



Standardy i rekomendacje merytoryczne dla ośrodków II i III poziomu referencyjnego

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży/Poradnia Zdrowia
Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży/Oddziały Dienne Psychiatryczne
dla Dzieci i Młodzieży

oraz

Ośrodki Wysokospecjalistycznej
Całodobowej Opieki Psychiatrycznej/Izby Przyjęć

Warszawa, 2023

Standardy i rekomendacje merytoryczne dla ośrodków II i III poziomu referencyjnego

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży/Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci
i Młodzieży/Oddziały Dienne Psychiatryczne dla Dzieci i Młodzieży

oraz

Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej/Izby Przyjęć

Opracowano w ramach realizacji projektu „Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży” nr POWR.05.02.00-00-0001/21, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

Redakcja: Anita Bryńska, Tomasz Wolańczyk, Agnieszka Słopeń

Autorzy:

Dr hab. n. med. Anita Bryńska, lekarz, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz certyfikowany supervisor-dydaktyk Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, adiunkt habilitowany w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, pracownik naukowo-dydaktyczny, nauczyciel akademicki.

Mgr Krzysztof Filip, mgr pielęgniarstwa, pełniący obowiązki pielęgniarza oddziałowego w Oddziale Klinicznym Psychiatrii Wieku Rozwojowego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, v-ce przewodniczący Komisji ds. Przymusu Bezpośredniego, wykładowca na kursach w ramach specjalizacji z pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz pielęgniarstwa pediatrycznego.

Lek med. Ireneusz Jelonek, specjalista psychiatrii, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, w trakcie specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży (decyzja o uznaniu dorobku), z-ca ordynatora Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Dr n. o zdr. Anna Kaźmierczak-Mytkowska, psycholog, specjalista psychologii klinicznej, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, terapeuta systemowy. Adiunkt dydaktyczny w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, starszy asystent w Oddziale Klinicznym Psychiatrii Wieku Rozwojowego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM.

Mgr Joanna Michalak, psycholog, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Integratywnego, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, kierownik ośrodka Instytut Psychoedukacji w Swarzędzu (poradni zdrowia psychicznego oraz oddziału dziennego dla dorosłych, dzieci i młodzieży, leczenia uzależnień), Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Swarzędzu.

Dr n. med. Witold Pawliczuk, psycholog, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej (decyzja o uznaniu dorobku), certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, supervisor aplikant (ukończył szkolenie do uzyskania certyfikatu supervisor-dydaktyka Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, obecnie w procesie certyfikacji). Psychoterapeuta w Poradni Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Mgr Łukasz Pilawski, psycholog, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, ukończył całościowe szkolenie w zakresie psychoterapii integracyjnej w Stowarzyszeniu Psychologów Chrześcijańskich (w trakcie certyfikacji), asystent w Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku

Rozwojowego w Sosnowcu, z-ca kierownika Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Sosnowcu.

Dr n. hum. Katarzyna Sitnik-Warchulska, psycholog, specjalista psycholog kliniczny, specjalista psycholog kliniczny dzieci i młodzieży, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, certyfikowany specjalista terapii środowiskowej, terapeuta rodzinny, pracownik naukowo-dydaktyczny, nauczyciel akademicki, adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej.

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słopeń, lekarz, specjalista psychiatrii, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży oraz specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Pracowni Psychopatologii Małego Dziecka przy Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, pracownik naukowo-dydaktyczny, nauczyciel akademicki, przewodnicząca Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, konsultant krajowy w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.

Dr n. med. Tomasz Srebnicki, psycholog, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej (decyzja o uznaniu dorobku), certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz certyfikowany superwizor-dydaktyk Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Pracownik dydaktyczny, nauczyciel akademicki, adiunkt w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, starszy asystent w Poradni Psychiatrycznej Samodzielnego Państwowego Dziecięcego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM.

Mgr Nina Szalas, psycholog, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz certyfikowany superwizor-dydaktyk Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Starszy asystent w Oddziale Klinicznym Psychiatrii Wieku Rozwojowego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM.

Dr n. med. Marta Tyszkiewicz-Nwafor, lekarz, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, pracownik naukowo-dydaktyczny, nauczyciel akademicki, adiunkt w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, z-ca ordynatora Oddziału Psychiatrii Młodzieżowej w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk, lekarz, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, neurolog, epileptolog, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Profesor zwyczajny, pracownik naukowo-dydaktyczny, nauczyciel akademicki, kierownik Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ordynator Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Rozwojowego Samodzielnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, pracownik przyklinicznej Poradni Psychiatrycznej, nauczyciel akademicki. Były Konsultant Wojewódzki oraz Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Standardy i rekomendacje merytoryczne – II i III poziom referencyjny

- Sekcja 1. Zasady prowadzenia diagnostyki psychologicznej, tworzenia konceptualizacji i planowania interwencji (**Katarzyna Sitnik-Warchulska, Anita Bryńska, Nina Szalas**)
- Sekcja 2. Niepełnosprawność intelektualna (**Katarzyna Sitnik-Warchulska, Tomasz Wolańczyk**)
- Sekcja 3. Zaburzenia języka, mowy i komunikacji (**Łukasz Pilawski**)
- Sekcja 4. Zaburzenia ze spektrum autyzmu (**Agnieszka Słopeń**)
- Sekcja 5. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (**Tomasz Wolańczyk**)
- Sekcja 6. Zaburzenia tikowe (**Tomasz Srebnicki**)
- Sekcja 7. Zaburzenia psychotyczne (**Ireneusz Jelonek**)
- Sekcja 8. Stany nagłe w psychiatrii (**Ireneusz Jelonek**)
- Sekcja 9. Zachowania autodestrukcyjne, zamierzone samouszkodzenie (**Anita Bryńska, Nina Szalas**)
- Sekcja 10. Zaburzenia nastroju (**Ireneusz Jelonek**)
- Sekcja 11. Zaburzenia lękowe (**Joanna Michalak, Marta Tyszkiewicz-Nwafor**)
- Sekcja 12. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia z nim związane (**Anita Bryńska**)
- Sekcja 13. Zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (**Anna Kaźmierczak-Mytkowska, Anita Bryńska**)
- Sekcja 14. Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym (**Marta Tyszkiewicz-Nwafor, Katarzyna Jowik**)
- Sekcja 15. Przemoc (fizyczna, psychiczna, wykorzystanie seksualne, zaniedbywanie dziecka) (**Łukasz Pilawski, Anita Bryńska**)
- Sekcja 16. Problem w relacji dziecko–rodzice (**Anna Kaźmierczak-Mytkowska**)
- Sekcja 17. Problem związany ze szkołą lub nauką (**Katarzyna Sitnik-Warchulska**)
- Sekcja 18. Wykluczenie społeczne lub odrzucenie, bycie obiektem dyskryminacji i prześladowania (**Joanna Michalak**)
- Sekcja 19. Zaburzenia odżywiania (**Marta Tyszkiewicz-Nwafor, Katarzyna Jowik**)
- Sekcja 20. Zaburzenia wydalania (**Witold Pawliczuk**)
- Sekcja 21. Zaburzenia zachowania (**Tomasz Srebnicki**)
- Sekcja 22. Zaburzenia związane z używaniem substancji lub nałogowymi zachowaniami (**Witold Pawliczuk**)
- Sekcja 23. Nieprawidłowo kształtująca się osobowość i jej zaburzenia (**Nina Szalas, Anita Bryńska**)
- Sekcja 24. Zaburzenia identyfikacji płciowej (**Agnieszka Słopeń**)

Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży/Poradnia Zdrowia
Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży/Oddział Dzienny Psychiatryczny
dla Dzieci i Młodzieży

II poziom referencyjny

oraz

Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej/
Izby Przyjęć

III poziom referencyjny

Standardy i rekomendacje merytoryczne

Podczas tworzenia standardów i rekomendacji diagnostyczno-terapeutycznych autorzy opracowania uwzględnili analizy istniejących standardów i rekomendacji, wybierając te, dla których istnieje największy konsensus w zakresie zgodności. Wzorzec stanowiły brytyjskie standardy NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), dodatkowo posłankowano się praktycznymi wskazówkami Amerykańskiej Akademii Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (*Practice Parameters oraz Clinical Practice Guidelines*) oraz dostępnymi wytycznymi innych towarzystw naukowych (europejskich, brytyjskich, kanadyjskich). Zrezygnowano z określenia poziomów zaufania, rekomendując te rozwiązania, które mają najwyższy dostępny dla danej metody lub oddziaływania poziom rekomendacji.

SEKCJA 1

Zasady prowadzenia diagnostyki psychologicznej, tworzenia konceptualizacji i planowania interwencji

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Ustalenie diagnozy kategoryjnej (nozologiczno-kryterialnej) wg klasyfikacji zaburzeń psychicznych, w tym klasyfikacji ICD, nie pozwala na pełne zdefiniowanie i zrozumienie mechanizmów powstawania i podtrzymywania problemów/objawów zaburzeń psychicznych oraz zaplanowanie wieloaspektowej interwencji. Dla realizacji tych celów niezbędne jest przeprowadzenie: (1) diagnozy funkcjonalnej (ukierunkowanej na określenie problemu, wyjaśnienie mechanizmów zaburzenia/zdrowia) lub (2) diagnozy rozwojowej (ukierunkowanej na określenie czynników ryzyka i ochronnych oraz rozumienie objawów w kontekście indywidualnej ścieżki/etapu rozwoju), w tym oceny pod kątem nieprawidłowo kształtującej się osobowości/cech zaburzonej osobowości.

Współczesne obserwacje kliniczne podkreślają potrzebę całościowej, biopsychospołecznej perspektywy w diagnozie i leczeniu. Zaleca się funkcjonalne lub rozwojowe podejście do diagnozy problemów i zaburzeń psychicznych dzieci/adolescentów, ze względu na: (1) obserwowany procesualny, często 'maskowany' charakter objawów psychopatologicznych, u dzieci/adolescentów, (2) częste współwystępowanie objawów psychopatologicznych oraz (3) nakładanie się kryzysów psychopatologicznych na kryzysy rozwojowe.

Tego rodzaju podejścia odwołują się do:

- wyjaśniających paradygmatów teoretycznych (psychoanalityczny, psychodynamiczny, poznawczo-behawioralny, systemowy, humanistyczno-doświadczeniowy, integracyjny) – diagnoza funkcjonalna,
- modeli wieloczynnikowych, głównie psychopatologii rozwojowej – diagnoza rozwojowa.

Tabela 1.1. Wytyczne dotyczące procesu diagnozy i terapii u dzieci/adolescentów

Zgodnie z doniesieniami klinicznymi efektywne oddziaływania diagnostyczne i terapeutyczne proponowane dzieciom i młodzieży powinny:

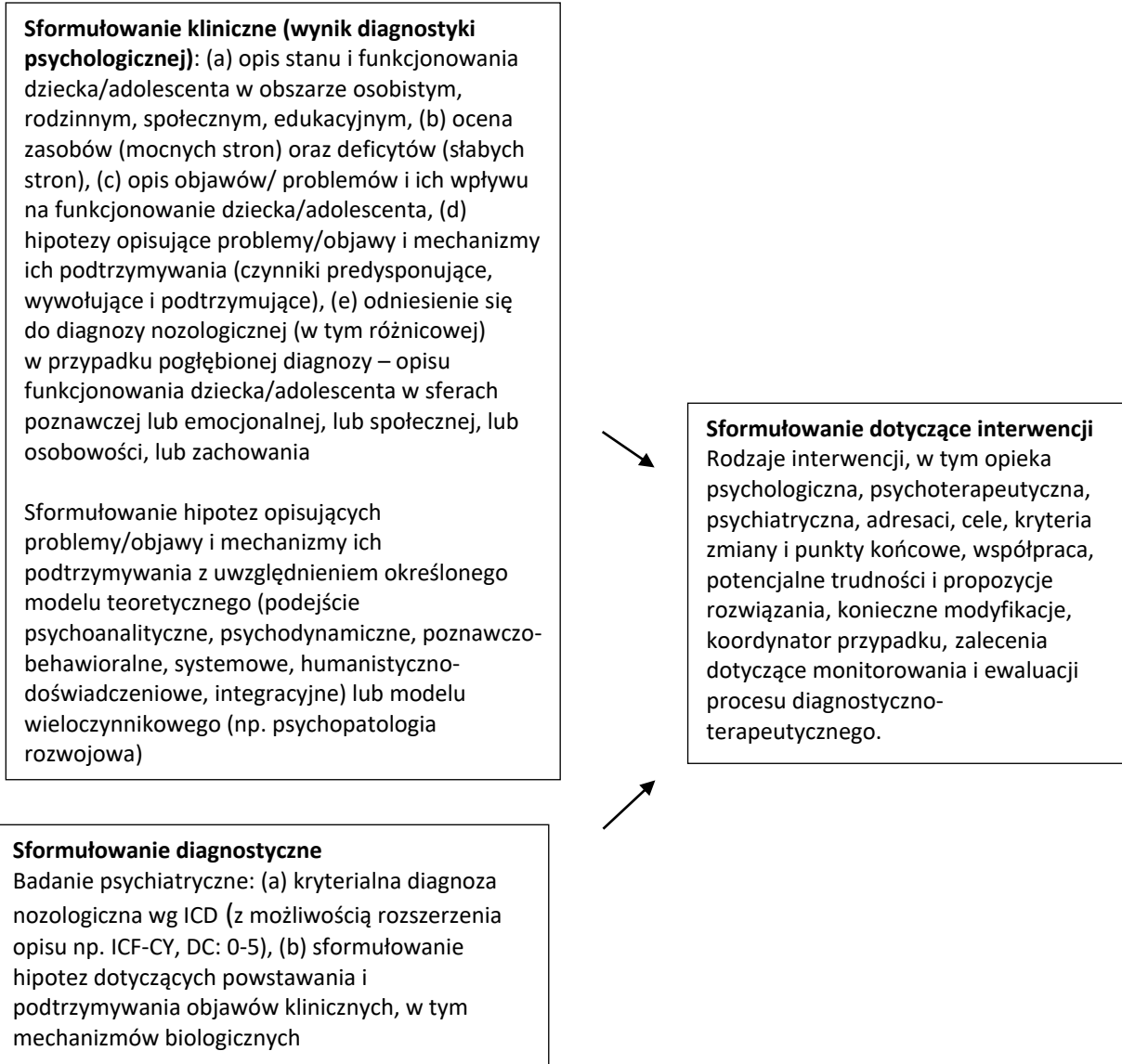
- uwzględniać podmiotowość dziecka/adolescenta,
- uwzględniać kontekst rozwojowy, środowiskowy, społeczno-kulturowy, czas historyczny (epoka),
- być nastawione na wczesne rozpoznanie problemu,
- uwzględniać złożone potrzeby dziecka/adolescenta,
- opierać się na diagnozie funkcjonalnej i interwencjach psychospołecznych,
- uwzględniać udział współczesnych technologii (np. *e-health*),
- być oparte na dowodach (*Evidence Based Practice*), w tym wykorzystywać narzędzia/techniki o udowodnionej skuteczności,
- uwzględniać potrzeby i znaczenie rodziny oraz środowiska społecznego, w którym funkcjonuje dziecko/adolescent,
- być multimodalne i skoordynowane,
- uwzględniać aspekty etyczne i prawa dziecka/adolescenta.

Kompleksowe planowanie postępowania w przypadku dzieci i młodzieży zgłaszających się lub zgłaszanych do opieki psychologicznej, psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej powinno bazować na konceptualizacji (inaczej 'sformułowaniu', 'formułowaniu' albo 'opracowaniu' przypadku). Podejście takie, w odróżnieniu od podejścia nozologicznego, pozwala na stworzenie zbioru hipotez odnoszących się do zmiennych predysponujących, wywołujących i podtrzymujących w zakresie wszystkich potencjalnych czynników etiologicznych obserwowanych problemów/objawów (czynniki indywidualne, rodzinne, szkolne, rówieśnicze, społeczne, środowiskowe, kulturowe, biologiczne) oraz stworzenie 'idealnego' zindywidualizowanego planu leczenia, z uwzględnieniem interwencji ukierunkowanych na każdy z nich. Umożliwia ocenę relacji pomiędzy poszczególnymi czynnikami etiologicznymi oraz ocenę motywacji i oczekiwań wobec terapii (pacjenta, rodziców, nauczycieli), zdefiniowanie potencjalnych trudności i zaplanowanie koniecznych modyfikacji (np. związanych z osobą pacjenta, rodzajem zaburzenia, poziomem współpracy otoczenia, osobą terapeuty). Ostateczną empiryczną weryfikację trafności i użyteczności sformułowanych hipotez stanowi skuteczność zaplanowanej na ich podstawie interwencji.

Konceptualizacja przypadku pacjenta w wieku rozwojowym obejmuje:

1. Sformułowanie diagnostyczne (opis objawów klinicznych, rozpoznanie wg ICD, z możliwością rozszerzenia opisu np. ICF-CY – *International Classification of Functioning, Disability and Health*, klasyfikację DC: 0-5).
2. Sformułowanie kliniczne, stanowiące wynik badania psychologicznego (tzw. diagnostyki psychologicznej) dziecka/adolescenta, pozwalające na odniesienie się do diagnozy nozologicznej, w tym:
 - a. proces diagnozy psychologicznej, z uwzględnieniem opisu stanu i funkcjonowania dziecka/adolescenta w obszarze osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, oceny zasobów (mocnych stron) oraz deficytów (słabych stron) (definiowanych jako cechy indywidualne lub cechy otoczenia społecznego, najbliższego i szerszego, oraz ich wzajemne interakcje, które zmniejszają lub zwiększają negatywne efekty działania czynników ryzyka lub w przypadku zmiany wymagań i okoliczności sprzyjają lub nie adaptacyjnemu i skutecznemu radzeniu sobie), opisu czynników predysponujących, wywołujących, podtrzymujących i ochronnych, a w przypadku pogłębionej diagnozy – opisu funkcjonowania dziecka/adolescenta w sferze poznawczej, lub emocjonalnej, lub społecznej, lub osobowości, lub zachowania, z możliwością odniesienia się do diagnozy nozologicznej (w tym różnicowej),
 - b. hipotezy opisujące problemy/objawy i mechanizmy ich podtrzymywania zgodnie z określonym modelem teoretycznym (model psychoanalityczny, psychodynamiczny, poznawczo-behawioralny, systemowy, humanistyczno-doświadczeniowy lub integracyjny), lub model wieloczynnikowy (np. psychopatologia rozwojowa).
3. Sformułowanie dotyczące interwencji (rodzaje interwencji, adresaci, cele, kryteria zmiany i punkty końcowe, współpraca z rodziną, środowiskiem szkolnym, postępowanie w obliczu braku współpracy i niskiej motywacji, potencjalne trudności, konieczne modyfikacje, wyznaczenie koordynatora przypadku, zalecenia dotyczące monitorowania i ewaluacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego).

Konceptualizacja (sformułowanie) przypadku



Rycina 1.1. Konceptualizacja przypadku w opiece psychologiczno-psychiatrycznej dzieci i młodzieży

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie zaburzeń psychicznych dzieci/adolescentów, zawsze powinno uwzględniać ocenę kontekstu rodzinnego, edukacyjnego (przedszkole/szkoła), społeczno-kulturowego, a także czasu historycznego (epoka), jako istotnych dla jakości życia oraz zdrowia psychicznego i obejmować kolejno: (1) wstępne rozpoznanie problemu, (2) konceptualizację przypadku (patrz sekcja A), (3) określenie profilu potrzebnego wsparcia, (4) podjęcie oddziaływań, których rodzaj zależy od

zgłoszonych lub zidentyfikowanych trudności, (5) monitoring/ ewaluację procesu diagnozy i podjętych oddziaływań pomocowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny zawsze ma charakter dynamiczny i procesualny, a także zmienia się wraz z prowadzeniem leczenia i uzyskiwania nowych informacji o znaczeniu klinicznym, które pojawiają się na dalszym etapie leczenia oraz powinien uwzględniać aktualne rekomendacje.

Rekomendacja 1

Konceptualizacji problemu, rozumianej jako opracowanie sformułowania klinicznego, diagnostycznego i dotyczącego interwencji, dokonuje zespół specjalistów o adekwatnych i określonych kompetencjach (psycholog, psycholog kliniczny, psychoterapeuta, psychiatra dzieci i młodzieży), którzy współpracują ze sobą w procesie diagnozy i wdrażania interwencji oraz stosują metody, które w jak największym stopniu są związane z aktualną wiedzą i wynikami badań naukowych (praktyka oparta na dowodach; *evidence-based practice*).

Rekomendacja 2

Dziecko/adolescent jako podmiot badania ma prawo do autonomii, prywatności, poufności oraz godności. Dziecko/adolescent oraz jego opiekunowie prawni mają prawo do wiedzy na temat celów oraz przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Powinno dążyć się do uzyskania zgody od dziecka/adolescenta odpowiednio do wieku, komunikować się zrozumiałym językiem z dzieckiem/adolescentem, szanować prawo do odmowy odpowiedzi/wykonania proponowanych zadań. Wszystkie wytwory (np. rysunki), notatki dotyczące bezpośrednich wypowiedzi ujawnionych w trakcie wywiadu i obserwacji, wypełnione kwestionariusze, protokoły badań testowych są traktowane jako dane surowe (materiał źródłowy). Stanowią one źródło informacji do wnioskowania i interpretacji przez specjalistę o określonych kompetencjach. Są tym samym chronione tajemnicą zawodową oraz powinny być wydzielane i odpowiednio zabezpieczane w miejscu udzielania świadczeń (tj. w teczkę pacjenta, w której jest wydzielona część z dokumentacją medyczną oraz część przeznaczona na dane surowe – materiał źródłowy) jako niemieszczące się w pojęciu dokumentacji medycznej.

Rekomendacja 3

Przeprowadzenie działań niezbędnych do opracowania konceptualizacji, w tym badania psychologicznego, badania psychiatrycznego, wywiadu i obserwacji, wymaga uzyskania zgód opisanych w standardach organizacyjnych oraz poinformowania o zakresie tajemnicy (lekarskiej, w tym psychiatrycznej, psychologicznej, terapeutycznej) i granicach poufności (obowiązek podjęcia adekwatnych działań w sytuacji ujawnienia przemocy wobec dziecka/adolescenta, zagrożenia życia lub zdrowia dziecka/adolescenta lub gdy dziecko/adolescent stanowi zagrożenie dla innych, konieczność poinformowania rodziców/opiekunów o sytuacjach potencjalnie zagrażających zdrowiu lub życiu dziecka/adolescenta).

Rekomendacja 4

W przypadku dziecka/adolescenta zgłaszającego się lub zgłoszonego do opieki psychologicznej, psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej, dane niezbędne do opracowania konceptualizacji, w tym przeprowadzenia procesu diagnozy

psychologicznej, ustalenia rozpoznania nozologicznego oraz zaplanowania postępowania, zawsze powinny pochodzić z trzech źródeł: (1) od dziecka/adolescenta, (2) od rodziców/opiekunów (zawsze od obydwójga rodziców, również w przypadkach gdy dziecko/adolescent przebywa pod opieką tylko jednego rodzica, a z drugim ma kontakt okresowo; w zależności od potrzeb rozmowa z obojgiem rodziców/opiekunów jednocześnie lub z każdym z osobna) oraz (3) od otoczenia społecznego dziecka/adolescenta (w tym nauczycieli/wychowawców oraz w miarę dostępności asystentów, przedstawicieli służb społecznych/publicznych, innych specjalistów). Ocena zawsze jest przeprowadzana w odniesieniu do trzech środowisk funkcjonowania dziecka/adolescenta: (a) rodzinnego, (b) rówieśniczego, (c) edukacyjnego.

Rekomendacja 5

Podstawowe metody zbierania danych obejmują:

- (a) przeprowadzenie wywiadu (z rodzicami/opiekunami, nauczycielami/wychowawcami, pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania), rozmowę z dzieckiem/adolescentem (bez udziału rodziców/opiekunów) z wykorzystaniem bezpośredniego zadawania pytań, technik niewerbalnych, symbolicznych,
- (b) obserwację zachowania i funkcjonowania dziecka/adolescenta (w gabinecie, w warunkach oddziału, w środowisku domowym, w środowisku szkolnym),
- (c) badanie psychologiczne (tzw. diagnostyka psychologiczna).

Rekomendacja 6

Pozyskiwane z wywiadu dane powinny obejmować zakres niezbędny do dokonania:

- (a) wieloaspektowego rozpoznania przyczyn i mechanizmów utrzymywania się objawów/problemów i sporządzenia ich opisu w modelu biopsychospołecznym, z odniesieniem do kontekstu rozwojowego oraz faz życia rodziny i jej funkcjonowania,
- (b) oceny historii dotychczasowego procesu leczenia, w razie potrzeby diagnozy różnicowej, rediagnozy, szczegółowej/pogłębionej oceny funkcjonowania w sferach poznawczej lub emocjonalnej, lub społecznej, ewaluacji dotychczasowych oddziaływań (jeżeli były podejmowane).

Zakres danych koniecznych do pozyskania z wywiadu rodzinnego oraz dotyczących funkcjonowania dziecka/adolescenta w środowisku edukacyjnym przedstawiono poniżej:

Tabela 1.2. Obszary wywiadu rodzinnego w diagnozie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Informacje pozyskiwane od rodziców/opiekunów	
Wywiad rodzinny	
Rodzice (matka, ojciec)/opiekunowie	wiek, wykształcenie, zawód, aktywność zawodowa, zdrowie, choroby somatyczne/psychiczne i ich leczenie, nałogi/uzależnienia (papierosy, alkohol, narkotyki, uzależnienia behawioralne), rodzina pochodzenia matki/ojca /opiekunów, zdarzenia istotne/trudne w życiu osobistym matki/ojca/opiekunów w rodzinie pochodzenia lub własnej, atmosfera domu rodzinnego matki/ojca/opiekunów, cechy charakterystyczne/temperament matki/ojca/opiekunów, relacja matki/ojca/opiekunów z dzieckiem/adolescentem
Relacja małżeńska/partnerska rodziców/opiekunów	związek (status, historia, terażniejszość, jakość relacji, sfera seksualna)

Rodzina	rodzeństwo pacjenta (biologiczne lub przyrodnie), relacje między rodzeństwem, relacje rodzinne, klimat emocjonalny i atmosfera domowa, postawy wychowawcze rodziców, trudne momenty w życiu rodziny, zmiany, przeprowadzki, sposoby spędzania wolnego czasu, warunki mieszkaniowe, sytuacja materialna, praktyki religijne w rodzinie i ich wpływ na funkcjonowanie rodziny
Anamneza osobista	
Wywiad rozwojowy	ciąża i jej przebieg, poród i jego przebieg, okres noworodkowy/niemowlęcy i wczesnodziecięcy (zachowanie, sen, karmienie, rozwój ruchowy, w tym motoryka duża i mała, rozwój mowy/komunikacja, rozwój społeczny, trening czystości, opieka nad dzieckiem, cechy temperamentu dziecka, zachowania problemowe, zachowania o charakterze regresu), okres przedszkolny (opieka nad dzieckiem, relacje społeczne, zabawy, zainteresowania, reagowanie na zmiany, zachowania problemowe i o charakterze regresu), okres szkolny, w tym okres dojrzewania (relacje rówieśnicze, znajomi, przyjaciele, stabilność znajomości, wspólne aktywności, kompetencje, zainteresowania, aktywności pozaszkolne, nauka i ewentualne trudności, wyniki w nauce, zdolność do koncentrowania uwagi, motywacja do podejmowania wysiłku, zakresu udzielanego dziecku/adolescentowi wsparcia w nauce przez rodziców, inne osoby, specjalne potrzeby edukacyjne, dostosowanie wymagań i sposób jego realizacji, zachowanie w szkole, stosunek do nauczycieli, zmiany szkół, nieobecności w szkole, problemy wychowawcze, bunt okresu dojrzewania, sposób reagowania rodziców/opiekunów)
Inne	kompetencje, zdrowie somatyczne, przyjmowanie substancji psychoaktywnych, korzystanie z mediów, ważne wydarzenie (w tym traumatyczne)
Zgłaszane objawy/problemy	
przyczyny zgłoszenia, informacje na temat obecnych objawów, problemów (częstotliwość, intensywność, czas trwania, kontekst występowania, historia ich rozwoju, sposób reagowania na objawy przez otoczenie, wpływ objawów na codzienne funkcjonowanie dziecka/adolescenta w domu, szkole, w relacjach z rówieśnikami), wyobrażenia rodziców/opiekunów na temat przyczyn problemów, dotychczasowa opieka psychiatryczno-psychologiczna, w tym ustalane rozpoznania nozologiczne i podejmowane leczenie, oczekiwania rodziców/opiekunów wobec opieki, objawy i zaburzenia współwystępujące (możliwość zastosowania skal i kwestionariuszy do opisu problemów/objawów, funkcjonowania dziecka/adolescenta, przeznaczonych do wypełnienia przez rodziców/opiekunów)	
Dane pozyskiwane w środowisku szkolnym	
Pisemne informacje od nauczycieli/wychowawców	informacje ze świadectw szkolnych Pisemna opinia zawierająca opis funkcjonowania dziecka/adolescenta w szkole, w tym informacje na temat uzyskiwanych ocen, opis zachowania na lekcjach, przerwach, dostosowywanie się do zasad panujących w szkole, relacje z rówieśnikami, relacje z nauczycielami, sytuacje i zachowania problemowe, w tym zaobserwowane objawy kliniczne, zasoby i słabe strony dziecka, zakres udzielanego wsparcia i dostosowań współpraca/komunikacja z rodzicami/opiekunami Informacje ze skal, kwestionariuszy do opisu problemów/objawów, funkcjonowania dziecka/adolescenta, przeznaczonych do wypełnienia przez nauczyciela/wychowawcę
Bezpośrednie ustne informacje od nauczycieli/wychowawców, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz bezpośrednia obserwacja dziecka/adolescenta w środowisku szkolnym	wywiad przeprowadzony z nauczycielami/wychowawcami przez terapeutę środowiskowego dzieci i młodzieży w szkole, obserwacja zachowania dziecka/adolescenta w środowisku szkolnym, w tym na lekcjach, przerwach, w relacjach z rówieśnikami, nauczycielami lub przerwie przeprowadzona przez terapeutę środowiskowego dzieci i młodzieży (po uzyskaniu wymaganych zgód)

Rekomendacja 7

Obserwacja dziecka/adolescenta powinna być przeprowadzana w warunkach: (a) 'laboratoryjnych' (miejsce udzielania świadczeń) lub (b) naturalnych (np. miejsce zamieszkania, przedszkole/szkoła) i obejmuje poniższe obszary:

Tabela 1.3. Obszary obserwacji w procesie diagnozy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Obszary obserwacji	
Obserwacja w miejscu udzielania świadczeń	Spontaniczna zabawa i niekierowana aktywność dziecka/adolescenta, spontaniczny kontakt z psychologiem, interakcja dziecko–rodzic/adolescent, wykonywanie zadań/aktywności zaproponowanych przez psychologa. Obserwowane wskaźniki: wskaźniki konstytucjonalne (budowa ciała), wskaźniki fizjologiczne (np. ciśnienie krwi, napięcie galwaniczne), wskaźniki behawioralne (np. mimika, pantomimika, intonacja głosu), wskaźniki przedmiotowe (np. wytwory typu rysunki, blogi, vlogi, realizowane zainteresowania, np. gry, filmy).
Dane obserwacyjne od dziecka/adolescenta lub rodzica/opiekuna	Skale i procedury obserwacyjne dotyczące zachowania dziecka/adolescenta w poszczególnych okresach czasowych (np. próbki czasowe), wybranego zachowania/problemu w momencie jego wystąpienia (np. próbki zdarzeń), kodowania określonych cech/zachowań (np. skale obserwacyjne, dzienniczki obserwacyjne); dane obserwacyjne z przedszkola/szkoły/ od innych specjalistów.

Standard 2

Diagnostyka psychologiczna jest procesem zróżnicowanym, ukierunkowanym na: (1) opis aktualnego funkcjonowania dziecka/adolescenta, (2) wyjaśnienie mechanizmów przejawów zdrowia/zaburzeń u dziecka/adolescenta, (3) predykcję rokowań oraz (4) wnioskowanie na temat zalecanych oddziaływań pomocowych. Efektywna diagnostyka psychologiczna (proces diagnozy psychologicznej) w opiece psychologiczno-psychiatrycznej i leczeniu dzieci oraz młodzieży powinna uwzględniać:

Tabela 1.4. Warunki efektywnej diagnostyki psychologicznej zdrowia psychicznego dzieci/adolescentów

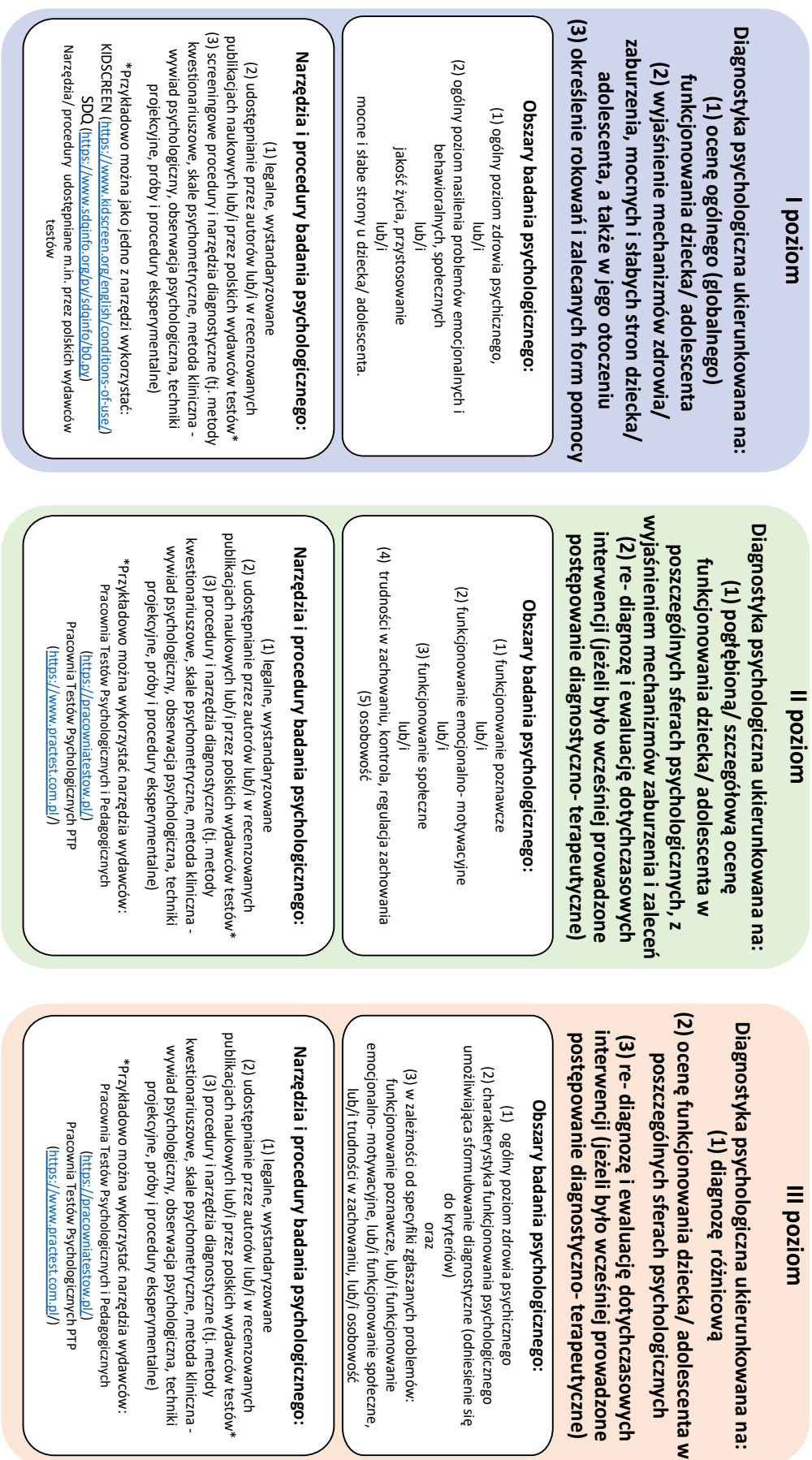
<ul style="list-style-type: none"> • Zawarcie kontraktu na proces diagnozy psychologicznej (z dzieckiem/adolescentem oraz jego opiekunami prawnymi). • Zapewnienie właściwych warunków badania (w tym pomieszczenia, komfortu psychicznego, właściwego zaplecza językowego w odniesieniu do dzieci/adolescentów nieposługujących się mową werbalną lub językiem polskim). • Nawiązanie przymierza w procesie diagnozy psychologicznej. • Omówienie celów, zasad i przebiegu procesu diagnozy psychologicznej, adekwatnie do wieku dziecka/adolescenta. • Określenie motywacji do badania. • Kontekst środowiskowy (np. warunki w trakcie badania) oraz sytuacyjny (np. stres związany z wizytą, kontekst zgłoszenia). • Odpowiednie kompetencje osoby diagnozującej (w tym techniczne umiejętności diagnostyczne, wrażliwość diagnostyczna, umiejętność wnioskowania klinicznego). • Charakterystykę socjodemograficzną osoby badanej i jej rodziny (m.in. pochodzenie kulturowe, kompetencje językowe). • Dobór narzędzi adekwatnych do celu badania, postawionych hipotez, zgodnych z aktualnymi rekomendacjami, z uwzględnieniem ich właściwości psychometrycznych (legalność, adaptacja na język polski, standaryzacja i normalizacja, typ narzędzia, dokładność pomiaru, ograniczenia w stosowaniu).
--

- Zbieranie/weryfikację danych przy użyciu różnych metod diagnostycznych, najlepiej umożliwiających kilkakrotne ich użycie lub w razie potrzeby rozważenie użycia wersji/testów równoległych.
- Wnioskowanie w odniesieniu do celu i kontekstu zgłoszenia.
- Sformułowanie tzw. diagnozy jako wyniku postępowania diagnostycznego.
- Omówienie diagnozy, wyników postępowania diagnostycznego i zaleceń z dzieckiem/adolescentem oraz jego otoczeniem (głównie rodziną), w tym dążenie do uspoźnienia definiowanego problemu – diagnozy
- Superwizja procesu diagnozy psychologicznej zgodnie z aktualnymi regulacjami i rekomendacjami.

Rekomendacja 1

Diagnostyka psychologiczna powinna być przeprowadzona z wykorzystaniem standaryzowanych procedur i narzędzi diagnostycznych – zwanych testami (tj. metody kwestionariuszowe, skale psychometryczne, metoda kliniczna, w tym wywiad swobodny lub ustrukturyzowany psychologiczny, obserwacja psychologiczna, techniki projekcyjne, próby i procedury eksperymentalne) i być ukierunkowana na:

- (a) ocenę ogólnego funkcjonowania psychofizycznego, wyjaśnienie mechanizmów zdrowia/zaburzenia, mocnych i słabych stron dziecka/adolescenta, także w jego otoczeniu, określenie rokowań i zalecanych form pomocy (ośrodek I poziomu referencyjnego),
- (b) szczegółową/pogłębioną ocenę funkcjonowania dziecka/adolescenta w sferze poznawczej, lub emocjonalnej, lub społecznej, lub zachowania, lub osobowości; rediagnozę lub proces diagnozy różnicowej, ewaluację dotychczasowych oddziaływań (jeżeli były podejmowane) (ośrodek II poziomu referencyjnego),
- (c) badanie w kierunku diagnozy różnicowej, ocenę ogólnego funkcjonowania psychofizycznego, a także ocenę funkcjonowania w poszczególnych sferach psychologicznych (ośrodek III poziomu referencyjnego).



Rycina 1.2. Charakterystyka standardów i rekomendacji diagnostyki psychologicznej w ośrodkach wszystkich trzech poziomów referencyjnych

Rekomendacja 2

Diagnostyka psychologiczna dziecka/adolescenta w obszarze zdrowia psychicznego powinna być przeprowadzana na podstawie testów (metody kwestionariuszowe, skale psychometryczne, metoda kliniczna) o udowodnionej skuteczności, charakteryzujące się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Narzędzia używane do globalnej oceny funkcjonowania psychofizycznego oraz pogłębionej oceny funkcjonowania dziecka/adolescenta w sferze poznawczej, lub emocjonalnej, lub społecznej, lub zachowania, lub osobowości powinny posiadać następujące właściwości:

Tabela 1.5. Wymagane właściwości narzędzi diagnozy psychologicznej

<ul style="list-style-type: none"> • Dobrane do indywidualnych możliwości dziecka/adolescenta oraz celu badania. • Dostępność wraz z instrukcją, kluczem, podręcznikiem/wskazówkami do interpretacji. • Legalne stosowanie (udostępniane przez autorów lub w recenzowanych publikacjach naukowych; wydawane przez polskie pracownie testów – zazwyczaj narzędzia z licencjami). • W razie potrzeby zaadaptowanie na język polski. • Standaryzowane (w przypadku narzędzi kwestionariuszowych i skal psychometrycznych odpowiednio wysokie wskaźniki rzetelności i trafności). • Możliwość odniesienia wyniku do średniej i odchylenia standardowego/mediany, przedziału ufności w przypadku narzędzi kwestionariuszowych i skal psychometrycznych. • Możliwość odniesienia się do aktualnych norm lub uwzględnianie odpowiednich poprawek przy interpretacji uzyskanych wyników, w zależności od specyfiki narzędzia, w przypadku narzędzi kwestionariuszowych i skal psychometrycznych pozwalających na analizę ilościową wyników badania. • Uwzględnienie, w miarę możliwości, zróżnicowania kulturowego. • Zgodność z teorią empiryczną/obserwacjami klinicznymi, stanowiącymi podstawę narzędzia. • Użytkowanie dostosowane do zasad kodeksu etycznego zawodu psychologa, ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Rekomendacja 3

Dopuszcza się możliwość analizy i odniesienia się do wyników badania narzędziami psychologicznymi u innego specjalisty, przy spełnieniu łącznie następujących warunków:

- (a) badanie było wykonywane w niedalekiej przeszłości,
- (b) badanie zostało wykonane narzędziami, których wyniki są aktualne przez dłuższy czas (powtórzenie w zbyt krótkim czasie jest obarczone wysokim ryzykiem uzyskania błędnych wyników),
- (c) istnieje możliwość nawiązania współpracy z innym specjalistą, który wykonywał badanie i w ramach procesu diagnostycznego przekazania przez niego kopii wyników, na podstawie pisemnej zgody prawnego opiekuna dziecka lub adolescenta i jego prawnego opiekuna oraz weryfikacji kompetencji diagnosty (<https://sekcjadiagnozy.wordpress.com/standardy-diagnostyczne/>),
- (d) w tym wypadku psycholog diagnozujący musi dokonać analizy pozyskanych informacji w kontekście problemu dziecka/adolescenta oraz celu postępowania diagnostycznego.

