

# Zdrowie psychiczne małych dzieci: klasyfikacja i znaczenie dla klinicystów

Boolang R. Ahamat,<sup>1</sup> Helen Minnis<sup>2</sup>

*The Psychiatrist* (2012), 36, 230-234

Zdrowie psychiczne małych dzieci coraz częściej jest przedmiotem badań, jednak uzyskiwane wyniki nie przekładają się powszechnie na rozwój opieki psychiatrycznej. Rozpoznawanie zaburzeń zdrowia psychicznego u małych dzieci ma znaczenie dla wszystkich specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, jednak stawianie rozpoznań w tej grupie wiekowej może być szczególnym wyzwaniem. Klasyfikacje zaburzeń psychicznych są najeżone trudnościami w zakresie standaryzowanych rozpoznań u małych dzieci, próbując jednocześnie zakreślić przydatne klinicznie, znaczące ramy. Klasyfikacja diagnostyczna DC:0-3 wydaje się mieć mocne strony, np. wydzielenie odrębnej przestrzeni dla zaburzeń więzi, a tym samym zachęcanie do pogłębionej oceny dziecka i jego rodziny. Gromadzi się coraz więcej informacji dotyczących ośrodków zajmujących się zdrowiem psychicznym małych dzieci na całym świecie oraz badania tej grupy pacjentów w praktyce klinicznej. Celem tego artykułu jest dostarczenie klinicytom informacji z tej rozwijającej się dziedziny.

Zrozumienie zdrowia psychicznego małych dzieci ma zasadnicze znaczenie w wielu dziedzinach psychiatrii: w psychiatrii dorosłych, psychiatrii sądowej, psychiatrii uzależnień i trudności szkolnych. Zaburzenia przejawiane przez samych pacjentów mogą wywierać głęboki wpływ na ich relacje z małymi dziećmi i na rozwój dzieci w przyszłości. Problemy pojawiające się we wczesnym dzieciństwie mogą sygnalizować zaburzenia psychiczne u małych dzieci, trudności w relacji między dzieckiem a opiekunem lub być wczesnym objawem ostrzegawczym znanych zespołów pojawiających się w środkowym okresie dzieciństwa.<sup>1</sup> W ośrodkach psychiatrycznych na całym świecie te problemy zyskują na znaczeniu, ponieważ interwencje podejmowane w pierwszych latach życia mogą być opłacalne z perspektywy finansowej (rycina)<sup>2</sup> i prowadzić do zmiany rokowania u objętych nimi dzieci.<sup>3</sup> Na rycinie przedstawiono interwencje edukacyjne u dzieci mające również duże znaczenie dla ich zdrowia: wielokrotnie wykazano, że ukierunkowane, oparte na dowodach interwencje we wczesnych latach życia mogą głęboko i długotrwale wpływać na wiele różnych parametrów, w tym przestępczość, używanie substancji psychoaktywnych, zachowania seksualne i dochody.<sup>4,5</sup>

Problemy w pierwszych miesiącach i latach życia mogą później wiązać się z wieloma różnymi trudnościami w ciągu całego

życia, w tym z zaburzeniami zachowania/osobowością społeczną, samobójstwami i chorobami układu krążenia.<sup>6,7</sup> Na przykład dzieci z utrzymującą się agresją o wczesnym początku przejawiają narastające problemy; w okresie dojrzewania charakteryzuje je już dziewięciokrotnie zwiększone ryzyko zgonu z różnych przyczyn.<sup>8</sup> Koszty społeczne będą dziesięciokrotnie wyższe niż w przypadku ich rówieśników nieprzejawiających agresywnych zachowań.<sup>9</sup> Obecnie dostępne są skuteczne wczesne interwencje i programy prewencyjne ukierunkowane na różnego rodzaju trudności.<sup>10-13</sup> Mimo coraz lepszego zrozumienia znaczenia zdrowia psychicznego we wczesnym dzieciństwie nie przekłada się to jednak na rozwój opieki psychiatrycznej. Może to być, przynajmniej częściowo, spowodowane tym, że lekarzom brakuje przekonania i narzędzi do diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u małych dzieci.

