

SŁOWO WSTĘPNE



dr n. med. Aleksandra Lewandowska

Ostatnie lata to czas pełen wyzwań, okres, w którym tak bardzo istotna okazała się umiejętność adaptacji do zmieniających się warunków, a rosnąca liczba dzieci i młodzieży wymagających specjalistycznej opieki psychiatrycznej czy psychoterapeutycznej wskazuje na to, że jako dorośli mamy bardzo wiele do zrobienia w zakresie pomocy, zwłaszcza najmłodszym.

Oddana w Państwa ręce monografia wnikliwie, a jednocześnie w szerokim ujęciu, porusza bardzo ważne zagadnienia związane z psychiatrią wieku rozwojowego, której fundamentem w procesie diagnozy i leczenia jest uważność. Poruszane w poszczególnych artykułach zagadnienia odpowiadają na potrzeby szerokiego grona odbiorców, ponieważ dotyczą nie tylko psychologii, psychiatrii i psychoterapii wieku rozwojowego, lecz także wybranych aspektów prawnych związanych z określonym obszarem naszej pracy.

Czytelnik znajdzie w niniejszej publikacji odpowiedzi na wiele pytań dotyczących obecnej rzeczywistości: Dlaczego tak ważne jest wprowadzenie do codziennej praktyki klinicznej nowej, jedenastej wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, w szczególności w odniesieniu do małoletnich pacjentów z doświadczeniem długotrwałych traumatycznych wydarzeń? Dlaczego w rozumieniu problemów dziecka/nastolatka niezwykle istotne dla diagnosty powinno być wnikliwe przyjrzenie się początkom kształtowania się więzi rodzicielskiej? I dlaczego w tym kontekście tak ważna dla dalszego rozwoju dziecka jest wczesna interwencja terapeutyczna? Czy mówiąc o fonoholizmie, mamy już do czynienia z epidemią? Czy jesteśmy o krok od tego zjawiska? A może telefon jest po prostu wygodnym narzędziem, stanowiącym rodzaj przekątnika treści, a źródłem uzależnienia jest internet, bez którego smartfon w wielu przypadkach byłby bezużyteczny? Jak należy rozumieć zagadnienie kształtującej się nieprawidłowo osobowości i od kiedy w odniesieniu do dzieci i młodzieży można mówić o takim rozpoznaniu? Jak definiować to zjawisko? I dlaczego zajmowanie się diagnozą nieprawidłowo kształtującej się osobowości jest niezwykle ważne dla podejmowania wczesnych i adekwatnych działań psychoterapeutycznych? W odniesieniu do nowatorskich metod leczenia w psychiatrii wieku rozwojowego artykuł opisujący zastosowanie technik neurostymulacji wybranych zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego odpowie z kolei na pytanie, dlaczego taka forma terapii jest szansą na stabilne funkcjonowanie dla tej grupy małoletnich pacjentów.

Mam nadzieję, że po opracowanie, które powstało dzięki wspaniałej pracy i zaangażowaniu Autorów oraz wydawnictwa, sięgną wszyscy, którym bliskie są problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Zapraszam do lektury.

dr n. med. Aleksandra Lewandowska

Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej
im. Józefa Babińskiego w Łodzi

PSYCHIATRIA

po Dyplomie

6 Nieprawidłowo kształtująca się osobowość u dzieci i młodzieży – diagnoza i terapia

*dr n. med. Paulina Kwarta-Budziarek,
mgr Małgorzata Latusek-Łukasiewicz*

13 Trudni rodzice – trudne dzieci

*prof. dr hab. n. med. Irena Namysłowska,
dr n. med. Magdalena Namysłowska*

20 Błędy opiniodawcze w psychiatrii dzieci i młodzieży oraz odpowiedzialność karna za ich popełnienie

*dr n. med. Aleksandra Lewandowska,
dr hab. n. pr. Rafał Kubiak, prof. UŁ i prof. UM w Łodzi*