Rekomendacja 4

W przypadku braku możliwości przeprowadzenia diagnostyki psychologicznej w podmiotach realizujących świadczenia psychiatryczne oraz leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży (np. wymóg innych, specjalistycznych kompetencji, konflikt

interesów), powinno się podjąć współpracę z innym podmiotem, świadczącym diagnostykę psychologiczną lub skierować dziecko/adolescenta do innego specjalisty.

Rekomendacja 5

Uzyskane w badaniu psychologicznym wyniki stanowią tzw. dane surowe, podlegają interpretacji w kontekście zgłaszanego problemu, celu i kontekstu funkcjonowania badanego dziecka/adolescenta. Opisowi i udostępnieniu (np. w dokumentacji medycznej) podlega wyłącznie wynik wniosku diagnostycznego – opis tzw. diagnozy psychologicznej (bez wyników surowych) wraz z podaniem nazw użytych narzędzi diagnostycznych.

Rekomendacja 6

Dane pozyskiwane z postępowania diagnostycznego (wywiad, obserwacja, diagnostyka psychologiczna) powinny umożliwiać, w zależności od specyfiki zgłaszanego problemu i celu postępowania diagnostycznego:

- (a) opis ogólnego poziomu zdrowia psychicznego (ogólnego poziomu przystosowania, ogólnego nasilenia problemów emocjonalnych, społecznych, w zachowaniu, mocnych i słabych stron, zasobów) (ośrodek I poziomu referencyjnego),
- (b) opis funkcjonowania w danej sferze lub poszczególnych sferach psychologicznych: poznawczej, emocjonalno-motywacyjnej, społecznej, zachowania, osobowości, rediagnozy oraz ewaluacji dotychczasowych interwencji (ośrodek II poziomu referencyjnego),
- (c) opis diagnozy różnicowej pozwalający na odniesienie się do kryteriów diagnostycznych, opis funkcjonowania dziecka/adolescenta w sferach psychologicznych, rediagnozy oraz ewaluacji dotychczasowych interwencji (ośrodek III poziomu referencyjnego),
- (d) rozumienie występujących trudności w kontekście określonego paradygmatu terapeutycznego (ośrodki I, II, III poziomu referencyjnego),
- (e) określenie rokowań i zaleceń dotyczących pomocy (ośrodki I, II, III poziomu referencyjnego).

Rekomendacja 7

Pozyskiwane dane powinny obejmować zakres niezbędny do dokonania opisu zasobów (mocnych stron) oraz deficytów (słabych stron) w odniesieniu do dziecka/adolescenta, rodziny oraz otoczenia społecznego, w celu zidentyfikowania obszarów koniecznych do modyfikacji oraz określenia potencjału dla prowadzonych oddziaływań, jak przedstawiono poniżej.

Tabela 1.6. Obszary zasobów i deficytów

Zasoby (mocne strony) i deficyty (słabe strony)	
Związane z dzieckiem/adolescentem	<u>Cechy indywidualne</u> : funkcjonowanie intelektualne, umiejętności rozwiązywania problemów, strategie regulowania emocji i zachowania, style radzenia sobie ze stresem, cechy charakterystyczne i temperamentu, obraz własnej osoby, wiara w przyszłość, poczucie sensu życia, posiadanie uzdolnień i cech cenionych społecznie, zainteresowania cenione społecznie lub mało atrakcyjne dla rówieśników, umiejętności sportowe, obecność przewlekłych schorzeń somatycznych, zaburzeń psychicznych, zaburzeń neurorozwojowych, nieprzepracowane straty
	<u>Kompetencje i umiejętności społeczne</u> : nawiązywanie i podtrzymywanie relacji społecznych, reagowanie w sytuacjach konfliktowych, uwzględnianie punktu widzenia innych, poszukiwanie wsparcia i proszenie o pomoc
	<u>Zadania rozwojowe</u> (oczekiwane społecznie, charakterystyczne dla danego społeczeństwa, w kontekście kulturowym i historycznym): realizacja zgodnie z wiekiem i stadium, umiejętność wykorzystania zasobów własnych i środowiskowych do realizacji zadań rozwojowych
Związane z rodziną	<u>Cechy rodziny</u> : poczucie więzi, troskliwość i zaangażowanie rodziców w sprawy dziecka, w realizację obowiązków domowych i wychowawczych, poziom akceptacji dla potrzeb każdego członka systemu rodzinnego, zdolność do udzielania wsparcia, formułowanie potrzeb i oczekiwań, adekwatność granic, sprzyjanie autonomii, struktura systemu rodzinnego, konflikty między rodzicami i w rodzinie, strategie rozwiązywania problemów, umiejętność wypracowania kompromisu, jakość relacji z rodzeństwem, związki z dalszymi członkami rodziny
	<u>Rodzice/opiekunowie</u> : poziom wykształcenia, rodzaj i satysfakcja z pracy, obecność przewlekłych schorzeń somatycznych, zaburzeń psychicznych, uzależnień, nieprzepracowane straty, zaangażowanie w problemy w rodzinie pochodzenia
	<u>Relacja rodziców/opiekunów</u> : jakość relacji partnerskiej, poziom satysfakcji, nieujawnione i nierozwiązane problemy
	<u>Status społeczno-ekonomiczny</u> : zasoby i trudności finansowe, obciążenie kredytami, zewnętrznymi stresorami, sytuacja mieszkaniowa
	Duchowość, wiara, przynależność do zgromadzeń religijnych i innych grup społecznych/wsparcia, poziom izolacji społecznej.
Związane z otoczeniem	<u>Cechy otoczenia społecznego</u> : relacje społeczne, grupy odniesienia i wsparcia, związki z osobami dorosłymi spoza rodziny (mentorzy, autorytety).
	<u>Cechy społeczności lokalnej</u> : jakość oferty edukacyjnej (poziom przygotowania nauczycieli, otwartość na modyfikację własnego postępowania i współpracę, oferta dodatkowych zajęć edukacyjnych i pozalekcyjnych), dostęp do centrów rekreacyjnych, środowisko zamieszkania i czas dojazdu do miejsc pracy i szkół, jakość opieki zdrowotnej i dostępność do usług zdrowotnych, dostęp do instytucji świadczących pomoc i opiekę, poziom bezpieczeństwa/poziom przemocy, dostęp do służb nagłego reagowania, poziom zanieczyszczenia powietrza.
	<u>Cechy społeczne i związane z kulturą</u> : polityka chroniąca dzieci i opieka społeczna, nacisk na edukację i przeznaczanie na nią środki, poziom ochrony przed przemocą lub prześladowaniem politycznym, zasady i normy współżycia społecznego, jakość współpracy między instytucjami, poziom kontroli społecznej, system religijny, duchowość.

Standard 3

Badanie psychiatryczne powinno być przeprowadzane zgodnie z obowiązującymi standardami i obejmować wszystkie wymagane elementy, jak przedstawiono poniżej.

Tabela 1.7. Obszary badania psychiatrycznego

Badanie psychiatryczne	
Wywiad rodzinny, rozwojowy	Przeprowadzony z rodzicami/opiekunami: zgodnie z opisanym powyżej standardem Analiza informacji od nauczycieli/wychowawców na temat funkcjonowania dziecka/adolescenta w środowisku szkolnym Analiza informacji od terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży na temat funkcjonowania dziecka/adolescenta w środowisku domowym i szkolnym
Wywiad dotyczący zgłaszanego problemu/objawów/zaburzenia, wcześniejszych/współwystępujących problemów/objawów/zaburzeń	Przeprowadzony z rodzicami/opiekunami (przyczyna zgłoszenia, historia obecnego problemu/objawów/zaburzenia, dotychczasowe leczenie psychiatryczne i jego efekty, powikłania, interwencje psychoterapeutyczne, w tym czas ich trwania, adresaci, uzyskane zmiany, wcześniejsze, współwystępujące problemy/objawy/zaburzenia, historia ich rozwoju, zastosowane leczenie i jego efekty) Analiza dostarczonej dokumentacji (wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych, karty informacyjne pobytów szpitalnych, kopie historii chorób, opinie i orzeczenia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, wyniki badań psychologicznych i neuropsychologicznych) Analiza informacji od nauczycieli/wychowawców, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania na temat funkcjonowania dziecka/adolescenta w środowisku szkolnym Analiza informacji od terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży na temat funkcjonowania dziecka/adolescenta w środowisku domowym i szkolnym
Wywiad dotyczący schorzeń somatycznych	Przeprowadzony z rodzicami/opiekunami: historia, dotychczasowe leczenie, jego efekty, powikłania Analiza dostarczonej dokumentacji (wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych, karty informacyjne pobytów szpitalnych, kopie historii chorób)
Wywiad podmiotowy (autoanamneza)	Przeprowadzony z dzieckiem/adolescentem: Informacje dotyczące powodów zgłoszenia, w tym przez rodziców/opiekunów Informacje dotyczące obecności problemów/objawów, czasu ich trwania, nasilenia i wpływu na funkcjonowanie, dotychczasowego leczenia i jego efektów, powikłań, interwencji psychoterapeutycznych Informacje dotyczące sytuacji rodzinnej, szkolnej, funkcjonowania w grupie rówieśniczej, zainteresowań, sposobu spędzania wolnego czasu, ulubionych aktywności, realizacji zadań rozwojowych, aktywności seksualnej, orientacji i tożsamości seksualnej Informacje dotyczące doświadczenia przemocy, wydarzeń traumatycznych, używania substancji psychoaktywnych, zachowań autodestrukcyjnych, zachowań ryzykownych, łamania prawa
Ocena stanu psychicznego	Na podstawie rozmowy i obserwacji: wygląd fizyczny (adekwatność do wieku, stan higieniczny, ubiór), kontakt (wzrokowy, werbalny, poziom zaangażowania w rozmowę, zdolność do podjęcia współpracy), świadomość, orientacja (co do miejsca, czasu i własnej osoby), mowa i komunikacja (tempo, spontaniczność, płynność mowy, artykulacja, intonacja, prozodia, kompetencje semantyczne i pragmatyczne, słownictwo i poziom jego dostosowania do wieku, neologizmy), nastrój (opisywany przez dziecko/adolescenta, zaobserwowany w czasie badania), afekt (dostosowanie, zakres,

	modulacja, typ), reakcje emocjonalne (objawy lękowe, umiejętności w zakresie regulacji emocji), aktywność ruchowa (napęd psychoruchowy, koordynacja ruchowa, mimika, gestykulacja, stereotypie ruchowe, manieryzmy, tiki, akatyżja), pamięć (bezpośrednia, krótko- i długoterminowa), uwaga i koncentracja (zdolność do podtrzymywania uwagi, rozpraszalność pod wpływem bodźców wewnętrznych i zewnętrznych), funkcjonowanie poznawcze (podstawowa wiedza, umiejętności w zakresie pisania, czytania, liczenia, rysowania), myślenie (tok, struktura i funkcja, logiczność, formalne zaburzenia myślenia i zaburzenia treści myślenia), zaburzenia spostrzegania, zachowania autodestrukcyjne (samookaleczenia, myśli i plany 'S', próby 'S'), zachowania agresywne, zachowania ryzykowne, wgląd i krytycyzm
Badanie fizykalne, badanie neurologiczne	Przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi standardami pediatrycznego/internistycznego/neurologicznego badania przedmiotowego
Badania diagnostyczne	Badania laboratoryjne i diagnostyczne w zakresie adekwatnym do danych uzyskanych w badaniu podmiotowym i przedmiotowym
Badanie psychologiczne i neuropsychologiczne	Zlecone w zakresie adekwatnym do danych uzyskanych w badaniu podmiotowym i przedmiotowym

Standard 4

Sformułowanie dotyczące interwencji powinno stanowić kompleksowy plan pomocy dziecku/adolescentowi i jego rodzinie (przedstawiony i omówiony z rodzicami/opiekunami, dzieckiem/adolescentem), bazować na zidentyfikowanych zasobach i deficytach oraz uwzględniać opis proponowanych interwencji, ich adresatów, celów i oczekiwanych zmian, potencjalnych trudności i koniecznych modyfikacji.

Rekomendacja 1

Zaleca się, by plan pomocy dziecku/adolescentowi i jego rodzinie obejmował następujące elementy:

Tabela 1.8. Wzór kompleksowego planu pomocy

Kompleksowy plan pomocy		
Powód zgłoszenia (problemy, objawy)		
Rozpoznanie nozologiczne		
Diagnoza psychologiczna		
	Zasoby (mocne strony)	Deficyty (słabe strony)
Cechy indywidualne	1. ...	1. ...
Zadania rozwojowe	1. ...	1. ...
Zainteresowania, aktywności	1. ...	1. ...
Środowisko rodzinne	1. ...	1. ...
Rówieśnicy (umiejętności, relacje, przyjaźnie)	1. ...	1. ...
Szkoła (nauka, nauczyciele)	1. ...	1. ...

Otoczenie społeczne (organizacje, grupy wsparcia, ważne osoby)	1. ...	1. ...
Plan postępowania (interwencje psychologiczne, psychoterapeutyczne, środowiskowe i psychiatryczne)		
Obszar	Problem	Planowana interwencja/ osoba odpowiedzialna
Funkcjonowanie indywidualne	1. ...	1. ...
Funkcjonowanie rodziny	1. ...	1. ...
Funkcjonowanie społeczne	1. ...	1. ...
Inne	1. ...	1. ...
Przewidywane trudności 1. ...	Konieczne modyfikacje 1. ...	

SEKCJA 2

Zaburzenia rozwoju intelektualnego (niepełnosprawność intelektualna)

ICD-10: Upośledzenie umysłowe (F70, F71, F72, F73)

ICD-11: Zaburzenia rozwoju intelektualnego (6A00)

Diagnoza psychologiczna: Zaburzenia procesów poznawczych/niepełnosprawność intelektualna

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie, definicje

Niepełnosprawność intelektualna (*intellectual disability*) jest polietiologicznym stanem funkcjonowania pojawiającym się przed 18 r.ż., charakteryzującym się obniżeniem funkcjonowania intelektualnego oraz ograniczeniami w zachowaniu adaptacyjnym. Zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa ds. Intelektualnej i Rozwojowej Niepełnosprawności (AAIDD), Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), obniżenie funkcjonowania intelektualnego jest określane na podstawie oceny klinicznej i pomiaru inteligencji narzędziami spełniającymi wymogi psychometryczne. Wskaźnik stanowi iloraz inteligencji (IQ) dwa lub więcej odchylenia standardowe poniżej średniej (z uwzględnieniem błędu standardowego pomiaru). Ograniczenia w zachowaniu adaptacyjnym dotyczą umiejętności poznawczych, społecznych lub praktycznych.

W klasyfikacji ICD-11 zrezygnowano z obecnego w ICD-10 pojęcia „upośledzenie umysłowe”, kategoryzowanego w grupie Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F70–F79). W ICD-11 wprowadzono termin „Zaburzenia rozwoju intelektualnego” (6A00), umieszczając niepełnosprawność intelektualną w grupie zaburzeń neurorozwojowych. Przyjęto tym samym rozumienie niepełnosprawności umysłowej jako zaburzenia. W klasyfikacji DSM-5 niepełnosprawność intelektualna została ujęta w grupie zaburzeń neurorozwojowych, wraz z całościowymi opóźnieniami rozwojowymi oraz nieokreśloną niepełnosprawnością intelektualną. Całościowe opóźnienia rozwojowe odnoszą się do obserwowanych u dzieci do 5 r.ż. trudności w osiągnięciu kamieni milowych w funkcjonowaniu intelektualnym. Dokładny i trafny pomiar testami inteligencji nie jest możliwy. Rozpoznanie to wymaga powtórnej oceny po upływie pewnego czasu. Nieokreślona niepełnosprawność intelektualna jest rozpoznaniem stawianym u dzieci powyżej 5 r.ż., gdy dokładny i trafny pomiar testami inteligencji nie jest możliwy. Kamienie milowe w rozwoju dziecka to określone umiejętności, kształtowane w określonym czasie i kolejności w toku życia, odzwierciedlające interakcję między rozwijającym się układem nerwowym dziecka/adolescenta a jego środowiskiem.

Obraz kliniczny

Populacja dzieci/adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną jest zróżnicowana. Przejawiają one więcej problemów sensorycznych, ruchowych, neurologicznych, emocjonalnych, behawioralnych niż inne dzieci. Obraz kliniczny różni się przede wszystkim w zależności od prezentowanego stopnia niepełnosprawności. Najczęściej w charakterystyce

osób z niepełnosprawnością intelektualną uwzględnia się następujące cztery stopnie (poziomy):

- lekki (wyniki mierzone narzędziami psychologicznymi w zakresie funkcjonowania intelektualnego i zachowania adaptacyjnego od 2 do 3 odchyłeń standardowych poniżej średniej),
- umiarkowany (wyniki mierzone narzędziami psychologicznymi w zakresie funkcjonowania intelektualnego i zachowania adaptacyjnego od 3 do 4 odchyłeń standardowych poniżej średniej),
- znaczny (wyniki mierzone narzędziami psychologicznymi w zakresie funkcjonowania intelektualnego i zachowania adaptacyjnego od 4 do 5 odchyłeń standardowych poniżej średniej),
- głęboki (wyniki mierzone narzędziami psychologicznymi w zakresie funkcjonowania intelektualnego i zachowania adaptacyjnego poniżej 5 odchyłeń standardowych poniżej średniej).

Tabela 2.1. Obraz kliniczny niepełnosprawności intelektualnej u dzieci i młodzieży

Stopień	Obraz kliniczny
Lekki	<p>Funkcjonowanie intelektualnie nie przekracza poziomu 12-latka, a zachowanie przystosowawcze poziomu 17-latka; zazwyczaj kształcenie w szkołach specjalnych, zdolność do ukończenia szkół zawodowych, podjęcia aktywności zawodowej i samodzielnego funkcjonowania w życiu rodzinnym.</p> <p>Procesy poznawcze (ogólny poziom): wolniejsze i mniej dokładne; lepsze operowanie materiałem niewerbalnym niż werbalnym, zdolność do opanowania materiału dla V–VI klasy szkoły podstawowej.</p> <p>Percepcja: wolniejszy proces spostrzegania, mniejsza dokładność, trudności w prawidłowym spostrzeganiu liter i kształtów.</p> <p>Myślenie: sztywność, mały krytycyzm, zdolność do myślenia przyczynowo-skutkowego, łączenie działania z aktualną sytuacją i dotychczasowym sposobem reagowania; podążania za trzyetapowymi instrukcjami; myślenie nie przekracza fazy operacji konkretnych.</p> <p>Uwaga: zachowana dowolność; czas utrzymania skrócony.</p> <p>Pamięć: przewaga pamięci mechanicznej; mniejszy zakres pamięci.</p> <p>Mowa: opóźnienia w rozwoju mowy, mowa z reguły mniej rozwinięta niż u rówieśników bez niepełnosprawności intelektualnej, ograniczone słownictwo; pod koniec okresu dzieciństwa u większości dobrze rozwinięte zdolności językowe i umiejętność wyrażania potrzeb.</p> <p>Zachowania przystosowawcze (ogólny poziom): obecna umiejętność rozpoznawania imienia i nazwiska, określenia wieku, płci, pojęcie czasu, odległości przestrzennych, relacji w stopniu podstawowym opanowane przed zakończeniem okresu dzieciństwa; częściej trudności w motoryce.</p> <p>Sfera konceptualna: do okresu szkolnego brak obserwowanych opóźnień; w okresie szkolnym obserwowalne opóźnienie w nabywaniu umiejętności szkolnych; umiejętności czytania, pisania, wykonywania prostych operacji matematycznych opanowane przed zakończeniem okresu dzieciństwa.</p> <p>Sfera społeczna: niedojrzałość społeczna (m.in. trudności w ocenie sytuacji, interpretacji sygnałów z otoczenia); mogą występować trudności z kontrolą emocji i zachowania.</p>

	<p>Sfera praktyczna: dość dobrze rozwinięta zdolność samoobsługi oraz umiejętności związane z wykonywaniem prostych czynności życiowych.</p>
Umiarkowany	<p>Funkcjonowanie intelektualnie nie przekracza poziomu 6–9-latka, a zachowanie przystosowawcze poziomu 10-latka; kształcenie w klasach życia, zdolność do ukończenia szkół przysposabiających do pracy, podjęcia aktywności w warsztatach terapii zajęciowej; wymagane ograniczone wsparcie społeczne; część dzieci/adolescentów prezentuje wady narządów zmysłów lub wady/uszkodzenia w OUN.</p> <p>Procesy poznawcze (ogólny poziom): wolne i mało dokładne; lepsze operowanie materiałem niewerbalnym niż werbalnym, zdolność do opanowania materiału dla II klasy szkoły podstawowej.</p> <p>Percepcja: wolny proces spostrzegania, niedokładność, trudności w prawidłowym rozróżnianiu obiektów.</p> <p>Myślenie: sztywność, definiowanie obiektu na podstawie opisu (wraz z umiejętnością podania jego zastosowania), podążania za dwuetapowymi instrukcjami; myślenie na poziomie przedoperacyjnym; w okresie nastoletnim (po 15 r.ż.) mogą kształtować się cechy myślenia konkretno-obrazowego.</p> <p>Uwaga: mimowolność; zarysowany początek uwagi dowolnej.</p> <p>Pamięć: przewaga pamięci mechanicznej; pamięć nietrwała; krótki zakres (zdolność do zapamiętania prostych treści).</p> <p>Mowa: istotne opóźnienia w rozwoju mowy; często wady wymowy; u części wyłącznie komunikacja niewerbalna, u części posługiwanie się prostymi zdaniami lub pojedynczymi słowami do sygnalizowania potrzeb.</p> <p>Zachowania przystosowawcze (ogólny poziom): obecna umiejętność rozpoznawania napisanego imienia, określenia wieku, płci, czasu, liczby; opóźnienia w zakresie opanowywania innych umiejętności przystosowawczych.</p> <p>Sfera konceptualna: zdolność do opanowania podstawowych umiejętności pisania, czytania; zdolność prostych operacji matematycznych (np. liczenie do 10); wymagane wsparcie przy bardziej złożonych umiejętnościach.</p> <p>Sfera społeczna: trudności w komunikacji z innymi; ograniczone relacje społeczne, zazwyczaj do najbliższego otoczenia; trudności z oceną sytuacji i interpretacją sygnałów otoczenia.</p> <p>Sfera praktyczna: osiągnięta zdolność samoobsługi oraz podstawowych umiejętności związanych z wykonywaniem prostych czynności życiowych.</p>

Znaczny	<p>Funkcjonowanie intelektualnie nie przekracza poziomu 6-latka, a zachowanie przystosowawcze poziomu 7–8-latka; kształcenie w klasach życia, zdolność części adolescentów do ukończenia szkół przysposabiających do pracy i podjęcia aktywności w warsztatach terapii zajęciowej; wymagane znaczne wsparcie społeczne; większość dzieci/adolescentów prezentuje poważne wady narządów zmysłów, narządów ruchu, narządów wewnętrznych lub poważne uszkodzenia i nieprawidłowości rozwoju w OUN.</p> <p>Procesy poznawcze (ogólny poziom): bardzo spowolnione, wybiórcze i niedokładne.</p> <p>Percepcja: spowolnienie, trudności w spostrzeganiu, rozpoznawaniu przedmiotów i osób, wyodrębnianiu części z całości.</p> <p>Myślenie: sztywność, szczególne ograniczenia w myśleniu pojęciowo-słownym, podążania za jednoetapowymi instrukcjami; myślenie na poziomie sensoryczno-motorycznym; u starszych dzieci mogą kształtować się cechy myślenia przedoperacyjnego.</p> <p>Uwaga: mimowolność; ograniczenie procesów uwagi do koncentracji na silnych bodźcach.</p> <p>Pamięć: znaczne trudności; nietrwałość pamięci; zdolność zapamiętywania ograniczona do powtarzających się bodźców lub związanych z zaspokojeniem podstawowych potrzeb.</p> <p>Mowa: znaczne opóźnienia w rozwoju mowy; często zaburzenia mowy; u części posługiwanie się wyłącznie prostymi poleceniami i rozumienie jedynie prostych poleceń, u części brak umiejętności mówienia i komunikacji niewerbalnej.</p> <p>Zachowania przystosowawcze (ogólny poziom): obecna umiejętność rozpoznawania napisanego imienia, znaczne opóźnienia w zakresie opanowywania innych umiejętności przystosowawczych.</p> <p>Sfera konceptualna: słabo rozwinięta zdolność rozumienia języka pisanego, liczb, czasu, ilości, pieniędzy; zdolność czytania i pisanie z reguły ograniczona do rozpoznawania wybranych liter z alfabetu; zdolność operacji matematycznych na bardzo podstawowym poziomie (np. liczenie do 5); wymagane znaczne wsparcie społeczne.</p> <p>Sfera społeczna: trudności w formułowaniu wypowiedzi; ograniczony zasób słów, komunikacja skupiona na „tu i teraz”; relacje ograniczone do najbliższego otoczenia.</p> <p>Sfera praktyczna: czynności samoobsługowe opanowane na podstawowym poziomie; opanowana zdolność poruszania się po znanej okolicy; proste czynności życiowe, aktywność w czasie wolnym, w pracy wymagają wsparcia otoczenia.</p>
Głęboki	<p>Funkcjonowanie intelektualnie nie przekracza poziomu 3-latka, a zachowanie przystosowawcze poziomu 4-latka; wymagane całkowite wsparcie społeczne; większość dzieci/adolescentów prezentuje poważne wady fizyczne, zaburzenia sensoryczne, choroby somatyczne lub poważne uszkodzenia i nieprawidłowości rozwoju w OUN.</p> <p>Procesy poznawcze (ogólny poziom): bardzo opóźnione.</p> <p>Percepcja: ograniczenie do spostrzegania prostych bodźców; brak umiejętności powiązania spostrzeganych elementów w całość.</p> <p>Myślenie: myślenie nie przekracza stadium sensoryczno-motorycznego.</p> <p>Uwaga: mimowolność; nietrwałość.</p> <p>Pamięć: globalne opóźnienie; nietrwałość pamięci.</p> <p>Mowa: znaczne opóźnienia w rozwoju mowy; u części mowa na etapie melodii, u części brak umiejętności mówienia i komunikacji niewerbalnej.</p>

	<p>Zachowania przystosowawcze (ogólny poziom): znaczne opóźnienia w zakresie opanowywania innych umiejętności przystosowawczych; u osób z najgłębszym stopniem niepełnosprawności trudności w poruszaniu się, ruchami celowymi.</p> <p>Sfera konceptualna: umiejętności ograniczone do wykorzystywania przedmiotów i konkretnych czynności; wymagane całkowite wsparcie ze strony innych.</p> <p>Sfera społeczna: umiejętności ograniczone do reagowania na znane osoby, utrzymywania relacji z nimi, zazwyczaj niewerbalnie (gesty, sygnały emocjonalne), reagowania na proste komunikaty, ekspresji emocji i potrzeb w sposób niewerbalny.</p> <p>Sfera praktyczna: czynności samoobsługowe, proste czynności życiowe, aktywność w czasie wolnym i w pracy, nawet jeżeli opanowane na podstawowym poziomie, wymagają całkowitego wsparcia otoczenia.</p>
--	--

Epidemiologia

Niepełnosprawność intelektualna występuje u ok. 1–3% populacji ogólnej. Ok. 85% osób z tej grupy prezentuje objawy niepełnosprawności w stopniu lekkim, 10% – objawy niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym, 4% – objawy niepełnosprawności w stopniu znacznym i 1% – objawy niepełnosprawności w stopniu głębokim. Największe rozpowszechnienie niepełnosprawności intelektualnej obserwuje się w krajach ubogich, o niskim poziomie rozwoju gospodarczego. Niepełnosprawność intelektualna częściej jest rozpoznawana u dzieci i młodzieży niż dorosłych. Zjawisko to, określane mianem paradoksu niepełnosprawności intelektualnej, tłumaczy się dużą umieralnością osób z głębokim stopniem niepełnosprawności (zazwyczaj związanym z chorobami somatycznymi i uszkodzeniami w OUN) w młodym wieku oraz obserwowaną, wraz z wiekiem, poprawą funkcjonowania osób z niepełnosprawnością lekką, stanowiącą wynik usprawniania głównie zdolności adaptacyjnych. Rozpowszechnienie niepełnosprawności intelektualnej jest większe u chłopców niż dziewcząt (stosunek ok. 2:1 w przypadku niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim; stosunek 5:1 w przypadku niepełnosprawności w stopniu znacznym). Wiele dzieci z niepełnosprawnością intelektualną diagnozowanych jest w okresie niemowlęctwa, ze względu na często współwystępujące zaburzenia rozwojowe, cechy dysmorficzne lub trudności w ukształtowaniu charakterystycznych dla okresu życia umiejętności rozwojowych (tzw. kamienie milowe). Do najczęściej współwystępujących z niepełnosprawnością intelektualną schorzeń u dzieci należą inne niepełnosprawności ruchowe i sensoryczne, schorzenia neurologiczne (m.in. zespoły napadowe, porażenie mózgowe), zaburzenia zdrowia psychicznego (w tym zaburzenia emocjonalne i zachowania), inne zaburzenia neurorozwojowe (głównie ze spektrum autyzmu), wady narządów wewnętrznych i choroby somatyczne.

Etiologia

Niepełnosprawność intelektualna, zwłaszcza w stopniu lekkim, jest uwarunkowana wieloczynnikowo. Nie jest ona zawsze możliwa do jednoznacznego określenia. Zakłada się, że stanowi wynik interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych. W etiologii niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim wskazuje się na większy udział czynników społeczno-kulturowych, a w etiologii niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym, znacznym i głębokim na większy udział czynników biologicznych.

Tabela 2.2. Czynniki ryzyka niepełnosprawności intelektualnej u dzieci i młodzieży

Czynniki ryzyka niepełnosprawności intelektualnej			
	Okres prenatalny	Okres perinatalny	Okres postnatalny
Czynniki biomedyczne	choroby monogenowe, poligenowe, aberracje chromosomalne, spowodowane przez wiele genów; wady rozwojowe i uszkodzenia mózgu; choroby matki w czasie ciąży; starszy wiek rodziców; wysoki poziom pokrewieństwa między rodzicami	wcześnieństwo; uszkodzenia okołoporodowe; okołoporodowe infekcje; zamartwica; przedwczesny poród; niska masa urodzeniowa	urazowe uszkodzenia OUN; padaczka; zapalenia mózgu i opon mózgowych; zaburzenia degeneracyjne; niedożywienie
Czynniki społeczne	ubóstwo, niedożywienie matki, niedostateczna opieka medyczna w czasie ciąży	niedostateczna opieka medyczna podczas porodu	brak stymulacji środowiskowej; ubóstwo; zaniedbywanie dziecka
Czynniki behawioralne	przyjmowanie środków psychoaktywnych przez matkę	porzucenie dziecka po urodzeniu	przemoc; społeczna izolacja; stygmatyzacja rodziny
Czynniki edukacyjne	-	brak wczesnej diagnozy, zaleceń w zakresie wczesnej interwencji i wsparcia specjalistycznego dla dziecka z zaburzonym rozwojem oraz jego rodziny	nieprawidłowa lub opóźniona diagnoza; nieadekwatny system wsparcia; nieprawidłowe postawy otoczenia

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Zgłaszane i obserwowane trudności w funkcjonowaniu intelektualnym i zachowaniu adaptacyjnym powinny być rozpatrywane w kontekście rozwojowym (okres życia) i społeczno-kulturowym dziecka/adolescenta.

Standard 2

Diagnoza niepełnosprawności intelektualnej u dzieci/adolescentów powinna obejmować zarówno poziom funkcjonowania intelektualnego, jak i poziom przystosowania społecznego (zachowania adaptacyjne). Algorytm postępowania diagnostycznego powinien obejmować kolejno: (1) dokonanie wstępnego rozeznania funkcjonowania intelektualnego i emocjonalno-społecznego dziecka/adolescenta w kontekście jego etapu rozwoju oraz kontekstu środowiska, w którym dziecko funkcjonuje, (2) diagnostykę funkcjonowania intelektualnego oraz zachowań adaptacyjnych (przystosowanie społeczne) spełniających wymagania psychometryczne psychologicznymi narzędziami diagnostycznymi, (3) określenie profilu potrzebnego wsparcia, (4) podjęcie oddziaływań, których rodzaj zależy od zgłoszonych lub zidentyfikowanych trudności.

Standard 3

Zgodnie z wytycznymi WHO, APA i AAIDD do diagnozy niepełnosprawności intelektualnej u dzieci i adolescentów jest wymagana ocena funkcjonowania intelektualnego oraz zachowań adaptacyjnych standaryzowanymi i znormalizowanymi narzędziami (testami) psychologicznymi. Narzędzia powinny spełniać wymogi psychometryczne (wysoka trafność i rzetelność narzędzia) i być dobrane do indywidualnych możliwości dziecka/adolescenta. Przy doborze narzędzi ogólnego funkcjonowania intelektualnego oraz zachowania przystosowawczego powinno się uwzględniać zróżnicowanie kulturowe, językowe, psychofizyczne dziecka/adolescenta. Narzędzia powinny dawać możliwość odniesienia się do średniej (z uwzględnieniem odchylenia standardowego oraz możliwości/ograniczeń diagnostycznych danego testu), zgodnie z kryteriami czterech poziomów (stopni) niepełnosprawności intelektualnej (sekcja: Obraz kliniczny). Ze względu na charakter diagnozy (obszar ochrony zdrowia) zaleca się, aby narzędzia służące ocenie funkcjonowania intelektualnego pozwalały na odniesienie się do ilorazu inteligencji i jej przedziału (przedział IQ). Ocena przystosowania (zachowania adaptacyjnego) powinna dawać możliwość odniesienia się do umiejętności poznawczych – sfera konceptualna, społecznych i praktycznych. Ze względu na efekt Flynna (obserwowaną tendencję wzrostu IQ z pokolenia na pokolenie) normy służące do interpretacji wyników powinny być zawsze aktualne i uwzględniać populację osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób charakteryzujących się prawidłowym rozwojem.

Rekomendacja 1

Wstępne rozeznanie funkcjonowania intelektualnego i poziomu przystosowania społecznego powinno uwzględniać: (1) wywiad rodzinny z rodzicami/opiekunami dziecka/adolescenta, (2) obserwację i wywiad z dzieckiem/adolescentem, (3) ocenę środowiska życia dziecka, (4) analizę stanu psychofizycznego oraz informacji uzyskanych z innych źródeł (np. ogólne badania medyczne, badania i diagnozy specjalistyczne, opinia z przedszkola/szkoły).

Rekomendacja 2

W zależności od celu diagnozy i specyfiki podmiotu udzielającego świadczeń można dokonać oceny globalnego funkcjonowania intelektualnego i zachowań adaptacyjnych lub pogłębionej diagnozy funkcjonowania w poszczególnych sferach. W tym celu można skorzystać m.in. z narzędzi wydawanych przez polskich wydawców testów lub dostępnych w recenzowanych publikacjach naukowych¹.

¹ Przykładowo, do najpopularniejszych i powszechnie stosowanych narzędzi wykorzystywanych w diagnozie niepełnosprawności intelektualnej u dzieci młodzieży, zarówno w kontekście globalnej, screeningowej oceny, jak i szczegółowej, w poszczególnych sferach należą m.in. skala Stanford-Binet i skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci (*Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC*).

Rekomendacja 3

Dopuszcza się możliwość przeprowadzenia standaryzowanej oceny klinicznej (procedura obserwacyjna), ukierunkowanej na ocenę wskaźników behawioralnych funkcjonowania intelektualnego i zdolności przystosowawczych (zgodnie z Tabelą 2.1. - Obraz kliniczny niepełnosprawności intelektualnej u dzieci i młodzieży), w przypadku niemożliwości przeprowadzenia badania standaryzowanymi narzędziami psychologicznymi. Dopuszcza się możliwość analizy wyników badania narzędziami

badającymi funkcje intelektualne lub zachowania adaptacyjne u innego specjalisty, w niedalekiej przeszłości zgodnie ze standardami etycznymi diagnostyki psychologicznej (<https://sekcjadiagnozy.wordpress.com/standardy-diagnostyczne/>; opis w części standardów dotyczącej zasady prowadzenia diagnozy psychologicznej, tworzenia konceptualizacji i planowania interwencji).

Rekomendacja 4

W przypadku braku możliwości przeprowadzenia diagnostyki niepełnosprawności intelektualnej, a tym samym zaplanowania procesu efektywnego wsparcia dziecka/adolescenta i jego rodziny, należy podjąć współpracę w tym zakresie z innym specjalistą/ośrodkiem specjalizującym się w diagnostyce funkcjonowania intelektualnego oraz zachowań adaptacyjnych lub opiece nad osobami z niepełnosprawnością.

Rekomendacja 5

Przy ocenie stopnia niepełnosprawności intelektualnej i planowaniu interwencji należy brać pod uwagę wyniki badania narzędziami diagnostycznymi/standaryzowanej oceny klinicznej, oraz (1) zróżnicowanie językowe, kontekst kulturowy, współwystępujące niepełnosprawności, (2) czynniki, które mogły wpłynąć na diagnozę, czynniki ryzyka, czynniki podtrzymujące objawy (Tabela 2.2. Czynniki ryzyka niepełnosprawności intelektualnej u dzieci i młodzieży), (3) opis zasobów i słabych stron dziecka/adolescenta, (4) współpracę i angażowanie środowiska dziecka/adolescenta (m.in. rodziców/opiekunów lub nauczycieli/wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub przedszkolnym/szkolnym).

Standard 4

Usprawnianie osób z niepełnosprawnością intelektualną ma charakter interdyscyplinarny i powinno być dostosowane do indywidualnych możliwości dziecka/adolescenta oraz jego rodziny. W przypadku stwierdzenia biologicznych czynników ryzyka należy skierować dziecko/adolescenta do kontaktu z właściwym specjalistą (np. neurolog w przypadku schorzeń neurologicznych; dietetyk w przypadku schorzeń metabolicznych lub genetycznych i potrzeby odpowiedniej diety).

Rekomendacja 1

Wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną obejmuje m.in. rehabilitację psychologiczną, terapię pedagogiczną i terapię logopedyczną. W celu bezpośredniego usprawniania funkcji intelektualnych, kompetencji edukacyjnych, zwiększenia potencjału rozwojowego dzieci z niepełnosprawnością intelektualną należy kierować je (w miarę możliwości) do oddziaływań opartych na wczesnej interwencji/wczesnym wspomaganiu rozwoju lub do placówek zajmujących się wielospecjalistyczną, wczesną opieką nad dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi. W przypadku adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną powinno podejmować się elementy rehabilitacji psychologicznej w podmiotach świadczących pomoc psychologiczną dla młodzieży, w zależności od dostępności usług i specjalizacji danego podmiotu.

Rekomendacja 2

Ze względu na wtórne zaburzenia emocjonalne i behawioralne oraz zaburzenia funkcjonowania społecznego dzieci oraz młodzież z niepełnosprawnością intelektualną powinny być objęte świadczeniami w zakresie opieki psychologiczno-psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w zależności od dostępności usług i specjalizacji danego podmiotu. W przypadku trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym interwencje powinny uwzględniać indywidualną lub grupową pomoc psychologiczną (np. warsztaty, treningi) lub psychoterapię indywidualną lub grupową, lub wsparcie psychospołeczne, w zależności od wieku dziecka/adolescenta, stopnia niepełnosprawności i charakteru zgłaszanego problemu. Należy być uważnym na sygnały naruszenia granic dziecka/adolescenta (przemoc, zaniedbanie) oraz przejawy zachowań autodestrukcyjnych. W przypadku dzieci oddziaływania psychologiczne i psychospołeczne powinny uwzględniać głównie: (1) oddziaływania ukierunkowane na konkretny cel, (2) formy ukierunkowane na rozwój psychoruchowy, mechanizmy psychoneurofizjologiczne (np. metody terapeutyczne oparte na ruchu, zwiększaniu świadomości ciała), (3) głównie formy niewerbalne (np. zabawa terapeutyczna, arteterapia).

Standard 5

Wsparcie oraz oddziaływania terapeutyczne wobec dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną powinny obejmować oddziaływania ukierunkowane na otoczenie dziecka/adolescenta, zwłaszcza w sytuacji jego znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego, z uwzględnieniem: (1) psychoedukacji lub wsparcia, lub interwencji obejmujących rodzinę, (2) budowania sieci wsparcia społecznego w środowisku, w miarę możliwości na podstawie współpracy z innymi osobami z otoczenia dziecka/adolescenta (np. nauczyciele/wychowawcy; asystenci rodzinni; służby publiczne), (3) w razie potrzeby terapii rodzinnej.

Rekomendacja 1

Jeśli nie nastąpiła oczekiwana poprawa w zakresie trudności emocjonalnych lub behawioralnych, lub zaburzeń funkcjonowania społecznego dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w wyniku zastosowania adekwatnych do zidentyfikowanych problemów oddziaływań (w tym leczenia farmakologicznego), konieczne jest przeprowadzenie wtórnej, pogłębionej oceny problemu (tj. pogłębiona diagnoza psychologiczna i konceptualizacja problemu) oraz zweryfikowanie profilu potrzebnego wsparcia i zaleceń terapeutycznych.

Standard 6

Wskazaniami do leczenia farmakologicznego są współwystępujące zaburzenia psychiczne, wymagające leczenia, zgodnie ze standardami dla danych rozpoznań.

Rekomendacja 1

Interwencję farmakologiczną należy rozważyć w przypadku zachowań agresywnych i autoagresywnych o znacznym nasileniu, stanowiących zagrożenie dla pacjenta lub innych osób, gdy zawiodą oddziaływania niefarmakologiczne prowadzone przez wystarczająco długi czas i gdy inne zaburzenia psychiczne mogące być powodem zachowań trudnych są nieobecne lub ich odpowiednie leczenie nie przyniosło poprawy.