Mimo eksplozji badań dotyczących zdrowia psychicznego małych dzieci w ostatnich latach, przełożenie ich wyników na praktykę kliniczną jest trudne. Skovgaard i wsp.<sup>14</sup> w przeglądzie badań zwrócili uwagę na luki w piśmiennictwie dotyczące zdrowia psychicznego małych dzieci; szczególnie na to, że badania przeważnie są prowadzone z udziałem niewielkich grup dzieci i rodzin wysokiego ryzyka, a wykorzystywane metody oceny zależności mogą być kosztowne i czasochłonne. Autorzy tego badania postanowili sprawdzić w piśmiennictwie, jakie

<sup>1</sup>NHS Greater Glasgow and Clyde, Glasgow, UK; <sup>2</sup>University of Glasgow, UK.

Boolang R. Ahamat, Specialty Trainee (ST5) in Child and Adolescent Psychiatry, NHS Greater Glasgow and Clyde, Scotland, UK, Helen Minnis, Senior Lecturer in Child and Adolescent Psychiatry, Mental Health and Well Being, College of Medicine, Veterinary Science and Life Sciences, University of Glasgow, Scotland, UK.

Adres do korespondencji: Helen Minnis; e-mail: helen.minnis@glasgow.ac.uk

Konflikt interesów: brak.

problemy zostały uznane – z klinicznego punktu widzenia – za ważne dla zdrowia psychicznego małych dzieci oraz jakimi parametrami posługiwano się w praktyce klinicznej do klasyfikowania zaburzeń w tej grupie wiekowej.

### Jak mogłaby wyglądać opieka psychiatryczna dla małych dzieci?

Brakuje przeprowadzonych w ośrodkach klinicznych badań dotyczących zdrowia psychicznego małych dzieci. W jednym z badań klinicznych stwierdzono, że większość obciążonych wysokim ryzykiem pacjentów pochodzących z ubogich warstw społecznych trafia do tych ośrodków w trzecim roku życia i przyjęto założenie, że lekarze przeważnie nie kierują do psychiatry niemowląt, które nie ukończyły pierwszego roku życia.<sup>15</sup> Zauważono, że zaburzenia psychiczne u małych dzieci, takie jak zaburzenie stresowe pourazowe (post-traumatic stress disorder, PTSD), zaburzenia w zakresie kontroli i całościowe zaburzenia rozwojowe<sup>16</sup> częściej występują między 25 a 36 miesiącem życia w porównaniu z okresem wcześniejszym, co może wiązać się z tym, że objawy tych zaburzeń ujawniają się dopiero wtedy, kiedy dziecko przechodzi przez określone, typowe dla tego okresu, stadia rozwojowe.<sup>15</sup> Zaburzenia I osi według Diagnostycznej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń rozwojowych w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie (DC:0-3) są częściej rozpoznawane od 3 r.ż., przy czym obserwuje się rosnącą częstość rozpoznawania zaburzeń neurorozwojowych przy jednoczesnej zmniejszającej się częstości zaburzeń karmienia i zaburzeń snu w porównaniu z pierwszym rokiem życia,<sup>17</sup> co wydaje się zrozumiałe, biorąc pod uwagę stadia rozwojowe, przez które przechodzi dziecko w tym okresie. Natomiast częstsze kierowanie dzieci do psychiatry od drugiego roku życia może wiązać się z krytycznym okresem rozwojowym/podatkowości, kiedy stają się widoczne, że możliwości rozwojowe odbiegają od normy i rodzice zgłaszają się po poradę.<sup>17</sup>

W badaniach klinicznych do najczęstszych objawów obserwowanych u dzieci kierowanych do ośrodków psychiatrycznych należały zaburzenia snu<sup>18</sup> i zaburzenia odżywiania się.<sup>19</sup> Przeważająca większość dzieci była kierowana, ponieważ zachowanie dziecka wzbudziło niepokój, a tylko nieliczne rodziny zgłaszały się z powodu pierwotnych problemów w relacjach identyfikowanych przez lekarza kierującego.<sup>19,20</sup>