29 Zespół Sotosa i ADHD – wariant behawioralny rzadkiego zespołu genetycznego czy współchorobowość?

lek. Klaudia Łęgowik, dr n. med. Rafał Szmajda

32 Stan psychiczny dzieci, młodzieży i studentów po pandemii COVID-19

*prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik, Michał Wizner,
Natalia Rodak, lek. Krzysztof Maria Wilczyński*

PSYCHIATRIA

po Dyplomie

- 40** Wpływ doświadczeń traumatycznych na rozwój dziecka i dalszy przebieg życia – neurobiologiczne konsekwencje traumy

lek. Daria Janowska

- 51** Więzy, która daje bezpieczeństwo. Psychoterapia rodzic-niemowlę

dr n. med. Lidia Popek

- 57** Nieinwazyjne techniki neuromodulacji w psychiatrii wieku rozwojowego – szanse i zagrożenia

lek. Katarzyna Kuchta

- 64** Fonoholizm i inne nawyki cyfrowe jako nowe formy zaburzeń behawioralnych u dzieci i młodzieży

Joanna Stankiewicz

- 74** Złożony zespół stresu pourazowego u dzieci i młodzieży – walidacja nowego zaburzenia w ICD-11

Oliwia Froń, dr n. med. Aleksandra Lewandowska

Wydawca**Medical Tribune Polska Sp. z o.o.**

00-844 Warszawa, ul. Grzybowska 87

tel. 22 444 24 00

Redakcja

Agnieszka Jagodzińska-Kurta (koordynator projektu), Anna Marszałek-Florkiewicz (redaktor prowadząca),

Karolina Gwarek, Anna Marszałek-Florkiewicz (redakcja), Bogusz Soiński (korekta),

dr n. hum. Mariusz Górnicz (korekta abstraktów), Beata Ciuruś (skład i łamanie)

Recenzenci naukowi

dr hab. n. med. Magdalena Kotlicka-Antczak, prof. UM, prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk

Projekt layoutu

Aleksandra Zygałło

Dział reklamy

Michał Przywoźny

m.przywozny@medical-tribune.pl

Kierownik dystrybucji i baz danych

Anita Gołaszewska

Ilustracja okładkowa

AlexLinch/iStock/Getty Images Plus/Getty Images

Druk

ARTDRUK Sp. z o.o.

ul. Napoleona 2, 05-230 Kobyłka

www.artdruk.com



Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.

Publikacja ta jest przeznaczona tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz.1381 z późn. zmianami i rozporządzeniami).

© 2023 Copyright Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

Wszelkie prawa zastrzeżone w języku polskim i angielskim. Żadna część niniejszej publikacji nie może być wykorzystywana bez pisemnej zgody Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

Każdy lekarz powinien kierować się własnym doświadczeniem klinicznym przy podejmowaniu decyzji o przewadze korzyści z leczenia nad ryzykiem toksyczności. Lekarze proszeni są o zapoznanie się z pełną informacją o preparatach wymienionych w artykułach, zamieszczoną na opakowaniach leków lub w materiałach promocyjnych producentów.

Nieprawidłowo kształtująca się osobowość u dzieci i młodzieży – diagnoza i terapia

- Obraz kliniczny zaburzeń osobowości występujących u dzieci i młodzieży
- Główne przyczyny rozwoju tego typu zaburzeń
- Postępowanie psychoterapeutyczne w przypadku nieprawidłowo kształtującej się osobowości

dr n. med.
Paulina Kwarta-Budziarek

mgr Małgorzata
Latusek-Łukasiewicz

Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci, Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Józefa Babińskiego w Łodzi

Z nieprawidłowo kształtującą się osobowością u dzieci i młodzieży mamy do czynienia wtedy, gdy młodzi ludzie przejawiają istotne klinicznie, trwałe, nieprzystosowawcze wzory myślenia i odczuwania, powodujące cierpienie lub uniemożliwiające funkcjonowanie, prowadzące w konsekwencji do zaburzeń osobowości¹.