Rekomendacja 2

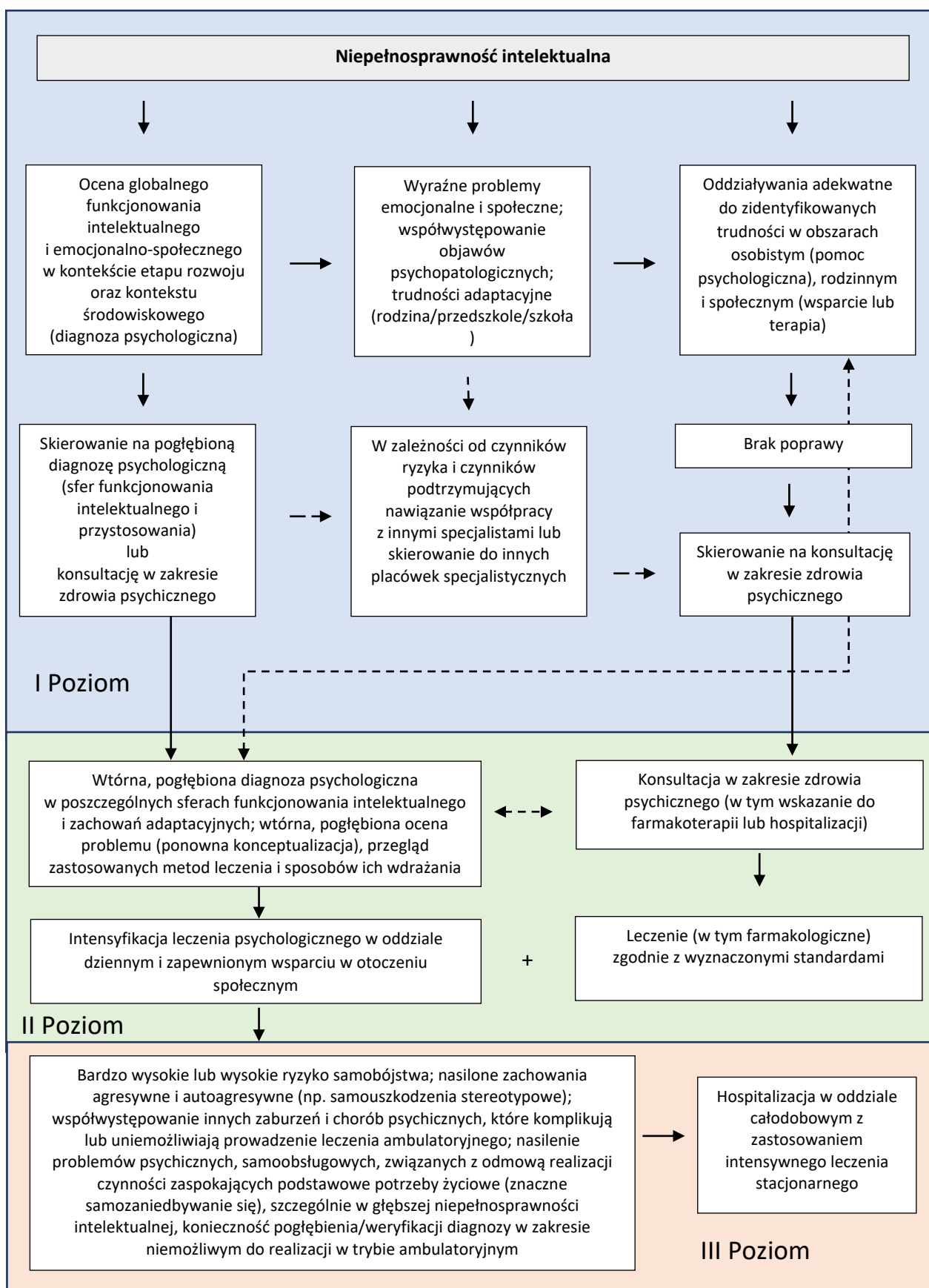
Lekami stosowanymi w celu zmniejszenia nasilenia zachowań agresywnych, autoagresywnych i niszczycielskich są neuroleptyki, klasyczne i atypowe. Wybór leku powinien zależeć od wskazań rejestracyjnych (wskazanie i grupa wiekowa) (np. rysperidon lub haloperidol), biorąc pod uwagę profil działań niepożądanych i ewentualne interakcje z lekami przyjmowanymi przez pacjenta z innych powodów. Leczenie powinno rozpoczynać się od najniższych możliwych dawek, zwiększając powoli dawkę w odstępach czasu umożliwiającym monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa. Ocenę skuteczności danej dawki leku należy przeprowadzić po 3–4 tygodniach regularnego podawania. Należy stosować najniższą skuteczną dawkę. Postępowaniem z wyboru jest monoterapia. Przy braku skuteczności najwyższej dopuszczalnej lub tolerowanej dawki po 6 tygodniach lub przy wystąpieniu działań niepożądanych należy zakończyć leczenie farmakologiczne. Przy dobrym efekcie leczenia należy rewidować potrzebę jego kontynuacji, podejmować próby odstawienia lub redukcji dawki po co najmniej 3 miesiącach, a maksymalnie po 6 miesiącach.

Rekomendacja 3

Przed rozpoczęciem leczenia farmakologicznego konieczne jest wyznaczenie zachowań trudnych, których częstość i nasilenie będą monitorowane z uwzględnieniem wpływu na funkcjonowanie. Monitorowanie skuteczności powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej. Monitorowanie bezpieczeństwa wraz z oceną stanu fizycznego powinno być prowadzone zgodnie z zasadami dla danego leku. Leczenie farmakologiczne powinno być zawsze połączone z oddziaływaniami o charakterze psychologicznym i psychoedukacyjnym.

Rekomendacja 4

Hospitalizacja w oddziale dziennym w przypadku dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną powinna być rozważona w przypadku: (a) stopnia niepełnosprawności umożliwiającego komunikację z dzieckiem/adolescentem oraz (b) przy braku odpowiedzi, przez długi czas w warunkach ambulatoryjnych, na próby leczenia farmakologicznego, psychologicznego lub skojarzonego zidentyfikowanych problemów (głównie w emocjonalno-społecznych lub w zachowaniu). Hospitalizacja w oddziale całodobowym, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) wysokiego ryzyka samobójstwa, (b) nasilonych zachowań agresywnych i autoagresywnych (np. samouszkodzenia stereotypowe), (c) współwystępowania innych zaburzeń i chorób psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (d) nasilonych problemów psychicznych, samoobsługowych, związanych z odmową realizacji czynności zaspokajających podstawowe potrzeby życiowe (znaczne samozaniedbywanie się), szczególnie w głębszej niepełnosprawności intelektualnej, (e) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.



SEKCJA 3

Zaburzenia języka, mowy i komunikacji

ICD-10: Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80)/Jąkanie (F98.5)/Mowa bezładna (F98.6)

ICD-11: Zaburzenia rozwojowe mowy i języka (6A01)

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: zaburzenia neurorozwojowe

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznawanie i obraz kliniczny

Zaburzenia mowy stanowią grupę zaburzeń obejmującą różne rodzaje trudności w zakresie mowy, w tym trudności w wystawianiu się, wady mowy, używanie niewłaściwych słów, a więc są związane z artykulacją, fonacją, tonem głosu, płynnością itd., co utrudnia zrozumienie przekazu mówionego. Zaburzenia te mogą być związane także z ogólniejszymi zaburzeniami funkcji językowych (dysfazja/afazja rozwojowa/afazja dziecięca – gdy uszkodzenie mowy nastąpiło po opanowaniu systemu językowego; oligofazja – nieprawidłowości w języku, mowie i komunikacji osób z niepełnosprawnością intelektualną). Istotne jest stwierdzenie, czy obserwowane u dziecka/adolescenta opóźnienie jest wynikiem indywidualnego tempa i rytmu rozwojowego, czy też klinicznie znaczącym zaburzeniem. Zaburzenia rozwoju mowy można podzielić na: (a) zakłócenia rozwoju mowy (gdy określony etap rozwoju mowy dziecka nie pojawił się w czasie powszechnie uznanym za właściwy), które wynikają z wolniejszego tempa dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego, przy czym opóźnienie wyrównuje się do końca 3. r.ż., (b) zaburzenia rozwoju mowy o różnej etiologii, przebiegu i rokowaniu, gdzie ich istotą jest niesamoistne opóźnienie mowy, którego nie można wyrównać bez specjalistycznej terapii.

Dla ustalenia rozpoznania wg ICD-11 konieczne jest uwzględnienie zmiennych: (a) przebiegu rozwoju ekspresji i percepcji językowej, (b) poziomu rozwoju poszczególnych aspektów mowy (artykulacja, płynność mowy) i dziedzin języka (fonologia, semantyka, pragmatyka) w odniesieniu do normy wiekowej i rozwojowej. Dodatkowo należy uwzględnić także indywidualne cechy warunkujące rozwój mowy, w tym stan zdrowia dziecka, poziom inteligencji, status społeczno-ekonomiczny, płeć, chęć komunikowania się, stymulacja, wielkość rodziny i kolejność narodzin, metody wychowawcze, kontakty z rówieśnikami, cechy temperamentu. W ICD-11, w odróżnieniu od ICD-10 zostało zmienione podejście do opisywanej kategorii zaburzeń, zrezygnowano z tworzenia dodatkowych jednostek nozologicznych na rzecz opisu zespołu objawów z uwzględnieniem stopnia ich nasilenia i konsekwencji.

Tabela 3.1. Porównanie kryteriów diagnostycznych wg ICD-10 i ICD-11

ICD-10	ICD-11
Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)	Zaburzenia neurorozwojowe (6A 0)
<p>Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80) Specyficzne zaburzenie rozwojowe, w którym dziecko korzysta z dźwięków mowy, jest poniżej poziomu odpowiedniego dla jego wieku umysłowego, ale w którym występuje normalny poziom umiejętności językowych.</p>	<p>Rozwojowe zaburzenia mowy lub języka (6A 01) charakteryzują się trudnościami w rozumieniu lub wytwarzaniu mowy, w używaniu języka w celach komunikacyjnych; trudności, które wykraczają poza granice normalnej odmienności, oczekiwanej dla wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego jednostki. Obserwowane problemy nie są związane z czynnikami społecznymi lub kulturowymi (np. regionalnymi dialektami) i nie są w pełni wyjaśnione przez nieprawidłowości anatomiczne lub neurologiczne.</p>
<p>Specyficzne zaburzenia artykulacji (F80.0) Zaburzenie fonologiczne, Zaburzenie artykulacji mowy, Dyslalia, Funkcjonalne zaburzenie artykulacji mowy, Lalling</p>	<p>Rozwojowe zaburzenie brzmienia mowy (6A01.0) w tym artykulacji</p>
<p>Brak odpowiednika</p>	<p>Rozwojowe zaburzenie języka (6A01.2) charakteryzuje się utrzymującymi się trudnościami w nabywaniu, zrozumieniu, produkcji lub używaniu języka (mówionego bądź pisanego). Pojawia się w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie. Powoduje znaczne ograniczenia zdolności komunikowania się jednostki. Zdolność rozumienia, produkcji czy też używania języka jest znacznie poniżej oczekiwanego poziomu, biorąc pod uwagę wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego danej osoby. Deficyty językowe nie są uzasadnione innym zaburzeniem neurorozwojowym lub zaburzeniami czuciowymi czy danym stanem neurologicznym, w tym skutkami uszkodzenia mózgu lub infekcji.</p>
<p>Zaburzenia rozumienia mowy (F80.2) Specyficzne zaburzenie rozwojowe, w którym rozumienie języka przez dziecko jest poniżej poziomu odpowiedniego dla jego wieku psychicznego. Praktycznie we wszystkich przypadkach wyraźny wpływ na język ekspresyjny będą miały również nieprawidłowości w produkcji słów i dźwięków. Wrodzony zmysł słuchu Dysfazja lub afazja, typ receptywny</p>	<p>Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem języka recepcyjnego i ekspresyjnego (6A01.20) postać mieszana, recepcyjno-ekspresyjna charakteryzuje się uporczywymi trudnościami w nabywaniu, zrozumieniu, produkcji i używaniu języka. Pojawia się już w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, powodując znaczne ograniczenia zdolności komunikowania się jednostki. Zdolność rozumienia języka mówionego lub pisanego (tj. języka receptywnego) jest znacznie poniżej oczekiwanego poziomu, biorąc pod uwagę wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego danej osoby. Zaburzeniu temu towarzyszy uporczywe upośledzenie zdolności do produkcji i używania języka mówionego lub pisanego (tj. języka ekspresyjnego)</p>

<p>Zaburzenie ekspresji mowy (F80.1) Specyficzne zaburzenie rozwojowe, w którym zdolność dziecka do posługiwania się ekspresyjnym językiem mówionym jest znacznie poniżej poziomu odpowiedniego dla jego wieku umysłowego, ale w którym rozumienie języka mieści się w normalnych granicach. Mogą występować nieprawidłowości w artykulacji. Dyfazja rozwojowa lub afazja, typ ekspresyjny</p>	<p>Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem głównie języka ekspresyjnego (6A01.21) uporczywe trudności w nabywaniu, produkcji i używaniu języka. Pojawia się w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, powodując znaczne ograniczenia zdolności komunikowania się jednostki. Zdolność do tworzenia i używania języka mówionego lub pisanego (tj. języka ekspresyjnego) jest znacznie poniżej oczekiwanego poziomu, biorąc pod uwagę wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego danej osoby, jednakże zdolność rozumienia języka mówionego lub pisanego (tj. języka receptywnego) jest stosunkowo nienaruszona.</p>
<p>Brak odpowiednika</p>	<p>Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem głównie języka pragmatycznego (6A01.22) rozwojowe zaburzenia języka, zaburzenia wyższego rzędu; zaburzenia semantyczne i pragmatyczne charakteryzuje się uporczywymi i wyraźnymi trudnościami ze zrozumieniem i używaniem języka w kontekstach społecznych, np. trudności z wnioskowaniem, rozumieniem humoru werbalnego i rozumieniem niejednoznacznych treści. Pojawiają się one w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, i powodują znaczne ograniczenia zdolności do komunikowania się jednostki. Pragmatyczne zdolności językowe są znacznie poniżej oczekiwanego poziomu, biorąc pod uwagę wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego jednostki. Jednakże pozostałe komponenty języka recepcyjnego i ekspresyjnego są stosunkowo nienaruszone. Kategorii tej nie należy stosować, jeśli pragmatyczne upośledzenie języka może być stosowniej wyjaśnione przez zaburzenia ze spektrum autyzmu lub upośledzenia innych elementów języka receptywnego bądź ekspresyjnego.</p>
<p>Brak odpowiednika</p>	<p>Rozwojowe zaburzenie językowe z innymi określonymi zaburzeniami językowymi (6A01.23) nieokreślone zaburzenia rozwoju językowego; charakteryzuje się utrzymującymi się trudnościami w nabywaniu, zrozumieniu, produkcji lub używaniu języka (mówionego lub pisanego). Pojawia się w okresie rozwojowym i powoduje znaczne ograniczenia zdolności do komunikowania się jednostki. Ponadto wzór specyficznych deficytów w umiejętnościach językowych nie jest odpowiednio oddany przez żadną z pozostałych kategorii rozwojowych zaburzeń językowych.</p>

<p>Jąkanie (zacinanie się) (F 98.5) zaburzenie płynności mowy (rytmu i tempa): kloniczne – dominują skurcze kloniczne, powodujące powtarzanie dźwięku, np. pa...pa...palto; uważa się, że jest to łagodniejsza i często nieświadomiona forma jąkania, toniczne – dominują skurcze toniczne powodujące tzw. bloki w czasie mówienia; jest to bardziej zaawansowana forma jąkania i odczuwana jako bardzo przykra, kloniczno-toniczne – występują skurcze mieszane.</p>	<p>Rozwojowe zaburzenie płynności mowy (6A01.1) charakteryzuje się uporczywym, częstym lub wszechobecnym zaburzeniem rytmicznego przepływu mowy, który pojawia się w okresie rozwoju. Wykracza ono poza granice standardowego odchylenia oszacowanego dla danego wieku oraz poziomu funkcjonowania intelektualnego. Prowadzi do ograniczenia zrozumiałości i znacząco wpływa na komunikację. Może obejmować powtórzenia dźwięków, sylab lub słów, przedłużanie wypowiedzi, stosowanie przerw w słowach, blokowanie produkcji słownej, nadmierne używanie wtrąceń i szybkie, krótkie wybuchy mowy.</p>
<p>Mowa beładna (F98.6) zaburzenie płynności mowy charakteryzujące się zbyt szybkim lub nieregularnym tempem wypowiedzi, co objawia się m.in. występowaniem tzw. zwykłych niepłynności w mowie, nieprawidłowym stosowaniem pauz, akcentów wyrazowych i zdaniowych, nadmierną koartykulacją (wymawianie głosek z wykorzystaniem układów narządów mowy właściwych dla głosek sąsiednich). Wśród cech giełkotu wymienia się również chaotyczny sposób językowego formułowania myśli.</p>	<p>Inne określone rozwojowe zaburzenia mowy lub języka (6A01.y)</p>

Epidemiologia

Prawidłowo rozwijające się dzieci, niezależnie od uwarunkowań kulturowych, opanowują podstawy własnego języka do 4 r.ż. W okresie przedszkolnym 5–8% dzieci wykazuje jednak opóźnienie lub zaburzenia rozwoju mowy oraz języka, z czym mogą później wiązać się trudności w nauce, problemy społeczne, emocjonalne i behawioralne. Chorobowość lub odsetek osób, które jąkały się dowolnym okresie ich życia, wynosi 5%. Mężczyźni jąkają się od dwóch do pięciu razy częściej niż kobiety. Najczęściej jąkanie rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie. Badania sugerują, że jąka się 2,5% dzieci poniżej 5 r.ż. Stosunek płci wydaje się poszerzać, kiedy dzieci rosną. Rozpowszechnienie mowy beładnej (giełkotu) nie zostało dokładnie zbadane, zaburzeniem może być dotkniętych ok. 1% dzieci w wieku 10–12 lat.

Etiologia

Zaburzenia rozwoju języka, mowy i komunikacji mają nieznaną etiologię, ich przebieg oraz konsekwencje są wynikiem oddziaływania na siebie czynników genetycznych i środowiskowych. Rozpatruje się rolę czynników działających w okresie ciąży, w czasie porodu lub po urodzeniu (niedotlenienie, czynniki infekcyjne, zaburzenia hormonalne, choroby i stany niedoborowe u matki, przyjmowanie leków, alkoholu i innych używek). W zaburzeniach płynności mowy poza czynnikami genetycznymi istotną rolę mogą odgrywać także czynniki środowiskowe. Jąkanie może nasilać się w sytuacjach stresu, presji, ekscytacji czy zmęczenia, a także w różnych sytuacjach społecznych jak publiczne wystąpienia czy rozmowy z nieznanymi. Mowa beładna często współwystępuje z innymi zaburzeniami, m.in. z jąkaniem, trudnościami w nauce czy ADHD.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Istotne jest stwierdzenie, czy obserwowane u dziecka opóźnienie jest wynikiem indywidualnego tempa i rytmu rozwojowego, czy też klinicznie znaczącym zaburzeniem wymagającym wsparcia specjalistów.

Standard 2

Zalecana jest ocena funkcjonowania języka, mowy i komunikacji znormalizowanymi narzędziami (testami) psychologicznymi lub próbami neuropsychologicznymi. Narzędzia powinny spełniać wymogi psychometryczne i być dobrane do indywidualnych możliwości dziecka/adolescenta oraz, jeśli jest to możliwe, dawać możliwość odniesienia wyniku do próby normalizacyjnej.

Standard 3

Zgłaszane i obserwowane trudności w zaburzeniach języka, mowy i komunikacji należy rozpatrywać z perspektywy: (a) rozwojowej – przebieg rozwoju ekspresji i percepcji językowej, ilościowo-jakościowej – poziom rozwoju poszczególnych aspektów mowy (artykulacja, płynność mowy) i dziedzin języka (fonologia, semantyka, pragmatyka) w odniesieniu do normy wiekowej i rozwojowej, (b) społeczno-kulturowej dziecka/adolescenta – ich wpływu na funkcjonowanie rówieśnicze.

Rekomendacja 1

Ocena trudności w obszarze zaburzeń języka, mowy i komunikacji powinna obejmować: (a) wywiad rozwojowy i rodzinny, (b) obserwację i wywiad z dzieckiem/adolescentem, (c) ocenę środowiska życia dziecka, (d) analizę stanu psychofizycznego oraz informacji pozyskanych z innych źródeł (np. ogólne badania medyczne, badania i diagnozy specjalistyczne, opinia z przedszkola/szkoły).

Rekomendacja 2

W sytuacji niemożliwości przeprowadzenia diagnozy zaburzeń języka, mowy i komunikacji, a tym samym zaplanowania procesu efektywnego wsparcia dziecka/adolescenta i jego rodziny należy podjąć współpracę w tym zakresie z innymi specjalistami/ośrodkami specjalizującymi się w diagnozie zaburzeń mowy i języka lub opiece nad osobami z tymi trudnościami.

Standard 4

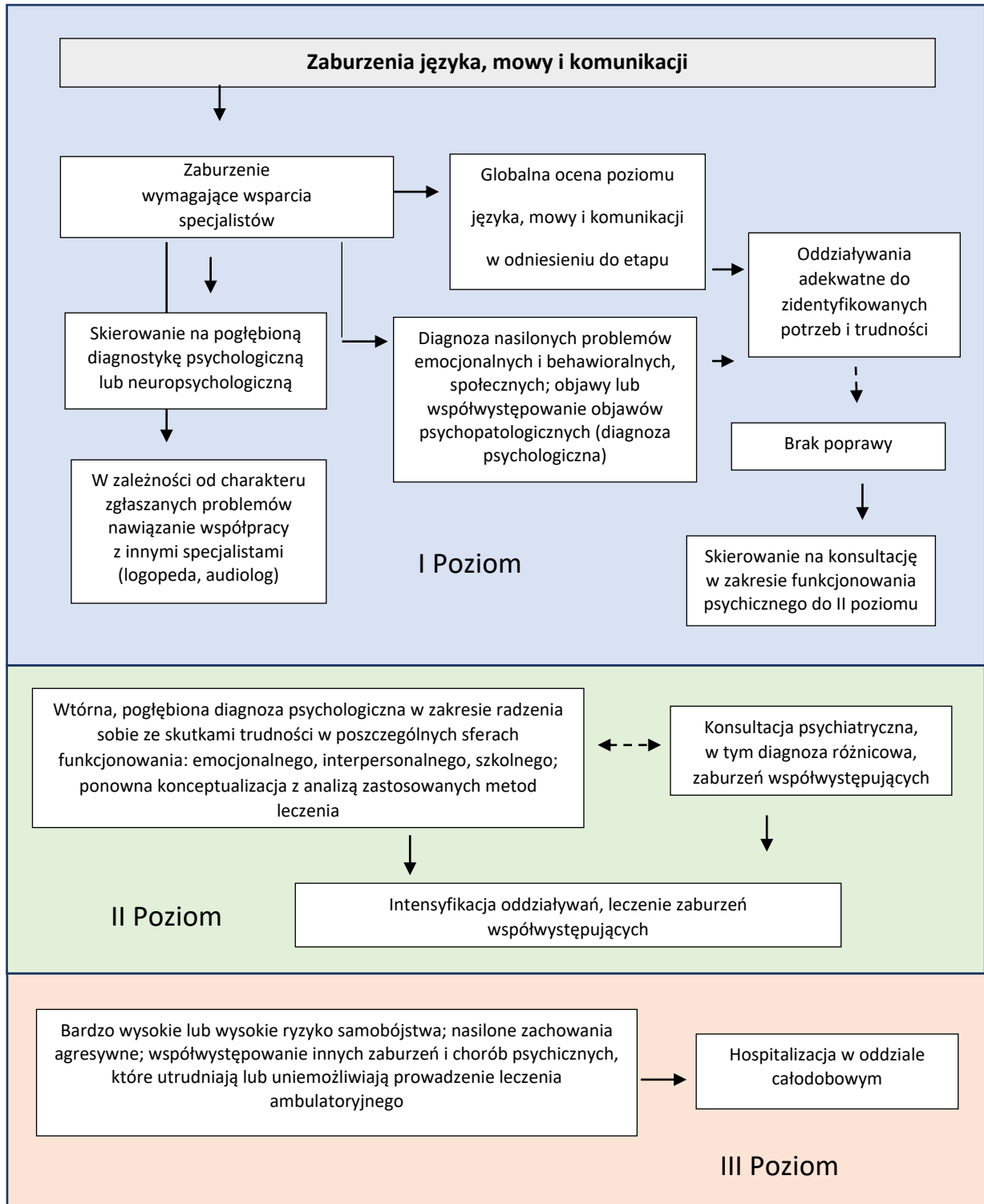
Metodą z wyboru dla zaburzeń płynności mowy i mowy beładnej jest terapia logopedyczna.

Standard 5

W przypadku wtórnych trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym interwencje powinny uwzględniać indywidualną lub grupową pomoc psychologiczną (np. warsztaty, treningi) lub wsparcie psychospołeczne, w zależności od wieku dziecka/adolescenta, stopnia niepełnosprawności i charakteru zgłaszanego problemu. Należy być uważnym na sygnały naruszenia granic dziecka/adolescenta (przemoc, zaniedbanie) oraz przejawy zachowań autodestrukcyjnych.

Standard 6

Jeśli nie nastąpiła oczekiwana poprawa w wyniku zastosowania adekwatnych do zidentyfikowanych problemów oddziaływań, konieczne jest przeprowadzenie wtórnej, pogłębionej oceny problemu (tj. pogłębiona diagnoza psychologiczna problemu) oraz zweryfikowanie profilu potrzebnego wsparcia i zaleceń terapeutycznych.



SEKCJA 4

Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Jedno z zaburzeń w kategorii Zaburzenia neurorozwojowe (6A), wprowadzone do ICD-11 (6A02), nie wyróżniono poszczególnych jednostek chorobowych, podobnie jak we wcześniejszych klasyfikacjach. W klasyfikacji ICD-10 autyzm umieszczono w Całościowych zaburzeniach rozwojowych (F84) i wyróżniono jednostki chorobowe:

1. Autyzm dziecięcy (F84.0 wg ICD-10)
2. Autyzm atypowy (F84.1 wg ICD-10)
3. Zespół Retta (F84.2 wg ICD-10; wykluczono z zaburzeń ze spektrum autyzmu wg ICD-11)
4. Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F84.3 wg ICD-10)
5. Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (F84.4 wg ICD-10)
6. Zespół Aspergera (F84.5 wg ICD-10)
7. Inne całościowe zaburzenia rozwojowe (F84.8 wg ICD-10)
8. Całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone (F84.9 wg ICD-10)

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: autyzm, spektrum autyzmu, inne.

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

W najnowszej klasyfikacjach ICD-11 oraz DSM-5 wyróżniono dwa osiowe obszary objawów, do których zaliczono przetrwałe deficyty we wzajemnej komunikacji społecznej i społecznych interakcjach oraz ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności, które są wyraźnie nietypowe i nadmierne do wieku pacjenta, poziomu rozwoju i kontekstu społeczno-kulturowego. Objawy powinny występować od wczesnego dzieciństwa, chociaż nie muszą być w pełni wyrażone i zauważone. Niekiedy trudności pacjenta stają się wyraźne dopiero w późniejszych latach, np. w czasie kontaktu z rówieśnikami w przedszkolu lub w okresie intensywnego rozwoju myślenia abstrakcyjnego. Pojawiające się problemy ograniczają lub pogarszają codzienne funkcjonowanie pacjenta. Chociaż ze względu na indywidualny obraz zaburzenia, poziom rozwoju języka oraz możliwości intelektualnych, wymagania społeczne (odmienne w zależności od wieku) lub wdrożone interwencje terapeutyczne istotne trudności pacjenta nie zawsze są wyraźne. Obie klasyfikacje umożliwiają uszczegółowienie rozpoznania w zależności od poziomu rozwoju intelektualnego i rozwoju języka (ICD-11, DSM-5). Wg kryteriów klasyfikacji ICD-11 możemy wyróżnić ASD z: (1) brakiem zaburzenia rozwoju intelektualnego i: z nieznacznym lub brakiem upośledzenia języka funkcjonalnego (6A02.0) lub istotnymi nieprawidłowościami języka funkcjonalnego (6A02.2); (2) z zaburzeniem rozwoju intelektualnego i: z nieznacznym lub brakiem upośledzenia języka funkcjonalnego (6A02.1), z istotnymi nieprawidłowościami języka funkcjonalnego (6A02.3) lub z całkowitym lub prawie całkowitym upośledzeniem języka funkcjonalnego (6A02.5). ASD często współwystępuje z innymi zaburzeniami, dlatego możemy rozpoznawać zaburzenie łącznie z: dobrze znanymi medycznymi lub genetycznymi zaburzeniami lub ekspozycją na znany czynnik środowiskowy, z innymi zaburzeniami

neurorozwojowymi, psychicznymi lub behawioralnymi. Klasyfikacja ICD-11 uwzględnia również przebieg ASD bez utraty wcześniej nabytych umiejętności (6A02.x0) lub z utratą nabytych wcześniej umiejętności (6A02.x1).

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny w ASD jest bardzo zróżnicowany i zależy m.in. od wieku pacjenta, jego umiejętności językowych, możliwości intelektualnych, towarzyszących zaburzeń, a także – co podkreśla się w ostatnich latach – od płci. W niewerbalnych zachowaniach komunikacyjnych wykorzystywanych w interakcjach społecznych są widoczne ograniczenia lub atypowe wykorzystanie kontaktu wzrokowego, gestów, ekspresji twarzy, pozycji ciała lub prozodii mowy. Osoby z ASD mają także trudności w koordynacji komunikacji niewerbalnej z werbalną. Poniżej oczekiwań dla wieku, płci i kultury jest nawiązywanie, podtrzymywanie i zrozumienie relacji. Osoby z ASD mogą nie być zainteresowane kontaktem społecznym lub podczas interakcji wykazywać się biernością lub nieadekwatnością zachowania. Młodzież oraz dorośli mogą mieć trudności ze zrozumieniem, które zachowanie jest odpowiednie w określonej sytuacji, a w innej już nie, stosowaniem strategii społecznych, zrozumieniem swojej roli w różnych kontekstach, przekraczaniem lub stawianiem granic. Charakterystyczne dla ASD nieprawidłowości językowe są związane z brakiem zdolności do efektywnego wykorzystania języka w kontekście społecznym. Wpływa to na możliwość rozumienia zwrotów nieliteralnych, takich jak metafory, żarty czy ironia, trudności w domyślaniu się i inne konwersacyjne konwenanse. Dzieci i młodzież mają trudności w nabywaniu konwencjonalnych i symbolicznych aspektów komunikowania się. Niedostateczne bywa również zainteresowanie myślami i przeżyciami drugiej osoby, co wpływa na samą komunikację, jak i nawiązanie oraz podtrzymanie relacji z drugą osobą, a także błędne wrażenie braku empatii u osób z ASD. Stereotypowe i powtarzalne zachowania obejmują: proste motoryczne stereotypie (np. machanie rękoma), powtarzalne używanie przedmiotów (np. kręcenie monetami) lub powtarzalną mowę (np. echolalia, stereotypowe użycie słów). Nadmierne przywiązanie do schematów może manifestować się oporem przeciwko nawet drobnym zmianom, sztywnością myślenia lub zrytualizowanymi wzorcami zachowań werbalnych i niewerbalnych (np. powtarzanie pytań). Zainteresowania osób z ASD często bywają atypowe pod względem intensywności, koncentracji lub tematyki. W ostatnich latach podkreśla się, że szczególne i czasami intensywne zainteresowania u dziewcząt i kobiet z ASD w normie intelektualnej w kontekście kulturowym, społecznym, jak również rozwojowym nie są postrzegane jako tradycyjnie przypisane do ASD. Wybiórcze zainteresowania mogą być źródłem przyjemności lub motywacji i wytyczają kierunek edukacji oraz ewentualnego późniejszego zatrudnienia. ASD charakteryzuje się złożonym i heterogennym wzorcem modulacji zmysłów. Często u tej samej osoby obserwujemy zarówno zwiększenie, jak i zmniejszenie wrażliwości na dopływające bodźce.

Epidemiologia

W ostatnich latach częstość ASD przekroczyła 1,5% populacji ogólnej. Wg Centers for Disease Control and Prevention (CDC's Autism) and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network (2021) w 2018 r. u 1 na 44 dzieci w wieku 8 lat rozpoznano ASD (23/1000). ASD jest rozpoznawane wśród osób z różnych ras, grup etnicznych i społecznych. Stosunek zachorowań mężczyzn do kobiet wynosi średnio 4:1. Jednak badacze różnic międzypłciowych w autyzmie podkreślają, że liczba kobiet z rozpoznaniem ASD może być niedoszacowana, szczególnie w grupie z prawidłowym rozwojem języka i prawidłowym poziomem rozwoju

intelektualnego. W badanych populacjach odsetek pacjentów z towarzyszącą niepełnosprawnością intelektualną jest różny w zależności od grupy badanej oraz zastosowanych kryteriów diagnostycznych i wynosi od ok. 17% do 70%. W grupie badanej przez CDC's Autism wśród dzieci 8-letnich z ASD u 35% poziom rozwoju intelektualnego (IQ) kształtował się w granicach niepełnosprawności intelektualnej ($IQ \leq 70$), u 23% mieścił się w granicach 71–85, a u 42% wynosił ≥ 85 . Proporcja chłopców do dziewczynek z dodatkowo rozpoznaną niepełnosprawnością intelektualną była porównywalna.

Etiologia

ASD to heterogenna grupa zaburzeń neurorozwojowych. Ważne struktury neuroanatomiczne i szlaki neurorozwojowe mogą ulec uszkodzeniu/rozwijać się nietypowo wewnątrzmacicznie lub w okresie wczesnego postnatalnego rozwoju mózgu. Uważa się, że krytyczny dla rozwoju ASD jest okres przed narodzinami, w czasie porodu oraz tuż po urodzeniu dziecka (a nawet do 3 r.ż.). W badaniach zwraca się uwagę na m.in. nieprawidłową organizację neuronalną, zaburzenia połączeń korowych oraz szlaków różnych neurotransmiterów. Czynniki genetyczne związane z podatnością do zachorowania mogą nie ujawnić się w przypadku braku ważnych środowiskowych czynników predysponujących, zarazem indywidualna odpowiedź na czynniki środowiskowe może być zmodyfikowana przez układ genów. Jednak pomimo ogromnej liczby badań oraz hipotez dotyczących etiopatogenezy ASD jego przyczyny w większości przypadków są nadal nieznanne.

Odziedziczalność w ASD, czyli udział czynników genetycznych w ryzyku zachorowania, jest jedna z najwyższych wśród wszystkich zaburzeń psychicznych i wynosi od 0,4 do 0,9. Zmienność genetyczną odpowiedzialną za zachorowanie udaje się ustalić u ok. 10–30% pacjentów. Wśród nich opisuje się: mutacje pojedynczych genów, aberracje oraz mikroaberracje chromosomowe. Jednak nie są one charakterystyczne wyłącznie dla ASD i opisywano je również w innych zaburzeniach, w tym m.in. niepełnosprawności intelektualnej, zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), padaczkę oraz schizofrenii. Związek z wystąpieniem ASD mogą mieć również czynniki działające pre- i perinatalne. I kolejny raz – nie są one specyficzne dla ASD. Wśród nich istotne znaczenie odgrywają m.in.: wiek obojga rodziców, wewnątrzmaciczna ekspozycja na niektóre leki, poród ukończony przed terminem, niska (<2500g), a szczególnie bardzo niska masa urodzeniowa (<1500g), infekcje powodujące pojawienie się zaburzeń immunologicznych, krwawienia dokomorowe. Badacze stawiają również inne hipotezy, wśród których odnajdujemy: związek zwiększonej przepuszczalności jelita, czyli tzw. zespół jelita przesiąkliwego (nieszczelnego; *leaky gut syndrome*) w zaburzeniach psychicznych, zaburzenia układu immunologicznego.

Poniżej łącznie opisano standardy opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniem ze spektrum autyzmu

Myśląc o oddziaływaniu stosowanym w terapii osób z ASD, powinniśmy brać pod uwagę leczenie osiowych oraz towarzyszących objawów.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Diagnoza w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu może być przeprowadzona w każdym wieku. Najwcześniejsze rozpoznania są stawiane ok. 18–24 m.ż. U młodszych dzieci diagnoza jest obarczona większym błędem. W procesie diagnostycznym powinni uczestniczyć różni specjaliści, w tym: psychiatra dzieci i młodzieży, psycholog, pedagog lub neurologopeda, lub inny specjalista posiadający doświadczenie w diagnozowaniu pacjentów z ASD. Rozpoznanie, a także wątpliwości co do diagnozy różnicowej i funkcjonalnej należy ustalić wspólnie (konieczność odbycia konsylium i wspólnej pracy nad uzyskanymi danymi, dokumentami, materiałami wideo/audio, danymi o rodzinie). Jest to możliwe wtedy, gdy co najmniej dwoje terapeutów wykonuje tę pracę w jednym miejscu i czasie. Proces diagnostyczny powinien obejmować: (1) przeprowadzenie wywiadu z rodzicem/opiekunem (np. ADI-R – wywiad do diagnozy ASD), 2) obserwację dziecka/nastolatka w sytuacjach swobodnych i zadaniowych (m.in. ADOS – protokół obserwacji do diagnozowania autyzmu), próby oceniające funkcje poznawcze (m.in. mentalizację, centralną koherencję), 3) informacje o funkcjonowaniu pacjenta w różnych środowiskach (w tym informacje ze szkoły, obserwacja na terenie szkoły, wykorzystanie materiału filmowego przygotowanego przez rodziców obrazującego codzienne funkcjonowanie pacjenta w różnych sytuacjach, w tym sytuacjach społecznych, w przypadku nastolatków może być wykorzystany „materiał audio”), 4) u dzieci poniżej 5 r.ż. – diagnoza funkcjonalna, u dzieci ≥ 5 r.ż. – ocena poziomu rozwoju intelektualnego, 5) podsumowanie i przekazanie informacji zwrotnych z przeprowadzonej diagnozy, przedstawienie dalszego postępowania (np. pokierowanie do miejsc prowadzących terapię, uzyskanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego) – czynności te jako wynik wspólnej pracy zespołu (lekarz, psycholog, pedagog) wymagają udziału co najmniej dwóch osób z zespołu.

Standard 2

W przypadku podejrzenia ASD pacjent może być skierowany do: (1) Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej wyznaczonej do diagnozowania ASD (przeprowadzenie diagnozy psychologiczno-pedagogicznej, uzyskanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, wspieranie rozwoju w zakresie trudności edukacyjnych, oddziaływania terapeutyczne, m.in. TUS, terapia indywidualna), z potrzebą dodatkowej konsultacji psychiatry dzieci i młodzieży; (2) Poradni dla Osób z Autyzmem (diagnoza w kierunku ASD, zajęcia terapeutyczne ukierunkowane na redukcję istniejących trudności pacjenta, angażowanie i wspieranie rodziców osób z ASD, leczenie zaburzeń towarzyszących rozpoznanych u pacjenta); (3) ośrodka II poziomu referencyjnego (PZP, ośrodki posiadające wysokospecjalistyczne programy diagnostyczne i terapeutyczne) (diagnoza w kierunku ASD, zajęcia terapeutyczne ukierunkowane na rozwijanie istniejących trudności pacjenta, angażowanie i wspieranie rodziców osób z ASD, leczenie zaburzeń towarzyszących rozpoznanych u pacjenta); (4) całodobowego oddziału psychiatrycznego w przypadku pacjenta z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi lub innymi trudnościami; (5) innych ośrodków/stowarzyszeń posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Standard 3

Interwencje pedagogiczne i psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z ASD powinny uwzględniać: (a) wiek pacjenta, jego trudności (objawy kryterialne, zaburzenia towarzyszące), poziom rozwoju intelektualnego oraz języka funkcjonalnego; (b) działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (c) współpracę i angażowanie rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Rekomendacja 1

W zależności od obrazu klinicznego i potrzeb pacjenta z ASD w redukowaniu trudności z obszaru objawów osiowych należy stosować różne oddziaływania psychospołeczne o udowodnionej skuteczności, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, z zaangażowaniem rodziny lub opiekunów. Tym samym innej pomocy potrzebują pacjenci z np. (1) opóźnionym rozwojem języka i niepełnosprawnością intelektualną w wieku 8 lat (m.in. wspieranie: rozwoju mowy – opieka neurologopedyczna, pedagogiczna; rozwoju komunikacji społecznej – opieka psychologiczna, neuropsychologiczna, pedagogiczna; nauka zabawy z rówieśnikami – terapia w małej grupie; problemy edukacyjne – dostosowanie wymagań edukacyjnych, klasy terapeutyczne, szkoły specjalne), a innej (2) pacjenci w normie intelektualnej z prawidłowym poziomem języka funkcjonalnego w okresie dorastania (m.in. rozwijanie kompetencji w zakresie komunikacji społecznej, nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z innymi osobami, budowaniu samoświadomości). Istotną rolę w terapii pacjentów z ASD, szczególnie w przypadku opóźnienia rozwoju języka werbalnego, mają alternatywne i wspomagające metody porozumiewania się.

Standard 4

Podczas stosowania terapii u dzieci i młodzieży z ASD, podobnie jak w innych zaburzeniach psychicznych, należy zwrócić szczególną uwagę na: (a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami; (b) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia; (c) aktywne angażowanie rodziny/opiekunów w planowanie i prowadzenie terapii (jeśli jest to możliwe i wskazane); (d) włączenie systemu nagród w celu zwiększenia motywacji dziecka/adolescenta i wzmocnienia pożądanych zmian w zachowaniu; (e) rozwijanie zasobów dziecka/rodziny/opiekunów.

Rekomendacja 1

W leczeniu towarzyszących zaburzeń psychicznych, po uwzględnieniu m.in. specyfiki komunikacji społecznej pacjenta, jego umiejętności budowania relacji, zrozumienia różnych sytuacji społecznych, zachowań stereotypowych, zakłóceń ze strony zmysłów, stosuje się schematy adekwatne do leczenia konkretnych jednostek chorobowych (np. w depresji – psychoterapia indywidualna lub rodzinna, w dalszej kolejności – farmakoterapia). Modyfikacja psychoterapii dla młodych osób z ASD obejmuje m.in.: (1) wykorzystanie bardziej konkretnego języka, przykładów, zredukowanie używania

języka refleksyjnego; (2) zachowanie pewnej rutyny; (3) wspieranie przekazu werbalnego innym przekazem, np. wizualnym, wiadomości email; (4) wykorzystanie specyficznych zainteresowań; (5) zminimalizowanie dystraktorów.

Standard 5

W przypadku pojawiających się zachowań autoagresywnych i agresywnych, a także nasilonej drażliwości należy: (a) uwzględnić kompleksową konceptualizację problemu, ze zwróceniem uwagi na potencjalne czynniki predysponujące, wywołujące i podtrzymujące objawy, opis zasobów i słabych stron pacjenta, rodziny, otoczenia społecznego oraz opis mechanizmów powstawania zachowań i ich podtrzymywania; (b) uwzględnić czynniki, które mogą wyzwać omawiane trudności, w tym m.in.: zaburzenia lękowe lub nastroju, objawy psychotyczne, współistnienie zaburzeń somatycznych, dolegliwości bólowych, zmiany w otoczeniu dziecka, przemoc stosowaną wobec pacjenta; (c) uwzględnić informację z różnych środowisk, w których funkcjonuje dziecko; (d) w zależności od diagnozy problemu podjąć oddziaływania terapeutyczne mające na celu redukcję zachowań zagrażających; (e) w przypadku braku poprawy rozważyć leczenie farmakologiczne wg aktualnych zaleceń towarzystw krajowych i międzynarodowych.

Standard 6

W przypadku drażliwości, agresji i autoagresji u osób z ASD, jeżeli oddziaływania psychospołeczne nie są wystarczające lub ze względu na ciężkość objawów, możliwe jest włączenie farmakoterapii. Przed włączeniem farmakoterapii należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu oddziaływań (tj. pogłębioną diagnozę psychologiczną problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania).