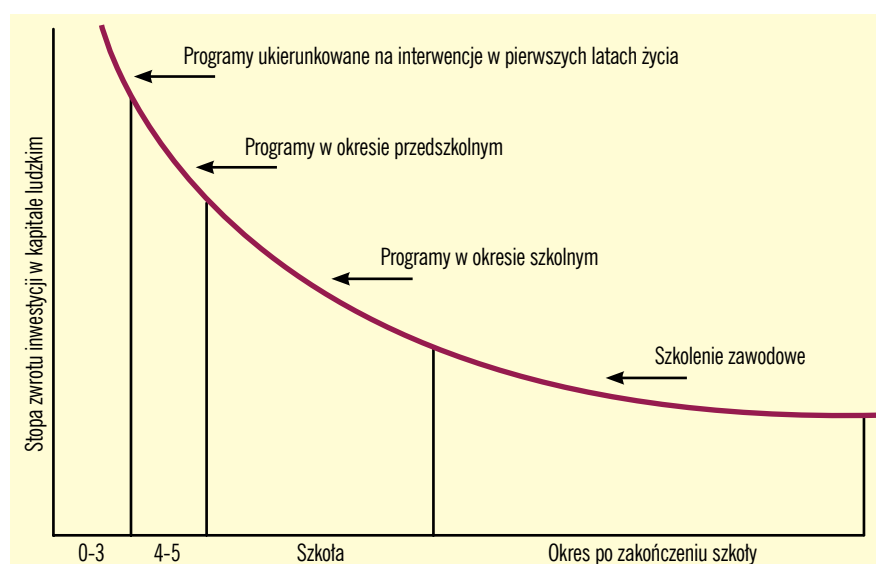
Bakermans-Kranenburg i wsp.<sup>10</sup> przeprowadzili metaanalizę, w której w kwestii interwencji przyjęli zasadę „im mniej, tym lepiej”, biorąc pod

uwagę interwencje ukierunkowane na poprawę relacji rodzic-dziecko i bezpieczeństwa przywiązania. Autorzy stwierdzili, że skuteczność najskuteczniejszych interwencji nie zależała od liczby sesji. Wyniki w tym przypadku pokazały, że pogląd, zgodnie z którym „każda interwencja to dobra interwencja” niekoniecznie jest prawdziwy: najlepsza wydaje się interwencja o ograniczonej liczbie sesji (<16) i jasnych wzorcach zachowań dla rodziców.

### Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u małych dzieci

W badaniach epidemiologicznych wykazano, że zaburzenia we wczesnym dzieciństwie są tak samo upośledzające, uporczywe i związane ze znanymi psychopatologicznymi czynnikami ryzyka jak zaburzenia występujące w innych okresach dzieciństwa.<sup>21</sup> Mimo znaczenia wykrywania problemów ze zdrowiem psychicznym u bardzo małych dzieci wykorzystywanie kryteriów DSM stanowi wyzwanie, co jest uwarunkowane gwałtownymi zmianami rozwojowymi, ograniczonymi możliwościami językowymi i wzajemną zależnością z opiekunami.<sup>21,22</sup> Niektóre rozpoznania DSM-IV można wykorzystać w przypadku bardzo małych dzieci i zachęca się klinicystów do wykorzystywania rozpoznania DSM-IV, jeżeli jest to właściwe.<sup>21</sup> Gillberg<sup>1</sup> stworzył akronim ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations, wczesne zespoły objawowe wymagające oceny neurorozwojowej), który obejmuje część wyzwań napotykanych przez klinicystów przy kategoryzowaniu i diagnozowaniu zaburzeń u dzieci w wieku przedszkolnym. Sugerował, że niektóre objawy mogą pełnić funkcję markerów zaburzeń neurorozwojowych ujawniających się w późniejszym dzieciństwie. Zwracał uwagę na potencjalne

Rycina Zwrot całości zainwestowanych dolarów. Przedrukowano za zgodą.<sup>2</sup>



ograniczenia ostatecznych rozpoznań u dzieci w wieku przedszkolnym, ze względu na znaczne nakładanie się zaburzeń i opinie, że rozdzielanie tych zaburzeń może być przedwczesne i nieprzydatne z klinicznego punktu widzenia.