Poruszając zagadnienie osobowości kształtującej się nieprawidłowo, należy zastanowić się przede wszystkim, od kiedy w odniesieniu do dzieci i młodzieży można mówić o ukształtowanej osobowości, oraz pochylić się nad samą jej definicją. W ujęciu psychologicznym osobowość opisuje się jako ogólne właściwości jednostki – zachowanie, postawy, zainteresowania, a także indywidualne cechy, które określają jej sposób reagowania i przejawiają się automatycznie w każdej sferze funkcjonowania². Osobowość cechuje ciągłość, począwszy od 3 r.ż., poprzez dzieciństwo, adolescencję, aż po wiek dojrzały¹. Diagnoza osobowości nie tylko ją opisuje, lecz jest także wyjaśnieniem wzorca uczuć, myśli i zachowania, może również stanowić prognozę prawdopodobnych reakcji osoby w różnych sytuacjach². Wskazuje się, że udział czynników genetycznych w kształtowaniu osobowości wynosi ok. 40%. W pozostałym zakresie na jej kształtowanie się wpływają czynniki środowiskowe. Należy do nich zaliczyć m.in. jakość relacji z rodzicami oraz funkcjonowanie rodziny jako systemu, relacje rówieśnicze, doświadczenia związane z innymi znaczącymi osobami, choroby psychiczne i uzależnienia rodziców, traumatyzujące doznania³.

Jeśli chodzi o stwierdzanie występowania zaburzonej osobowości w omawianej grupie wiekowej, można wyróżnić dwa stanowiska wśród specjalistów pracujących z dziećmi i młodzieżą. Pierwsze z nich zakłada, że należy jak najwcześniej rozpoznawać zagrożenie w postaci nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Istnienie cech zaburzonej osobowości w wieku rozwojowym może bowiem opóźnić lub nawet uniemożliwić przystosowawcze funkcjonowanie w dorosłym życiu, dlatego tak ważne wydaje się wdrażanie oddziaływań psychoterapeutycznych jak najszybciej. Z kolei według założeń drugiego z podejść, wykluczającego możliwość ustalenia rozpoznania zaburzeń osobowości w analizowanym okresie życia, trudno mówić o stałych cechach osobowościowych u adolescentów. Dodatkowo wskazuje się, że mogłoby to być stygmatyzujące dla młodej osoby.

Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości u osób w okresie dojrzewania

W piśmiennictwie brakuje wystarczających danych pozwalających ostatecznie ocenić rozpowszechnienie zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym, jednak dane szacunkowe wskazują na występowanie zaburzeń osobowości w tej grupie na poziomie od 6 do 17%⁴. Dla porównania – zaburzenia osobowości u dorosłych należą do najczęściej rozpoznawanych zaburzeń psychicznych, ich rozpowszechnienie wynosi od 10 do 13% w populacji ogólnej⁵.

Kryteria diagnostyczne

Zaburzenia osobowości mają początek w dzieciństwie, przekształcają się we wczesnym okresie adolescencji,

a utrwalają na przełomie okresu nastoletniego i wczesnej dorosłości. Implikuje to stwierdzenie, że próg wiekowy 18 lat, który umożliwił rozpoznanie zaburzeń osobowości we wcześniejszych klasyfikacjach diagnostycznych, nie jest konieczny do identyfikacji symptomów nieprawidłowo kształtującej się osobowości, ponieważ są one widoczne już w okresie późnego dzieciństwa⁶.

Oficjalne systemy klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (ICD-11) oraz zaburzeń psychicznych (DSM-5) różnią się w sposobie ujmowania zaburzeń osobowości od poprzednich edycji, zmieniając podejście kategoriale na dymensjonalne⁷. Współczesne klasyfikacje traktują zaburzenia osobowości jako skrajne warianty jej normatywnych wymiarów, występujące w wieku rozwojowym i będące zagrożeniem dla funkcjonowania psychicznego człowieka w dorosłym życiu⁶.

Diagnoza na podstawie ICD-11 polega na oszacowaniu jednego wskaźnika nasilenia zaburzenia osobowości (brak zaburzenia, trudności osobowościowe, łagodne zaburzenie osobowości, umiarkowane zaburzenie osobowości, głębokie zaburzenie osobowości), pięciu wskaźników dysfunkcyjnych, tzw. cech-domen (negatywny afekt, izolacja, dysocjalność, rozhamowanie, anankastyczność), z możliwością zastosowania dodatkowego kwalifikatora wzorca borderline⁷.