Rekomendacja 1

Największą efektywność w omawianym obszarze trudności opisano w stosunku do risperidonu (zarejestrowany do krótkotrwałego leczenia – do 6 tygodni – długotrwałej agresji u niepełnosprawnych intelektualnie dzieci powyżej 5 r.ż. lub młodzieży z zaburzeniami zachowania). Kolejnym lekiem rekomendowanym przez FDA ze względu na skuteczność i bezpieczeństwo jest aripiprazol (zarejestrowany od 15 r.ż.). Oba preparaty są rekomendowane przez FDA do leczenia tych objawów w ASD. W przypadku stosowania leków we wskazaniach pozarejestacyjnych wymagane jest uzyskanie pisemnej zgody rodzica. Nie należy przekraczać maksymalnych dawek zalecanych dla dzieci i młodzieży. Jeżeli mniejsza dawka leku jest nieskuteczna, dawkę należy zwiększać do czasu uzyskania odpowiedzi terapeutycznej, przy uważnym i dokładnym monitorowaniu pod kątem zdarzeń niepożądanych.

Standard 7

Zasady prowadzenia leczenia farmakologicznego (w tym możliwe objawy niepożądane, sposoby postępowania w przypadku ich pojawienia się – niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym/lekarzem pediatrą, konieczność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami, opóźnienie wystąpienia odpowiedzi terapeutycznej, czas trwania leczenia) i jego monitorowania należy omówić z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami i odnotować w historii choroby.

Standard 8

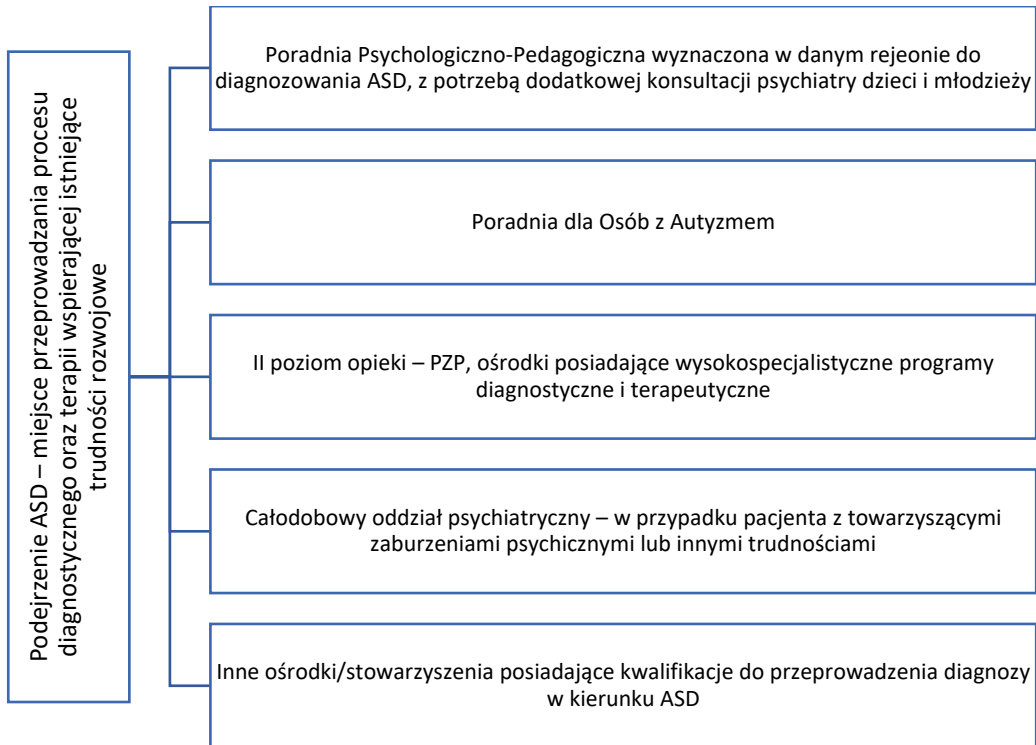
Próbie odstawienia leczenia farmakologicznego u dzieci i młodzieży z ASD należy podjąć, jeśli osiągnięto remisję w zakresie drażliwości, agresji i autoagresji (tj. objawy nie są już istotne klinicznie lub dziecko/adolescent w pełni prawidłowo funkcjonuje). Dawkę leku należy stopniowo zmniejszać w ciągu kilku tygodni, zgodnie z potrzebami danej osoby. Tempo redukcji powinno uwzględniać dawkę początkową, okres półtrwania leku oraz poszczególne profile działań niepożądanych. Przez cały czas odstawienia leku dzieci i młodzież z ASD powinny kontynuować terapię.

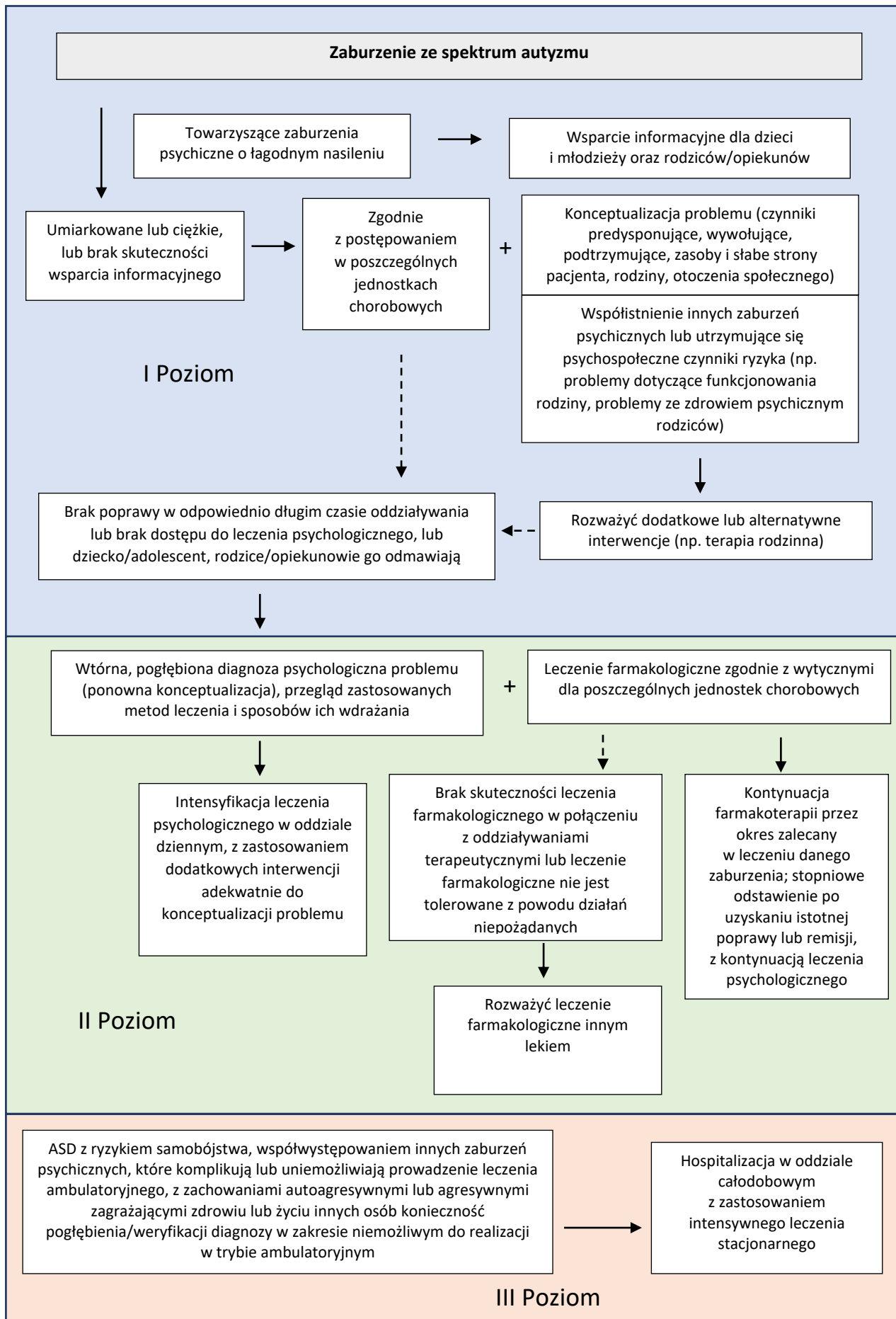
Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży z ASD powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia psychologicznego, farmakologicznego lub skojarzonego zachowań agresywnych lub autoagresywnych, towarzyszących zaburzeń psychicznych, stosowanych przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży z ASD, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa; (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego; (c) nasilonych zachowań autoagresywnych oraz agresywnych zagrażających życiu innych osób; (d) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.

Standard 9

W sytuacjach uzasadnionego podejrzenia istnienia w rodzinie przemocy psychicznej lub fizycznej, w tym odmowy stosowania leczenia niezbędne jest podjęcie współpracy z instytucjami zewnętrznymi (ośrodkiem Pomocy Społecznej, sądem rodzinnym, asystentem rodziny) – zgodnie z istniejącymi przepisami o przemocy w rodzinie.





SEKCJA 5

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), zaburzenie hiperkinetyczne

ICD-10 Zaburzenie hiperkinetyczne (F90)

ICD-11 6A05.0 ADHD, głównie objawy nieuwagi

6A05.1 ADHD, głównie objawy nadruchliwości–impulsywności

6A05.2 ADHD, objawy mieszane

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

ADHD charakteryzuje się trwałymi (przynajmniej 6 mies.) wzorami zaburzeń uwagi bądź też nadruchliwości–impulsywności mającymi bezpośredni negatywny wpływ na funkcjonowanie edukacyjne, zawodowe lub społeczne. Znaczące objawy nieuwagi bądź też nadruchliwości–impulsywności są obecne przed 12 r.ż. typowo we wczesnym lub środkowym dzieciństwie, chociaż u niektórych pacjentów mogą później osiągnąć znaczenie kliniczne. Nasilenie nieuwagi i nadruchliwości–impulsywności przekracza granice normalnej zmienności typowej dla danego wieku i poziomu rozwoju. Nieuwaga odnosi się do: znaczących trudności w utrzymaniu uwagi na zadaniach, które nie dostarczają wysokiego poziomu stymulacji ani nie są związane z częstymi nagrodami, rozpraszalności i problemów z organizacją. Nadruchliwość odnosi się nadmiernej aktywności ruchowej oraz trudności w pozostawaniu w spokoju, najbardziej wyraźnych w ustrukturyzowanych sytuacjach wymagających samokontroli zachowania. Impulsywność to skłonność do działania bezpośrednio w odpowiedzi na bodziec bez odroczenia lub uwzględnienia zagrożeń i konsekwencji. Nasilenie i specyficzne objawy nieuwagi i nadruchliwości–impulsywności różnią się między poszczególnymi osobami i zmieniają się w czasie rozwoju. Aby postawić diagnozę objawy nieuwagi i nadruchliwości–impulsywności, muszą być obecne w różnych sytuacjach lub środowiskach (np. dom, szkoła, praca, kontakty towarzyskie), zmiennie w zależności od ustrukturyzowania i wymogów środowiska. Objawów nie da się lepiej wyjaśnić innym zaburzeniem psychicznym lub neurorozwojowym i nie są następstwem stosowania substancji lub leków.

Obraz kliniczny

Liczne objawy nieuwagi są trwałe i wystarczająco poważne, by mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie edukacyjne, zawodowe lub społeczne. Objawy należą typowo do następujących klasterów:

1. Trudności w utrzymaniu uwagi na zadaniach, które nie dostarczają wysokiego poziomu stymulacji ani nagród lub wymagają stałego wysiłku umysłowego; brak przywiązywania uwagi do szczegółów, popełnianie błędów z nieuwagi podczas nauki lub pracy, niekończenie zadań.
2. Łatwe rozpraszenie przez bodźce zewnętrzne lub myśli niezwiązane z aktualnym zadaniem; często niesłuchanie, gdy się zwraca bezpośrednio; częste sprawianie wrażenia zadumanego lub nieobecnego myślami.
3. Gubienie rzeczy; zapominanie podczas codziennych aktywności; problemy z pamiętaniem o wypełnianiu codziennych zadań; problemy z planowaniem, organizowaniem i zarządzaniem odrabianiem lekcji, zadań i innych aktywności.

Nieuwaga może być niezauważalna, gdy osoba jest zaangażowana w aktywności dostarczające intensywnej stymulacji i częstych nagród.

Liczne objawy nadpobudliwości–impulsywności nieuwagi są trwałe i wystarczająco poważne, by mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie edukacyjne, zawodowe lub społeczne. Najbardziej są widoczne w ustrukturyzowanych sytuacjach wymagających samokontroli zachowania. Objawy należą typowo do następujących klasterów:

1. Nadmierna aktywność ruchowa; opuszcza miejsce, gdy oczekuje się spokojnego siedzenia; biega w koło; ma trudność z siedzeniem spokojnie bez wiercenia się (młodsze dzieci); uczucie wewnętrznego niepokoju, dyskomfort, gdy trzeba być cicho lub siedzieć spokojnie (adolescenci i dorośli).
2. Problemy w zrobieniu czegoś cicho; mówienie za dużo.
3. Wrywanie się z odpowiedzią w szkole, komentarzami w pracy, problemy w czekaniu na swoją kolej w rozmowie, grach, aktywnościach; przerywanie lub wtrącanie się rozmowy lub gry innych.
4. Skłonności do działania natychmiast w odpowiedzi na bodziec bez odroczenia lub uwzględnienia zagrożeń i konsekwencji (np. angażowanie się w aktywności zagrażające urazem fizycznym, impulsywne podejmowanie decyzji, brawurowa jazda).

Objawy ADHD często znacznie ograniczają osiągnięcia edukacyjne. Schorzenie współwystępuje z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi, w tym rozwojowymi zaburzeniami mowy lub języka oraz tikami. U ponad dwóch trzecich populacji dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej stwierdza się występowanie objawów innych zaburzeń. Od ok. 42% do nawet 90% osób spełnia kryteria opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania lub zaburzeń zachowania, a od 13% do 51% przejawia zaburzenia internalizacyjne. Innymi zaburzeniami, często współwystępującymi z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, są specyficzne zaburzenia umiejętności szkolnych (dysleksja 25–40%; dyskalkulia 10–60%) oraz problemy ze snem (25–50%). Poważnym powikłaniem są również zaburzenia nastroju oraz zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Epidemiologia

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jednym z najczęstszych problemów psychicznych występujących w populacji osób w wieku rozwojowym. ADHD występuje we wszystkich krajach i wszystkich kulturach. W ciągu ostatnich trzech dekad ADHD jest częściej rozpoznawane, choć badania epidemiologiczne nie wykazały wzrostu rozpowszechnienia tego zaburzenia w populacji ogólnej. Metaanalizy wykazały, że ok. 6 % dzieci i młodzieży spełnia kryteria diagnostyczne ADHD. Większość badań jest zgodna, że w grupie dzieci i młodzieży stosunek mężczyzn do kobiet wynosi mniej więcej dwa do jednego, natomiast wśród osób leczonych przewaga osób płci męskich jest znaczna, nawet 10:1.

Etiologia

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem neurorozwojowym uwarunkowanym genetycznie. We współcześnie obowiązujących teoriach dotyczących jego etiologii jest podkreślana perspektywa rozwojowa, w kontekście której ADHD jest definiowane jako zaburzenie warunkowane wieloma procesami i z różnorodnymi ścieżkami rozwoju. W przypadku większości osób znaczenie odgrywają czynniki genetyczne i środowiskowe. Odziedziczalność ADHD jest wysoka i zwykle szacowana na między 70%

a 80%. Wiele czynników ryzyka prenatalnych i okołoporodowych, takich jak wcześniactwo i niska masa urodzeniowa, jest powiązanych z ryzykiem ADHD, a badania rodzinne sugerują, że skutków tych nie da się wytłumaczyć wyłącznie odziedziczalnością. Z kolei w przypadku wewnątrzmacicznej ekspozycji na tytoń, matczynej otyłości i stresu w czasie ciąży związki z wystąpieniem ADHD są bardziej złożone, prawdopodobnie do ujawnienia się ich wpływu potrzebna jest predyspozycja genetyczna. Również czynniki oddziałujące w późniejszym okresie życia mają związek z objawami osiowymi zaburzenia. Badania wykazały zdecydowany związek między bardzo głębokim zaniedbaniem instytucjonalnym i deprivacją podstawowych potrzeb we wczesnym dzieciństwie a ADHD.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

O diagnozie ADHD należy myśleć u każdego dziecka/adolescenta zgłoszonego z powodu problemów w nauce lub zachowaniu. Diagnoza musi być oparta na zebraniu informacji z różnych źródeł, nie może być oparta wyłącznie na obserwacji bezpośredniej lub narzędziach psychometrycznych.

Standard 2

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z ADHD powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników nasilających objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 3

W przypadku każdego dziecka/adolescenta z ADHD należy uwzględnić wszystkie współwystępujące problemy, także powikłania objawów osiowych zaburzenia i uwzględnić je w konceptualizacji oraz planowaniu terapii.

Rekomendacja 1

Osoby zaangażowane w opiekę nad pacjentem powinny podjąć działania ukierunkowane na nawiązanie sojuszu terapeutycznego ze wszystkimi uczestnikami procesu leczenia i na wsparcie dziecka w wyjściu z roli dziecka 'niegrzecznego, leniwego czy sprawiającego problemy'.

Standard 4

W przypadku dzieci w wieku od 3 do 6 lat najskuteczniejsze są oddziaływania o charakterze treningów rodzicielskich ukierunkowanych na objawy ADHD, indywidualne lub grupowe, których celem jest wprowadzenie modyfikacji środowiskowych i behawioralnych. U dzieci/młodszych adolescentów w wieku 6–12 lat zaleca się oddziaływania o charakterze

treningów rodzicielskich w połączeniu z interwencjami na terenie szkoły (modyfikacje środowiskowe i behawioralne w klasie), treningiem umiejętności społecznych, treningiem rozwiązywania problemów. W przypadku nastolatków w wieku 12–18 lat wprowadza się modyfikacje środowiskowe i behawioralne w domu oraz szkole z czynnym zaangażowaniem samego nastolatka, jak również terapię indywidualną bądź grupową w zależności od problemów współwystępujących.

Rekomendacja 1

Psychoterapia powinna być prowadzona w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowana do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniająca zaangażowanie rodziny lub opiekunów. Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

Wspólne elementy modyfikacji behawioralnych i środowiskowych to dostosowanie wymagań i przystosowanie otoczenia do możliwości dziecka/adolescenta. Obejmują one: (a) ograniczenie bodźców zewnętrznych w czasie wykonywania przez dziecko/adolescenta zadań wymagających skupienia (puste, uporządkowane miejsce pracy, z dala od okna, bliskość nauczyciela lub nadzór osoby dorosłej, sadzanie w ławce ze spokojnym uczniem, umieszczanie w małolicznej klasie); (b) ograniczenie zakresu zadań wykonywanych jednorazowo, skracanie czasu pracy (dzielenie materiału, przerwy, kontrola przez osobę dorosłą); (c) pomoc w selekcji informacji i planowaniu pracy; (d) sposób wydawania poleceń (krótkie, jednoznaczne komunikaty, bez stosowania przeczeń, wypowiedziane po przywołaniu uwagi dziecka); (e) strukturyzacja dnia oraz korzystanie z zewnętrznych narzędzi organizacyjnych. W celu zmniejszenia ilości zachowań niepożądanych i zwiększenia ilości zachowań pożądanых wprowadza się możliwe do stosowania przez otoczenie wzmocnienia pozytywne (nagradzanie prawidłowych zachowań, systemy żetonowe i punktowe), wzmocnienia negatywne (system konsekwencji), modelowanie oraz analizę behawioralną zachowań trudnych.

Standard 5

Jeśli w ciągu 12 tygodni po zakończeniu wprowadzania interwencji psychologicznych /środowiskowych bądź od początku obserwuje się znaczne nasilenie objawów utrudniające funkcjonowanie dziecka/adolescenta, zaburzające życie rodzinne i utrudniające znacząco edukację, to należy skierować dziecko/adolescenta do ośrodka II poziomu w celu diagnozy psychiatrycznej i ewentualnego rozpoczęcia leczenia farmakologicznego.

Rekomendacja 1

Przed włączeniem leczenia farmakologicznego należy wykonać badanie pediatryczne dziecka/adolescenta, łącznie z oceną masy ciała, wzrostu, ciśnienia krwi i tętna. W przypadku wskazań klinicznych wykonywana jest dodatkowa diagnostyka laboratoryjna, badanie EKG. Konieczne jest również zebranie wywiadu w kierunku zaburzeń kardiologicznych, zarówno w rodzinie pacjenta, jaki i występujących u samego pacjenta. W następujących przypadkach niezbędna jest konsultacja kardiologiczna przed włączeniem leku: (1) obecność wrodzonej wady serca lub stan po

operacji kardiochirurgicznej, (2) nagły zgon sercowy poniżej 40 r.ż. u krewnego pierwszego stopnia, (3) kołatanie serca, (4) ból stenokardialny, (5) objawy niewydolności krążenia, (6) szmery patologiczne serca, (7) nadciśnienie tętnicze, (8) omdlenia, (9) duszność wysiłkowa.

Standard 6

Podstawowe zalecenia związane z prowadzeniem leczenia farmakologicznego dzieci/adolescentów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej obejmują: (a) prowadzenie leczenia tak długo, jak jest ono potrzebne, (b) wprowadzenie wakacji lekowych w celu oceny wskazań do dalszego leczenia, (c) monitorowanie działań niepożądanych, zgodnie z zaleceniami dla danego leku. Zasady prowadzenia leczenia farmakologicznego (w tym możliwe skutki uboczne, konieczność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami, opóźnienie wystąpienia odpowiedzi terapeutycznej, czas trwania leczenia) i jego monitorowania należy omówić z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami i odnotować w historii choroby.

Rekomendacja 1

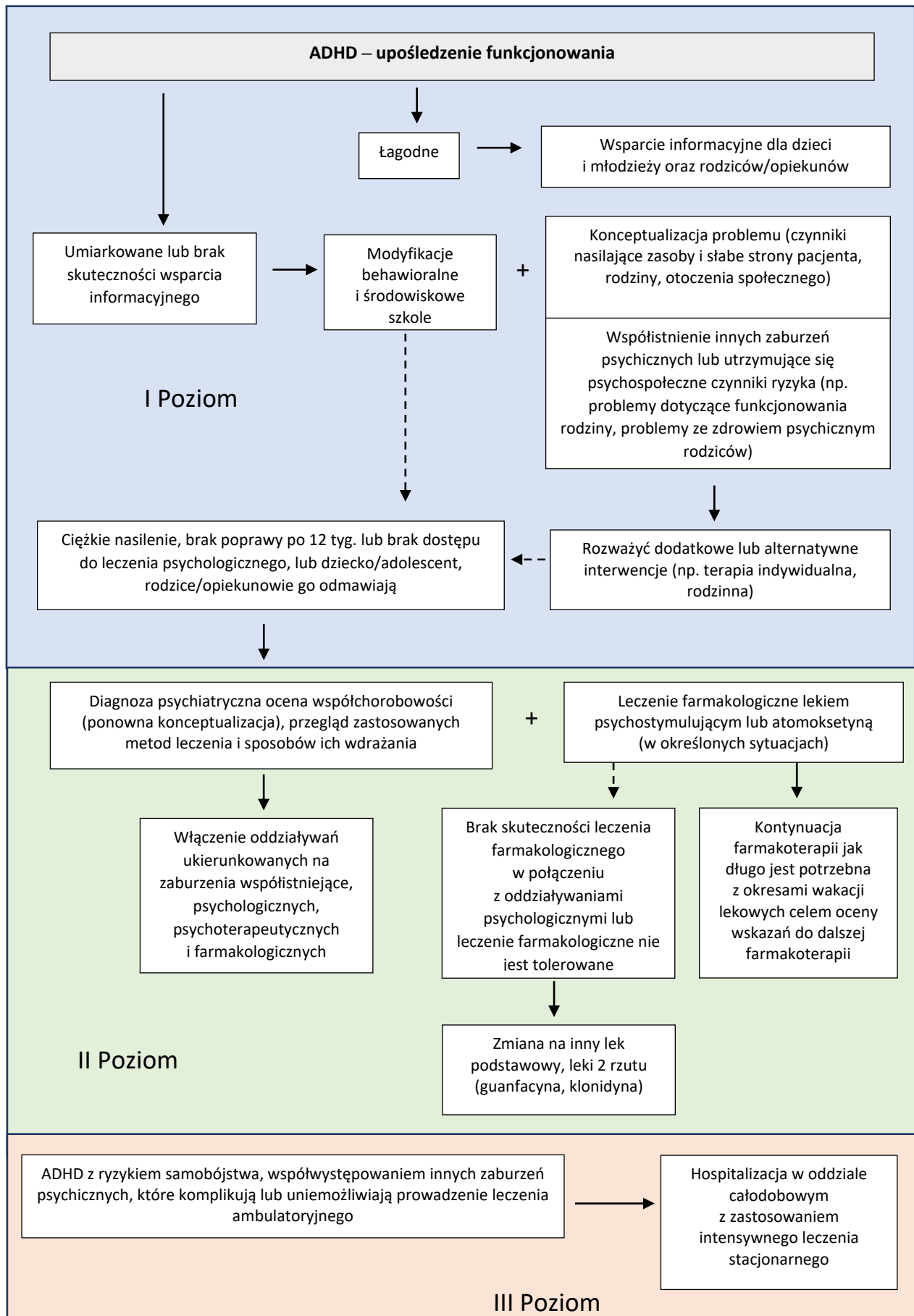
Zalecane jest rozpoczynanie leczenia farmakologicznego dzieci/adolescentów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej od włączenia leku psychostymulującego lub atomoksetyny. W przypadku braku skuteczności najwyższej dopuszczalnej lub tolerowanej dawki przez co najmniej 6 tygodni należy dokonać zmiany na inny lek podstawowy (inny psychostymulujący lub atomoksetynę, jeśli nie była stosowana), w następnej kolejności na leki niestymulujące, inne niż atomoksetyna.

Rekomendacja 2

Ze względu na ryzyko negatywnego wpływu leczenia farmakologicznego na masę ciała i wzrost, a także proces wzrastania konieczne jest monitorowanie łaknienia, masy ciała i wzrostu co 3 miesiące, nanoszenie danych na siatki centylowe i ocena procesu wzrastania. W przypadku zahamowania wzrastania zaleca się wdrożenie wakacji lekowych, zmianę preparatu leku psychostymulującego lub zmianę na lek z innej grupy.

Rekomendacja 3

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży z ADHD powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia farmakologicznego, psychologicznego lub skojarzonego przez długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży z ADHD powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego.



SEKCJA 6

Zaburzenia tikowe

Kategoria obejmuje:

1. Zespół tików głosowych i ruchowych – Zespół Gillesa de la Tourette’a (8A05.00 wg ICD-11; F95.3 w ICD-10)
2. Przewlekłe tiki głosowe lub ruchowe wokalne (8A05.01 lub 8A05.2 wg ICD-11; F95.1 wg ICD-10)
3. Zaburzenia tikowe przemijające (8A05.0 wg ICD-11; F95.0 wg ICD-10)
4. Tiki, nieokreślone (8A05.0Z wg ICD-11; F95.9 wg ICD-10)

Diagnoza psychologiczna: Inne

A. Stan wiedzy – podstawowe informacje

Rozpoznanie

Tiki są gwałtownymi, nawracającymi, nierytmicznymi, szybkimi i nagłymi ruchami (tiki ruchowe) lub wokalizacjami (tiki głosowe). Pojawiają się w seriach i charakteryzują się dużą zmiennością częstości, nasilenia i morfologii. Podział tików obejmuje tiki ruchowe (proste i złożone), tiki głosowe (proste i złożone), tiki dystoniczne, tiki wyzwalane bodźcem, tiki fantomowe, tiki blokujące oraz tiki funkcjonalne:

- a. Tiki ruchowe proste są wywołane skurczem pojedynczego mięśnia i dzielą się na kloniczne (czas trwania poniżej 100 ms) oraz dystoniczne i toniczne (czas trwania powyżej 300 ms).
- b. Tiki głosowe proste to wydawanie nieartykułowanych dźwięków.
- c. Tiki złożone angażują wiele grup mięśniowych, są wolniejsze, dłuższe i przez to mogą sprawiać wrażenie celowo wykonywanych ruchów dowolnych lub zrozumiałych wypowiedzi mających pewne znaczenie. U niektórych pacjentów mogą występować kopropraksje, echopraksje, echolalia, palilalia, powtarzanie sylab czy fragmentów zdań.
- d. Tiki złożone wywołane bodźcem są wyzwalane w odpowiedzi na bodziec wzrokowy, słuchowy, dotykowy lub wywołany w umyśle pacjenta.
- e. Tiki mentalne – tiki pojawiające się w umyśle pacjenta w odpowiedzi na bodziec zewnętrzny lub powstający w umyśle pacjenta (np. liczenie czy powtarzanie słów w umyśle).
- f. Tiki dystoniczne proste i złożone, które należą do tików ruchowych, są wolniejsze i polegają na przyjęciu krótkotrwałej, wymuszonej pozycji.
- g. Tiki fantomowe są opisywane przez pacjentów jako odczuwane wewnątrz innych ludzi lub wewnątrz przedmiotów, które ustępują po ich dotknięciu.
- h. Tiki blokujące powodują nagłe przerwanie czynności dowolnej lub zatrzymanie mowy często mieszczące się w obrazie opisanych poniżej tików funkcjonalnych.
- i. Tiki samouszkodzające to wszystkie tiki skutkujące samouszkodzeniami.
- j. Tiki funkcjonalne (tiki psychogenne, ‘pseudotiki’) – nieobjęte klasyfikacjami diagnostycznymi tiki mogące przypominać inne sklasyfikowane zaburzenia tikowe.

Główne różnice dotyczące tików funkcjonalnych i tików ‘o pełnej charakterystyce’ odnoszą się do wieku pojawienia się (w okresie adolescencji lub dorosłości), charakteryzują się

nagłym początkiem, częstszym występowaniem u dziewcząt, mniejszym wpływem na funkcjonowanie, brakiem możliwości czasowego stłumienia objawów, brakiem lub słabym nasileniem impulsów poprzedzających, braku odpowiedzi na oddziaływania farmakologiczne, brakiem falującego przebiegu, bardzo rzadkim występowaniem objawów w obrębie głowy, brakiem historii zaburzeń tikowych w rodzinach pacjentów, bardzo dużą rolę czynników poprzedzających i następstw związanych z ich występowaniem (występowanie i poziom nasilenia objawów wnoszą zmiany w otoczeniu pacjenta) oraz współwystępowaniem innych funkcjonalnych zaburzeń neurologicznych. W obrazie klinicznym nie występują kopopraksje, echopraksje, echolalia oraz palilalia. Tiki funkcjonalne mogą występować częściej u osób, które przebywały w towarzystwie osoby z zaburzeniami tikowymi lub miały styczność z tikami poprzez media elektroniczne; mogą współwystępować ze sklasyfikowanym zaburzeniem tikowym.

Zgodnie z definicjami klasyfikacji tiki przejściowe (przemijające) charakteryzują się występowaniem jednego lub kilku tików ruchowych albo wokalnych, wielokrotnie w ciągu dnia, przez większość dni, co najmniej przez 4 tygodnie. Tiki przewlekłe mają utrwalony charakter i są to głównie proste oraz złożone tiki ruchowe, albo rzadziej tiki wokalne, które występują wielokrotnie w ciągu dnia, przez większość dni okresu trwającego co najmniej 12 miesięcy. Zespół Gillesa de la Tourette'a (ZGT) polega na występowaniu licznych tików ruchowych oraz jednego lub więcej tików głosowych (niekoniecznie jednocześnie), wiele razy w ciągu dnia, dłużej niż rok, bez remisji trwającej dłużej niż dwa miesiące.

Obraz kliniczny

Charakterystyczną cechą tików są poprzedzające impulsy poprzedzające (*premonitory urge*), po których następuje tik. Świadomość celowego wykonywania tików jest obecna u większości chorych po 12 r.ż. Ważnymi cechami tików są zdolność do czasowego ich stłumienia, co u niektórych pacjentów może sprawiać wrażenie czynności o charakterze wolicjonalnym, oraz impuls poprzedzający. Tiki często występują w seriach, chociaż w nieregularnych odstępach czasu. Typowa jest zmienność nasilenia, liczby i rodzaju tików w czasie, nawet w ciągu dnia. Czynniki zmniejszające nasilenie tików to sen, wykonywanie czynności skoordynowanych oraz takich, na których chory jest skupiony, wysiłek fizyczny. Tiki mogą nasilać się pod wpływem stresu, emocji, podekscytowania, zmęczenia, choroby, skupienia na tikach i w samotności. Regułą jest mniejsze nasilenie tików poza miejscem zamieszkania i w otoczeniu osób nieznanymi.

Na jakość życia osób z zaburzeniami tikowymi wpływają nie tylko nasilenie i intensywność tików, lecz także zaburzenia współwystępujące u ok. 80% pacjentów z zaburzeniami tikowymi. Najczęstszym z nich jest zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) rozpoznawany u 24–62% dzieci z ZGT. Kolejnym problemem jest zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, które dotyczy do 60% chorych ZGT. Istotnym problemem są również specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (dysleksja, dysortografia, dyskalkulia), które stwierdza się nawet u 50% dzieci z zaburzeniami tikowymi, a także problemy dotyczące kontroli gniewu/złości, zaburzenia snu, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania (zarówno opozycyjno-buntownicze, jak i poważne), zaburzenia ze spektrum autyzmu, impulsywne zachowania o charakterze agresywnym oraz samookaleczenia. Obserwuje się różnice dotyczące psychopatologii między chłopcami i dziewczętami. Wśród chłopców znacznie częściej stwierdza się współwystępowanie

zaburzeń tikowych z ADHD, zaburzeniami zachowania, zaburzeniami rozwoju umiejętności szkolnych i słabą kontrolą złości, natomiast u dziewcząt tiki występują głównie z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym oraz zachowaniami o charakterze samouszkodzeń.

Epidemiologia

Częstość występowania zespołu Gillesa de la Tourette'a określona na podstawie badań dzieci między 5 a 18 r.ż. wynosi ok. 0,8%, przewlekłych tików ruchowych – 1,6%, przewlekłych tików głosowych – 0,7%, a tików przemijających – 3%. Zaburzenia tikowe, włączając ZGT, ujawniają się najczęściej w 5–6 r.ż. Tiki proste z reguły ujawniają się jako pierwsze, regułą jest zajęcie nimi twarzy i tułowia. Największe nasilenie obserwuje się u pacjentów między 8 a 12 r.ż. Rokowanie w zaburzeniach tikowych jest w większości przypadków pozytywne. Badania wskazują na znaczny spadek nasilenia i intensywności tików (do poziomu, który nie zaburza funkcjonowania) w okresie adolescencji u 80% osób z tikami w dzieciństwie.

Etiologia

W etiologii zaburzeń tikowych dużą rolę odgrywają czynniki genetyczne, zaburzenia transmisji licznych neuroprzekaźników, w korze mózgu i jądrach podkorowych (zaburzenia transmisji dopaminergicznej, serotonergicznej, glutaminergicznej, GABA-ergicznej, cholinergicznej, noradrenergicznej i kannabinoidowej w obwodzie neuronalnym kora mózgu–prążkowie–wzgórze–kora mózgu). Do czynników pozagenetycznych zalicza się głównie zaburzenia autoimmunologiczne oraz zaburzenia w okresie ciąży i porodu.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Uwaga! Na dzień dzisiejszy nie istnieje leczenie, które pozwoliłoby na skuteczną eliminację tików, a celem oddziaływań jest zmniejszenie intensywności i częstotliwości objawów; niejednokrotnie ważniejsze jest wyeliminowanie zaburzeń współwystępujących w celu poprawy funkcjonowania psychospołecznego oraz wsparcia prawidłowego rozwoju.

Standard 1

W procesie oceny ogólnej dziecka/adolescenta z zaburzeniami tikowymi należy uwzględnić wywiad dotyczący zgłaszanych objawów, ich historii oraz potencjalnych stresorów i czynników wyzwalających, wywiad rozwojowy i rodzinny. W procesie oceny szczegółowej należy zebrać wywiad dotyczący wieku pojawienia się tików, przebiegu, wieku największego ich nasilenia oraz sporządzić listę najbardziej zakłócających tików. Należy także zebrać informacje dotyczące fenomenologii tików (impulsy poprzedzające, możliwość czasowego stłumienia tików) z uwzględnieniem ewentualności współwystępowania tików funkcjonalnych oraz ruchów stereotypowych. Konieczne jest zbadanie ewentualnych powiązań sytuacyjnych nasilających lub zmniejszających nasilenie objawów, w tym związek pomiędzy występowaniem tików oraz infekcjami ucha i gardła. W przypadku występowania objawów nietypowych dla charakterystyki zaburzeń tikowych wskazane jest zlecenie badania neurologicznego w celu potwierdzenia diagnozy oraz wykluczenia poważnych i postępujących zaburzeń neurologicznych.

Standard 2

U każdego dziecka/adolescenta z zaburzeniami tikowymi należy ocenić obecność najczęstszych zaburzeń współwystępujących oraz ich nasilenie.

Standard 3

Leczenie tików należy podejmować wtedy, gdy ich nasilenie zaburza codzienne funkcjonowanie, co oznacza negatywny wpływ na naukę, pracę, relacje z rówieśnikami oraz gdy tiki powodują obrażenia ciała i ból lub pacjent sam prosi o zastosowanie leczenia. Nie powinno się wdrażać leczenia, jeżeli tiki przeszkadzają wyłącznie najbliższemu otoczeniu pacjenta lub pacjent deklaruje, że chce podjąć leczenie z powodu niezadowolenia jednego z rodziców. W takim przypadku należy podjąć pracę z rodzicami nad akceptacją tików.

Standard 4

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z zaburzeniami tikowymi muszą: uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu. Psychoedukacja stanowi podstawowy element postępowania w zaburzeniach tikowych i należy ją przeprowadzić nawet wtedy, gdy nie podejmuje się leczenia behawioralnego lub farmakologicznego. Jej celem jest poprawa tolerancji objawów oraz redukcja stresu u pacjenta i osób z jego otoczenia. Psychoedukacja powinna zawierać w sobie następujące komponenty: etiologia choroby, przebieg krótko- i długoterminowy, edukacja na temat zaburzeń współistniejących, omówienie możliwości leczenia, omówienie sposobów edukacji otoczenia, rozbudowanie strategii ignorowania objawów przez otoczenie oraz opracowanie planu na 'gorsze dni'.

Standard 5

Proponowane interwencje powinny (a) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z uwzględnieniem potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, w tym zaburzeń współwystępujących, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (b) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Rekomendacja 1

Podstawowymi metodami terapii behawioralnej zaburzeń tikowych są techniki odwracania nawyków (HR) ekspozycji i powstrzymania reakcji (E/RP), kompleksowa interwencja behawioralna w leczeniu tików (CBIT) w połączeniu z zarządzaniem uwarunkowaniami i analizą funkcjonalną, z zaangażowaniem rodziny lub opiekunów, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych.

Rekomendacja 2

Podczas stosowania interwencji behawioralnych należy zwrócić szczególną uwagę na: (a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia, (c) aktywne zaangażowanie rodziny/opiekunów w planowanie i prowadzenie leczenia (jeśli jest to możliwe i wskazane), (d) zachęcanie dziecka/adolescenta przez rodziców/opiekunów do systematycznego korzystania z proponowanych technik, (e) włączenie systemu

nagród w celu zwiększenia motywacji dziecka/adolescenta i wzmocnienia pożądanych zmian w zachowaniu.

Standard 6

W przypadku problemów współwystępujących zalecana jest psychoterapia indywidualna lub grupowa w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowana do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniająca zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Standard 7

Jeśli w ciągu 12 tygodni po zakończeniu wdrażania terapii behawioralnej nie nastąpiła oczekiwana poprawa, należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębioną diagnozę psychologiczną problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania). Po przeprowadzeniu oceny w przypadku dziecka/adolescenta z umiarkowanym lub ciężkim upośledzeniem funkcjonowania należy zaproponować dołączenie (do interwencji psychologicznych) leczenia farmakologicznego lekami rekomendowanymi, z uważnym monitorowaniem pod kątem zdarzeń niepożądanych. Zasady prowadzenia leczenia farmakologicznego (w tym możliwe skutki uboczne, konieczność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami, opóźnienie wystąpienia odpowiedzi terapeutycznej, czas trwania leczenia) i jego monitorowania należy omówić z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami i odnotować w historii choroby.

Rekomendacja 1

Neuroleptyki są najskuteczniejszymi lekami ograniczającymi tiki, ale ich stosowanie jest związane z najwyższym ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych. Jako lek pierwszego wyboru rekomenduje się aripiprazol. W sytuacji istotnych objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) towarzyszących tikom jako lek pierwszego wyboru zaleca się klonidynę lub guanfacynę. W przypadku nieskuteczności lub nietolerancji aripiprazolu należy podjąć terapię innym neuroleptykiem atypowym, np. rysperidonem. Jeśli występują nasilone działania niepożądane charakterystyczne dla całej grupy leków neuroleptycznych, to należy rozważyć zastosowanie klonidyny jako leku drugiego wyboru. Neuroleptyki klasyczne (pimozyd, haloperidol, tiapridal), klonidyna (w tikach bez towarzyszącego ADHD przy dobrej tolerancji neuroleptyków) oraz topiramát są lekami trzeciego wyboru.

Rekomendacja 2

Zaleca się stosowanie monoterapii; nie należy stosować dwóch i więcej neuroleptyków jednocześnie. Należy stosować najmniejszą skuteczną dawkę leku, powoli zwiększać (szybkie wprowadzanie leków zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych) oraz stopniowo odstawiać leki (nagłe odstawienie może nasilić tiki). Zaleca się stosowanie leków w dawkach terapeutycznych przez odpowiednio długi czas, ponieważ małe dawki stosowane przez zbyt krótki okres nierzadko są przyczyną

nieskuteczności terapii. Politerapia jest możliwa i wskazana wtedy, gdy tikom towarzyszą inne nasilone zaburzenia psychiczne (np. lek z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny [SSRI] + neuroleptyk z powodu współistniejących zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych) lub wyjątkowo lekami o różnych mechanizmach działania w przypadku ciężkich i lekoopornych tików.