W przeciwieństwie do tego stanowiska sugerowano, że klasyfikowanie zaburzeń u bardzo małych dzieci może być użyteczne. Egger i Emde<sup>21</sup> przeprowadzili szczegółowy przegląd rozwoju kryteriów klasyfikowania zaburzeń psychicznych we wczesnym dzieciństwie. Narzędzie DC:0-3 stworzono w 1994 roku, aby uzupełnić istniejące systemy klasyfikacyjne i ustalić jasne ramy kliniczne do diagnozowania dzieci w wieku do 4 lat. Research Diagnostic Criteria – Preschool Age (RDC-PA) oferują inną klasyfikację diagnostyczną, silnie spokrewnioną z DSM-IV i promują systematyczne badania nad zdrowiem psychicznym małych dzieci, przedstawiając jasno sprecyzowane kryteria.<sup>23</sup> Narzędzie DC:0-3 zostało poprawione w 2005 roku (DC:0-3R)<sup>16</sup> w dążeniu do połączenia uczenia się w większym stopniu „z góry na dół” (zstępujące) podejścia RDC-PA, które zaczyna się od klasyfikacji wykorzystywanych u dzieci starszych i dorosłych oraz podejścia DC:0-3, w którym wykorzystywana jest wiedza naukowa dotycząca swoiście niemowląt i małych dzieci.<sup>21</sup> Chociaż podobne do RDC-PA pod względem związków z DSM-IV, DC:0-3R jest silniej zorientowane klinicznie i było szeroko wykorzystywane w praktyce klinicznej u dzieci w wieku do 5 lat.<sup>18</sup>

Narzędzie DC:0-3 jest wieloosiową klasyfikacją kategoryjną uwzględniającą pięć osi: oś I – podstawowe rozpoznanie; oś II – klasyfikacja zaburzeń więzi; oś III – zaburzenia i uwarunkowania somatyczne i rozwojowe; oś IV – stresory psychospołeczne; oraz oś V – funkcjonowanie emocjonalne i społeczne.<sup>16</sup> Osie I, III i IV są podobne do występujących w DSM-IV; oś II odzwierciedla nową tendencję do uwzględniania relacji rodzic-dziecko, która może być zaburzona. Emde i Wise<sup>24</sup> sugerowali również uwzględnienie szóstej osi, która dotyczyłaby rodzinnego wywiadu dotyczącego zaburzeń psychicznych, dostępności zasobów rodzinnych i czynników kulturowych.

Podręcznik omawiający DC:0-3 zawiera porady dotyczące używania tego systemu i omawia różne narzędzia diagnostyczne dostępne jako pomoc dla klinicystów przy klasyfikowaniu zaburzeń. Wright i Northcutt<sup>25</sup> opracowali również drzewa decyzyjne, mające pomóc lekarzom w odpowiadaniu na pytania, jakie zadają sobie podczas rozpoznania klinicznego, obserwacji interakcji rodzic-dziecko oraz ocenie czynnościowego emocjonalnego poziomu rozwojowego według DC:0-3.

Przyglądając się zależnościom między DC:0-3 a klasyfikacjami DSM, można dostrzec podobieństwa między zaburzeniami I osi, takimi jak PTSD, zaburzenia adaptacyjne,<sup>26</sup> zaburzenia nastroju, zaburzenia snu i odżywiania się<sup>24</sup> oraz reaktywnymi zaburzeniami przywiązania (reactive attachment disorder, RAD).<sup>18,26</sup> RAD zostało później przyporządkowane do zaburzeń związanych z deprivacją/maltretowaniem w DC:0-3, ze względu na mylenie z zaburzeniami przywiązania, które mogą być umieszczone na osi II.<sup>16</sup>