Obecnie do opisu i badań nad nieprawidłowo kształtującą się osobowością najczęściej wykorzystywane są kryteria diagnostyczne DSM-5 opracowane dla osób dorosłych (przy czym nie jest to rozwiązanie optymalne). Zgodnie ze wspomnianą klasyfikacją przez zaburzenie osobowości rozumie się trwałe wzorce wewnętrzne doświadczenia i zachowania, który w istotny sposób odbiega od oczekiwań występujących w kulturze, w jakiej dana jednostka żyje. Zaburzenie osobowości uwidacznia się w adolescencji lub wczesnej dorosłości, jest związane z małą elastycznością oraz prowadzi do przeżywania stresu, napięć, a nawet upośledzenia funkcjonowania. Wzorec zaburzonej osobowości ujawnia się co najmniej w dwóch z czterech obszarów:

- poznawczym (sposób postrzegania i interpretowania siebie, innych ludzi i wydarzeń)
- afektywnym (przejawia się w różnych zakresach, sile, stopniu zmienności i adekwatności przeżyć emocjonalnych)
- funkcjonowaniu interpersonalnym (zaburzenie w zakresie funkcjonowania z innymi ludźmi)
- kontroli impulsów (problem w kontrolowaniu stanów emocjonalnych i zachowań).

Wzorec zaburzonej osobowości jest sztywny, stabilny w czasie i manifestuje się w wielu sytuacjach osobistych i społecznych, ponadto prowadzi do klinicznie znaczącego cierpienia lub ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym czy zawodowym. Według przywołanej klasyfikacji jedna osoba może przejawiać symptomy kilku zaburzeń osobowości⁸. Jeśli osoba nie skończyła 18 lat, należy upewnić się, że objawy występowały u niej co najmniej przez 12 ostatnich miesięcy⁹.

Poniżej zaprezentowano charakterystykę typów zaburzeń osobowości zgodnie z klasyfikacją DSM-5.

Zaburzenia osobowości z wiązki A

Osoby z zaburzeniami osobowości z wiązki A są na ogół chłodne, wycofane, podejrzliwe albo nieracjonalne. Do wiązki A zaliczamy:

- osobowość paranoiczną, którą cechuje nieufność i podejrzliwość, a także interpretowanie motywów innych osób jako wrogich
- osobowość schizoidalną, która unika bliskich relacji, wycofuje się z relacji społecznych, ma ograniczony zakres emocji
- osobowość schizotypową, dla której charakterystyczne są ekscentryczne zachowanie, niezwykle sposób mówienia i spostrzegania, a bliskie relacje wiążą się z silnym dyskomfortem.

Zaburzenia osobowości z wiązki B

Osoby z zaburzeniami osobowości z wiązki B mają tendencję do zachowań teatralnych, są chwiejne, nadmiernie okazują emocje, przeżywają intensywne konflikty interpersonalne. Do wiązki B należy:

- osobowość antyspołeczna, dla której charakterystyczne jest nieodpowiedzialne, często przestępcze zachowanie, niepowodujące wyrzutów sumienia
- osobowość borderline, którą cechuje niestabilność w relacjach interpersonalnych i przeżywaniu emocji, a także znaczna impulsywność
- osobowość histrioniczna, której cechy to rozpaczliwe zabieganie o uwagę innych, potrzeba uzyskiwania zapewnień dotyczących swojej atrakcyjności oraz tendencja do nadmiernej emocjonalności
- osobowość narcystyczna, której pragnieniem jest bycie podziwianym, wykazywanie poczucia uprzywilejowania oraz brak współczucia dla innych.

Zaburzenia osobowości z wiązki C

Osoby z zaburzeniami osobowości z wiązki C mają tendencję do nadmiernego opanowania, można je także opisać jako pełne lęku. W wiązce C występuje:

- osobowość unikająca, której przypisuje się niechętnie nawiązywanie relacji z innymi ze względu na nieśmiałość i wrażliwość na krytykę
- osobowość zależna, dla której charakterystyczna jest potrzeba związku z innymi i ich aprobaty, obawa przed porzuceniem
- osobowość obsesyjno-kompulsyjna, cechująca się perfekcjonizmem, sztywnością i trudnością z wyrażaniem uczuć⁹.