Rekomendacja 3

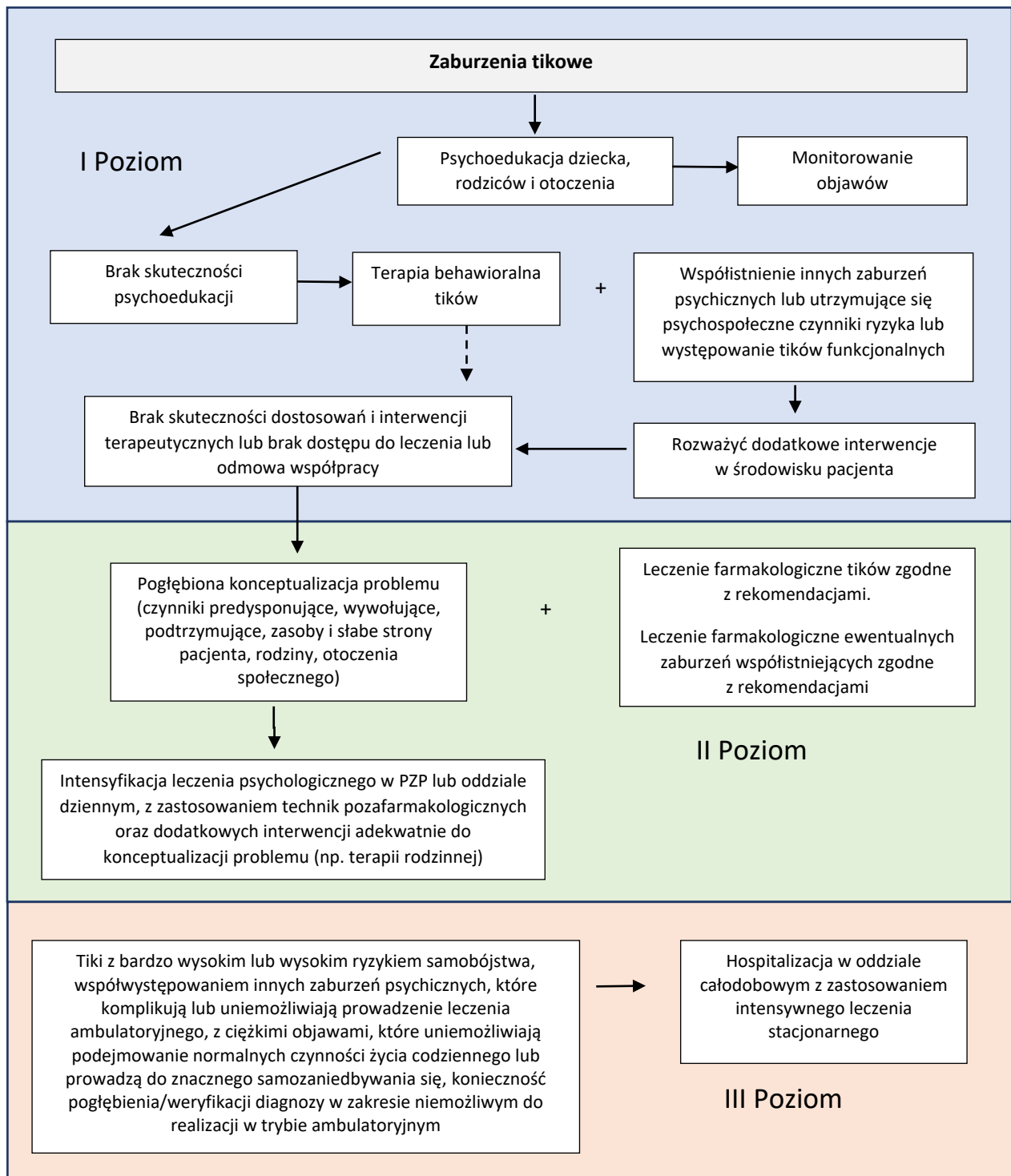
Z powodu ryzyka uzależnienia od benzodiazepiny można stosować ją wyłącznie doraźnie lub przez krótki czas w przypadku znacznego nasilenia tików. Zastosowanie tetrabenazyny i zabieg głębokiej stymulacji mózgu (*deep brain stimulation*, DBS) można rozważyć w sytuacji nieskuteczności wszystkich dostępnych metod oraz ekstremalnego nasilenia tików.

Rekomendacja 4

Zaleca się podjęcie próby zmniejszenia dawki lub odstawienia leku po 3–6 miesiącach skutecznej terapii lub w przypadku całkowitej remisji tików w celu oceny dalszej konieczności leczenia.

Rekomendacja 5

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży z zaburzeniami tikowymi powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia farmakologicznego, psychologicznego lub skojarzonego przez długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży z ZT, zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku (a) bardzo wysokiego lub wysokiego ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (c) ciężkiego nasilenia tików, gdy objawy są tak częste i nasilone, że uniemożliwiają podejmowanie normalnych czynności życia codziennego lub prowadzą do znacznego samozaniedbywania się, (d) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.



SEKCJA 7

Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychiczne

Kategoria wprowadzona do ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

1. Schizofrenia (6A20 wg ICD-11; F20 wg ICD-10),
2. Zaburzenie schizoafektywne (6A21 wg ICD-11; F25 wg ICD-10),
3. Zaburzenie schizotypowe (6A22 wg ICD-11; F21 wg ICD-10),
4. Ostre i przemijające zaburzenie psychiczne (6A23 wg ICD-11; F23 wg ICD-10),
5. Zaburzenie urojeniowe (6A24 wg ICD-11; F22 wg ICD-10),
6. Inne określone schizofrenie lub pierwotne zaburzenia psychiczne (6A2Y wg ICD-11; F28 wg ICD-10).

Diagnoza psychologiczna: Zaburzenia procesów poznawczych/Zaburzenia spostrzegania/Zaburzenia myślenia

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Obraz kliniczny

Klasyfikacja ICD-11 podobnie jak poprzednie klasyfikacje w opisywanej kategorii zaburzeń psychicznych, mimo odmienności poziomu rozwoju poznawczego i emocjonalnego populacji dzieci i młodzieży, nie posiada odrębnych kryteriów diagnostycznych dla tej populacji. Obserwowane objawy, zgłaszane dolegliwości, opisywane trudności w procesie weryfikacji diagnozy należy oceniać w kontekście dynamiki zmian rozwojowych specyficznych dla dzieciństwa i okresu dojrzewania. Często trudność diagnostyczną stanowi ocena, czy obserwowane zachowania, zgłaszane trudności, formułowane wypowiedzi są wariantem rozwojowym, mieszczącym się jeszcze w granicach „burzliwej” normy, czy są już objawami psychopatologicznymi. Epizody zaburzeń psychicznych przed 13 r.ż. należą do rzadkości, a przed 18 r.ż. występują znacznie rzadziej niż u osób dorosłych i w większości należą do zaburzeń ze spektrum schizofrenii.

Im młodszy wiek wystąpienia objawów psychicznych, tym ich obraz kliniczny bardziej odbiega od obrazu obserwowanego u dorosłych. Treści urojeniowe występujące u dzieci będą adekwatne do ich aktualnego rozwoju poznawczo-emocjonalnego, na ogół są mniej usystematyzowane, ich treść nawiązuje do świata bajek i fantazji. W populacji dziecięcej częściej mogą występować halucynacje innych modalności – wzrokowe, dotykowe, węchowe, czucia somatycznego. W okresie adolescencji obraz kliniczny zaburzeń psychicznych zbliża się obrazu obserwowanego u dorosłych, choć podkreśla się, że urojenia częściej zawierają treści hipochondryczne, dysmorfofobii, pseudofilozoficzne, często współwystępują też objawy obsesyjno-kompulsyjne, regres poznawczy lub behawioralny.

Proces diagnozy u młodzieży szczególnie komplikuje specyfika okresu dojrzewania (nazywanego przez wielu badaczy okresem normatywnego kryzysu), często przebiegającego na pograniczu normy i patologii.

W wywiadzie często uwagę zwraca tzw. załamanie linii życiowej – gwałtowne pogorszenie funkcjonowania z wycofaniem z życia rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego.

Etiologia

Etiologia zaburzeń psychiatrycznych nie została jednoznacznie ustalona, aktualnie obowiązujące modele łączą wpływ różnorodnych czynników na podatność i wystąpienie zaburzenia. Obserwowane zwiększone ryzyko rodzinnego występowania zaburzenia wskazuje na jego tło genetyczne, dotychczas wytypowano kilkanaście genów mogących mieć związek ze zwiększoną podatnością na wystąpienie zaburzeń psychiatrycznych. Wśród czynników środowiskowych zwiększających ryzyko zachorowania na schizofrenię, jednak dla niej niespecyficznych, wymienia się (1) w okresach pre- i perinatalnym – cukrzycę w ciąży, stan przedrzucawkowy i nadciśnienie tętnicze matki, niedożywienie matki, upośledzenie wzrostu płodu, perinatalną ekspozycję na infekcje matki, ekspozycję matki na stres, niezgodność czynnika Rh, (2) powikłania okołoporodowe – przedwczesne pęknięcie błon płodowych, odklejenie łożyska, przedwczesny poród, niedotlenienie przy urodzeniu, niską masę urodzeniową, (3) w okresie od urodzenia do wystąpienia pierwszego epizodu – wymienia się ekspozycję na urazy i infekcje ośrodkowego układu nerwowego, nadużywanie substancji psychoaktywnych, ekspozycję na traumatyzujące wydarzenia życiowe. W badaniach funkcjonalnych OUN uwidoczniło się związek schorzenia ze zwiększoną aktywnością układu dopaminergicznego w obszarze podkorowym, zmniejszoną aktywność układu dopaminergicznego w obszarze korowym oraz zmniejszone przekąźnictwo glutaminergiczne

Model neurorozwojowy zakłada koincydencję czynników genetycznych i środowiskowych. Predyspozycje genetyczne oraz czynniki środowiskowe oddziałujące w okresach pre- i perinatalnym na rozwój OUN mogą skutkować zwiększoną podatnością na wystąpienie zaburzeń psychiatrycznych w przyszłości. Oddziałujące od urodzenia czynniki środowiskowe (w tym różnego rodzaju stresory) mogą nasilać tę podatność. Rozpoczynający się w okresie dojrzewania (a kończący w okresie wczesnej dorosłości) naturalny proces eliminacji synaps i przebudowy sieci neuronalnych u osób podatnych może skutkować wystąpieniem zaburzeń psychiatrycznych.

1. Schizofrenia (6A20 wg ICD-11; F20 wg ICD-10)

Rozpoznanie

Schizofrenia charakteryzuje się zaburzeniami w wielu płaszczyznach czynności psychicznych, w tym myślenia (np. zaburzenia toku i treści myślenia), percepcji (np. halucynacje), doświadczania siebie (np. urojenia kierowania, oddziaływania, nasyłania myśli), funkcji poznawczych (np. zaburzenia uwagi, pamięci), zaburzenia procesów motywacji, afektu (np. stępiona ekspresja emocjonalna) i zachowania (np. dziwaczne lub bezcelowe zachowanie, nieprzewidywalne lub nieadekwatne reakcje emocjonalne, które upośledzają codzienną aktywność). Mogą występować objawy psychoruchowe, w tym katatonia. Uporczywe urojenia (w tym urojenia kierowania, oddziaływania), uporczywe halucynacje, zaburzenia myślenia, bierność są uważane za podstawowe objawy. Aby postawić diagnozę schizofrenii, objawy wytwórcze muszą utrzymywać się przez co najmniej 1 miesiąc, a wszystkie zmiany w funkcjonowaniu pacjenta przez 6 miesięcy. Opisywane objawy nie mogą być przejawem schorzenia somatycznego lub wynikać z działania substancji psychoaktywnych/leków na ośrodkowy układ nerwowy, w tym również nie są przejawem zespołu abstynencyjnego.

W klasyfikacji ICD-11 zrezygnowano z rozróżniania podtypów schizofrenii, na rzecz kodowania, czy mamy do czynienia z pierwszym epizodem (6A20.0), czy z kolejnym epizodem

(6A20.1), czy z przebiegiem ciągłym (6A20.2), czy z innym określonym (6A20.Y) lub nieokreślonym (6A20.Z) epizodem. Do rozpoznania przebiegu ciągłego jest wymagany co najmniej roczny okres utrzymywania się objawów. Celem scharakteryzowania nasilenia objawów w trakcie aktualnego epizodu wyróżniono epizod objawowy, w częściowej remisji oraz pełnej remisji. Stosując dodatkowe kody (6A25.0 do 5) można precyzować dominujące w danym epizodzie objawy psychopatologiczne – pozytywne, negatywne, afektywne, motoryczne lub poznawcze.

Epidemiologia

Badania wskazują, że rozpowszechnienie schizofrenii w populacji ogólnej zawiera się w przedziale 0,5–1%, z przewagą rozpowszechnienia wśród mężczyzn (M:K – 2:1). Szczyt zapadalności przypada na okres między 15 a 30 r.ż., pierwsze epizody rzadko dotyczą dzieci przed 10 r.ż. – 1% wszystkich przypadków; czy młodzieży przed 15 r.ż. 4–5%. Przyjmuje się, że wzrost rozpowszechnienia w populacji młodzieży ma związek z początkiem okresu pokwitania.

2. Zaburzenia schizoafektywne (6A21 wg ICD-11; F25 w ICD-10)

Rozpoznanie, obraz kliniczny

Kryteria rozpoznania zaburzenia schizoafektywnego zakładają występowanie objawów schizofrenii i objawów zaburzenia afektywnego jednocześnie lub w odstępie kilku dni w ramach tego samego epizodu. Osnowym objawom schizofrenii (np. urojeniom, halucynacjom, dezorganizacji myślenia, bierności) towarzyszą objawy umiarkowanego lub ciężkiego epizodu depresyjnego, lub epizodu maniakalnego, lub epizodu mieszanego. Mogą występować zaburzenia psychoruchowe, w tym katatonia. Objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej miesiąc. Opiswane objawy nie mogą być przejawem schorzenia somatycznego lub wynikać z działania substancji psychoaktywnych/leków na ośrodkowy układ nerwowy, w tym również nie są przejawem zespołu abstynencyjnego.

Podobnie jak w przypadku schizofrenii możemy zakodować:

- czy mamy do czynienia z pierwszym epizodem (6A21.0), czy z kolejnym epizodem (6A21.1), czy z przebiegiem ciągłym (6A21.2), czy z innym określonym (6A21.Y) lub nieokreślonym (6A21.Z) epizodem. Dla rozpoznania przebiegu ciągłego wymagany jest co najmniej roczny okres utrzymywania się objawów,
- aktualne nasilenie objawów – epizod objawowy, w częściowej remisji oraz pełnej remisji oraz
- doprecyzować dominujące w danym epizodzie objawy psychopatologiczne – pozytywne, negatywne, afektywne, motoryczne lub poznawcze (6A25.0 do 5).

Epidemiologia

Rozpowszechnienie w populacji ogólnej szacuje się na 0,2–1,1%. Wiek zachorowania na zaburzenia schizoafektywne w populacji pediatrycznej nie różni się od wieku zachorowania na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową, jednak dane wskazują, że rozpowszechnienie schorzenia jest rzadsze niż wśród osób dorosłych.

3. Zaburzenia schizotypowe (6A22 wg ICD-11; F21 wg ICD-10)

Rozpoznanie

Zaburzenie schizotypowe charakteryzuje się trwałym (tj. przez okres co najmniej kilku lat) charakterystycznym dla danej osoby wzorcem funkcjonowania, cechującym się ekscentrycznością w zachowaniu, wyglądzie i mowie, któremu towarzyszą zniekształcenia poznawcze i percepcyjne, niezwykle przekonania oraz deficyty w zakresie jakości i ilości relacji społecznych. Objawy mogą obejmować nieadekwatną modulację afektu, anhedonię. Okresowo mogą wystąpić urojenia paranoidalne, odnoszące lub inne objawy psychiatryczne, w tym halucynacje o dowolnej modalności, jednak o niewystarczającej intensywności lub czasie trwania, aby spełnić kryteria dla rozpoznania schizofrenii, zaburzenia schizoafektywnego lub zaburzenia urojeniowego. Doświadczane objawy są źródłem dyskomfortu, wpływają niekorzystnie na funkcjonowanie w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub innym istotnym obszarze życia.

4. Ostre i przemijające zaburzenie psychiatryczne (6A23 wg ICD-11; F23 wg ICD-10)

Rozpoznanie

Ostre i przemijające zaburzenie psychiatryczne charakteryzuje się gwałtownym początkiem objawów psychiatrycznych, które pojawiają się bez zwiastunów i osiągają maksymalne nasilenie w ciągu dwóch tygodni. Objawy mogą obejmować urojenia, halucynacje, dezorganizację myślenia, dezorientację oraz zaburzenia nastroju. Mogą współwystępować zaburzenia psychoruchowe podobne do katatonii. Objawy zwykle zmieniają się szybko, pod względem zarówno charakteru, jak i intensywności, z dnia na dzień, a nawet w ciągu jednego dnia. Czas trwania epizodu nie przekracza 3 miesięcy, a najczęściej trwa od kilku dni do 1 miesiąca (jeśli objawy utrzymują się dłużej niż 3 miesiące, należy rozważyć inną diagnozę). Objawy nie są przejawem innego stanu chorobowego i nie wynikają z wpływu substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy, w tym nie są objawami zespołu abstynencyjnego.

W przypadkach, które spełniają zarówno wymagania diagnostyczne dla ostrego i przemijającego zaburzenia psychiatrycznego (tj. zmienne objawy, ostry początek, czas trwania krótszy niż 3 miesiące), jak i schizofrenii (np. urojenia i omamy trwające dłużej niż 1 miesiąc) przy braku wcześniejszej historii schizofrenii, należy postawić diagnozę ostrego i przemijającego zaburzenia psychiatrycznego, a nie schizofrenii.

5. Zaburzenia urojeniowe (6A24 wg ICD-11; F22 wg ICD-10)

Rozpoznanie

Zaburzenie urojeniowe charakteryzuje się występowaniem urojenia lub zespołu usystematyzowanych urojeń, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące, a często znacznie dłużej. Tematyka urojeń może różnić się osobniczo, ale zazwyczaj jest stabilna, może też ewoluować w czasie. Nie występują charakterystyczne objawy schizofrenii (tj. wyraźne i uporczywe halucynacje, objawy negatywne, dezorganizacja myślenia, urojenia oddziaływania, kierowania), chociaż mogą wystąpić różne formy zaburzeń percepcyjnych (np. halucynacje, złudzenia, błędna identyfikacja osób) powiązane tematycznie

z urojeniami. Nie współwystępują również objawy epizodu depresyjnego, maniakalnego lub mieszanego. Oprócz obszarów aktywności związanych z tematyką urojeń, pozostałe obszary funkcjonowania pozostają niezaburzone. Objawy nie są przejawem innego stanu chorobowego i nie są spowodowane wpływem substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy, w tym objawów zespołu abstynencyjnego.

Występowanie zaburzeń urojeniowych dotyczy głównie populacji osób dorosłych.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

W przypadku podejrzenia przez psychologa objawów zaburzeń psychiatrycznych (w diagnozie psychologicznej: zaburzenia procesów poznawczych/– zaburzenia spostrzegania/– zaburzenia myślenia) dziecko/adolescenta należy skierować na pilną konsultację psychiatryczną. Tryb skierowania – ‘pilność’ zależna od oceny stanu klinicznego, wywiadu. Należy przedstawić opiekunowi oraz dziecku/adolescentowi (jeżeli jego stan to umożliwi) w przystępny sposób informacji (przeprowadzenie psychoedukacji) w zakresie stwierdzonych objawów, okoliczności, trybie i celu skierowania na pilną konsultację psychiatryczną (m.in. że celem konsultacji jest ocena wskazań do hospitalizacji), obowiązujących przepisach – dotyczących zgody na konsultację, hospitalizację, leczenie. Jeżeli w wywiadzie, ocenie klinicznej są obecne pojedyncze objawy psychiatryczne (np. izolowane urojenia) o niewielkim nasileniu, niedezorganizujące codziennej aktywności, niebędące źródłem dyskomfortu, należy skierować dziecko/adolescenta na konsultację psychiatryczną do PZP w trybie planowym (zaleca się omówienie trybu/pilności skierowania podczas konsylium).

Standard 2

W sytuacji braku możliwości wykonania pilnej konsultacji w PZP ośrodka II poziomu referencyjnego cechami uzasadniającymi wezwanie ZRM (Zespół Ratownictwa Medycznego) i pilne skierowanie na konsultację na SOR/Izbę Przyjęć mogą być dane z wywiadu oraz stwierdzony podczas wizyty/konsultacji stan kliniczny (np. dane wskazujące na ostre/nagłe wystąpienie objawów psychiatrycznych, występowania objawów zaburzeń świadomości, dezorganizacji myślenia, dezorganizacji zachowania, lęku, pobudzenia psychoruchowego, agresji, autoagresji). Wskazane przekazanie ZRM notatki opisującej zastany stan kliniczny, uzyskany wywiad.

Standard 3

Farmakoterapia zaburzeń psychiatrycznych powinna być prowadzona zgodnie ze standardami opierającymi się na aktualnej wiedzy medycznej (EBM). Konieczne jest, by przed rozpoczęciem farmakoterapii oraz okresowo w trakcie jej prowadzenia monitorować parametry stanu somatycznego (tj. podstawowe badania biochemiczne – o profilu zależnym od stosowanej farmakoterapii, EKG z oceną QTC, masę ciała, otyłość brzuszna). W procesie diagnozy różnicowej pierwszego epizodu zaleca się poszerzenie diagnostyki o konsultację neurologiczną, neuroobrazowanie, konsultację kardiologiczną, a także szczególne zwrócenie uwagi w wywiadzie na korzystanie z substancji psychoaktywnych.

Rekomendacja 1

W przypadku lekooporności należy rozważyć weryfikację hipotezy diagnostycznej, ocenę poziomu współpracy pacjenta/rodziny w zakresie farmakoterapii, ocenę profilu działań niepożądanych. W dalszej kolejności należy rozważyć możliwość modyfikacji,

potencjalizacji farmakoterapii, w tym rozważyć farmakoterapię lekami w formie depot, farmakoterapię klozapiną, terapię EW (elektrowstrząsami), leczenie w oddziale dziennym lub całodobowym.

Standard 4

Czas leczenia podtrzymującego w okresie remisji powinien uwzględniać aktualne standardy EBM, a także być zależny od jakości sojuszu terapeutycznego, wglądu chorobowego.

Rekomendacja 1

W przypadku planowego zakończenia farmakoterapii należy zapewnić dostęp do rekonsultacji psychiatrycznych przez okres 6–24 miesięcy (w zależności od dotychczasowego przebiegu zaburzenia – pierwszy czy kolejny epizod, weryfikacja diagnozy itp.).

Rekomendacja 2

Wybór trybu leczenia, tj. ambulatoryjny/stacjonarny, winien zależeć od aktualnego obrazu klinicznego, w tym nasilenia i charakteru objawów psychopatologicznych. W przypadku braku bezwzględnych wskazań do hospitalizacji należy rozważyć dostępność alternatywnych i adekwatnych form leczenia ambulatoryjnego. Hospitalizacja w oddziale dziennym może być rozważona w przypadku: (a) braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia farmakologicznego i interwencje psychologiczne w warunkach ambulatoryjnych, (b) w przypadku dominujących objawów negatywnych czy deficytów w obszarze interakcji rówieśniczych.

Standard 5

Wizyty/konsultacje lekarskie powinny zawierać również interwencje o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia).

Standard 6

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby uczestniczące w życiu dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 7

W zależności od stanu klinicznego (nasilenia i specyfiki objawów) zaleca się zaplanowanie diagnostyki psychologicznej – w zależności od celu diagnozy (np. zaplanowanie adekwatnego wsparcia edukacyjnego, monitorowanie deficytów) i specyfiki podmiotu udzielającego

świadczeń, za pomocą właściwych narzędzi psychologicznych można dokonać oceny globalnego funkcjonowania intelektualnego i zachowań adaptacyjnych lub pogłębionej diagnozy funkcjonowania w poszczególnych sferach.

Rekomendacja 1

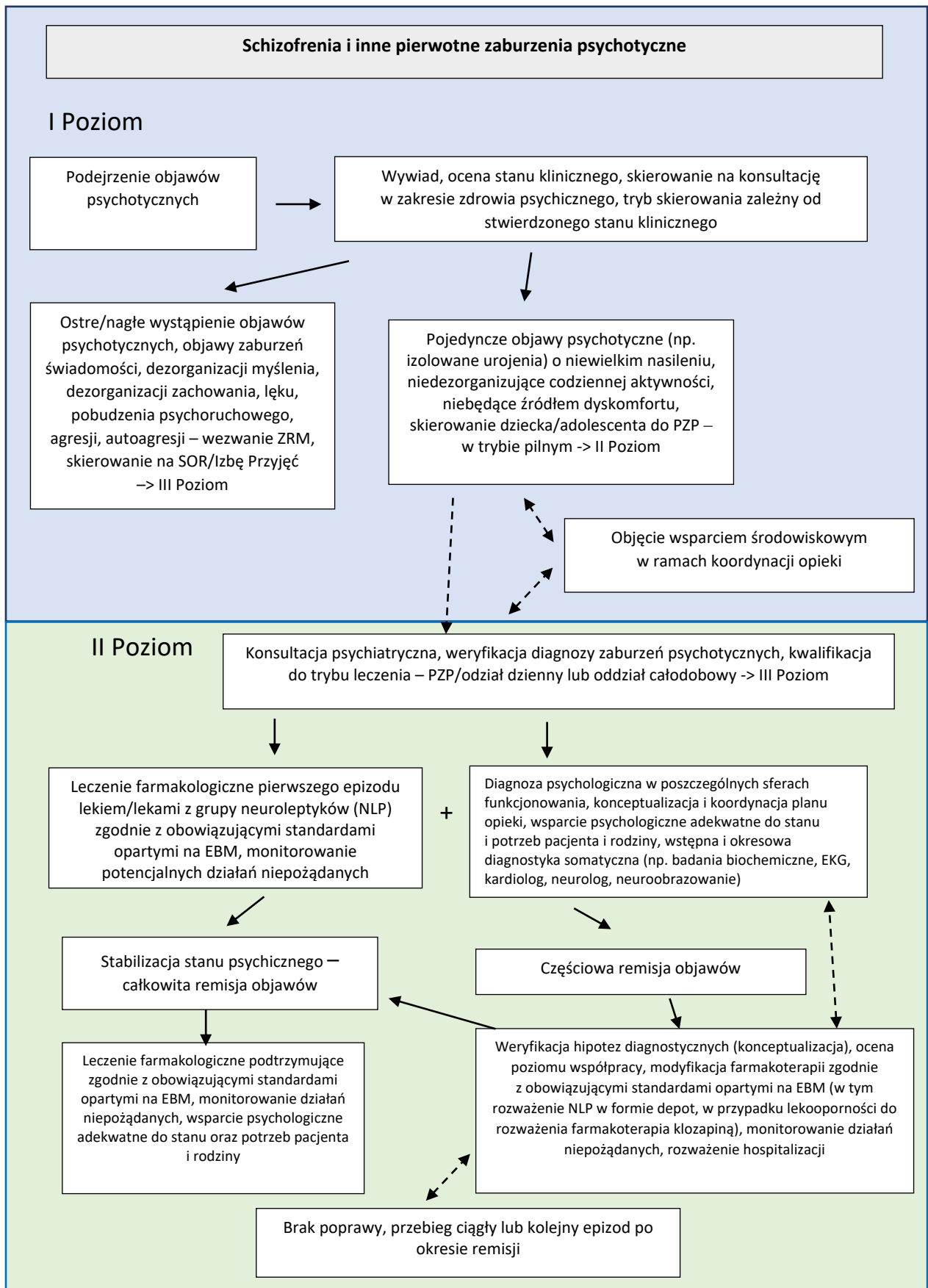
W przypadku trudności w podjęciu ról rozwojowych, zwłaszcza w obszarze funkcjonowania rówieśniczego, szkolnego, planowane interwencje powinny uwzględniać indywidualną lub grupową pomoc psychologiczną (np. warsztaty, treningi), lub psychoterapię indywidualną, lub grupową, lub wsparcie psychospołeczne, w zależności od wieku dziecka/adolescenta, stopnia dysfunkcji i charakteru zgłaszanego problemu.

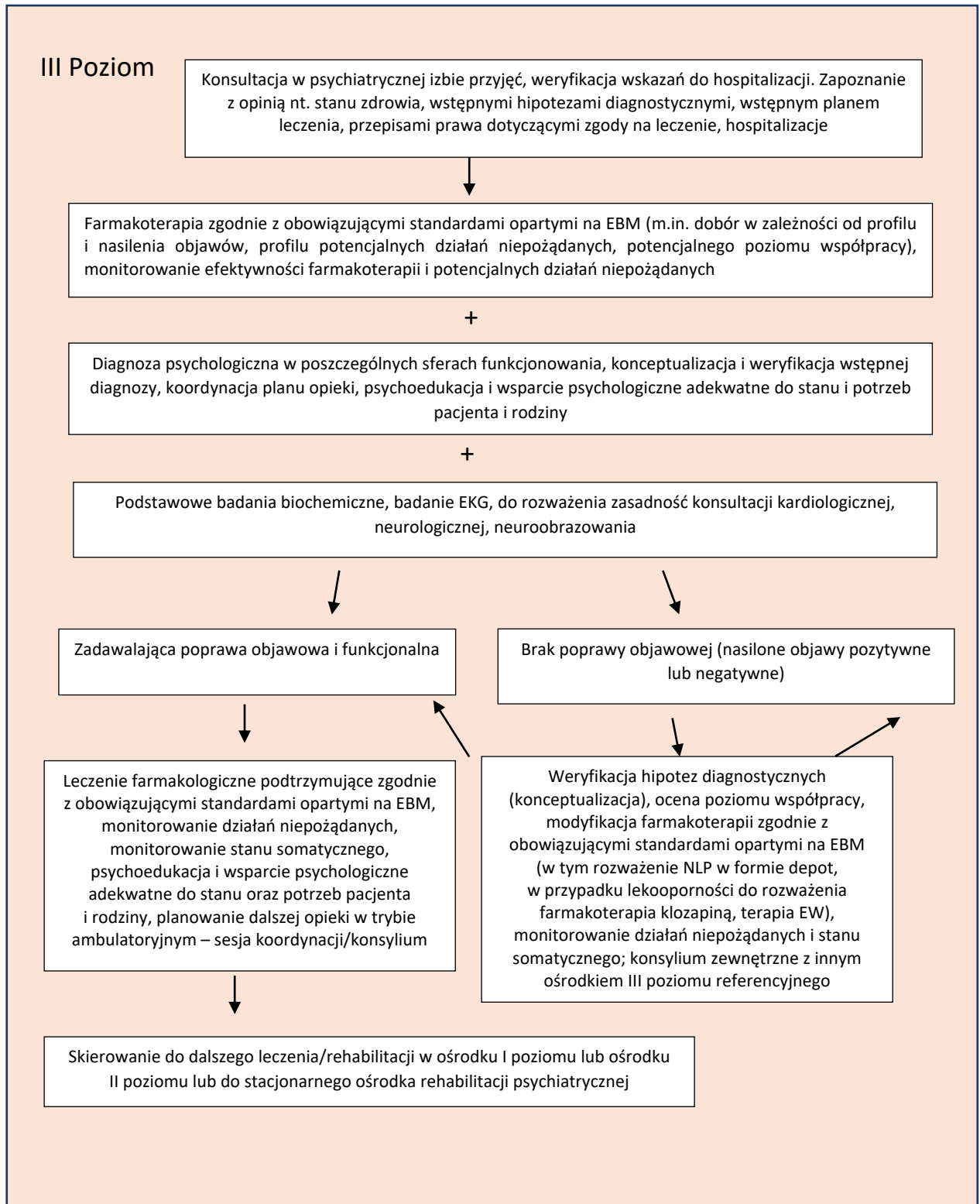
Standard 8

Oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być prowadzone w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniające zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.





SEKCJA 8

Stany nagłe w psychiatrii

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Definicje

Stan nagły w psychiatrii definiuje się jako manifestację zaburzeń psychicznych, której efektem jest: (a) potencjalne zagrożenie życia lub poważne zagrożenie zdrowia pacjenta lub (b) zagrożenie życia lub zdrowia osób trzecich wskutek działań podjętych przez pacjenta.

Stany nagłe mogą wystąpić w przebiegu rozmaitych zaburzeń psychicznych – nie są przypisane do konkretnych zaburzeń, aczkolwiek pewna grupa zaburzeń psychicznych może wiązać się z większym ryzykiem zaistnienia stanu nagłego. Stany nagłe nie mają jednorodnego obrazu klinicznego, jednak pewne objawy psychopatologiczne powinny budzić czujność diagnosty. W szczególności – ilościowe zaburzenia świadomości (dezorientacja), urojenia ksbno-prześladowcze, odślonięcia, kierowania, halucynacje komentujące, imperatywne (np. z możliwym wrogim/zagrażającym przeżyciem intencji personelu), omamy cenestetyczne (np. z tendencją do usunięcia pełzających pod skórą robaków, usunięcia wszczepionego chipa), dezorganizacja myślenia z wtórną dezorganizacją aktywności, aktywność podporządkowana psychotycznym doznaniom, wtórne do objawów wytwórczych lęk, niepokój i pobudzenie psychoruchowe, myśli i plany samobójcze z tendencją do realizacji, pobudzenie czy zachowania agresywne jako powód zgłoszenia.

W przypadku stanów nagłych istotne znaczenie ma wstępna diagnoza różnicowa – zwłaszcza w przypadku objawów psychotycznych bez towarzyszących ilościowych zaburzeń świadomości lub z towarzyszącymi ilościowymi zaburzeniami świadomości. Obserwowany zespół psychopatologiczny może być maską psychopatologiczną toczącego się procesu somatycznego lub efektem toksycznego wpływu leków, substancji na ośrodkowy układ nerwowy. W różnicowaniu pomocna jest analiza dynamiki obrazu psychopatologicznego na podstawie uzyskanego wywiadu, jak i bezpośredniej obserwacji podczas badania (np. narastanie ilościowych zaburzeń świadomości).

Odrębną omawianą kwestią pozostaje ocena zagrożenia samobójczego – tu warto jednak zaznaczyć, że nie każda podjęta próba samobójcza lub zachowanie zagrażające wyglądające pozornie jak zamach samobójczy musi być przejawem depresyjnego oglądu rzeczywistości. Praktyka wskazuje, że część zachowań zagrażających może również wynikać z psychotycznego lęku (np. skok z okna jako ucieczka przed potencjalnym prześladowcą zbliżającym się do drzwi), ale też nie wiązać się z wyraźnym zespołem psychopatologicznym, zwłaszcza u dzieci i młodszych nastolatków.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Stan nagły jest bezwzględnym wskazaniem do pilnej interwencji medycznej – wezwanie Zespołu Ratownictwa Medycznego i skierowanie do najbliższego SOR/Izby Przyjęć. Na ogół stany nagłe wyczerpują przesłanki do interwencji medycznej (konsultacji

lekarskiej/konsultacji psychiatrycznej) również w sytuacji braku zgody albo sprzeciwu pacjenta lub opiekuna. Zalecane jest przekazanie ZRM notatki opisującej zastany stan kliniczny, uzyskany wywiad. Należy przedstawić opiekunowi oraz dziecku/adolescentowi (jeżeli jego stan to umożliwi) w przystępny sposób informacje (przeprowadzenie psychoedukacji) w zakresie stwierdzonych objawów, okoliczności, trybu i celu skierowania na pilną konsultację psychiatryczną (m.in. że celem konsultacji jest ocena wskazań do hospitalizacji), obowiązujących przepisów – dotyczących zgody na konsultację, hospitalizację, leczenie.

Standard 2

Stan nagły na ogół jest bezwzględnym wskazaniem do leczenia szpitalnego. Podczas konsultacji w Izbie Przyjęć zaleca się, aby wdrożyć podstawowe badania, konsultacje wspomagające wstępną diagnozę różnicową. Od wyniku wstępnej diagnozy różnicowej zależeć powinien wybór docelowego miejsca hospitalizacji (oddział somatyczny/zabiegowy/psychiatryczny). Na ogół stany nagłe wyczerpują przesłanki do interwencji medycznej badania i hospitalizacji również wobec sprzeciwu pacjenta lub opiekuna lub wobec braku możliwości uzyskania zgody (na podstawie ustawy o zawodzie lekarza bądź ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – UoOZP).

Standard 3

Zarówno w transporcie, jak i podczas diagnostyki w SOR/Izbie Przyjęć czy podczas przyjęcia na oddział i pobytu na nim pacjent wymaga nadzoru, pozostawania co najmniej w zasięgu kontroli wzorkowej personelu, wg obowiązujących specjalistycznych standardów. Może również w tym czasie wymagać zastosowania środków przymusu bezpośredniego zgodnie z przepisami UoOZP.

Standard 4

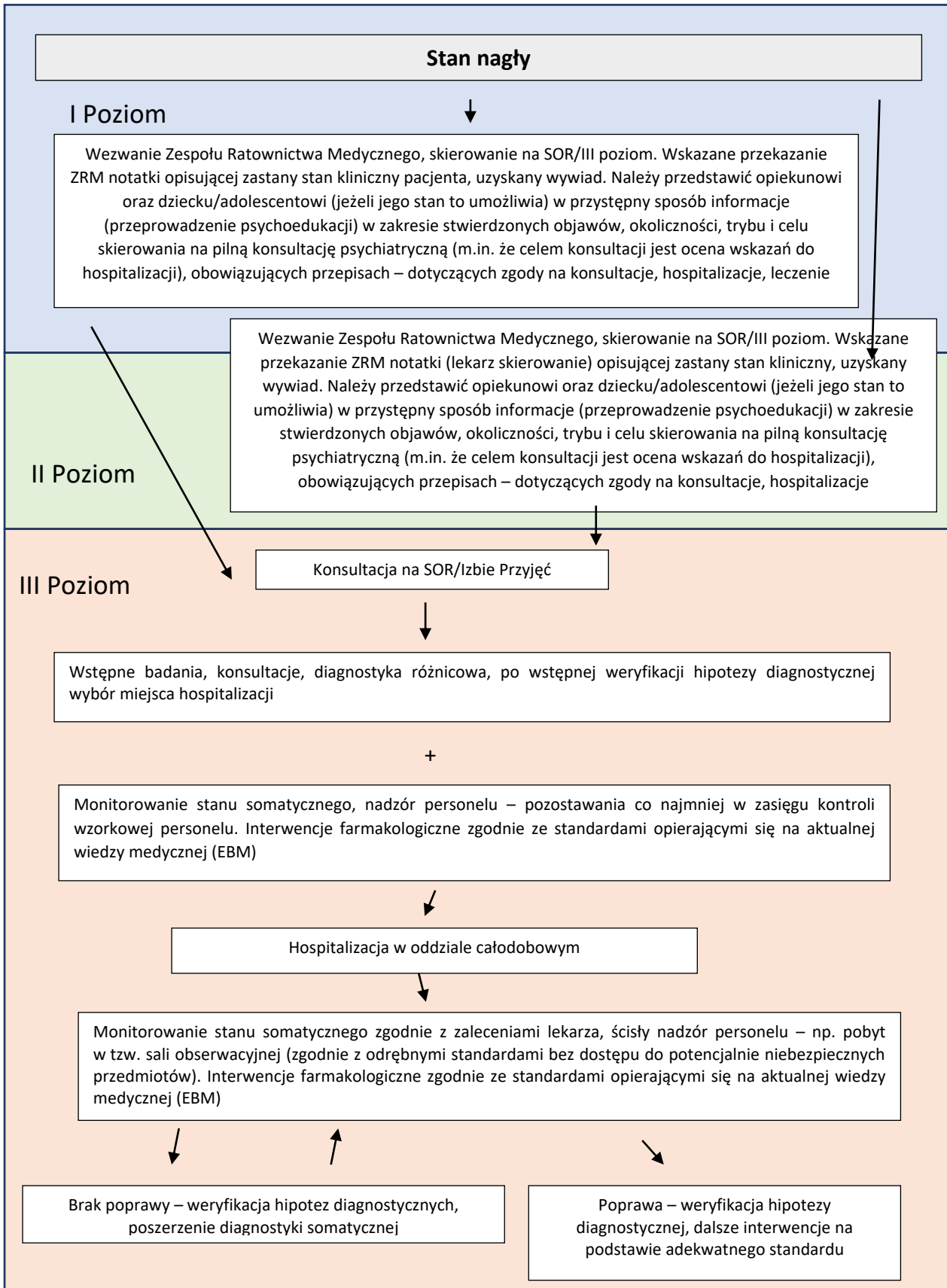
Po przyjęciu na oddział psychiatryczny pacjent „W stanie nagłym” wymaga monitorowania stanu somatycznego zgodnie z zaleceniami lekarza, ścisłego nadzoru personelu – optymalnie przebywania w zasięgu wzroku personelu, na tzw. sali obserwacyjnej (zgodnie z odrębnymi standardami bez dostępu do potencjalnie niebezpiecznych przedmiotów).

Standard 5

Interwencje farmakologiczne zgodnie ze standardami opierającymi się na aktualnej wiedzy medycznej (EBM). Początkowo interwencje farmakologiczne mają na celu redukcję niepokoju, pobudzenia i lęku pacjenta, należy jednak pamiętać, że nadmierna sedacja w okresie formułowania i weryfikacji hipotez diagnostycznych może „zamglić” obraz kliniczny.

Standard 6

Z chwilą weryfikacji hipotezy diagnostycznej dalsze interwencje na podstawie adekwatnego standardu lub rekomendacji.



SEKCJA 9

Zachowania autodestrukcyjne, zamierzone samouszkodzenie (z intencją samobójczą lub bez intencji samobójczej)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie, definicje

Zachowania autodestrukcyjne są definiowane jako podejmowane przez jednostkę zróżnicowane, nieprawidłowe zachowania, zagrażające zdrowiu lub życiu. Tzw. bezpośrednie zachowania autodestrukcyjne są rozumiane jako każda forma 'ataku' na własne zdrowie lub życie, o oczywistym związku i małym odstępem czasowym między działaniem a skutkiem, podejmowane intencjonalnie, przy różnym poziomie uświadomienia, nieakceptowane społecznie i kulturowo. Zalicza się do nich zachowania samobójcze oraz samouszkodzenia (samookaleczenia). W klasyfikacji ICD-11, podobnie jak w klasyfikacji ICD-10, zachowania autodestrukcyjne zostały umieszczone w rozdziale 'Zewnętrzne przyczyny zachorowania lub zgonu', w kategorii 'Zamierzone samouszkodzenie' (kody PB80-83, PB90-91, PC00-01, PC30-31, PC40-48, PC50-51, PC60-63, PC70-78, PC80-86, PC90-99, PD00-05 oraz PD20-29 wg ICD-11, kody X60-X84 wg ICD-10), przy czym nie dokonano podziału na zachowania podejmowane z intencją lub bez intencji samobójstwa. W klasyfikacji DSM-5 wprowadzono dodatkowo rozpoznanie 'Samookaleczenia bez intencji samobójczej' (*Non-Suicidal Self-Injury*, NSSI) oraz 'Zachowania samobójcze' (*Suicidal behavior disorders*, SBD) lub inaczej 'zespół podwyższonego ryzyka samobójczego', w przypadku osób, u których występuje podwyższone ryzyko ponawiania próby 'S' i zgonu w ciągu 24 miesięcy po podjętej próbie 'S'.