## Co to są zaburzenia kontroli?

W żadnym innym systemie klasyfikacyjnym nie opisano do tej pory zaburzeń kontroli. W DC:0-3 wyróżnia się kilka podtypów tych zaburzeń. Dotyczą one trudności, jakie dziecko może mieć z kontrolowaniem emocji i zachowań w odpowiedzi na bodźce czuciowe, które prowadzą do nieprawidłowego rozwoju i funkcjonowania.<sup>16</sup> Uważa się, że mają one pewne wspólne cechy z koncepcją temperamentu, gdzie zaburzenia występują w skrajnych jego odmianach.<sup>14</sup> Wyróżnia się następujące podtypy zaburzeń kontroli: nadwrażliwy, lękowy/ostrożny, negatywny/opozycyjny, niewrażliwy/nieraktywny oraz szukający stymulacji/impulsywny.<sup>16</sup> Na początku wykorzystywanie DC:0-3 wykazało, że pediatrzy uznali te terminy za przydatne w opisywaniu bardzo małych (poniżej 12 miesięcy) dzieci, które nie pasują do kryteriów DSM.<sup>26</sup> Stwierdzono nakładanie się zaburzeń kontroli wyróżnianych przez DC:0-3 i diagnozowanych według DSM zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (oppositional deviant disorder, ODD) i nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi (ADHD). Na przykład w jednym badaniu u 13/20 dzieci, u których rozpoznano zaburzenia w zakresie kontroli, zdiagnozowano również ODD lub ADHD według DSM.<sup>18</sup>

## Znaczenie II osi

Uwzględnienie wszystkich osi w DC:0-3 do opisanego zaburzeń kontroli z wykorzystaniem proponowanego narzędzia diagnostycznego Parent Infant Relationship – Global Assessment Scale (PIR-GAS) umożliwia ocenę problemów z przywiązaniem, które mogły nie zostać uwzględnione przy żadnym innym badaniu dziecka.<sup>15,24,27</sup> Pozwala to na poszerzenie myślenia, które wykracza poza samo dziecko i skupi się gdzieś między „dzieckiem z problemem” a opiekunem stanowiącym potencjalną „przyczynę” problemu, zwracając uwagę lekarzy na badanie tej złożonej zależności w standaryzowany i celowy sposób.<sup>15</sup> Dostępnych jest już wiele sposobów analizowania relacji małego dziecka z opiekunem. Rozróżnienie fenomenologiczne dotyczące jakości relacji, przywiązania i innych opisowych pojęć, takich jak temperament, może być trudne. Analizując relację przywiązania przeważnie koncentrowano się przede wszystkim na wrażliwości matki.<sup>28</sup> Niewrażliwość matki może być związana z zaburzeniami zdrowia psychicznego u dzieci, szczególnie z agresją.<sup>29</sup> Temperament we wczesnym dzieciństwie był również wiązany z chorobami psychicznymi okresu dzieciństwa.<sup>30</sup>

Zaburzenia przywiązania są umieszczone na I osi, ponieważ mają charakter całościowych zaburzeń stwierdzanych u dziecka. Natomiast zaburzenia relacji mogą być swoiste dla indywidualnych zależności w diadzie rodzic-dziecko. Maldonado-Duran i wsp.<sup>15</sup> rozważali, w jaki sposób zaburzenia więzi korelują z zaburzeniami relacji: chociaż zaburzenia przywiązania są diagnozowane na I osi, kiedy istnieją dowody na maltretowanie lub deprivację; można przyjąć, że zaburzenia relacji

w dzieciństwie są blisko związane z późniejszym rozwojem zaburzeń przywiązania. Pojawia się również pytanie o to, czy zaburzenia przywiązania występują oddzielnie, czy przywiązanie należy traktować jak element innych zaburzeń związanych z zaburzeniami relacji.<sup>27</sup> Narzędzie DC:0-3R później wyjaśnia, że obserwacja i ocena aktualnych zaburzeń relacji są lokalizowane na II osi. Zastanawiano się również nad wpływem niedoświadczonych rodziców na relację, chociaż nie uwzględniono tej kwestii w DC:0-3.<sup>15</sup>

### Narzędzia oceny w okresie 0-3

Diagnoza na podstawie DSM-IV i DC:0-3 może nadal wydawać się niedoskonała. Brakuje badań dotyczących zaburzeń zdrowia psychicznego małych dzieci wykorzystujących kryteria DSM; z kolei wykorzystywaniu DC:0-3<sup>30</sup> brakuje trafności i rzetelności. Narzędzia oceny zdrowia psychicznego małych dzieci opierają się na obserwacji dziecka i relacji dziecka z opiekunem (PIR-GAS) oraz informacjach uzyskiwanych z dodatkowych źródeł, tzn. od rodziców/opiekunów, z wykorzystaniem Child Behaviour Checklist (CBCL)<sup>31</sup> i Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA).<sup>32</sup> Małe dzieci komunikują się przede wszystkim niewerbalnie i dlatego nie są w stanie opisać występujących u siebie objawów. Podejmowano próby wystandaryzowania kwestionariuszy dla rodziców dzieci z tej grupy wiekowej w postaci CBCL oraz Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)). Obecnie dostępna jest wersja CBCL dla dzieci już w 18 miesiącu życia,<sup>31</sup> a SDQ zaadaptowano dla dzieci w wieku 2-3 lat (R. Goodman, informacja ustna, 2011).