Analizując objawy nieprawidłowo kształtującej się osobowości u dzieci i młodzieży, należy wziąć pod uwagę specyfikę wieku rozwojowego, w szczególności okresu dojrzewania. Zachowania związane z przebiegającym procesem separacji i indywidualizacji młodej osoby mogą zostać mylnie zinterpretowane jako objaw rozwijających się zaburzeń osobowości¹⁰. Brak ściśle sformułowanych kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości w tej grupie wiekowej istotnie utrudnia to rozróżnienie.

Etiologia zaburzeń osobowości z wiązki A, B i C

Klaster A

Przypuszcza się, że w etiologii zaburzeń osobowości z klastra A (zwłaszcza schizotypowej) mogą odgrywać rolę takie czynniki biologiczne, jak: mniejsza objętość obustronna w płatach potyliczno-bocznych, zmniejszona objętość substancji białej w płacie czołowym i mózdzku, większa objętość prawego jądra ogoniastego. Podkreśla się także znaczenie czynników prenatalnych, takich jak niedożywienie i zakazenia w czasie ciąży, powikłania okołoporodowe, wcześniactwo. Wśród czynników społecznych wymienia się: separację od matki na wczesnym etapie życia, zaniedbywanie potrzeb dziecka i przemoc ze strony rodziców, przemoc rówieśniczą, stresujące wydarzenia życiowe. Do rozwoju paranoicznego zaburzenia osobowości mogą się przyczyniać: wczesna separacja, doświadczenie przemocy (zwłaszcza emocjonalnej), nadmierna kontrola połączona ze stosowaniem kar lub zaniedbywanie ze strony rodziców. Przemoc emocjonalna oraz seksualna ma ponadto znaczenie w przypadku kształtowania się schizoidalnego zaburzenia osobowości⁶.

Klaster B

W rozwoju objawów zaburzeń osobowości z klastra B (w szczególności borderline) wskazuje się na znaczący udział czynników genetycznych, jednak nie można jednoznacznie określić mechanizmu ich oddziaływania. W zakresie czynników biologicznych sugeruje się wpływ: dysfunkcji w układzie serotonergicznym i dopaminergicznym, deficytów w układzie cholinergicznym i noradrenergicznym, obecności zredukowanej istoty szarej w korze oczodołowo-czołowej i w przednim zakręcie kory oraz w grzbietowo-bocznej korce przedczołowej i przednim zakręcie kory obręczy. Podkreśla się ponadto rolę nieefektywnego rodzicielstwa, przede wszystkim niedostosowanego do temperamentu dziecka.

Wśród czynników zwiększających ryzyko rozwoju osobowości typu borderline istotna wydaje się przemoc emocjonalna, fizyczna i seksualna. Ważnym czynnikiem w jej etiologii jest pozabezpieczny styl przywiązania, szczególnie lękowo-ambivalentny i zdeorganizowany.

Wśród czynników biologicznych mających potencjalny wpływ na rozwój antyspołecznego zaburzenia osobowości wymienia się m.in. nasilone objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD – attention deficit hyperactivity disorder), zwraca się także uwagę na występowanie tzw. trudnych cech temperamentu u dziecka. Ponadto w rozwoju zaburzeń antyspołecznych oraz borderline podkreśla się znaczenie interakcji uwarunkowań neuroanatomicznych (reaktywność ciała migdałowatego, dysfunkcja w obszarze płatów czołowych, kory przedczołowej, wyspy i jądra ogoniastego) z uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi. Do czynników rodzinnych zalicza się trudności w komunikacji i nieprawidłowości w relacjach rodzinnych oraz obecność przemocy fizycznej.

Za czynniki ryzyka rozwoju narcystycznego zaburzenia osobowości uznaje się obecność zaburzeń zachowania i chęć