Wg *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment* wyróżnia się: (1) zachowania samobójcze, w tym dokonane samobójstwa, próby 'S', (w tym udaremnione lub przerwane próby 'S'), przygotowania do próby 'S' oraz myśli 'S', (2) zachowania niesamobójcze, tj. samouszkodzenia bez intencji samobójstwa i inne, (3) zachowania potencjalnie samobójcze, czyli zamierzone samouszkodzenia o nieustalonej intencji samobójczej, przy braku wystarczających informacji do uznania samobójstwa.

Myśli samobójcze są definiowane jako fantazje i przemyślenia na temat samobójstwa, a także pragnienia i impulsy do jego podjęcia (forma aktywna) lub pragnienie znalezienia się w sytuacji śmiertelnego zagrożenia (forma pasywna). Tendencje samobójcze to występujące w określonym okresie życia jednostki myśli samobójcze i inne zachowania samobójcze, np. wypowiadanie gróźb, robienie planów oraz podejmowanie prób samobójczych. Zgodnie z definicjami zaproponowanymi w narzędziu badawczym do oceny zagrożenia samobójstwem (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*, C-SSRS), wyróżnia się: (1) próbę 'S' rzeczywistą (działanie potencjalnie prowadzące do samouszkodzenia, podjęte z przynajmniej częściowym pragnieniem śmierci, przy czym zamiar nie musi być stuprocentowy, nie jest konieczne stwierdzenie uszkodzeń ciała, a jedynie możliwość ich wystąpienia), (2) próbę 'S' udaremnioną (podjęte działanie potencjalnie prowadzące do samouszkodzenia zostało uniemożliwione poprzez czynniki zewnętrzne), (3) próbę zaniechaną (osoba rozpoczynająca działania, które mają na celu dokonanie samobójstwa, sama z nich rezygnuje). Samobójstwo jest definiowane jako zamierzone działanie zagrażające życiu jednostki, podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć. Ze względu na to, że ocena osoby

z tendencjami samobójczymi obejmuje poza oceną ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych również ocenę potencjalnej letalności zachowań, wprowadzono definicję letalności prób samobójczych, czyli poziomu zagrożenia życia związanego z określonym sposobem podjęcia próby samobójczej (np. wysoki – skok z budynku, niski – celowe zatrucie preparatem witaminowym), który nie zawsze odpowiada sile tendencji samobójczych (np. brak wiedzy na temat niskiej szkodliwości leku).

Obraz kliniczny samouszkodzeń bez intencji samobójczej

Samouszkodzenia (samookaleczenia) bez intencji samobójstwa (rozumiane jako jeden z objawów współwystępujących z zaburzeniami psychicznymi lub osobowości bądź traktowane jako odrębna jednostka nozologiczna) są definiowane w DSM-5 jako nieakceptowane społecznie, celowe uszkodzenia ciała, wywołujące krwawienie, zasinienie lub ból, podejmowane w celu redukcji dyskomfortu psychicznego. Najbardziej rozpowszechnioną formą samookaleczania się jest nacinanie skóry (70–90% osób), uderzanie (21–44%) oraz przypalanie (15–35%). Często obserwuje się dokonywanie zadrapań, gryzienie, uderzanie głową w twarde powierzchnie, wrywanie włosów, przy czym większość osób stosuje więcej niż jedną metodę. U płci żeńskiej częściej spotyka się nacinanie i dokonywanie zadrapań, u płci męskiej przypalanie. Samookaleczenia najczęściej są dokonywane w obrębie rąk, nadgarstków, przedramion, ramion, ud i brzucha.

Epidemiologia

Samobójstwo jest jedną z głównych przyczyn zgonów młodzieży (w Polsce druga po urazach i wypadkach drogowych przyczyna zgonu w grupie wiekowej 10–19 lat). Blisko 80–90% aktów samobójczych podejmują osoby z zaburzeniami psychicznymi. Najnowsze badania wskazują, że wśród polskich nastolatków w wieku 12–17 lat 4,6% miało myśli samobójcze (wg innych statystyk wśród młodzieży nawet 18–25% dziewcząt, 11–14% chłopców), 2,3% próbowało zrobić sobie krzywdę, a 0,6% w przeszłości podjęło próbę 'S' (wg niektórych statystyk do 7% nastolatków w ciągu życia). Tendencje samobójcze przejawia 5,7% młodzieży mieszkającej w dużych miastach, przy czym częściej osoby w wieku 16–17 lat. Samobójstwa dokonane częściej dotyczą chłopców, 35–45% ofiar samobójstw podejmowało w przeszłości próby samobójcze. Samookaleczenia bez intencji samobójstwa dotyczą głównie adolescentów i młodych dorosłych (ok. 13–42%), ich rozpowszechnienie zmniejsza się wraz z wiekiem (ok. 4–6% populacji osób dorosłych). W populacjach klinicznych częstość jest szacowana na poziomie ok. 20% w przypadku dorosłych pacjentów oraz od 40–80% wśród pacjentów w okresie dojrzewania. Objawy pojawiają się najczęściej między 12 a 14 r.ż., a ich średni czas trwania wynosi ok. 2 lat. Nie zaobserwowano związków z płcią, uwarunkowaniami kulturowymi oraz ze statusem społeczno-ekonomicznym.

Etiologia, czynniki ryzyka

W etiologii zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży podkreśla się rolę czynników psychologicznych, neurobiologicznych i społecznych. Najważniejsze czynniki ryzyka to: występowanie zaburzeń psychicznych (zaburzeń zarówno eksternalizacyjnych, jak i internalizacyjnych), używanie substancji psychoaktywnych, rodzinne czynniki ryzyka (utrata lub rozwód rodziców, ich ponowne małżeństwa, nasilone konflikty rodzinne, nieprawidłowe relacje w rodzinie i przemoc w rodzinie, zaburzenia psychiczne i przewlekłe choroby somatyczne w rodzinie, niewystarczające wsparcie społeczne udzielane rodzinie lub jej izolacja), wysoki poziom stresu. Najsilniejszym predyktorem samobójstwa dokonanego jest

podejmowanie w przeszłości prób samobójczych. Wśród czynników ryzyka samookaleczeń bez intencji samobójstwa wymienia się nieprawidłową strukturę osobowości oraz obecność zaburzeń psychicznych, czynniki rodzinne oraz związane z doświadczeniem traumatycznym (niestabilne lub traumatyczne relacje z najbliższymi, zaburzona więź lub przedwczesna separacja od rodziców/opiekunów, rozwód rodziców lub śmierć jednego z nich, nadmierna krytyka rodzicielska, brak wsparcia ze strony najbliższych, problem alkoholowy w rodzinie, wydarzenia traumatyczne w dzieciństwie, w tym przemoc fizyczna lub seksualna).

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Tendencje samobójcze (myśli 'S', próby 'S')

Standard 1

W przypadku każdego dziecka/adolescenta, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/który podjęło/podjął próbę 'S', lub u którego podejrzewa się podjęcie próby 'S', algorytm postępowania obejmuje kolejno: (1) dokonanie oceny tendencji do realizacji myśli 'S' oraz ocenę ryzyka podjęcia lub ponowienia próby i dokonania samobójstwa, (2) zabezpieczenie w celu uniemożliwienia podjęcia próby 'S' i dokonania samobójstwa, (3) ocenę stanu fizycznego, psychicznego i poszukiwanie czynników ryzyka i spustowych oraz (4) podjęcie oddziaływań, których rodzaj zależy od zgłoszonych lub zidentyfikowanych trudności.

Rekomendacja 1

W przypadku każdego dziecka/adolescenta, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/który podjęło/przyjął próbę 'S', lub u którego podejrzewa się podjęcie próby 'S', ocena aktualnego występowania tendencji do realizacji myśli 'S' może zostać przeprowadzona z wykorzystaniem następujących pytań:

Od jak dawna masz myśli 'S'? W jakich okolicznościach się pojawiają? Czy myśli 'S', których doświadczasz, to myśli o śmierci jako zjawisku, które czeka każdego z nas, czy raczej dotyczą Twojej śmierci? Jeśli dotyczą Twojej śmierci, to czy zdarza Ci się myśleć, że byłoby lepiej albo komuś byłoby lepiej, gdyby nie żył/żyła, albo gdyby Cię nie było, albo gdybyś nie istniał/istniała, albo wolałbyś/wolałabyś nie żyć? Czy zdarza Ci się myśleć o tym, że chciałbyś/chciałabyś nie żyć? Czy wyobrażasz sobie, w jaki sposób miałbyś/miałabyś umrzeć? Czy kiedykolwiek zdarzyło Ci się ryzykować jakimś zachowaniem, licząc się z tym, że może stać Ci się coś złego albo że możesz umrzeć? Czy kiedykolwiek myślałeś/myślałaś o popełnieniu samobójstwa? Czy kiedykolwiek planowałeś/planowałaś, w jaki sposób to zrobić? Jeśli tak, to jaki miałeś/miałaś plan? Czy kiedykolwiek robiłeś/robiłaś przygotowania, żeby popełnić samobójstwo? Czy kiedykolwiek podjąłeś/podjęłaś decyzje o popełnieniu samobójstwa? Czy kiedykolwiek podejmowałeś/podejmowałaś próbę samobójczą?

Rekomendacja 2

U każdego dziecka/adolescenta, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się obecność myśli 'S', należy przeprowadzić ocenę ryzyka podjęcia próby 'S', a u każdego dziecka/adolescenta, które/który podjęło/podjął próbę 'S' lub u którego podejrzewa się podjęcie próby 'S' – ocenę aktualnego ryzyka ponowienia próby 'S' oraz podjąć adekwatne do poziomu ryzyka działania. Ocena ta może zostać przeprowadzona z wykorzystaniem pytań odnoszących się do obszarów, tak jak np. w skali TASR-A (*Tool*

for Assessment of Suicide Risk: Adolescent Version) (Narzędzie oceny ryzyka samobójstwa: wersja dla nastolatków):

Tabela 9.1. Narzędzie oceny ryzyka samobójstwa: wersja dla nastolatków

Indywidualny profil ryzyka	Tak	Nie
Płeć męska		
Historia samobójstw w rodzinie		
Zaburzenia psychiczne		
Nadużywanie substancji odurzających		
Słabe wsparcie społeczne/problemowe otoczenie		
Profil symptomów ryzyka	Tak	Nie
Symptomy depresyjne		
Symptomy psychotyczne		
Poczucie beznadziejności/bezwartościowości		
Anhedonia (brak zdolności odczuwania przyjemności)		
Gniew/impulsywność		
Profil ryzyka z wywiadu	Tak	Nie
Ideacje samobójcze		
Zamiar samobójstwa		
Plan samobójstwa		
Dostęp do środków mogących spowodować śmierć		
Wcześniejsze zachowania samobójcze		
Aktualne problemy wydają się nierozwiązywalne		
Halucynacje imperatywne (nakazu) (samobójstwa/zabójstwa)		
Niedawne zażywanie substancji odurzających		

Szczegółowa ocena ryzyka samobójstwa powinna zostać przeprowadzona z wykorzystaniem Skali do Oceny Skłonności Samobójczych Columbia (*Columbia Suicide Severity Rating Scale, CSSRS*) (wersja skrócona z wykorzystaniem systemu triage). Przed zastosowaniem skali wskazane jest skorzystanie z dostępnego na stronie internetowej szkolenia (<http://cssrs.columbia.edu/training/training-options/>):

Tabela 9.2. Skala Oceny Skłonności Samobójczych opracowana na Uniwersytecie Columbia

Skala Oceny Skłonności Samobójczych opracowana na Uniwersytecie Columbia (C-SSRS) (wersja skrócona z wykorzystaniem systemu triage wg Remberk)		
Myśli samobójcze Proszę zadać pytania 1 i 2 1. Pragnienie śmierci Respondent/respondentka potwierdza myśli o tym, że chciałby/chciałaby być martwy/martwa lub chciałby/chciałaby nie żyć lub też że chciałby/chciałaby zasnąć i już się nie obudzić: <i>Czy pragnąłeś/pragnęłaś nie żyć lub pragnąłeś/pragnęłaś zasnąć i już nigdy się nie obudzić?</i> 2. Myśli samobójcze Ogólne nieokreślone myśli o chęci zakończenia życia i popełnienia samobójstwa (np. „Myślałem/myślałam o zabiciu się”) bez myśli o sposobie odebrania sobie życia/związanych z tym metodach, zamiarze lub planie: <i>Czy rzeczywiście myślałeś/myślałaś o zabiciu się?</i>	W ciągu ostatniego miesiąca	
	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeżeli na pytanie 1 lub 2 udzielono TAK , proszę zadać pytania 3, 4, 5 i 6. Jeżeli na pytanie 1 i 2 udzielono odpowiedzi NIE , proszę zadać pytanie 6.		
<p>3. Aktywne myśli samobójcze z uwzględnieniem jakichkolwiek metod (bez planu) bez zamiaru faktycznego popełnienia samobójstwa. Respondent/respondentka myśli o samobójstwie i w okresie objętym badaniem myślał/myślała przynajmniej o jednej metodzie. Różni się to od konkretnego planu zawierającego wypracowane szczegóły dotyczące czasu, miejsca lub metody (np. myśli o metodzie zabicia się, ale bez konkretnego planu). Można tu włączyć osobę, która powiedziała by:</p> <p>„Myślałem/myślałam o przedawkowaniu tabletek, ale nigdy nie planowałem/planowałam konkretnie, kiedy, gdzie lub jak rzeczywiście to zrobić... i nigdy nie zdołałbym/zdołałabym przez to przejść”: Czy myślałeś/aś o tym, jak mógłbyś/mogłabyś to zrobić?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Aktywne myśli samobójcze z jakimś zamiarem faktycznego popełnienia samobójstwa, bez konkretnego planu Aktywne myśli samobójcze o odebraniu sobie życia; respondent/respondentka potwierdza, że ma w jakimś stopniu zamiar działać zgodnie z tymi myślami, w przeciwieństwie do „Mam takie myśli, ale zdecydowanie nic z nimi nie zrobię”. Czy miałeś/miałaś takie myśli i miałeś/miałaś zamiar działać zgodnie z nimi?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Aktywne myśli samobójcze z konkretnym planem i zamiarem Myśli o odebraniu sobie życia z całkowicie lub częściowo opracowanym szczegółowym planem; respondent/respondentka w jakimś stopniu ma zamiar zrealizować plan. Czy zaczął/zaczęła Pan/Pani opracowywać lub opracował/opracowała już Pan/Pani szczegóły tego, w jaki sposób się zabić? Czy ma Pan/Pani zamiar zrealizować ten plan?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Zachowania samobójcze Np. kupowanie tabletek, zakup broni, rozdawanie rzeczy, pisanie testamentu listu pożegnalnego, wyjęcie tabletek, lecz bez zażycia żadnej, trzymanie w ręku broni, lecz respondent zmienił zdanie lub broń mu zabrano, wyjście na dach, lecz bez skoku, lub respondent rzeczywiście zażył/zażyła tabletki, próbował/próbowała się zastrzelić, dokonał/dokonała samookaleczeń, próbował/próbowała się powiesić itp.: Czy kiedykolwiek zrobiłeś/zrobiłaś coś, zacząłeś/zaczęłaś robić coś lub podjąłeś/podjęłaś przygotowania mające na celu odebranie sobie życia?</p>	W ciągu całego życia	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	W ciągu ostatnich 3 miesięcy	
Jeżeli udzielono odpowiedzi TAK , proszę zapytać: Czy było to w ciągu ostatnich 3 miesięcy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algorytm postępowania na podstawie ostatniej udzielonej odpowiedzi TAK	
Odpowiedź TAK na pytanie 1 lub 2, odpowiedź NIE na pytania 3, 4, 5, 6	Niskie ryzyko podjęcia próby ‘S’: Skierowanie na <u>planową</u> konsultację w zakresie zdrowia psychicznego
Odpowiedź TAK na pytanie 3, odpowiedź NIE na pytania 4, 5, 6	Średnie ryzyko podjęcia próby ‘S’: Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego; należy <u>rozważyć działania</u> mające na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa do momentu konsultacji.
Odpowiedź TAK na pytanie 4 lub pytanie 5 oraz odpowiedź NIE na pytanie 6 (zachowania samobójcze 3 miesiące temu lub później):	Średnie/wysokie ryzyko podjęcia próby ‘S’: Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego; należy <u>rozważyć działania</u> mające na celu zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa do momentu konsultacji.

Odpowiedź TAK na pytanie 4 lub pytanie 5 oraz odpowiedź TAK na pytanie 6 (zachowania samobójcze 3 m-ce temu lub później):	Bardzo wysokie ryzyko podjęcia próby 'S' (aktywne myśli z zamiarem samobójczym lub konkretnym planem i zamiarem lub zachowania samobójcze): Konsultacja u specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego; do momentu konsultacji <u>należy zabezpieczyć pacjenta!!!</u>
---	--

Standard 2

Każdemu dziecku/adolescentowi, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się obecność myśli 'S' z tendencją do ich realizacji, lub które/który podjęło/podjął próbę 'S', lub u którego podejrzewa się podjęcie próby 'S', należy uniemożliwić dostęp do metod lub środków, które mogą zagrażać życiu. W celu zapewnienia bezpieczeństwa dziecko/adolescent powinno/powinien być monitorowane/monitorowany podczas pobytu w placówce opieki zdrowotnej w celu ograniczenia ryzyka występowania zachowań autoagresywnych. Należy przeprowadzić ocenę możliwości zapewnienia bezpieczeństwa dziecku/adolescentowi przez rodziców/opiekunów.

Standard 3

Każde dziecko/adolescent, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/który podjęło/podjął próbę 'S', lub u którego podejrzewa się podjęcie próby 'S', ma opracowany we współpracy z nim oraz we współpracy z rodzicami/opiekunami, plan opieki (łańcuch pomocy). Elementem tego planu jest 'Plan bezpieczeństwa'.

Rekomendacja 1

W 'Planie bezpieczeństwa' powinny zostać opisane sygnały ostrzegawcze świadczące o pogarszającym się stanie psychicznym, sposoby radzenia sobie z myślami 'S' oraz sposoby udzielania dziecku/adolescentowi wsparcia. Plan ten, omówiony z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, jest przekazywany i wykorzystywany w opiece świadczonej przez różne ośrodki. Z rodzicami/opiekunami dziecka/adolescenta, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/który podjęło/podjął próbę 'S', lub u którego podejrzewa się podjęcie próby 'S', należy podpisać zobowiązanie do podjęcia działań mających na celu zapewnienie opieki. Przykładowy plan bezpieczeństwa przedstawiono poniżej:

Tabela 10.3. Plan bezpieczeństwa

Plan bezpieczeństwa (wg NICE CG16 2004)
<p>Omówione i zapisane z pacjentem</p> <p>Krok 1. Szczegółowe omówienie sygnałów ostrzegawczych świadczących o pogorszeniu stanu psychicznego; <i>Sygnałami ostrzegawczymi świadczącymi o pogorszeniu mojego stanu psychicznego są:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ... <p>Krok 2. Sposoby radzenia sobie z narastaniem myśli samobójczych, które pacjent zastosuje sam (np. oglądanie telewizji, słuchanie muzyki, wyjście na spacer); <i>Moje sposoby radzenia sobie z myślami samobójczymi to:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ...

Krok 3. Sposoby radzenia sobie z udziałem innych osób (np. zagrać w ping-ponga z kolegą; pójść z mamą na zakupy; należy ustalić listę przynajmniej kilku osób, na wypadek, gdyby pierwsza była niedostępna); *Moje sposoby radzenia sobie (z myślami samobójczymi), w których uczestniczą inne osoby to:*

1.

...

Krok 4. Zwrócenie się do bliskich o pomoc w obecnym kryzysie (konkretnie do kogo i w jaki sposób może się zwrócić); *Mogę zwrócić się o pomoc do następujących osób, gdy mój stan psychiczny jest zły albo mam myśli samobójcze:*

1.

...

Krok 5. Zwrócenie się o pomoc do profesjonalistów (konkretnie gdzie, do kogo i w jaki sposób; lista telefonów i kontaktów); *Powinienem zwrócić się o pomoc do następujących instytucji/osób, gdy mój stan psychiczny jest zły albo mam myśli samobójcze:*

1.

...

Omówione z rodzicami

Szczegółowe omówienie sygnałów ostrzegawczych świadczących o pogorszeniu stanu psychicznego dziecka. Omówiono: **TAK NIE**

Ustalenie, w jaki sposób rodzice będą uczestniczyć w planie bezpieczeństwa.

Omówiono: **TAK NIE**

Ustalenie, kiedy należy zwrócić się po pomoc do profesjonalistów (konkretnie gdzie, do kogo i w jaki sposób; lista telefonów i kontaktów). Omówiono: **TAK NIE**

Ograniczenie dostępu do niebezpiecznych narzędzi, trzymanie leków rodzinnych w zamkniętej szafce itp. Omówiono: **TAK NIE**

Zobowiązanie do podjęcia działań przez rodziców mających na celu zapewnienie opieki

Potwierdzamy, że zostaliśmy powiadomieni o problemach (obecność myśli lub planów samobójczych), jakich doświadcza nasze dziecko (imię i nazwisko dziecka).....oraz konieczności podjęcia działań ustalonych w **'Planie bezpieczeństwa'** w sytuacji pogarszania się stanu psychicznego naszego dziecka (nasilenie lub wystąpienie myśli/planów samobójczych), w tym w szczególności:

1.

....

Zostały nam przekazane numery telefonów i adresy miejsc, gdzie możemy uzyskać pomoc (dokładne adresy i numery telefonów):

1. Izba Przyjęć szpitala psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (z oddziałem dla dzieci i młodzieży)

2. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Ośrodek Interwencji Kryzysowej

3. Inne

Wspólnie ustalamy, że zobowiązujemy się do przestrzegania powyższych ustaleń

Data i miejscowość.....Podpis rodziców.....

Podpis osoby pomagającej.....

Standard 4

U każdego dziecka/adolescenta, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/który podjęło/podjął próbę 'S', lub u którego podejrzewa się podjęcie próby 'S', należy przeprowadzić ocenę stanu fizycznego i stanu psychicznego. Tryb kierowania na konsultację psychiatryczną zależy od ocenionego poziomu ryzyka podjęcia próby 'S'.

Rekomendacja 1

W ocenie stanu fizycznego należy uwzględnić wywiad dotyczący obecności przewlekłych schorzeń somatycznych, zwłaszcza takich, które w sposób istotny wpływają na funkcjonowanie jednostki w obszarach osobistym, społecznym, relacyjnym i edukacyjnym. Niezbędne jest badanie fizykalne ukierunkowane na wykrycie śladów samookaleceń i urazów.

Rekomendacja 2

Ocena stanu psychicznego powinna, oprócz weryfikacji aktualnej obecności tendencji 'S' i zebrania wywiadu w zakresie historii dotychczas podejmowanych zachowań autoagresywnych, w tym prób 'S', obejmować badanie psychiatryczne z ukierunkowaniem na wykrycie obecności zaburzeń psychicznych, w szczególności związanych z ryzykiem popełnienia samobójstwa (zaburzenia psychotyczne lub obecność objawów psychotycznych, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia depresyjne, zaburzenia związane ze stresem, zaburzenia zachowania, uzależnienie i nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania). U każdego dziecka/adolescenta, które/który podjęło/podjął próbę 'S', należy dokonać charakterystyki próby samobójczej, w ramach której należy ocenić: (1) wykorzystaną metodę (jedna metoda, kilka metod, kilkakrotne ponawianie) i jej potencjalną letalność (np. powieszenie się, skok z wysokości, przedawkowanie leków itp.), (2) okoliczności ujawnienia (próba rzeczywista, udaremniona, zaniechana, przez kogo wykryta?, kto przeszkodził?, czy dziecko/adolescent ją przerwał lub samo/sam zawiadomił/zawiadomił, zgłosił/zgłosił się po pomoc?), (3) podjęte przez dziecko/adolescenta dodatkowe przygotowania (list pożegnalny, rozdawanie ważnych dla siebie przedmiotów, usunięcie profilu w mediach społecznościowych, przygotowanie tego, kto i w jakich okolicznościach ma znaleźć ciało).

Standard 5

Stwierdzenie występowania zaburzeń psychicznych wymaga wdrożenia adekwatnych, zgodnych z wyznaczonymi standardami metod leczenia oraz włączenia opieki psychiatrycznej nad dzieckiem/adolescentem w łańcuch pomocy, z określeniem częstotliwości wizyt oraz sygnałów wymagających wcześniejszego kontaktu.

Standard 6

Każde dziecko/adolescent, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/który podjęło/podjął próbę 'S', lub u którego podejrzewa się podjęcie próby 'S', powinno zostać poddane kompleksowej ocenie psychologicznej i psychospołecznej w celu identyfikacji psychologicznych i środowiskowych czynników ryzyka i spustowych podjęcia próby 'S' oraz identyfikacji aktualnych i potencjalnie dostępnych systemów wsparcia.

Rekomendacja 1

W powyższej ocenie należy uwzględnić następujące czynniki ryzyka oraz systemy wsparcia:

Tabela 10.4. Czynniki ryzyka, spustowe

Czynniki ryzyka, spustowe (psychospołeczne i psychologiczne)	
Czynniki rodzinne	Występowanie zaburzeń psychicznych, uzależnień od substancji psychoaktywnych, prób i śmierci samobójczych w rodzinie, konflikty między członkami rodziny, problemy w komunikacji w rodzinie, trudna sytuacja socjoekonomiczna rodziny, występowanie ciężkich, przewlekłych chorób somatycznych
Zdarzenia traumatyczne	Doświadczenie przemocy fizycznej, emocjonalnej, wykorzystania seksualnego, zaniedbania, prześladowania, doświadczenie utrat (śmierć bliskich członków rodziny, przyjaciół, porzucenie przez sympatię)
Czynniki związane z grupą rówieśniczą	Poczucie samotności, odrzucenie przez grupę rówieśniczą, przemoc ze strony rówieśników, w tym cyberprzemoc, konflikty z przyjaciółmi, występowanie prób 'S' i śmierci samobójczych wśród przyjaciół, znajomych, w tym znajomych internetowych
Czynniki związane ze szkołą	Trudności edukacyjne, konflikty z nauczycielami
Czynniki psychologiczne (osobiste)	Obniżona samoocena, poczucie beznadziei, samotność, niskie umiejętności w zakresie poszukiwania wsparcia i rozwiązywania problemów, regulowania emocji, nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem, niskie umiejętności w zakresie nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych, wysoki poziom impulsywności, tendencje do zachowań autoagresywnych i podejmowania nadmiernego ryzyka
Aktualne kryzysy	W środowisku rodzinnym, rówieśniczym i szkolnym oraz w obszarze osobistym
Inne ważne czynniki	Poważna choroba somatyczna, zwłaszcza przewlekła, ciąża, konflikty z prawem, długi, bycie obcokrajowcem, imigrantem, orientacja seksualna
Systemy wsparcia	
Opieka psychologiczno-psychoterapeutyczna (jeśli tak, to od kiedy?, częstotliwość i systematyczność spotkań, data ostatniej wizyty), opieka psychiatryczna (jeśli tak, to od kiedy?, częstotliwość i systematyczność spotkań, data ostatniej wizyty, przyjmowane leki, jakie?, przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii), aktualne lub potencjalne wsparcie ze strony członków rodziny, rówieśników, opiekunów, nauczycieli, pedagogów, kuratorów, pracowników pomocy społecznej lub innych instytucji, inne osoby, do których dziecko/adolescent ma zaufanie.	

Standard 7

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży, które/która zgłaszają lub u których podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które podjęły próbę 'S', lub u których podejrzewa się podjęcie próby 'S', powinny: (a) uwzględnić działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury objawów, czynników ryzyka i ochronnych, sposobów postępowania i adekwatnego zakresu zabezpieczenia i wsparcia), (b) uwzględnić kompleksową konceptualizację problemu, z uwzględnieniem potencjalnych czynników ryzyka i spustowych, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym, dostępnych systemów wsparcia, (c) być oparte na współpracy

i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta.

Rekomendacja 1

Podczas stosowania interwencji psychologicznych u dzieci i młodzieży, które/która zgłaszają lub u których podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które podjęły próbę 'S', lub u których podejrzewa się podjęcie próby 'S', należy: (a) rozwijać i podtrzymywać sojusz terapeutyczny z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) podtrzymywać częsty i systematyczny kontakt terapeutyczny, (c) prowadzić wywiad i dialog motywujący celem zwiększenia poziomu współpracy, (d) wdrażać oddziaływania, których rodzaj zależy od zgłoszonych/zidentyfikowanych trudności w obszarach osobistym, rodzinnym i społecznym.

Standard 8

Leczenie farmakologiczne dzieci i młodzieży, które/która zgłaszają/zgłasza lub u których podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/która podjęły/podjęła próbę 'S', lub u których podejrzewa się podjęcie próby 'S', jest ukierunkowane na leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych, zgodnie z wyznaczonymi standardami.

Standard 9

Jeśli nie nastąpiła oczekiwana poprawa w wyniku zastosowania adekwatnych do zidentyfikowanych problemów oddziaływań (w tym leczenia farmakologicznego), konieczne jest przeprowadzenie wtórnej, pogłębionej oceny problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębiona diagnoza psychologiczna problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania).

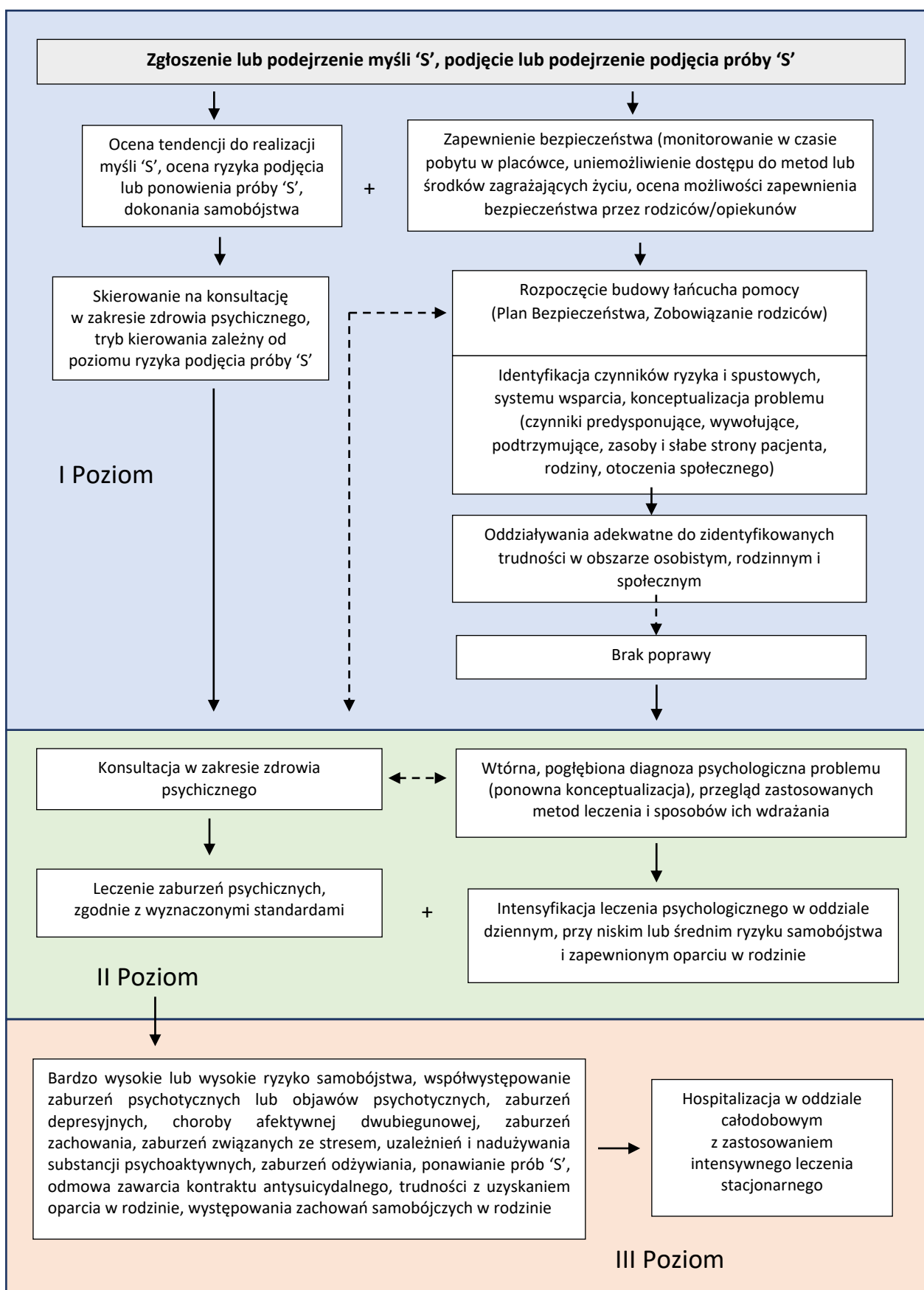
Standard 10

Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego w przypadku dzieci i młodzieży, które/która zgłaszają/zgłasza, lub u których podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/która podjęły/podjęła próbę 'S', lub u których podejrzewa się podjęcie próby 'S', powinna być rozważona w przypadku: (a) bardzo wysokiego lub wysokiego ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania zaburzeń psychiatrycznych lub objawów psychiatrycznych, zaburzeń depresyjnych, choroby afektywnej dwubiegunowej, zaburzeń zachowania, zaburzeń związanych ze stresem, uzależnień i nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń odżywiania, (c) ponawiania prób 'S', (d) występowania zachowań samobójczych w rodzinie, (e) odmowy zawarcia kontraktu antyświadczeniowego, (f) trudności z uzyskaniem oparcia w rodzinie.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym w przypadku dzieci i młodzieży, które/która zgłaszają/zgłasza lub u których podejrzewa się obecność myśli 'S', lub które/która podjęły/podjęła próbę 'S', lub u których podejrzewa się podjęcie próby 'S', powinna być rozważona w przypadku: (a) niskiego lub średniego ryzyka samobójstwa, przy zapewnieniu oparcia w rodzinie oraz (b) przy braku odpowiedzi na adekwatne do zidentyfikowanych problemów próby leczenia farmakologicznego, psychologicznego lub skojarzonego przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych, przy

czym proponowane w oddziale dziennym oddziaływania powinny stanowić element opracowanego planu opieki (łańcuch pomocy).



Samookaleczenia (samouszkodzenia) bez intencji samobójczej

Standard 1

W przypadku każdego dziecka/adolescenta, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się dokonywanie samookaleczeń, algorytm postępowania obejmuje kolejno: (1) dokonanie wstępnej oceny ran będących następstwem samouszkodzeń, (2) dokonanie oceny zamiarów samobójczych, (3) dokonanie wieloaspektowej oceny samouszkodzeń oraz (4) podjęcie oddziaływań, których rodzaj zależy od zgłoszonych lub zidentyfikowanych trudności.

Standard 2

W przypadku każdego dziecka/adolescenta, u którego stwierdzono występowanie samouszkodzeń, w związku z występowaniem potencjalnego lub rzeczywistego zagrożenia zdrowia/życia, należy powiadomić rodziców/opiekunów o dokonywaniu przez dziecko/adolescenta samookaleczeń. Sposób przekazania informacji (kto? komu? w czyjej obecności? kiedy?) należy za każdym razem ustalać indywidualnie.

Standard 3

W przypadku każdego dziecka/adolescenta, które/który zgłasza lub u którego podejrzewa się dokonywanie samookaleczeń, konieczna jest ocena konieczności pilnej interwencji medycznej (w tym chirurgicznego zaopatrzenia ran). W sytuacji stwierdzenia konieczności interwencji lekarskiej należy wskazać konkretne miejsce, gdzie taka pomoc może zostać udzielona, a w przypadku osób niepełnoletnich zobowiązać rodziców do udania się we wskazane miejsce.

Standard 4

W przypadku każdego dziecka/adolescenta, u którego stwierdzono występowanie samouszkodzeń, należy dokonać oceny występowania myśli 'S' i tendencji do realizacji myśli 'S', ustalić, czy samookaleczenie jest przejawem intencji samobójczej, ocenić ryzyko podjęcia próby 'S' oraz podjąć adekwatne do poziomu ryzyka działania. Sposób przeprowadzenia takiej oceny i zakres adekwatnych działań został opisany w części odnoszącej się do tendencji 'S'.

Standard 5

U każdego dziecka/adolescenta, u którego stwierdza się występowanie chronicznych, nawracających, nietypowych, ciężkich lub wymagających interwencji medycznej samouszkodzeń, należy przeprowadzić ocenę stanu psychicznego. Ocena ta powinna obejmować badanie psychiatryczne z ukierunkowaniem na wykrycie obecności zaburzeń psychicznych, w szczególności związanych z podejmowaniem samouszkodzeń i ryzykiem występowania innych zachowań autodestrukcyjnych. Tryb kierowania na konsultację psychiatryczną zależy od ocenionego poziomu ryzyka podjęcia próby 'S'. Stwierdzenie występowania zaburzeń psychicznych wymaga wdrożenia adekwatnych, zgodnych z wyznaczonymi standardami metod leczenia oraz włączenia opieki psychiatrycznej nad dzieckiem/adolescentem w łańcuch pomocy, z określeniem częstotliwości wizyt oraz sygnałów wymagających wcześniejszego kontaktu.

Rekomendacja 1

Rekomenduje się, by w przypadku każdego dziecka/adolescenta, u którego stwierdzono występowanie samouszkodzeń, dokonać oceny w zakresach, które wyszczególniono poniżej:

Tabela 9.5. Ocena samouszkodzeń

Elementy podlegające ocenie	Cel oceny
Liczba ran Częstość i czas trwania epizodów Pora dnia Miejsce Obecność innych osób	Ustalenie powtarzalnych wzorców, czynników poprzedzających, w tym czynników spustowych Ustalenie kontekstu społecznego (czy są dokonywane w czyjejs obecności?, czy ktoś o nich wie?)
Zakres obrażeń i jego zmiany	Ocena poziomu ryzyka samobójstwa Ocena stabilności vs narastania dyskomfortu psychicznego
Okaleczana część, okolica ciała	Ustalenie, czy okaleczana okolica ma znaczenie symboliczne (np. piersi po wykorzystaniu seksualnym), czy dominują względy praktyczne? (np. chęć pokazania ran lub ich ukrycia)
Wzór ran	Ustalenie, czy wzór jest chaotyczny (przy wysokim poziomie impulsywności), specyfiki wzoru (przy funkcji komunikacyjnej, wysokim poziomie kontroli)
Użyte narzędzia i postępowanie z nimi	Ustalenie, czy zostały użyte narzędzia (wyższy poziom kontroli u osób używających narzędzi vs niższy poziom kontroli u osób impulsywnych, np. drapiących się, okładających się pięściami) Ustalenie, czy użyte narzędzia są przechowywane, dezynfekowane, przygotowane do kolejnego użycia

Rekomendacja 2

Rekomenduje się, by w przypadku każdego dziecka/adolescenta, u którego stwierdzono występowanie samouszkodzeń, na podstawie zebranego wywiadu oraz danych uzyskanych z powyżej opisanej oceny, ustalić prawdopodobne funkcje samookaleczeń, tak jak określono poniżej (Uwaga! U jednej osoby mogą współwystępować różne funkcje samouszkodzeń):

Tabela 9.6. Funkcje samouszkodzeń

<p>Funkcje związane z regulacją emocji:</p> <ul style="list-style-type: none"> Uwolnienie się od trudnych do zniesienia emocji, np. złości, gniewu Poczucie ulgi, odprężenia Uwolnienie się od uczucia pustki, odrętwienia 'Czucie' czegośkolwiek, np. bólu Dostarczenie sobie silnych bodźców, wzbudzenie się Doświadczenie ekscytacji w oczekiwaniu na dokonanie samookaleczenia
<p>Funkcje związane z uzyskaniem poczucia kontroli i autonomii:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zogniskowanie bólu (by lepiej go kontrolować) Zapanowanie nad własnym ciałem i bólem Przeżywanie poczucia kontroli lub autonomii w swoim życiu Posiadanie poczucia wpływu na siebie
<p>Funkcje związane z relacjami z innymi ludźmi (np. komunikowanie, wywieranie wpływu):</p> <ul style="list-style-type: none"> Zasygnalizowanie swojego cierpienia otoczeniu Zwrócenie na siebie uwagi innych ludzi, zakomunikowanie im wybranych treści Wywarcie wpływu, sprawienie, aby inni zachowali się w określony sposób
<p>Funkcje rozwojowe, regulacja procesu formowania się tożsamości:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zademonstrowanie własnej indywidualności Zadeklarowanie przynależności do konkretnej grupy, subkultury

Funkcje związane z samokaraniem i pozostawaniem w roli ofiary:

Ukaranie siebie za coś
 Znalezienie powodu/uzasadnienia do zaopiekowania się sobą
 Szukanie sposobu oczyszczenia siebie, swojego ciała

Funkcje odnoszące się do wcześniejszych traumatycznych doświadczeń (np. ekspresja cierpienia wynikającego z urazu):

Odtworzenie traumatycznych doświadczeń
 Uwolnienie się od trudnych wspomnień, doświadczeń
 Zasygnalizowanie swojego cierpienia otoczeniu
 Ukaranie innych, np. swojego prześladowcy

Standard 6

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży, u których stwierdzono występowanie samouszkodzeń, powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury objawów, czynników ryzyka i ochronnych, sposobów postępowania oraz adekwatnego zakresu zabezpieczenia i wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z uwzględnieniem potencjalnych czynników ryzyka i spustowych, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym, dostępnych systemów wsparcia, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, (d) zawierać procedurę oceny osobowości w kierunku cech nieprawidłowo kształtującej się osobowości/zaburzeń osobowości.

Rekomendacja 1

Podczas stosowania interwencji psychologicznych u dzieci i młodzieży, u których stwierdzono występowanie samouszkodzeń, należy: (a) rozwijać i podtrzymywać sojusz terapeutyczny z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) podtrzymywać częsty i systematyczny kontakt terapeutyczny, (c) prowadzić wywiad i dialog motywujący celem zwiększenia poziomu współpracy, (d) wdrażać oddziaływania, których rodzaj zależy od zgłoszonych/zidentyfikowanych trudności w obszarach osobistym, rodzinnym i społecznym. Interwencja powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb. Oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być prowadzone w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniające zaangażowanie rodziny lub opiekunów. Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Standard 7

Leczenie farmakologiczne dzieci i młodzieży, u których stwierdzono występowanie samouszkodzeń, jest ukierunkowane na leczenie zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych, zgodnie z wyznaczonymi standardami.