Obserwacja zależności między rodzicem/najważniejszym opiekunem a małym dzieckiem ma podstawowe znaczenie w klasyfikowaniu zaburzeń według DC:0-3. Opis i wskazówki dotyczące wykorzystywania PIR-GAS są wyszczególnione w DC:0-3R, wraz z innym narzędziem, Relationship Problems Checklist (RPCL), służącym do klasyfikowania jakościowych zaburzeń II osi.<sup>16</sup> W praktyce interakcje między małym dzieckiem a opiekunem często są filmowane w celu późniejszej oceny w skali PIR-GAS. Maksymalny wynik to 100 punktów; 81-100 punktów oznacza „wystarczająco dobrą” relację; 41-80 punktów sugeruje relację narażoną na ryzyko dysfunkcji; zaś 40 lub mniej punktów oznacza relację zaburzoną (zaburzenia relacji mogą być kodowane na II osi).<sup>16,33</sup> Powszechnie uważa się, że całościowej oceny małego dziecka i rodzica należy dokonywać z perspektywy ekologicznej, obserwując dziecko i rodzica w różnych sytuacjach i biorąc pod uwagę związane z tym różne warunki mogące wpływać na dziecko podczas procesu diagnostycznego.<sup>15</sup> Skala PIR-GAS wydaje się szczególnie wartościowa w wykrywaniu objawów internalizacyjnych.<sup>33,34</sup>

Wypełniana przy udziale rodziców skala CBCL 1,5-5<sup>31</sup> zawiera narzędzia do przesiewowej oceny rozwoju języka, co umożliwi stwierdzenie, czy dziecko z problemami językowymi może przejawiać również zaburzenia behawioralne/

emocjonalne. Jest tak zbudowana, aby utrzymać pozornie dobrą trafność i rzetelność opartych na DSM skal diagnostycznych. Zaleca się jej wykorzystywanie w charakterze przedklinicznego narzędzia diagnostycznego. PAPA jest ustrukturyzowanym wywiadem rodzicielskim opartym na zasadach DSM i DC:0-3, przeznaczonym do oceny dzieci w wieku 2-5 lat,<sup>32</sup> opracowanym w celu radzenia sobie z wyzwaniami diagnostycznymi u małych dzieci. Innym narzędziem opartym na ocenie opiekuna jest DIPA (Diagnostic Infant and Preschool Assessment),<sup>35</sup> która opiera się na kryteriach DSM przy diagnozowaniu dzieci w wieku 1-6 lat. Wykazano jej dobrą zgodność pod względem trafności równoległych kryteriów z CBCL 1,5-5. Charakteryzuje się większą zwięzłością niż PAPA.

### Rzetelność rozpoznań u małych dzieci

Kilku autorów porównywało DC:0-3 z DSM i ICD oraz szukało różnic między tymi klasyfikacjami. Frankel i wsp.<sup>18</sup> wykorzystywali DSM-IV i DC:0-3 do diagnozowania tej samej podgrupy pacjentów wybranej z grupy małych dzieci i sugerowali dobrą zgodność między tymi dwoma systemami przy rozpoznawaniu zaburzeń I osi. W innym badaniu oceniano rzetelność stosowania ICD-10 i DC:0-3 u małych dzieci w wieku 18 miesięcy.<sup>36</sup> Stwierdzono większą zgodność między kolejnymi osobami oceniającymi i kolejnymi testami w przypadku DC:0-3, wykazano jednak, że ICD-10 u małych dzieci charakteryzuje się dobrą rzetelnością. Oceniając PIR-GAS, stwierdzono 100% zgodności między osobami oceniającymi, co świadczy o tym, że jest to wiarygodne narzędzie oceny zaburzeń II osi.<sup>36</sup>

