawami somatycznymi, którego wystąpienia nie można przewidzieć. Lęk jako samodzielny zespół chorobowy pojawia się w 5–10% populacji ogólnej [9], w populacji dzieci rozpowszechnienie wynosi 2–10% z przewagą u dziewczynek [3].

Zaburzenia zachowania są szacowane na 5–15% w populacji [10], często towarzyszą im niekorzystne warunki psychospołeczne. Wśród badanych zaburzenia te występowały u 4% chłopców i 4,6% dziewczynek. Najbardziej charakterystyczną cechą tej grupy zaburzeń jest nawracające występowanie zachowań typu agresywnego, buntowniczego i dyssocjalnego.

Zaburzenia lękowe w postaci fobii dotyczyły u badanych najczęściej sytuacji szkolnej (1,3% chłopców i 2,6% dziewczynek). Fobia szkolna może wystąpić

w postaci ostrej, kiedy po wystąpieniu sytuacji stresowej w szkole dziecko odmawia stanowczo pójścia do niej, lub w sposób przewlekły (bez uchwytnego powodu), kiedy uczeń coraz niechętniej wyrusza do szkoły, zaczyna zgłaszać dolegliwości somatyczne i stopniowo dochodzi do odmowy chodzenia do szkoły. Zawsze należy brać pod uwagę okoliczności wystąpienia problemu oraz możliwość wystąpienia w określonych przypadkach lęku separacyjnego [3].

Tiki są to nagłe, szybkie, stereotypowo powtarzające się ruchy różnych, ograniczonych grup mięśni, ponadto mogą występować tiki wokalne (dźwiękowe), lub mogą one współistnieć [11]. Tiki proste występują u ok. 10% dzieci, a przewlekłe u 0,01–5%, w grupie badanej tiki występowały u 1,3% chłopców i 0,7% dziewczynek i w większości były to tiki przewlekłe. Najcięższą postacią tików jest zespół Gilles de la Tourette'a, gdzie dodatkowo występują objawy o typie koprofalii.

Występujące u dzieci reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (1,3% chłopców i 4,6% dziewczynek) najczęściej związane były z niekorzystną, a nawet dramatyczną sytuacją rodzinną (przemoc fizyczna związana z uzależnieniem od alkoholu).

Nieorganiczne zaburzenia snu występowały wśród badanych dzieci najczęściej pod postacią lęków nocnych, koszmarów sennych i somnambulizmu (0,8% chłopców i 0,1% dziewcząt). Lęki nocne i somnambulizm są zaburzeniami pokrewnymi, uwarunkowanymi przez czynniki genetyczne, rozwojowe, organiczne i psychologiczne.

Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną występują częściej u dziewcząt (4,6%) niż u chłopców (0,8%). Charakteryzują się nawracającymi, zmiennymi skargami na dolegliwości somatyczne, czemu często towarzyszą objawy depresyjne, lękowe.

W badanej grupie u 0,8% chłopców i 3,3% dziewczynek rozpoznano zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne [1]. Rozpowszechnienie w populacji ogólnej wynosi ok. 0,5% i w 2/3 przypadków rozpoczyna się przed 15. r. ż. W przebiegu OCD występują myśli i czynności natrętne, przy czym u dzieci mogą one przebiegać bez wewnętrznego oporu i z włączaniem rodziny do rytuałów.

Z grupy zaburzenia funkcjonowania społecznego, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym, stwierdzono mutyzm wybiórczy u 0,8% chłopców i 1,9% dziewczynek. Dzieci te nie nawiązują kontaktu werbalnego zwykle z nikim, oprócz bliskiej rodziny i czasem kilkorga znajomych dzieci. Milczące, zahamowane i nieśmiałe w szkole – w środowisku domowym przejawiają zwykle żywą ekspresję werbalną, chęć dominacji, małą tolerancję stresu. W populacji ogólnej mutyzm występuje w ilości 2–5 dzieci na 10 000 z przewagą płci żeńskiej.

Epizod depresyjny wystąpił po raz pierwszy u 0,5% chłopców i 1,3% dziewczynek. W danych z piśmiennictwa rozpowszechnienie depresji wśród dzieci szacowane jest w bardzo szerokich granicach 0,1–60%. Jest to związane z niejednorodnymi kryteriami rozpoznawczymi i przebiegiem choroby u dzieci w innej postaci, niż u dorosłych z dużą zmiennością objawów.

Schizofrenia, a właściwie zaburzenia schizofreniczne wystąpiły po raz pierwszy u 0,5% chłopców i 0,5% dziewcząt. Cechują się one charakterystycznymi zaburzeniami myślenia i spostrzegania oraz niedostosowanym i spłyconym afektem. U dzieci najczęściej występuje postać hebefreniczna, katatoniczna i paranoidalna.

WNIOSKI

Ilość dzieci przyjętych po raz pierwszy jest większa niż przyjmowanych po raz kolejny (52 % i 48%). Widać wyraźną przewagę zgłaszanych do Poradni Zdrowia Psychicznego chłopców niż dziewcząt (68% i 32%).

Najczęściej stawianymi zarówno u dziewcząt, jak i chłopców rozpoznaniem były zespoły z grupy F 90-98 (wg ICD 10), tj. zaburzenia zachowania i emocji, rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (51,9% wszystkich postawionych rozpoznań), w tym F 93 (zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się głównie w dzieciństwie) stanowiły 36,4% tej grupy, a zaburzenia hiperkinetyczne (F 90) – 24%.

Kolejnymi pod względem stawianych rozpoznań były upośledzenia umysłowe (18,8% całej grupy), w tym najliczniejszą grupę stanowiły upośledzenia umysłowe lekkie (53,4% tej grupy).

Grupa badanych – całościowe zaburzenia rozwojowe stanowiła 11,4% wszystkich rozpoznań, przy czym najliczniej stwierdzano F 84.1, tj. autyzm atypowy.

Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną stwierdzono u 8,9% wszystkich badanych dzieci, z przewagą rozpoznania F 43, tj. reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (29% rozpoznań w tej grupie). Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F 50-59 wg ICD 10) stanowiły 1,7% rozpoznań z przewagą zaburzeń odżywiania – 79%).

Piśmiennictwo

- [1] Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy i wskazówki diagnostyczne. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997.
- [2] Orwid M., Pietruszewski K., Psychiatria dzieci i młodzieży. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
- [3] Goodman R., Scott S., Psychiatria dzieci i młodzieży, wyd. pol. red. J. Rabe-Jabłońska. Urban&Partner, Wrocław 2000.
- [4] Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia, (red.) I. Namysłowska. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
- [5] Barker P., Podstawy psychiatrii dziecięcej. PZWL, Warszawa 1974.
- [6] Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych, (red.) S. Pużyński i M. Beresewicz. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993.

- [7] Psychiatria wieku rozwojowego, (red.) A. Popielarska. PZWL, Warszawa 1989.
- [8] Psychiatria Polska T. 28: 1994; 5: 507-509.
- [9] Leksykon psychiatrii, (red.) S. Pużyński. PZWL, Warszawa 1993.
- [10] Kaplan H., Sadock B., Psychiatria kliniczna, Urban&Partner. Wrocław 1995.
- [11] Psychiatria, T. 1, (red.) A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski i wsp., Urban&Partner, Wrocław 2002.
- [12] Psychiatria, (red.) S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński. PZWL, Warszawa 1985.