Standard 8

Jeśli nie nastąpiła oczekiwana poprawa w wyniku zastosowania adekwatnych do zidentyfikowanych problemów oddziaływań, konieczne jest przeprowadzenie wtórnej,

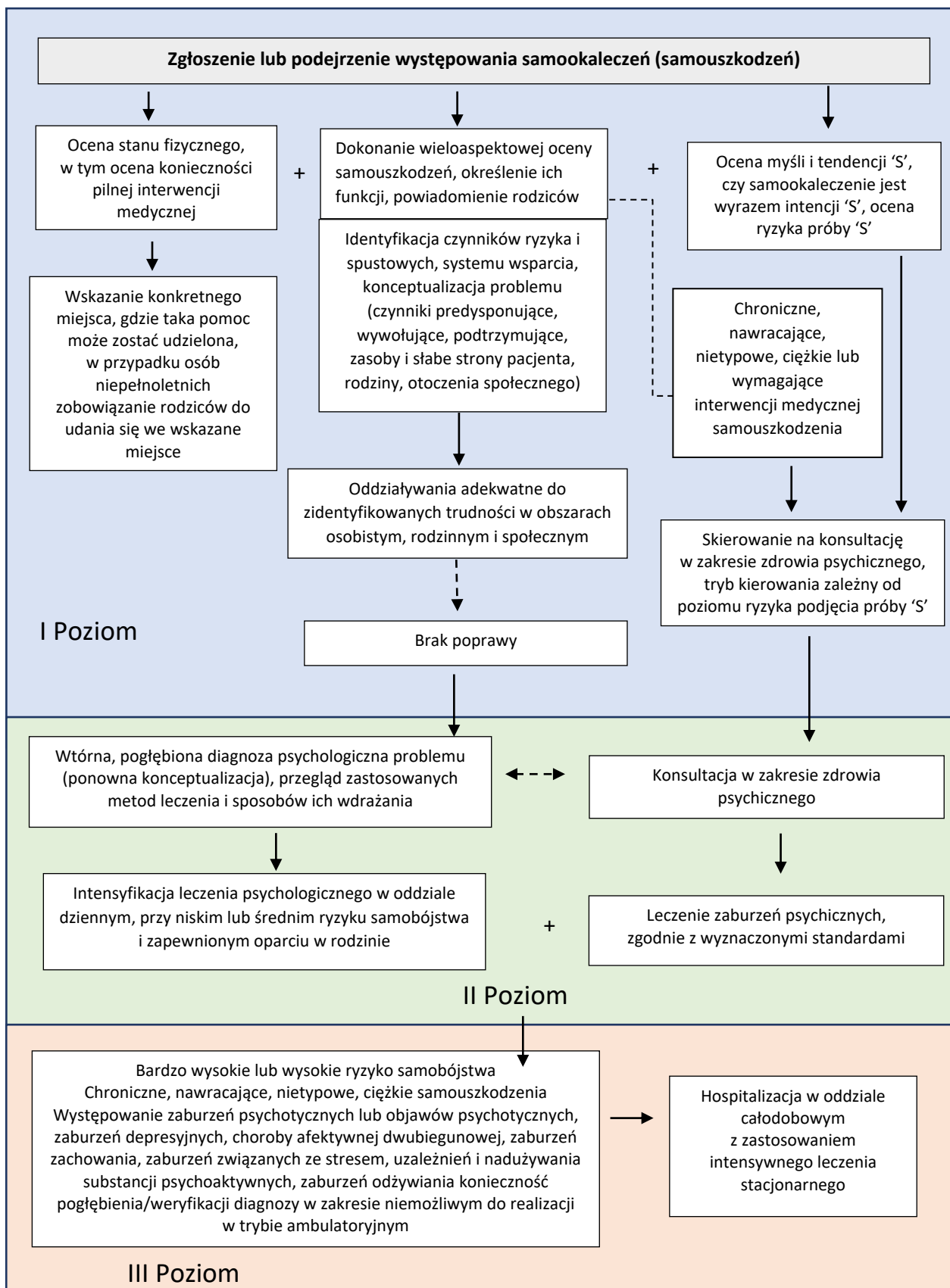
pogłębionej oceny problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębiona diagnoza psychologiczna problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania).

Standard 9

Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego w przypadku dzieci i młodzieży, u których stwierdzono występowanie samouszkodzeń, powinna być rozważona w przypadku: (a) bardzo wysokiego lub wysokiego ryzyka samobójstwa, (b) chronicznych, nawracających, nietypowych, ciężkich samouszkodzeń, (c) występowania zaburzeń psychotycznych lub objawów psychotycznych, zaburzeń depresyjnych, choroby afektywnej dwubiegunowej, zaburzeń zachowania, zaburzeń związanych ze stresem, uzależnień i nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń odżywiania, (d) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym w przypadku dzieci i młodzieży, u których stwierdzono występowanie samouszkodzeń, powinna być rozważona w przypadku: (a) utrzymujących się lub nietypowych samouszkodzeń oraz (b) przy braku odpowiedzi na adekwatne do zidentyfikowanych problemów próby leczenia farmakologicznego, psychologicznego lub skojarzonego przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych, przy czym proponowane w oddziale dziennym oddziaływania powinny stanowić element opracowanego planu opieki.



SEKCJA 10

Zaburzenia nastroju

Kategoria wprowadzona do ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub pokrewne obejmują:

6A60 Zaburzenie dwubiegunowe typu I

6A61 Zaburzenie dwubiegunowe typu II

6A62 Cyklotymie

6A6Y Inne określone zaburzenia dwubiegunowe lub pokrewne

Zaburzenia depresyjne obejmują:

6A70 Zaburzenie depresyjne – jednorazowy epizod

6A71 Zaburzenie depresyjne nawracające

6A72 Dystymia

6A7Y Inne określone zaburzenia depresyjne

Wśród zmian wprowadzonych w kategorii zaburzeń afektywnych przez autorów klasyfikacji ICD-11 jest dopuszczenie rozpoznania towarzyszących objawów psychotycznych już w epizodzie depresyjnym umiarkowanym, zrezygnowano również z możliwości rozpoznania izolowanego epizodu hipomanii, wprowadzono rozróżnienie zaburzenia afektywnego typu I (występowanie epizodów depresyjnych i maniakalnych) oraz typu II (z epizodami depresyjnymi i hipomaniakalnymi).

Diagnoza ICD-10

(F30–F39) Zaburzenia nastroju [afektywne]

F30 Epizod maniakalny

F30.0 Hipomania

F30.1 Mania bez objawów psychotycznych

F30.2 Mania z objawami psychotycznymi

F30.8 Inne epizody maniakalne

F30.9 Epizod maniakalny nieokreślony

F31 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

F31.0 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie r11; epizod hipomanii

F31.1 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie r11; epizod maniakalny bez objawów psychotycznych

F31.2 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie r11; epizod maniakalny z objawami psychotycznymi

F31.3 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie r11; epizod depresji o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu

F31.4 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie r11; epizod ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych

F31.5 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie r11; epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi

F31.6 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie r11; epizod mieszany

F31.7 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe, obecnie r11; remisja

F31.8 Inne zaburzenia afektywne dwubiegunowe

F31.9 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, nieokreślone

F32 Epizod depresyjny

- F32.0 Epizod depresji łagodny
- F32.1 Epizod depresji umiarkowany
- F32.2 Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych
- F32.3 Epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi
- F32.8 Inne epizody depresyjne
- F32.9 Epizod depresyjny, nieokreślony

F33 Zaburzenia depresyjne nawracające

- F33.0 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie r11; epizod depresyjny łagodny
- F33.1 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie r11; epizod depresyjny umiarkowany
- F33.2 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie r11; epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych
- F33.3 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie r11; ciężka depresja z objawami psychotycznymi
- F33.4 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie r11; stan remisji
- F33.8 Inne nawracające zaburzenia depresyjne
- F33.9 Nawracające zaburzenia depresyjne, nieokreślone

F34 Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)

- F34.0 Cyklotymia
- F34.1 Dystymia
- F34.8 Inne uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)
- F34.9 Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone

F38 Inne zaburzenia nastroju (afektywne)

- F38.0 Inne występujące pojedynczo zaburzenia nastroju (afektywne)
- F38.1 Inne nawracające zaburzenia nastroju (afektywne)
- F38.8 Inne określone zaburzenia nastroju (afektywne)

F39 Zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone

Diagnoza psychologiczna: Zaburzenia internalizacyjne/Lęk-depresja/Zaburzenia psychasteniczne/Anhedonia

Zaburzenia nastroju w klasyfikacji ICD-11 obejmują grupę zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i zaburzeń depresyjnych. Zaburzenia te są definiowane wg poszczególnych typów epizodów afektywnych oraz ich przebiegu w czasie. Główne typy epizodów afektywnych to epizod depresyjny, epizod maniakalny, epizod mieszany i epizod hipomaniakalny. Epizody afektywne nie są jednostkami diagnozowanymi niezależnie i dlatego nie mają własnych kodów diagnostycznych, stanowią podstawowe zespoły objawowe zaburzeń depresyjnych i afektywnych dwubiegunowych.

1. Zaburzenie afektywne dwubiegunowe

- 6A60 Zaburzenie dwubiegunowe typu I
- 6A61 Zaburzenie dwubiegunowe typu II
- 6A62 Cyklotymie

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Do rozpoznania zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I konieczne jest wystąpienie jednego lub więcej epizodów maniakalnych lub mieszanych. Epizod maniakalny to stan wzmożonego nastroju i napędu psychoruchowego, charakteryzujący się euforią, drażliwością lub ekspansywnością oraz zwiększoną aktywnością, lub subiektywnym doświadczeniem zwiększonej energii, trwający co najmniej jeden tydzień, chyba że zostanie skrócony przez interwencję farmakologiczną. Epizodowi towarzyszą inne charakterystyczne objawy, takie jak wielomówność, przyśpieszenie myślenia do gonitwy myśli, podwyższona samoocena, zmniejszona potrzeba snu, nadmierna rozpraszalność uwagi, impulsywne lub lekkomyślne zachowanie oraz szybkie zmiany pomiędzy różnymi stanami nastroju (tj. chwiejność nastroju). Epizod mieszany charakteryzuje się obecnością kilku wyraźnych objawów maniakalnych i kilku wyraźnych objawów depresyjnych, zgodnych z objawami obserwowanymi w epizodach maniakalnych i depresyjnych, które występują jednocześnie lub bardzo szybko naprzemiennie (z dnia na dzień lub w ciągu tego samego dnia). Objawy muszą obejmować zmieniony nastrój odpowiadający epizodowi maniakalnemu lub depresyjnemu (tj. nastrój depresyjny, dysforyczny, euforyczny lub ekspansywny) i występować przez większość dnia, prawie codziennie, przez okres co najmniej 2 tygodni, chyba że zostanie skrócony przez interwencję leczniczą. Chociaż diagnozę można postawić na podstawie wystąpienia pojedynczego epizodu maniakalnego lub mieszanego, zwykle epizody maniakalne lub mieszane występują na przemian z epizodami depresyjnymi.

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II charakteryzuje się wystąpieniem jednego lub więcej epizodów hipomaniakalnych i co najmniej jednego epizodu depresyjnego. Epizod hipomaniakalny charakteryzuje się podwyższeniem nastroju lub zwiększoną drażliwością, a także zwiększoną aktywnością lub subiektywnym odczuwaniem zwiększonej energii, któremu towarzyszą inne charakterystyczne objawy, takie jak zwiększona gadatliwość, przyśpieszenie myślenia do gonitwy myśli, podwyższona samoocena, zmniejszona potrzeba snu, rozpraszanie uwagi oraz impulsywne lub lekkomyślne zachowanie nieadekwatne do wieku i poziomu rozwoju, epizod ten trwa co najmniej kilka dni. Objawy różnią się od typowego dla danej osoby nastroju, poziomu energii i zachowania, ale nie są na tyle nasilone, aby spowodować istotne upośledzenie codziennego funkcjonowania. Epizod depresyjny charakteryzuje się okresem obniżonego lub (u dzieci) drażliwego nastroju lub zmniejszonego zainteresowania czynnościami występującymi przez większą część dnia, prawie codziennie przez okres co najmniej dwóch tygodni, którym towarzyszą inne objawy, takie jak zmiany apetytu lub snu, pobudzenie psychoruchowe lub spowolnienie, zmęczenie, poczucie bezwartościowości lub nadmiernej lub nieadekwatnej winy, beznadziejność, trudności z koncentracją uwagi i myśli samobójcze. W wywiadzie nie było epizodów maniakalnych lub mieszanych.

Tabela 10.1. Porównanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu I i typu II

Typ I	Typ II
6A60.0 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, aktualny epizod maniakalny, bez objawów psychotycznych	6A61.0 Zaburzenie dwubiegunowe typu II, obecny epizod hipomaniakalny
6A60.1 Zaburzenie dwubiegunowe typu I, aktualny epizod maniakalny, z objawami psychotycznymi	6A61.1 Zaburzenie dwubiegunowe typu II, aktualny epizod depresyjny, łagodne
6A60.2 Zaburzenie dwubiegunowe typu I, obecny epizod hipomaniakalny	6A61.2 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, aktualny epizod depresyjny, umiarkowane, bez objawów psychotycznych
6A60.3 Zaburzenie dwubiegunowe typu I, obecny epizod depresyjny, łagodny	6A61.3 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, aktualny epizod depresyjny, umiarkowane, z objawami psychotycznymi
6A60.4 Zaburzenie dwubiegunowe typu I, aktualny epizod depresyjny, umiarkowane, bez objawów psychotycznych	6A61.4 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, aktualny epizod depresyjny, ciężkie, bez objawów psychotycznych
6A60.5 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, aktualny epizod depresyjny, umiarkowane, z objawami psychotycznymi	6A61.5 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, aktualny epizod depresyjny, ciężkie, z objawami psychotycznymi
6A60.6 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, aktualny epizod depresyjny, ciężki, bez objawów psychotycznych	6A61.6 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, aktualny epizod depresyjny, nasilenie nieokreślone
6A60.7 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, aktualny epizod depresyjny, ciężki, z objawami psychotycznymi	6A61.7 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, obecnie w częściowej remisji, ostatni epizod hipomaniakalny
6A60.8 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, obecny epizod depresyjny, o nieokreślonym stopniu nasilenia	6A61.8 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, obecnie w częściowej remisji, ostatni epizod depresyjny
6A60.9 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, aktualny epizod mieszany, bez objawów psychotycznych	6A61.9 Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II, obecnie w częściowej remisji, ostatni epizod nieokreślony
6A60.A Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, obecny epizod mieszany, z objawami psychotycznymi	6A61.A Choroba afektywna dwubiegunowa typu II, obecnie w pełnej remisji
6A60.B Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, obecnie w częściowej remisji, ostatni epizod maniakalny lub hipomaniakalny	
6A60.C Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, obecnie w częściowej remisji, ostatni epizod depresyjny	
6A60.D Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, obecnie w częściowej remisji, ostatni epizod mieszany	
6A60.E Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I, obecnie w częściowej remisji, ostatni epizod nieokreślony	
6A60.F Choroba afektywna dwubiegunowa typu I, obecnie w pełnej remisji	

Do scharakteryzowania towarzyszących epizodom afektywnym objawów można użyć dodatkowych znaczników – z wyraźnymi objawami lękowymi (6A80.0), z atakami paniki (6A80.1), aktualnie epizod depresyjny przewlekły (2 lata) (6A80.2), aktualny epizod depresyjny z melancholią (6A80.3), ze wzorem sezonowym (6A80.4) z szybką zmianą faz (6A80.5).

6A62 Cyklotymia

Utrzymujące się przewlekłe zaburzenia nastroju (tj. 2 lata lub dłużej) charakteryzujące się licznymi okresami hipomanii i depresji. (U dzieci i młodzieży przygnębienie może objawiać się wszechobecną drażliwością.) Okresy hipomaniakalne mogą, ale nie muszą być wystarczająco nasilone, aby spełnić wymagania diagnostyczne dla epizodu hipomaniakalnego. Objawy obniżonego nastroju są obecne przez większość dni, choć mogą również występować krótkie okresy bezobjawowe. W ciągu pierwszych 2 lat zaburzenia nie było okresu 2 tygodni,

w którym liczba i czas trwania objawów byłyby wystarczające do spełnienia wymagań diagnostycznych dla epizodu depresyjnego.

Etiologia

Podobnie jak w przypadku zaburzeń psychotycznych przyjmuje się, że etiologia jest złożona i wieloczynnikowa, zwraca się uwagę na możliwe wspólne z zaburzeniami psychotycznymi tło genetyczne.

Epidemiologia

Rozpowszechnienie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego szacuje się na 2,1% u dorosłych, a u dzieci spektrum zaburzenia afektywnego dwubiegunowego na 1,8%, ok. 30–60% dorosłych z CHAD relacjonuje występowanie epizodów afektywnych przed 20 r.ż.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

W przypadku podejrzenia przez psychologa zaburzeń afektywnych dwubiegunowych dziecko/adolescent należy skierować na pilną konsultację psychiatryczną. Tryb skierowania – „pilność” zależna od oceny stanu klinicznego, wywiadu. Należy przedstawić opiekunowi oraz dziecku/adolescentowi (jeżeli jego stan to umożliwi) w przystępny sposób informacje (przeprowadzenie psychoedukacji) w zakresie stwierdzonych objawów, okoliczności, trybu i celu skierowania na pilną konsultację psychiatryczną (m.in. że celem konsultacji jest ocena wskazań do hospitalizacji), obowiązujących przepisów – dotyczących zgody na konsultację, hospitalizację, leczenie. Jeżeli w wywiadzie, ocenie klinicznej obecne są pojedyncze objawy psychotyczne (np. izolowane urojenia) o niewielkim nasileniu, niedezorganizujące codziennej aktywności, niebędące źródłem dyskomfortu, nie stwierdza się również wysokiego ryzyka samobójczego, należy skierować dziecko/adolescenta na konsultację psychiatryczną do PZP w trybie planowym (zaleca się omówienie trybu/pilności skierowania podczas konsylium).

Standard 2

W sytuacji niemożności wykonania pilnej konsultacji w PZP ośrodka II poziomu referencyjnego, uzasadniającymi wezwaniem ZRM (Zespół Ratownictwa Medycznego) i pilne skierowanie na konsultację na SOR/Izbie Przyjęć mogą być – dane z wywiadu oraz stwierdzony podczas wizyty/konsultacji stan kliniczny (np. wystąpienie nasilonych objawów psychotycznych, występowania objawów zaburzeń świadomości, dezorganizacji myślenia, dezorganizacji zachowania, lęku, pobudzenia psychoruchowego, agresji, autoagresji, a także wysokiego ryzyka samobójczego). Wskazane przekazanie ZRM notatki opisującej zastany stan kliniczny, uzyskany wywiad.

Standard 3

Farmakoterapia zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (ZAD) powinna być prowadzona zgodnie ze standardami opierającymi się na aktualnej wiedzy medycznej (EBM).

Rekomendacja 1

W aktualnych standardach lekami pierwszego wyboru są neuroleptyki (NLP) o potencjale stabilizującym nastrój. Wybór leku dokonuje się m.in. na podstawie profilu dominujących objawów psychopatologicznych, potencjalnych działań

niepożądanych. Przed rozpoczęciem farmakoterapii oraz okresowo w trakcie jej prowadzenia konieczne jest monitorowanie parametrów stanu somatycznego (tj. podstawowe badania biochemiczne – o profilu zależnym od stosowanej farmakoterapii, EKG z oceną QTC, masa ciała, otyłość brzuszna). W procesie diagnozy różnicowej pierwszego epizodu zaleca się poszerzenie diagnostyki o konsultację neurologiczną, badania neuroobrazowe oraz konsultację kardiologiczną.

Rekomendacja 2

W przypadku lekooporności należy rozważyć weryfikację hipotezy diagnostycznej, ocenę poziomu współpracy pacjenta/rodziny w zakresie farmakoterapii, ocenę profilu działań niepożądanych. W dalszej kolejności należy rozważyć możliwości modyfikacji, potencjalizacji farmakoterapii, w tym rozważyć farmakoterapię lekami w formie depot, farmakoterapię klozapiną, terapię EW (elektrowstrząsami), leczenie w oddziale dziennym lub całodobowym.

Rekomendacja 3

Czas leczenia podtrzymującego w okresie remisji powinien uwzględniać aktualne standardy EBM, a także być zależny od jakości sojuszu terapeutycznego, wglądu chorobowego oraz naturalnego przebiegu zaburzenia.

Rekomendacja 4

W przypadku planowego zakończenia farmakoterapii należy zapewnić dostęp do rekonsultacji psychiatrycznych przez okres 6–24 miesięcy (w zależności od dotychczasowego przebiegu zaburzenia – pierwszy czy kolejny epizod, weryfikacja diagnozy itp.).

Rekomendacja 5

Wybór trybu leczenia, tj. ambulatoryjny/stacjonarny, winien zależeć od aktualnego obrazu klinicznego, w tym nasilenia i charakteru objawów psychopatologicznych. W przypadku braku bezwzględnych wskazań do hospitalizacji należy rozważyć dostępność alternatywnych i adekwatnych form leczenia ambulatoryjnego. Hospitalizacja w oddziale dziennym może być rozważona jako alternatywa hospitalizacji całodobowej (przy akceptowanym ryzyku suicydalnym).

Standard 4

Wizyty/konsultacje lekarskie powinny zawierać również interwencje o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia).

Standard 5

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać

kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 6

W zależności od stanu klinicznego (nasilenia i specyfiki objawów) zaleca się zaplanowanie diagnostyki psychologicznej – w zależności od celu diagnozy (np. zaplanowanie adekwatnego wsparcia edukacyjnego, monitorowanie deficytów) i specyfiki podmiotu udzielającego świadczeń, za pomocą właściwych narzędzi psychologicznych można dokonać oceny globalnego funkcjonowania intelektualnego i zachowań adaptacyjnych lub pogłębionej diagnozy funkcjonowania w poszczególnych sferach.

Rekomendacja 1

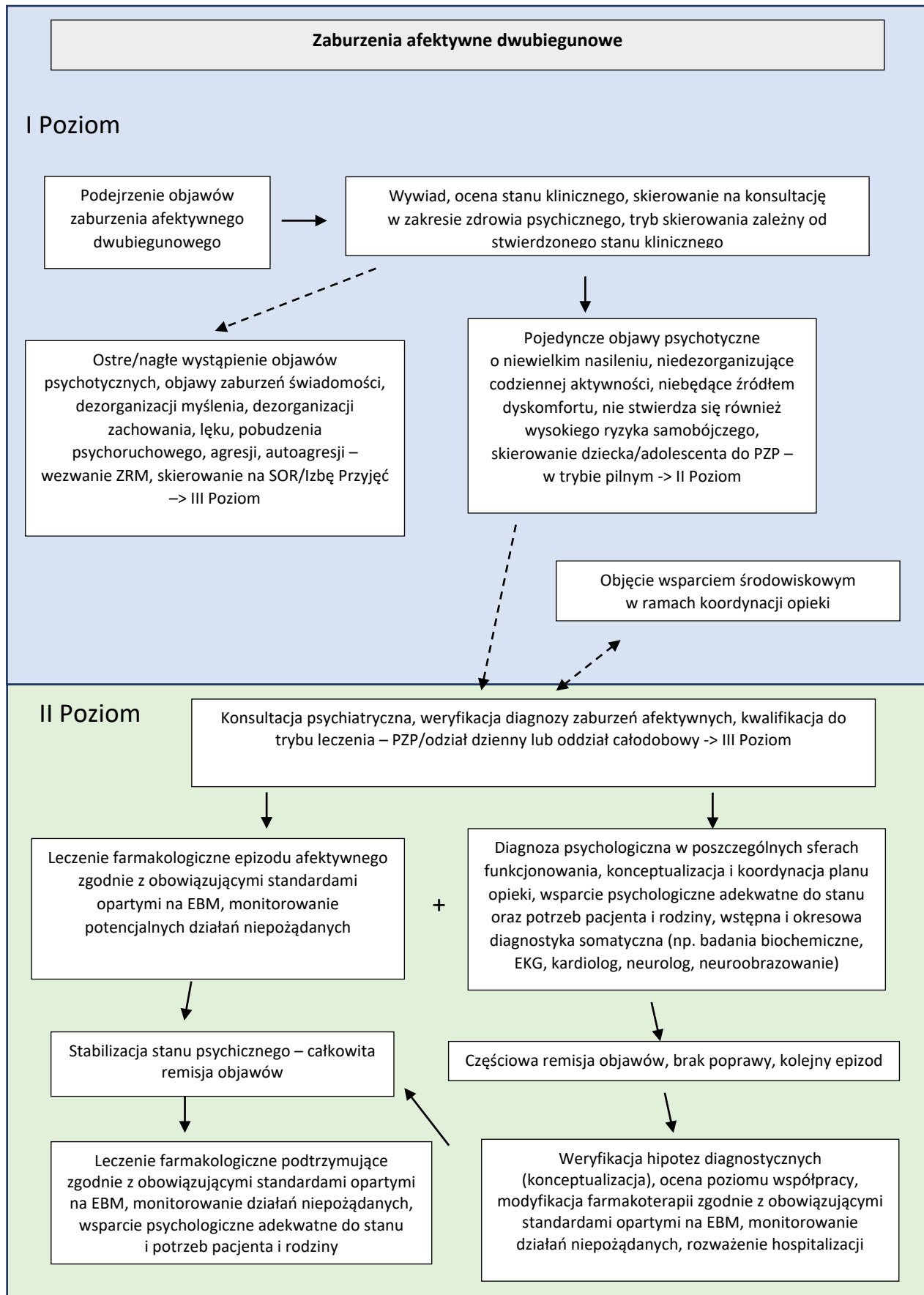
W przypadku trudności w podjęciu ról rozwojowych, zwłaszcza w obszarze funkcjonowania rówieśniczego, szkolnego, planowane interwencje powinny uwzględniać indywidualną lub grupową pomoc psychologiczną (np. warsztaty, treningi), lub psychoterapię indywidualną lub grupową, lub wsparcie psychospołeczne, w zależności od wieku dziecka/adolescenta, stopnia dysfunkcji i charakteru zgłaszanego problemu.

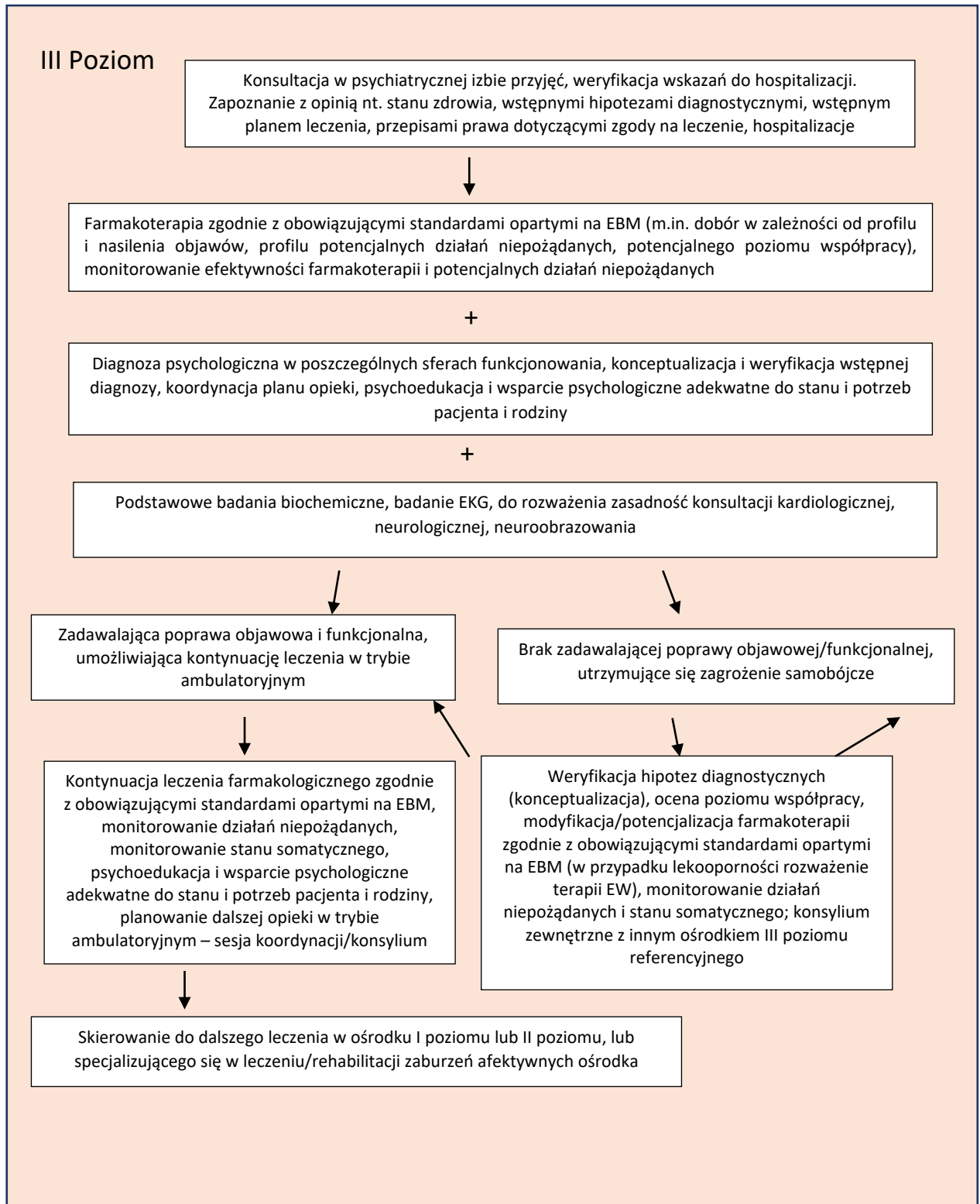
Standard 7

Oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być prowadzone w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniające zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.





2. Zaburzenia depresyjne

- Epizod depresyjny (jednorazowy/pierwszy – 6A70 wg ICD-11; F32 wg ICD-10),
- Nawracające zaburzenia depresyjne (6A71 wg ICD-11; F33 wg ICD-10)
- Dystymia (6A72 wg ICD-11; F34 wg ICD-10)
- Mieszane zaburzenie depresyjne i lękowe (6A73 wg ICD-11; F41.2 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem charakteryzuje się wystąpieniem jednego/izolowanego epizodu depresyjnego. Na epizod depresyjny składają się typowe objawy – obniżenie nastroju lub utrata zainteresowań, objawy występujące przez większość dnia, prawie codziennie przez okres co najmniej dwóch tygodni, mogą im towarzyszyć inne objawy, takie jak trudności w koncentracji uwagi, poczucie bezwartościowości lub nadmierne lub niewłaściwe poczucie winy, beznadziejność, nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, zmiany apetytu lub snu, pobudzenie psychoruchowe lub spowolnienie oraz zmniejszona energia, zmęczenie. Nigdy wcześniej nie występowały epizody maniakalne, hipomaniakalne lub mieszane, które wskazywałyby na obecność choroby afektywnej dwubiegunowej.

Tabela 10.2. Porównanie epizodu depresyjnego z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi

Epizod depresyjny	Zaburzenia depresyjne nawracające
6A70.0 Epizod depresyjny łagodny	6A71.0 Nawracające zaburzenie depresyjne, obecny łagodny epizod
6A70.1 Epizod depresyjny, umiarkowany, bez objawów psychotycznych	6A71.1 Zaburzenie depresyjne nawracające, aktualny epizod umiarkowany, bez objawów psychotycznych
6A70.2 Epizod depresyjny, umiarkowany, z objawami psychotycznymi	6A71.2 Zaburzenie depresyjne nawracające, aktualny epizod umiarkowany, z objawami psychotycznymi
6A70.3 Epizod depresyjny, ciężki, bez objawów psychotycznych	6A71.3 Zaburzenie depresyjne nawracające, aktualny epizod ciężki, bez objawów psychotycznych
6A70.4 Epizod depresyjny ciężki, z objawami psychotycznymi	6A71.4 Zaburzenie depresyjne nawracające, aktualny epizod ciężki, z objawami psychotycznymi
6A70.5 Epizod depresyjny o nieokreślonym stopniu nasilenia	6A71.5 Nawracające zaburzenie depresyjne, aktualny epizod, nieokreślony stopień nasilenia
6A70. Epizod depresyjny, obecnie w częściowej remisji	6A71.6 Nawracające zaburzenie depresyjne, obecnie w częściowej remisji
6A70.7 Epizod depresyjny, obecnie w pełnej remisji	6A71.7 Nawracające zaburzenie depresyjne, obecnie w pełnej remisji

Aby scharakteryzować towarzyszące epizodom afektywnym objawy można użyć dodatkowych znaczników – z wyraźnymi objawami lękowymi (6A80.0), z atakami paniki (6A80.1), aktualnie epizod depresyjny przewlekły (2 lata) (6A80.2), aktualny epizod depresyjny z melancholią (6A80.3), ze wzorem sezonowym (6A80.4), z szybką zmianą faz (6A80.5).

Dystymia charakteryzuje się uporczywie utrzymującym się nastrojem depresyjnym (tj. trwającym 2 lata lub dłużej) przez większą część dnia. U dzieci i młodzieży obniżony nastrój może objawiać się wszechobecną drażliwością. Obniżonemu nastrojowi towarzyszą dodatkowe objawy, takie jak wyraźna utrata zainteresowań, utrata umiejętności doświadczania przyjemności z aktywności, zaburzenia uwagi, niezdecydowanie, niska

samoocena lub nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy, beznadziejności, zaburzenia snu – zwiększone lub zmniejszone zapotrzebowanie na sen, zwiększony lub zmniejszony apetyt lub poczucie braku energii, poczucie zmęczenia. W ciągu pierwszych 2 lat zaburzenia nigdy nie było okresu 2 tygodni, w którym liczba i czas trwania objawów byłyby wystarczające do spełnienia wymagań diagnostycznych dla epizodu depresyjnego.

Mieszane zaburzenia depresyjno-lękowe cechuje obecność zarówno objawów depresyjnych, jak i lękowych przez większość czasu w okresie 2 tygodni lub dłużej. Oprócz objawów epizodu depresyjnego występują objawy lękowe, które mogą obejmować uczucie zdenerwowania, niepokoju lub podenerwowania, niemożność kontrolowania niepokojących myśli, strach, że stanie się coś okropnego, problemy z rozluźnieniem, wzmożone napięcie mięśniowe lub objawy ze strony układu współczulnego.

Epidemiologia

Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w populacji pediatrycznej jest szacowane w zależności od badań od 1,3% do 8%, a częstość występowania rośnie z wiekiem, osiągając najwyższe wartości w okresie dorastania.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z rozpoznaniem objawów zaburzeń depresyjnych – epizodu depresyjnego łagodnego (pierwszorazowego), mieszanych zaburzeń depresyjno-lękowych, dystymii powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 2

W przypadku wszystkich dzieci/adolescentów z rozpoznaniem objawów zaburzeń depresyjnych – epizodu depresyjnego łagodnego (pierwszorazowego), mieszanych zaburzeń depresyjno-lękowych, dystymii – jako postępowanie pierwszego wyboru należy zastosować: (a) ocenę potencjalnych czynników ryzyka (*screening*), (b) uważne wyczekiwanie i obserwację (*watchful waiting*), (c) wsparcie i interwencje psychospołeczne, w tym wsparcie informacyjne dla dziecka/adolescenta, jego rodziców/opiekunów, środowiska szkolnego oraz interwencje środowiskowe, w zależności od rozpoznanych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących.

Standard 3

W razie braku skuteczności interwencji psychospołecznych i środowiskowych (cykl 10–12 spotkań) lub nasilenia się objawów zespołu depresyjnego, lub rozpoznania umiarkowanego albo ciężkiego epizodu depresji, niezbędne jest przeprowadzenie pogłębionej oceny problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębionej diagnozy psychologicznej problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania). Postępowaniem z wyboru jest psychoterapia (indywidualna lub grupowa) prowadzona w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowana do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniająca zaangażowanie rodziny lub opiekunów. Podczas stosowania psychoterapii należy zwrócić szczególną uwagę na: (a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia, (c) aktywne angażowanie rodziny/opiekunów w planowanie i prowadzenie leczenia.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

W przypadku trudności w podjęciu ról rozwojowych, zwłaszcza w obszarze funkcjonowania rówieśniczego, szkolnego, planowane interwencje powinny uwzględniać indywidualną lub grupową pomoc psychologiczną (np. warsztaty, treningi) lub wsparcie psychospołeczne, w zależności od wieku dziecka/adolescenta, stopnia dysfunkcji i charakteru zgłaszanego problemu, lub współpracę z systemem edukacji/skorzystanie z oferty dostępnej w ramach systemu edukacji.

Standard 4

Po przeprowadzeniu oceny w przypadku dziecka/adolescenta z rozpoznaniem umiarkowanego lub ciężkiego epizodu depresji konieczne jest skierowanie dziecka/adolescenta na konsultację psychiatryczną w trybie planowym (zaleca się omówienie trybu/pilności skierowania podczas konsylium; tryb skierowania – ‘pilność’ zależna od oceny stopnia ryzyka suicydalnego). W przypadku wysokiego ryzyka suicydalnego, nasilonych i dezorganizujących aktywność objawów psychotycznych, nasilonych, intensywnych zachowań autagresywnych – konieczna może być interwencja ZRM (Zespołu Ratownictwa Medycznego) i skierowanie dziecka/adolescenta na SOR (Szpitalny Oddział Ratunkowy/Izbę Przyjęć – zalecane jest przekazanie personelowi ZRM notatki opisującej zastany stan kliniczny, uzyskane dane z wywiadu. Należy przedstawić rodzicowi/opiekunowi oraz dziecku/adolescentowi (jeżeli jego stan to umożliwia) w przystępny sposób informacje w zakresie stwierdzonych objawów, okoliczności, trybu i celu skierowania na pilną konsultację psychiatryczną (m.in. że celem konsultacji jest ocena wskazań do hospitalizacji), obowiązujących przepisów – dotyczących zgody na konsultację, hospitalizację i leczenie.

Standard 5

Farmakoterapia zaburzeń depresyjnych powinna być prowadzona zgodnie ze standardami opierającymi się na aktualnej wiedzy medycznej.

Rekomendacja 1

W przypadku niewystępowania objawów psychotycznych oraz nasilonych zachowań i ruminacji autoagresywnych farmakoterapię należy rozpocząć od wskazanego przez standardy leku z grupy SSRI. Należy poinformować opiekuna o potencjalnych działaniach niepożądanych związanych z farmakoterapią oraz możliwych strategiach działania w przypadku wystąpienia niepokojących zachowań objawów (pilna konsultacja medyczna/ZRM) i fakt ten odnotować w historii choroby.

Rekomendacja 2

W trakcie farmakoterapii lekiem p/depresyjnym podczas kolejnych wizyt zaleca się ocenę objawów afektywnych pod kątem ryzyka konwersji fazy afektywnej (epizod mieszany, hipomaniakalny, maniakalny), nasilenia autoagresywnych impulsów.

Rekomendacja 3

W przypadku farmakoterapii zalecane jest, a w przypadku farmakoterapii skojarzonej, w tym np. z NLP, wymagane jest, aby okresowo monitorować parametry stanu somatycznego (tj. podstawowe badania biochemiczne – o profilu zależnym od stosowanej farmakoterapii, EKG z oceną QTC, masa ciała). W procesie diagnozy różnicowej pierwszego epizodu zaleca się w razie potrzeby poszerzenie diagnostyki o konsultację neurologiczną, neuroobrazowanie.

Rekomendacja 4

Wizyty/konsultacje lekarskie powinny zawierać również interwencje o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia).

Rekomendacja 5

W przypadku lekooporności należy rozważyć weryfikację hipotezy diagnostycznej, ocenę poziomu współpracy pacjenta/rodziny w zakresie farmakoterapii, ocenę profilu działań niepożądanych. W dalszej kolejności należy rozważyć możliwości modyfikacji, potencjalizacji farmakoterapii, leczenie w oddziale dziennym lub całodobowym, terapię EW (elektrowstrząsami).

Rekomendacja 6

Czas leczenia podtrzymującego w okresie remisji powinien uwzględniać aktualne standardy oparte na EBM, warunkowane m.in. naturalnym przebiegiem zaburzenia afektywnego.

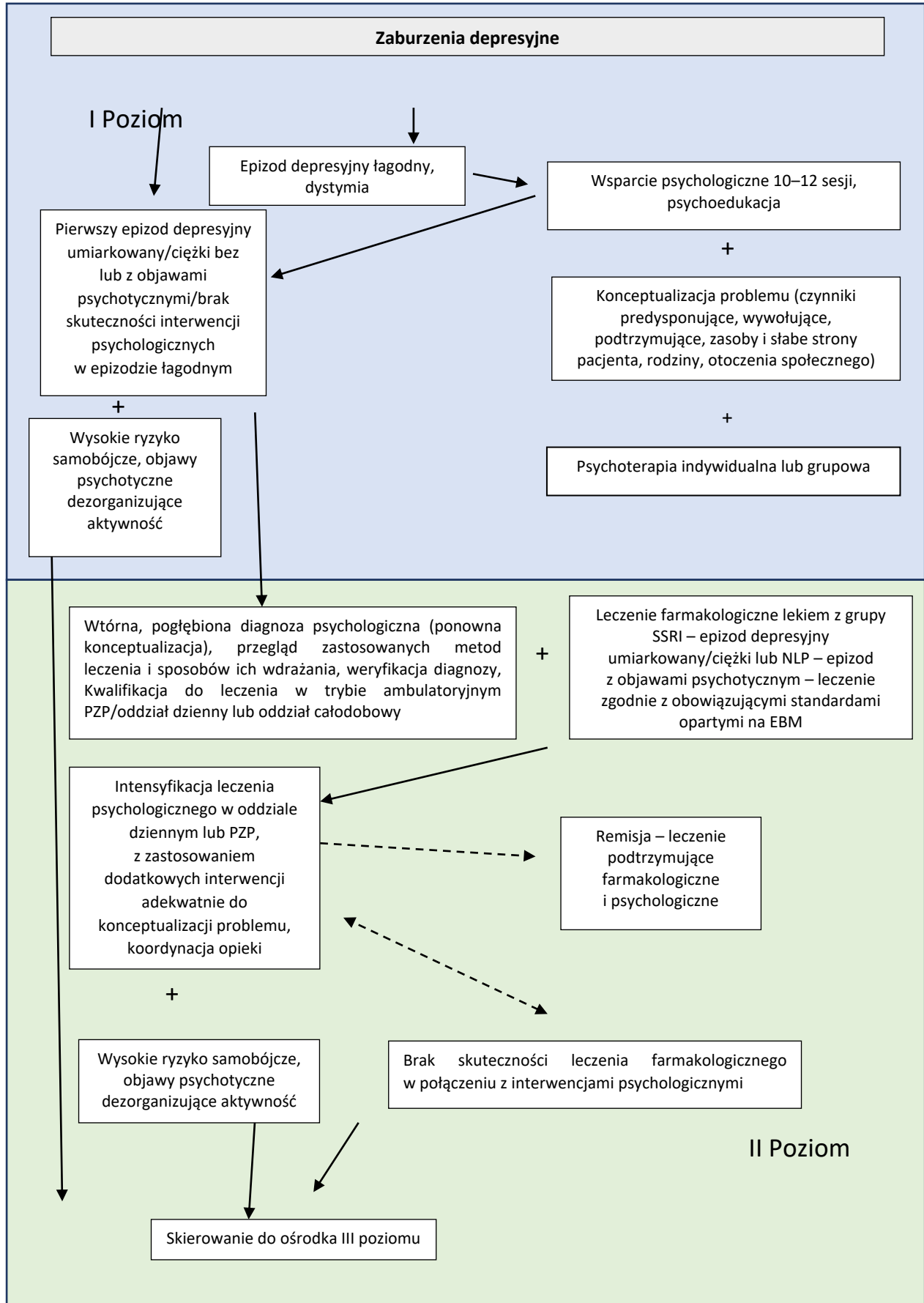
Rekomendacja 7

W przypadku planowego zakończenia farmakoterapii, w zależności od przyjętego programu terapeutycznego kontynuowane powinny być interwencje psychologiczne.