Stafford i wsp.<sup>27</sup> dokonali przeglądu dwóch stanowiących wyzwanie diagnostyczne zaburzeń u małych dzieci (RAD i PTSD) oraz ich klasyfikowania w różnych systemach diagnostycznych. Autorzy zauważali, że u małych dzieci mogą występować objawy PTSD, które jednak nie spełniają kryteriów DSM-IV ze względu na charakterystyczną dla dzieci w tym wieku niewerbalną komunikację (np. niezdolność do opisywania subiektywnego doświadczenia), dlatego DC:0-3 posługuje się kryteriami mocniej „zakotwiczonymi w zachowaniu”. Autorzy faworyzowali również DSM-IV przy rozpoznawaniu RAD (jako zaburzenie „wewnątrz dziecka”), ze względu na brak kryteriów w DC:0-3, jakkolwiek doceniali zalety uwzględniania problemów w relacji jako elementu oceny zaburzeń II osi według DC:0-3. Analizując objawy tych zaburzeń oraz odmienności ich przejawiania się w zależności od stadiów rozwojowych, Stafford i wsp.<sup>27</sup> krytykują DC:0-3 za to, że nie uwzględnia wieku i możliwości rozwojowych. Wynikiem tych wyzwań diagnostycznych są zmiany między DC:0-3 a DC:0-3R, spośród których do najważniejszych należą: zmiana RAD na zaburzenia związane z deprivacją/maltretowaniem, oddzielenie tego zaburzenia od możliwych zaburzeń II osi, w tym związanych z zaburzeniami więzi; uwzględnienie w DC:0-3R PTSD, podczas gdy ostra reakcja na stres była uwzględniona już wcześniej, co stwarza więcej analogii z DSM-IV, i dodanie



dotychczasowych kryteriów diagnostycznych dla małych dzieci.<sup>16</sup> Kolejną istotną zmianą było ograniczone wykorzystywanie pojęcia całościowych zaburzeń rozwojowych u dzieci przed drugim rokiem życia, co było odpowiedzialne za zwiększenie liczby badań dotyczących zaburzeń zaliczanych do kręgu autyzmu, w których wykazano, że rozpoznanie można stawiać od drugiego roku życia.<sup>16,37</sup> Może to przemawiać za szerszym podejściem do problemu zaburzeń neurorozwojowych u dzieci poniżej drugiego roku życia, co jest zgodne z pojęciem ESSENCE.<sup>1</sup>

Być może DC:0-3R i inne narzędzia do diagnozowania małych dzieci powinny współistnieć z istniejącymi systemami diagnostycznymi, a nie je zastąpić. DC:0-3R, chociaż wypełnia lukę między swoistymi zaburzeniami u małych dzieci, nieuwzględnionymi w DSM i ICD, jest ukierunkowane przede wszystkim klinicznie, a jego przeciwwagą mogłyby stanowić inne, bardziej rygorystyczne, systemy badawcze i oparte na dowodach, np. RDC-PA.<sup>38</sup>

### Implikacje dla ośrodków zdrowia psychicznego

Obecnie podstawowe ośrodki psychiatryczne dla dzieci mogą mieć trudności z diagnozowaniem małych dzieci, mimo powszechnego zainteresowania badaczy i decydentów wczesną interwencją.<sup>9</sup> Może to wynikać z nadmiernego obciążenia leczeniem dzieci i nastolatków objętych już przez nie opieką. Wczesne trudności, takie jak zaburzenia snu, zachowania i jedzenia, często spadają na barki pielęgniarek środowiskowych, a psychiatrzy dziecięcy mogą mieć poczucie, że nie są wystarczająco przeszkoleni do rozpoznawania i leczenia problemów zdrowia psychicznego u małych dzieci. Co ciekawe, pewne dowody przemawiają za tym, że zaburzenia zdrowia psychicznego u małych dzieci można przewidzieć na podstawie rutynowej, przesiewowej oceny ogólnego stanu zdrowia przeprowadzanej przez personel ogólnomedyczny we wczesnym dzieciństwie, która może potencjalnie pozwolić na identyfikację dzieci zagrożonych rozwojem zaburzeń psychicznych na wczesnym etapie życia.<sup>39</sup> Opieka perinatalna nadal skupia się przede wszystkim na zdrowiu psychicznym matki.<sup>40</sup> W ośrodkach szpitalnych dla matek z najpoważniejszymi zaburzeniami prowadzi się jednak do pewnego stopnia monitorowanie relacji matka-dziecko, natomiast każde postępowanie ambulatoryjne odbywa się z udziałem pielęgniarek środowiskowych i opieki społecznej. Kształtowanie zdolności rodzicielskich i ochrona dziecka są nadrzędnym celem psychiatrii. Milburn i wsp.<sup>41</sup> zwracają uwagę na proces oceny tych czynników u rodziców i dzieci z wszystkich grup wiekowych, szczególnie małych dzieci wychowywanych w zagrożonych rodzinach, przy czym w razie potrzeby wdraża się postępowanie ustawowe. Zdrowie psychiczne małych dzieci dopiero zaczyna być przedmiotem nauczania w szkoleniu psychiatrów dziecięcych, chociaż brakuje doświadczeń praktycznych.

From *The Psychiatrist* (2012), 36, 230-234. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

### Piśmiennictwo

- Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 1543-51.
- Heckman JJ. Schools, skills and synapses. *Econ Inq* 2008; 46: 289.
- Wallace KS, Rogers SJ. Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 1300-20.
- Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 14: 1238-44.
- Schweinhart LJ, Montie J, Xiang Z, Barnett WS, Belfield CR, Nores M. Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study through age 40. High/Scope Press, 2005.
- Deans KA, Bezlyak V, Ford I, Batty GD, Burns H, Cavanagh J, et al. Differences in atherosclerosis according to area level socioeconomic deprivation: cross sectional, population based study. *BMJ* 2009; 339: 1-12.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: finding from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089-96.
- Coffey C, Veit F, Wolfe R, Cini E, Patton GC. Mortality in young offenders: retrospective cohort study. *BMJ* 2003; 326: 1064.
- Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ* 2001; 323: 1-5.
- Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull* 2003; 129: 195-215.
- Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H, Webster-Stratton C. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ* 2001; 323: 194.
- Coolican J, Smith IM, Bryson SE. Brief parent training in pivotal response treatment for preschoolers with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 1321-30.
- Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Prior MR, Kehoe C. Tuning in to kids: improving emotion socialization practices in parents of preschool children - findings from a community trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51: 1342-50.
- Skovgaard AM, Houmann T, Landorph SL, Christiansen E. Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age: a review of literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 337-46.
- Maldonado-Duran M, Helmig L, Moody C, Fonagy P, Lartigue T, Saucedo-Garcia JM, et al. The Zero-to-Three diagnostic classification in an infant mental health clinic: its usefulness and challenges. *Infant Ment Health J* 2003; 24: 378-97.
- Zero to Three National Centre for Infants. Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS) in DC:0-3R Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Zero to Three, 2005.
- Cordeiro MJ, Da Silva PC. Diagnostic classification: results from a clinical experience of three years with DC:0-3. *Infant Ment Health J* 2003; 24: 349-64.
- Frankel KA, Boyum LA, Harmon RJ. Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 578-87.
- Keren M, Feldman R, Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 27-35.
- Knapp PK, Ammen S, Arstein-Kerslake C, Poulsen MK, Mastergeorge A. Feasibility of expanding services for very young children in the public mental health setting. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 152-61.
- Egger HL, Emde RN. Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, the Research Diagnostic Criteria-Preschool Age, and the Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood- Revised. *Am Psychol* 2011; 66: 95-106.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). APA, 1994.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool. Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1504-12.
- Emde RN, Wise BK. The cup is half full: initial clinical trials of DC:0-3 and a recommendation for revision. *Infant Ment Health J* 2003; 24: 437-46.
- Wright C, Northcutt C. Schematic decision trees for DC:0-3. *Infant Ment Health J* 2004; 25: 171-4.
- Dunitz M, Scheer PJ, Kvas E, Macari S. Psychiatric diagnoses in infancy: a comparison. *Infant Ment Health J* 1996; 17: 12-23.

cd piśmiennictwa na str. 13