Standard 6

Wybór trybu leczenia, tj. ambulatoryjny/stacjonarny, winien zależeć od aktualnego obrazu klinicznego, w tym nasilenia i charakteru objawów psychopatologicznych, ryzyka zachowań

autoagresywnych, w tym ryzyka suicydalnego. W przypadku braku bezwzględnych wskazań do hospitalizacji całodobowej należy rozważyć dostępność alternatywnych i adekwatnych form leczenia ambulatoryjnego. Hospitalizacja w oddziale dziennym może być rozważona jako alternatywa hospitalizacji całodobowej (przy akceptowanym ryzyku suicydalnym).



III Poziom

Epizod depresyjny z objawami psychotycznymi dezorganizującymi aktywność, ryzyko samobójstwa, współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych



Hospitalizacja w oddziale całodobowym



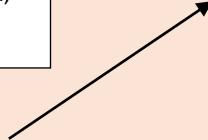
Weryfikacja diagnozy, diagnoza psychologiczna, modyfikacja/potencjalizacja farmakoterapii zgodnie z obowiązującymi standardami opartymi na EBM, interwencje psychologiczne, psychoedukacja



Poprawa objawowa i funkcjonalna, redukcja ryzyka suicydalnego -> planowanie wypisu, koordynacja/konsylium z personelem II poziomu, skierowanie do oddziału



Brak satysfakcjonującej poprawy – ponowna weryfikacja diagnozy, modyfikacja/potencjalizacja farmakoterapii zgodnie z obowiązującymi standardami opartymi na EBM, kontynuacja interwencji psychologicznych, psychoedukacji



SEKCJA 11

Zaburzenia lękowe

Kategoria ta, wprowadzona do ICD-11 obejmuje następujące jednostki (w ICD-10 poszczególne jednostki znajdowały się w różnych kategoriach diagnostycznych):

1. Zaburzenia lękowe lub związane z lękiem, w tym zaburzenie lękowe uogólnione ICD-11 (6B00), ICD-10 (F93.80)
2. Zaburzenie paniczne ICD-11 (6B01), ICD-10 (F41)
3. Agorafobia ICD-11 (6B02), ICD-10 (F40.01)
4. Fobia swoista ICD-11 (6B03), ICD-10 (F40)
5. Zaburzenie związane z lękiem społecznym ICD-11 (6B03), ICD-10 (F40)
6. Zaburzenie związane z lękiem separacyjnym ICD-11 (6B05), ICD-10 (F93.0)
7. Mutyzm wybiórczy ICD-11 (6B06), ICD-10 (F94.0)

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: Zaburzenia internalizacyjne/Lęk–depresja/Zahamowanie społeczne

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Klinicznie istotne objawy muszą być odróżnione od codziennych zmartwień czy obaw, które są normatywne dla każdego człowieka i mogą ulegać natężeniu w zależności od faz rozwojowych, ale również okoliczności życiowych. Taki lęk ma funkcję adaptacyjną i motywacyjną do lepszego radzenia sobie z wyzwaniami. Lęk o umiarkowanym natężeniu obserwujemy jako element rozwoju w poszczególnych fazach rozwojowych:

- a. Lęk separacyjny do 3 r.ż.,
- b. Potwory i nadprzyrodzone istoty w okresie przedszkolnym,
- c. Lęk o stan zdrowia, lęk przed katastrofami naturalnymi, łagodne fobie specyficzne w okresie szkolnym,
- d. Lęk społeczny i egzystencjalny w okresie adolescencji.

O zaburzeniach lękowych możemy mówić, gdy objawy osiągają istotny klinicznie poziom, co jest zdefiniowane w DSM-5 jako „zespół charakteryzujący się klinicznie istotnymi zaburzeniami w indywidualnym funkcjonowaniu poznawczym, regulacji emocji lub zachowaniu, które odzwierciedlają dysfunkcję w psychologiczno-biologicznym lub rozwojowym procesie leżącym u podstaw funkcjonowania psychicznego”.

O lęku istotnym klinicznie mówimy, gdy:

- a. jest nasilony nieproporcjonalnie do okoliczności,
- b. jest wywoływany neutralnymi, niestwarzającymi niebezpieczeństwa bodźcami,
- c. trwa nieproporcjonalnie długo w stosunku do wywołującego go bodźca,
- d. wywoływany jest przez zadania czy czynności nieprzekraczające umiejętności, które powinno posiadać dziecko w danym wieku,
- e. towarzyszą mu nasilone objawy somatyczne (m.in. przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie, przyspieszony oddech, uczucie duszności, zawroty głowy).

1. Uogólnione zaburzenia lękowe: ICD-11 (6B00), ICD-10 (F93.80)

Rozpoznanie

Cechami głównymi uogólnionych zaburzeń lękowych jest stałość natężania lęku niezależna od okoliczności zewnętrznych, tzw. lęk wolnoptynący. Aby postawić rozpoznanie, należy zidentyfikować obecność: (1) nadmiarowego zamartwiania się różnymi aspektami życia codziennego dotyczącymi szkoły, rodziny, zdrowia itp., (2) towarzyszące mu rozdrażnienie, nerwowość, wzmożone napięcie mięśniowe, problemy ze snem lub bezsenność, problemy z koncentracją uwagi. Objawy muszą być obecne przez większość dni i utrzymywać się kilka miesięcy. Nie da się ich wyjaśnić lepiej poprzez inne zaburzenia, takie jak depresja czy stany ogólnoustrojowe, np. nadczynność tarczycy, użycie/używanie substancji psychoaktywnych.

Obraz kliniczny

Dziecko/adolescent z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi może mieć trudność z precyzyjnym dookreśleniem źródła lęku czy obaw. Często odczucie lęku jest określane jako „rozlane” poczucie, że w niedalekiej przyszłości może wydarzyć się coś złego, jednak bez możliwości konkretnego dookreślenia, czego dotyczy poczucie zagrożenia. Charakterystyczne jest poczucie braku kontroli i wpływu na lęk, niemożność samouspokojenia, czasem towarzyszy temu poczucie pustki. Ważnym objawem w obrazie klinicznym są skargi i objawy somatyczne związane z np. ciągłym poczuciem zmęczenia, znużenia, apatii. Dziecko/adolescent może być postrzegane jako „leniwe” lub odwrotnie reagować nadmierną pobudliwością i rozdrażnieniem. Sam lęk i związane z nim objawy powodują istotne kliniczne cierpienie oraz upośledzenie w funkcjonowaniu społecznym, a także prowadzą do rezygnacji z przynoszących wcześniej satysfakcję czynności czy aktywności.

2. Zaburzenie paniczne ICD-11 (6B01), ICD-10 (F41)

Rozpoznanie

Zaburzenie polega na nawracających, niespodziewanych napadach paniki, które charakteryzują się nagłym, silnym wzrostem strachu lub poczucia ogólnego dyskomfortu i osiągają swoje apogeum zwykle w kilka minut. Napad lęku może nie mieć konkretnej przyczyny czy bodźca, który go wywołał. W DSM-5 podano, że charakterystyczne jest nagłe wystąpienie m.in. czterech z objawów, takich jak: kołatanie serca, pocenie się, drżenie rąk, spłycenie oddechu/duszność, wrażenie dławienia się, nudności/bóle brzucha, zawroty głowy/przekonanie o zbliżającym się omdleniu, derealizacja/depersonalizacja, obawa przed utratą kontroli nad sobą czy poczucie, że się umiera. Aby postawić rozpoznanie tego zaburzenia, objawy lękowe muszą utrzymywać się co najmniej miesiąc. Osoby doświadczające ataków paniki są często bardzo zdeterminowane, by poszukiwać zewnętrznych przyczyn indukujących wystąpienie ataku, co prowadzi do ograniczenia różnego rodzaju aktywności. Gdy poza lękiem przed atakiem paniki dodatkowo dziecko/adolescent obawia się, że napad lęku nastąpi w przestrzeni publicznej, co prowadzi do opuszczenia szkoły, odmowy wykonywania codziennych czynności wymagających zaangażowania społecznego czy np. podróży komunikacją, rozpoznajemy zaburzenie paniczne z agorafobią.

Obraz kliniczny

Dziecko/adolescent z atakami paniki szybko orientuje się, że istnieje duże prawdopodobieństwo nawrotu ataku paniki, co powoduje bezustanne zamartwianie się i stale wzmożone napięcie. Pacjenci cierpiący na to zaburzenie często za wszelką cenę próbują unikać okoliczności, w których doświadczyli napadu paniki. Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń, również tutaj spotykamy mechanizm stopniowego unikania i wycofywania się z różnych obszarów życia. Zdarza się, że nastolatki próbują leczyć zaburzenie poprzez nadużywanie alkoholu, marihuany lub innych substancji psychoaktywnych.

3. Agorafobia ICD-11 (6B02), ICD-10 (F40.01)**Rozpoznanie**

Lęk związany z przebywaniem w sytuacjach, z których ucieczka lub dostęp do pomocy jest utrudniony, takich jak np. przebywanie w tłumie, w supermarkecie. W przypadku dzieci/adolescentów lęk może wyrażać się także odmową chodzenia do szkoły. Wg klasyfikacji DSM-5 występowanie objawów musi utrzymywać się w postaci utrwalonego lęku przez min. 6 miesięcy.

Obraz kliniczny

Dziecko/nastolatek może odmawiać chodzenia do szkoły, wykonywania obowiązków w postaci robienia zakupów czy samodzielnego poruszania się komunikacją miejską. Zazwyczaj lęk dotyczy braku kontroli nad tym, co może się wydarzyć w razie wystąpienia napadu lęku w miejscu publicznym (omdlenie, utrata kontroli nad sobą/ciałem itp.). Dzieci/adolescenci mogą próbować radzić sobie poprzez wymaganie, by w różnych czynnościach, które wcześniej były przez nie wykonywane samodzielnie, towarzyszyła im osoba bliska dająca poczucie bezpieczeństwa.

4. Fobia swoista ICD-11 (6B03), ICD-10 (F40)**Rozpoznanie i objawy kliniczne**

O fobii specyficznej możemy mówić, gdy pojawiający się lęk o różnym natężeniu ma związek z obecnością (fizyczną lub wyobrażoną) określonych obiektów. Objawy istotne klinicznie będą powodowały subiektywne cierpienie oraz motywowały osobę chorą do próby kontroli lęku poprzez unikanie bodźców wywołujących lęk. Wg klasyfikacji DSM-5 objawy muszą utrzymywać się ok. 6 miesięcy. Ponadto należy wykluczyć, że fobia swoista nie jest lękiem normatywnie występującym w niektórych okresach rozwojowych. Znanych jest wiele źródeł obiektów i sytuacji wzbudzających lęk, takich jak krew, zamknięte przestrzenie, sytuacje społeczne, niektóre zwierzęta, lęk przed wysokością. Symptomy zaburzenia powodują znaczny stres związany z doświadczaniem obecności obiektu lub wyobrażenia stanowiącego źródło lęku, co z kolei prowadzi do znacznego upośledzenia w osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarach funkcjonowania. Mniejsze dzieci często okazują lęk paradoksalnie poprzez wpadanie w złość czy napady płaczu. Mogą również na widok obiektu, który stanowi źródło lęku, przywierać do opiekuna. Mogą wymagać sprawdzania i zapewniania o nieobecności obiektu swojego lęku. Fobie swoiste mają tendencje do współwystępowania z innymi zaburzeniami psychicznymi oraz do zmiennego przebiegu, szczególnie w okresie między 7 a 10 r.ż.

5. Zaburzenie związane z lękiem społecznym ICD-11 (6B03), ICD-10 (F40)

Rozpoznanie i obraz kliniczny

Diagnoza zaburzenia lęku społecznego, zwanego też fobią społeczną, wymaga doświadczenia przez pacjenta lęku lub niepokoju bezpośrednio związanego z uczestnictwem w sytuacjach społecznych, takich jak: przebywanie w szkole, odpowiadanie na forum klasy, podróż z obcymi ludźmi. Powodem lęku jest wyobrażenie o byciu ocenianym przez innych, również przez rówieśników, co prowadzi do zawstydzenia i lęku przed odrzuceniem. W przypadku dzieci czy młodzieży jest ważne, aby objawy wystąpiły również wobec rówieśników, ale należy odróżnić je od normatywnego rozwojowo lęku przed kompromitacją wobec rówieśników. Dzieci czy nastolatki z lękiem społecznym mają podwyższone ryzyko rozwoju osobowości w kierunku osobowości unikającej. Do postawienia rozpoznania konieczne jest, aby czas trwania objawów wynosił min. 6 miesięcy. Subiektywne poczucie towarzyszącego cierpienia pojawiające się najczęściej w okresie adolescencji mocno motywuje osobę posiadającą objawy do unikania tego, co identyfikuje jako źródło lęku, czyli sytuacji społecznych. Nastolatkowie z fobią społeczną mogą prezentować postawę obronną i wydawać się opryskliwi lub nieprzyjemni w kontaktach społecznych. Może występować trudność w utrzymaniu kontaktu wzrokowego, nadwrażliwość na uwagi na swój temat, zarówno te wyrażone, jak i te wyobrażone.

6. Zaburzenie związane z lękiem separacyjnym ICD-11 (6B05), ICD-10 (F93.0)

Rozpoznanie

Występowanie lęku i obaw przed rozłąką z głównym opiekunem jest normatywne dla dzieci do 3 r.ż. Na dalszym etapie rozwojowym lęk ten powinien maleć, by całkowicie zniknąć ok. 5 r.ż. Jego utrzymywanie się przy jednoczesnym stwierdzeniu braku realnego zagrożenia związanego ze zniknięciem rodzica/opiekuna lub zagrożeniem dla jego zdrowia lub życia rozumiemy jako objaw psychopatologii. Lęk zwykle skupia się wokół głównej figury przywiązania, w okresie adolescencji może obejmować również obiekt romantycznych uczuć. Objawy są zależne od poziomu rozwoju. Wg klasyfikacji ICD-11 obserwujemy: (1) występowanie uporczywych myśli i natrętnych fantazji o zdarzeniu, które może doprowadzić do separacji, (2) odmowę wyjścia do szkoły, (3) w przypadku oddzielenia od opiekuna występujące cierpienie (możliwe napady złości, agresji, płaczu), (4) nawracające koszmary, (5) fizyczne objawy, takie jak nudności, wymioty, ból brzucha, ból głowy, w sytuacjach, które wiążą się z oddzieleniem od postaci przywiązania, np. wyjściem z domu do szkoły lub pracy. Objawy nie są przemijające, to znaczy utrzymują się przez dłuższy czas (np. co najmniej kilka miesięcy), wg DSM-5 lęk musi utrzymywać się min. 4 tygodnie u dzieci i adolescentów, a 6 miesięcy u dorosłych. Objawy nie są lepiej wyjaśniane przez inne zaburzenie psychiczne (np. agorafobię, zaburzenie osobowości). Objawy powodują znaczny stres związany z doświadczaniem utrzymujących się objawów lękowych lub znaczne upośledzenie funkcjonowania.

Obraz kliniczny

Dzieci z separacyjnym zaburzeniem lękowym przeżywają uporczywy i nadmierny strach przed jakąkolwiek formą oddzielenia od głównej figury przywiązania. Odmawiają samodzielnego wychodzenia z domu do szkoły. Młodsze dzieci często nie chcą przebywać

w oddzielnych pokojach, mają tendencje do przywierania do opiekuna czy chodzenia za nim niczym „cień”. Często boją się zasypiać same. W razie rzeczywistej lub przewidywanej rozłąki mogą prezentować objawy somatyczne, np. bóle brzucha lub głowy. Po oddzieleniu od opiekuna prezentują apatię, smutek, wycofanie społeczne i odmawiają udziału w zabawach czy aktywnościach grupowych. Mogą być odbierane przez otoczenie jako nachalne i wymagające ciągłej uwagi, często są mało samodzielne.

7. Mutyzm wybiórczy/selektywny ICD-11 (6B06), ICD-10 (F94.0)

Rozpoznanie

Termin ‘mutyzm wybiórczy’ oznacza odmowę adekwatnej dla danego wieku komunikacji werbalnej w kontekście sytuacji społecznych. Rozpoznanie jest możliwe przy prawidłowym rozwoju mowy i utrzymywaniu się objawu, tj. odmowy komunikacji w sytuacji społecznej powyżej czterech tygodni, z wyłączeniem sytuacji adaptacji do nowego miejsca, np. nowej szkoły. Odmowa komunikacji nie wynika ze słabych kompetencji językowych dziecka i nie da się lepiej wyjaśnić innymi rozpoznaniem, np. zaburzeniem ze spektrum autyzmu czy zaburzeniami płynności mowy.

Obraz kliniczny

Dziecko z mutyzmem wybiórczym nie odzywa się do wybranej osoby, najczęściej dorosłego, np. nauczyciela. Zdarza się, że dziecko w ogóle odmawia mówienia w szkole czy przedszkolu nawet w stosunku do rówieśników. Dzieci z mutyzmem często prawidłowo komunikują się w domu czy w miejscach, w których czują się bezpiecznie. Dzieci z mutyzmem wybiórczym często mają również objawy lęku społecznego lub separacyjnego, których objawy mogą wyprzedzać pojawienie się objawów mutyzmu. Bywa to mylone lub składane na karb dziecięcej nieśmiałości. Zdarza się, że otoczenie dziecka nieświadomie wzmacnia zachowania pacjenta poprzez akceptację komunikacji pozawerbalnej. Objawy mutyzmu pojawiają się najczęściej przed 5 r.ż. w sytuacjach wymagających wzmożonej adaptacji do zmieniających się warunków.

Etiologia

Patogeneza zaburzeń lękowych jest wieloczynnikowa i obejmuje złożone interakcje między predyspozycjami biologicznymi, środowiskiem mogącym wpływać na ekspresję genów, wewnątrzpsychicznymi mechanizmami dziecka oraz jakością relacji dziecka z opiekunem. Występowanie zaburzeń lękowych u dzieci można przypisać w 30–40% uwarunkowaniom biologicznym, takim jak m.in. brak równowagi między nadmierną aktywnością oddolną jąder tworzących ciało migdałowate a odgórnymi mechanizmami kontroli pochodzącymi z kory przedczołowej czy zaburzenia neuroprzeżywalności w zakresie takich układów jak serotonergiczny, noradrenergiczny i GABA-ergiczny. Do czynników pozabiologicznych mających istotny wpływ na kształtowanie się zaburzeń lękowych zaliczamy: niewystarczająco responsywną relację z głównymi opiekunami, style wychowawcze, takie jak: nadopiekuńczy, przemocowy czy style przywiązania: pozabezpieczny lub zdeorganizowany. W etiologii lęku w separacyjnych zaburzeniach lękowych poza czynnikami biologicznymi istotne znaczenie ma występowanie lęku panicznego i depresji u rodziców/opiekunów. W etiologii uogólnionych zaburzeń lękowych badania potwierdzają istotną rolę predyspozycji osobowościowych, takich jak bierna i unikająca postawa dziecka, wysoka nieśmiałość, tendencje do

małomówności itp. Ponadto potwierdza się również częstsze występowanie zaburzeń lękowych lub depresyjnych u jednego z rodziców.

Epidemiologia

Szacuje się, że 7% światowej populacji dzieci i młodzieży cierpi na zaburzenia lękowe. Przybliżona mediana wystąpienia zaburzeń lękowych szacowana jest na 11 r.ż. Należy jednak brać pod uwagę fakt, że specyficzne objawy lękowe mogą występować w określonych fazach rozwojowych. U dzieci poniżej 12 r.ż. najczęściej spotykanym zaburzeniem z omawianej kategorii jest lęk separacyjny. Rozpowszechnienie szacuje się między 3 a 5% populacji. Rozpowszechnienie społecznego zaburzenia lękowego rośnie wraz z wiekiem i waha się między 0,3% a 13%, z największą częstością w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości, częściej u dziewcząt i kobiet. Uogólnione zaburzenia lękowe mają najczęściej swój początek między 8 a 9 r.ż., prawdopodobieństwo wystąpienia nasila się z wiekiem i waha się między 0,5% a 7%. Ok. 40% populacji do 18 r.ż. doświadcza przynajmniej jednego ataku paniki. Częstość zaburzenia panicznego waha się od 0,5% do 5% populacji, pojawia się najczęściej w okresie dorastania, częściej u dziewcząt. Rozpowszechnienie mutyzmu selektywnego wynosi 0,3–0,8% wśród dzieci i młodzieży, natomiast fobii społecznej od 2,5% do 9%. Wśród adolescentów z zaburzeniami lękowymi szacuje się, że 9% ma myśli samobójcze, 6% podejmuje próby samobójcze. Zaburzenia lękowe rozpoczynające się w okresie dzieciństwa i adolescencji charakteryzują się chronicznym przebiegiem i są czynnikiem ryzyka wystąpienia innych zaburzeń psychicznych w dorosłości.

Poniżej łącznie opisano standardy/rekomendacje dotyczące postępowania w przypadku zaburzeń lękowych

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z zaburzeniami lękowymi powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową conceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Rekomendacja 1

Leczenie należy rozpocząć od najmniej intruzywnych metod, z uwzględnieniem wieku dziecka/dziecka, jego zasobów i ograniczeń (poznawczych, emocjonalnych, społecznych) oraz budowy bezpiecznej relacji terapeutycznej.

Rekomendacja 2

Metodą pierwszego wyboru jest psychoedukacja kierowana do dziecka/adolescenta oraz jego rodziców/opiekunów, dostosowana do rodzaju zaburzenia lękowego oraz wieku i możliwości poznawczych/poziomu rozwoju pacjenta. Powinna obejmować zagadnienia dotyczące: (1) natury zaburzenia, (2) podstawowych metod radzenia sobie i samouspokajania, (3) konceptualizacji problemu, przyczyn jego powstania (bez wskazywania winnych) z uwzględnieniem okoliczności i przyczyn potencjalnie mogących utrwalać lęk, (4) zasobów systemowych mogących pomóc w zmniejszeniu nasilenia objawów i budowie rezyliencji (tj. pochwał, wzmocnień pozytywnych, pomocy w kierunkowaniu uwagi dziecka na rozwiązania), (5) czynników środowiskowych konstytuujących zaburzenie oraz czynników potencjalnie deregulujących układ nerwowy (tj. nadmiar telewizji/gier/telefonu, zaburzenia rytmów okołodobowych, używki, np. kofeina). Jeśli objawy pojawiają się na terenie szkoły/przedszkola, to w proces terapeutyczny, szczególnie elementy psychoedukacji oraz planowanych strategii radzenia sobie i wspierania dziecka, powinien być również włączony system edukacji.

Standard 2

W przypadku braku poprawy i utrzymujących się objawów leczeniem z wyboru jest psychoterapia (indywidualna lub grupowa), prowadzona w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowana do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych dziecka/adolescenta, uwzględniająca zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

Zalecane jest dostosowywanie terapii do rodzaju zaburzenia lękowego, wieku dziecka, potencjalnych zasobów oraz wyodrębnionych mechanizmów podtrzymujących zaburzenie. W przypadku zdiagnozowania konfliktu w rodzinie, uzależnienia, szkodliwych stylów wychowawczych, zaburzeń psychicznych, u któregoś z rodziców, należy, o ile to możliwe, włączyć terapię całego systemu rodzinnego oraz terapię indywidualną rodzica.

Rekomendacja 3

Praca z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym powinna opierać się na zasadzie 'małych kroków' (powolne stawianie przed dzieckiem kolejnych zadań, pozytywne wzmocnienia wszelkiej komunikacji, w tym pozawerbalnej, która wykracza poza punkt wyjściowy). Lista celów powinna być opracowywana razem z dzieckiem i rodzicem. Pomocne jest układanie algorytmów rozmów oraz zasad zachowania w trudnych dla dziecka sytuacjach społecznych.

Standard 3

Podczas stosowania oddziaływań psychoterapeutycznych u dzieci i młodzieży z zaburzeniami lękowymi należy zwrócić szczególną uwagę na: (a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu

terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia, z urealnieniem, że celem terapii nie jest zupełne zaprzestanie odczuwania lęku, ale nabycie umiejętności pomagających w jego przezwyciężeniu. W przypadku dzieci/adolescentów, których rodzice charakteryzują się wzmożoną lękliwością i nadopiekuńczością, zasadne może być stopniowe 'wyłączenie' rodzica z terapii. W przypadku adolescentów należy rozważyć włączenie oddziaływań grupowych.

Standard 4

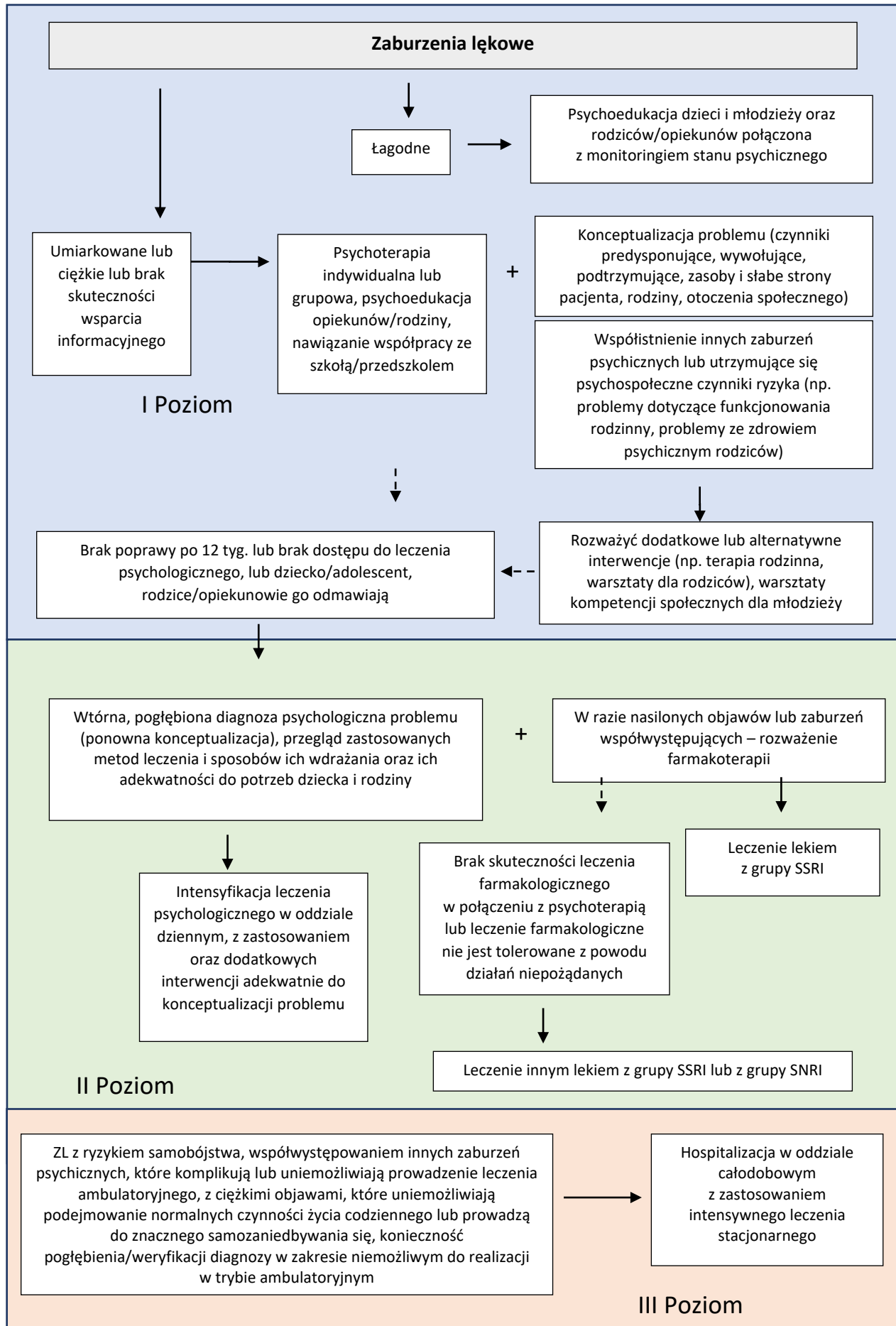
Jeśli w ciągu 12 tygodni po zastosowaniu oddziaływań psychoterapeutycznych nie nastąpiła poprawa i objawy utrzymują się lub nasilają, należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębioną diagnozę psychologiczną problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania). Po przeprowadzeniu oceny w przypadku dziecka/adolescenta z umiarkowanym lub ciężkim upośledzeniem funkcjonowania należy zaproponować dołączenie (do interwencji psychologicznych) leczenia farmakologicznego z uważnym monitorowaniem działań niepożądanych.

Rekomendacja 1

Leczenie farmakologiczne należy rozpoczynać od leków z grupy inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI) (z wyjątkiem paroksetyny). Leczenie powinno się zaczynać od małych dawek, poprzez stopniowe ich zwiększanie, aż do momentu osiągnięcia zadowalającego efektu terapeutycznego. Decyzja o zwiększeniu dawki powinna być podjęta po 4–6 tygodniach od włączenia leku. Po zwiększeniu dawki i jej przyjmowaniu przez okres 8–10 tygodni i jednoczesnym braku poprawy zalecana jest zmiana farmakoterapii. Lekiem drugiego rzutu może być inny lek z grupy SSRI lub leki z grupy SNRI.

Rekomendacja 2

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży z zaburzeniami lękowymi powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia psychologicznego, psychoterapeutycznego, farmakologicznego lub skojarzonego przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży z zaburzeniami lękowymi, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka popełnienia samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (c) ciężkiej postaci zaburzeń lękowych, gdy objawy są tak nasilone, że uniemożliwiają podejmowanie normalnych czynności życia codziennego lub prowadzą do znacznego samozaniedbywania się, (d) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.



SEKCJA 12

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia z nim związane

Kategoria wprowadzona do ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

1. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (6B20 wg ICD-11; F42 wg ICD-10)
2. Cieleśne zaburzenie dysmorficzne (6B21 wg ICD-11; F45.2 lub F22.8 w ICD-10)
3. Węchowe zaburzenie odnoszące (6B22 wg ICD-11; F22.8 w ICD-10)
4. Hipochondria (6B23 wg ICD-11; F45.2 wg ICD-10)
5. Zespół zbieractwa (6B24 wg ICD-11; F42 wg ICD-10)
6. Zaburzenie związane z powtarzalnymi zachowaniami skoncentrowanymi na ciele:
Trichotillomania (6B25.0 wg ICD-11; F63.3 wg ICD-10), *Excoriation disorder* (6B25.1 wg ICD-11; L98.1 wg ICD-10)

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: Zaburzenia psychasteniczne/Kompulsywność/Inne

1. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (6B20 wg ICD-11; F42 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (ZOK) charakteryzuje się występowaniem uporczywych objawów w postaci myśli natrętnych (obsesji) oraz czynności natrętnych (kompulsji). Obsesje to nawracające, uporczywe idee, myśli, wyobrażenia lub impulsy, które wdzierają się do świadomości wbrew woli, są odczuwane jako natrętne, przeszkadzające i wywołują lęk. Osoba próbuje je zignorować lub stłumić za pomocą innych myśli lub poprzez wykonywanie działań. Kompulsje to powtarzające się, niecelowe formy zachowania lub czynności psychiczne, które ujawniają się wbrew woli i są realizowane w sposób stereotypowy, występują jako odpowiedź na pojawiające się obsesje. Celem ich jest zmniejszenie lęku lub zapobieżenie określonej sytuacji, choć obiektywnie nie mogą one pełnić takiej roli albo też są przesadne w stosunku do potrzeb.

Ustalenie rozpoznania wymaga stwierdzenia negatywnego wpływu objawów na funkcjonowanie jednostki (objawy przysparzają wielu zmartwień, zajmują wiele czasu, tj. ponad 1 godzinę dziennie wg klasyfikacji ICD-11, negatywnie wpływają na codzienną aktywność zawodową lub szkolną, funkcjonowanie w społeczeństwie oraz relacje z innymi ludźmi). Objawy nie są przejawem innego stanu chorobowego ani nie są spowodowane wpływem substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy. Rozpoznanie wg ICD-11 wymaga określenia poziomu wglądu pacjenta: (1) dobry lub zadowalający wgląd – osoba przez większość czasu uważa, że jej osobiste przekonania dotyczące objawów zdecydowanie lub prawdopodobnie nie są prawdziwe i jest w stanie zaakceptować alternatywne wyjaśnienia dotyczące ich występowania; może być nadal rozpoznawany, jeśli w określonych momentach (np. w stanie silnego niepokoju) osoba nie wykazuje żadnego wglądu, (2) słaby wgląd lub brak wglądu – osoba uważa, że jej osobiste przekonania dotyczące objawów prawdopodobnie lub całkowicie są prawdziwe i nie jest w stanie zaakceptować alternatywnego wyjaśnienia dotyczącego ich występowania; brak wglądu wykazywany przez

jednostkę nie zmienia się znacząco w funkcji poziomu lęku (brak wglądu także przy niewielkim nasileniu niepokoju). Wg DSM-5 można zdiagnozować ZOK związane z zaburzeniami tikowymi (*tic-related*) (obecność tików aktualnie lub w przeszłości).

Obraz kliniczny

Tematyka objawów obsesyjno-kompulsyjnych jest zróżnicowana, zmienia się w ciągu życia. Najczęściej odnosi się do obaw związanych z brudem i zarazkami, możliwością zachorowania, obaw, że komuś bliskiemu, np. rodzicom może stać się coś złego (zwłaszcza dzieci i młodzież), przymusu porządku i symetrii, natrętnych myśli o charakterze seksualnym lub religijnym (zwłaszcza młodzież), rytuałów czystościowych, powtarzania wykonywanych czynności, wielokrotnego sprawdzania, dotykania, liczenia, układania, przymusu symetrii i porządkowania. Większość chorych cierpi z powodu różnorodnych objawów, których treść często się zmienia, a nasilenie zazwyczaj narasta stopniowo (z wyjątkiem postaci o etiologii autoimmunologicznej), możliwe są samoistne remisje. Charakterystyczną cechą ZOK, zwłaszcza u dzieci i młodzieży, jest tendencja do wciągania w objawy najbliższych członków rodziny. W przypadku dzieci łatwiej jest zaobserwować obecność czynności natrętnych, ponieważ ich poziom rozwoju poznawczego może uniemożliwiać zwerbalizowanie treści obsesji. ZOK wśród dzieci i młodzieży często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza z zaburzeniami tikowymi (30%) oraz z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Epidemiologia

Częstość występowania ZOK w populacji ogólnej jest szacowana na od 1% do 2% (wg niektórych badań od 2% do 3%), wśród dzieci i młodzieży na od 0,35% do 4%. Najczęściej rozpoczyna się w wieku nastoletnim, ale wielu dorosłych (30–50%) zgłasza obecność objawów od okresu dzieciństwa. Pierwszy epizod zaburzenia może wystąpić przed 10 r.ż. (najczęściej w 7–8 r.ż.), również u dzieci znacznie młodszych, zwłaszcza w przypadku płci męskiej. Początek choroby przed 10 r.ż. jest częstszy wśród mężczyzn (ok. 25%), podczas gdy w wieku młodzieńczym częściej występuje u kobiet. W populacji adolescentów nie stwierdza się istotnych różnic w zakresie częstości występowania ZOK wśród płci męskiej i żeńskiej. W przypadku osób z początkiem choroby w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania blisko 40% doświadcza remisji objawów we wczesnej dorosłości. Młodszy wiek zachorowania wiąże się z gorszym rokowaniem ze względu na negatywny wpływ zaburzenia na realizację zadań rozwojowych

Etiologia

W etiologii ZOK należy uwzględnić udział czynników genetycznych (związek z genem dla receptora serotonergicznego 5-HT_{2C} oraz genem dla transportera serotoniny, polimorfizm genów receptorowych układu dopaminergicznego D₂, w przypadku osób ze współwystępującymi tikami gen dla receptora D₄), neurobiologicznych (budowa i funkcjonowanie obwodów neuronalnych obejmujących korę oczodołowo-czołową, przednią część zakrętu obręczy oraz prążkowie), autoimmunologicznych (autoimmunizacja paciorkowcowa – *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections*, PANDAS; zakażone wirusem grypy, ospy wietrznej, bakterią *Mycoplasma pneumoniae*, *Borrelia burgdorferi* – *Pediatric Infection-Triggered Autoimmune Neuropsychiatric Disorders*, PITANDS), środowiskowych (*Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome*, PANS) i psychologicznych. Wśród czynników psychologicznych

wymienia się znaczenie mechanizmów uczenia się specyficznych wzorców zachowań (w mechanizmie warunkowania sprawczego i modelowania) oraz tworzenie się dysfunkcyjnych schematów poznawczych, z przekonaniem odnoszącymi się do zagadnień nadmiernej odpowiedzialności, kontroli, perfekcjonizmu oraz moralności. Czynniki psychologiczne należy traktować jako współodpowiedzialne za pojawienie się objawów u osób z określoną predyspozycją biologiczną.

2. Cieleśne zaburzenie dysmorficzne, dysmorfofobia (6B21 wg ICD-11; F45.2 lub F22.8 w ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Cieleśne zaburzenie dysmorficzne (CZD, dysmorfofobia) charakteryzuje się występowaniem nieracjonalnych i nadmiernych obaw związanych z przekonaniem o nieestetycznym wyglądzie własnym lub budowie ciała, które jest postrzegane jako nieatrakcyjne, brzydkie, zdeformowane. Osoba jest zaabsorbowana dostrzeganymi przez siebie wadami wyglądu, które w rzeczywistości nie występują lub ewentualnie mają niewielkie nasilenie lub są nieznacznie widoczne. Ponadto jest przekonana, że ludzie zauważają, oceniają lub komentują dostrzegane wady. W odpowiedzi na takie nadmierne zaabsorbowanie jednostka angażuje się w powtarzające się i nadmierne zachowania, które obejmują wielokrotne sprawdzanie swojego wyglądu, próby zakamufłowania wady oraz unikanie sytuacji społecznych.

Ustalenie rozpoznania wymaga stwierdzenia obecności wymienionych wcześniej objawów, których nasilenie powoduje znaczne cierpienie oraz upośledzenie prawidłowego funkcjonowania w obszarach osobistym, społecznym, zawodowym lub szkolnym. Objawy nie są przejawem innego stanu chorobowego ani nie są spowodowane wpływem substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy. Ze względu na to, że chorzy z CZD prezentują różny poziom wiary w prawdziwość swoich przekonań, to rozpoznanie wg ICD-11 wymaga określenia poziomu wglądu pacjenta: (1) dobry lub zadowalający wgląd – osoba przez większość czasu uważa, że jej przekonania dotyczące obaw zdecydowanie lub prawdopodobnie nie są prawdziwe i jest w stanie zaakceptować alternatywne wyjaśnienia dotyczące ich występowania; może być nadal rozpoznawany, jeśli w określonych momentach (np. w stanie silnego niepokoju) osoba nie wykazuje żadnego wglądu (taka postać CZD była klasyfikowana w ICD-10 jako zaburzenie hipochondryczne; F45.2), (2) słaby wgląd lub brak wglądu – osoba uważa, że jej osobiste przekonania dotyczące obaw prawdopodobnie lub całkowicie są prawdziwe i nie jest w stanie zaakceptować alternatywnego wyjaśnienia dotyczącego ich występowania; brak wglądu wykazywany przez jednostkę nie zmienia się znacząco w funkcji poziomu lęku (brak wglądu także przy niewielkim nasileniu niepokoju) (taka postać CZD była klasyfikowana w ICD-10 jako inne uporczywe zaburzenia urojeniowe; F22.8).

Obraz kliniczny

Obawy zazwyczaj są ukierunkowane na jeden aspekt lub kilka aspektów lub okolic ciała, najczęściej dotyczą skóry (nadmierny trądzik, blizny, zmarszczki, bladość, zaczerwienienie),

włosów (przerzedzone lub nadmierne owłosienie), nosa (nieodpowiednia wielkość lub kształt), masy ciała, piersi, asymetrii poszczególnych części ciała. Czynności podejmowane w celu zmniejszenia niepokoju najczęściej obejmują wielokrotne i długotrwałe oglądanie się w lustrze, dotykanie okolic ciała dotkniętych 'wadą', porównywanie własnego wyglądu z wyglądem innych osób, nadmierne zabiegi pielęgnacyjne (czesanie, stylizacja), maskowanie 'wady' (makijaż, specjalny ubiór), dążenie do zmniejszenia masy ciała poprzez nadmierne ćwiczenia fizyczne, domaganie się zapewnień ze strony innych osób co do własnego wyglądu itp. Szczególną postacią zaburzenia jest tzw. 'dysmorfia mięśniowa' występująca prawie wyłącznie u płci męskiej, gdzie obawy są zogniskowane na masie mięśniowej, zazwyczaj postrzeganej jako niedostatecznie rozwinięta. Ich efektem jest stosowanie rozmaitych diet, ćwiczeń fizycznych, a także preparatów wpływających na przyrost masy mięśniowej. Z kolei tzw. dysmorfobia 'by proxy' to zaabsorbowanie 'defektami' w wyglądzie innych osób, np. własnego dziecka, które jest poddawane różnym zabiegom (np. zabiegi w solarium, stosowanie diet, które mają zapobiec otyłości itp.). Obraz kliniczny jest zbliżony niezależnie od płci, przy czym wśród płci męskiej częste są obawy dotyczące budowy i wielkości narządów płciowych oraz masy mięśniowej. Nastolatki z dysmorfobią są grupą o zwiększonym ryzyku zachowań samobójczych, zwłaszcza w przypadku współistniejącego zespołu depresyjnego. Przebieg i nasilenie zaburzenia są mniej korzystne w przypadku osób z początkiem przed 18 r.ż.

Epidemiologia

Dysmorfobia najczęściej rozpoczyna się ok. 12–13 r.ż., choć wg danych z piśmiennictwa można przyjąć, że średni wiek zachorowania to 15 r.ż. Jest to zaburzenie przewlekłe, zazwyczaj rozwijające się stopniowo i przedłużające się na okres dorosłości, przy czym dwie trzecie pacjentów zgłasza występowanie objawów przed 18 r.ż. Rozpowszechnienie szacuje się na ok. 0,5–07% populacji ogólnej, w tym 2–3% w populacji adolescentów, z przewagą płci żeńskiej.

Etiologia

Wśród czynników etiologicznych wskazuje się na udział czynników genetycznych (dysmorfobia częściej występuje u osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym), nieprawidłowości funkcjonowania układów serotonergicznego, dopaminergicznego oraz glutaminergicznego, czynników psychologicznych, wśród których wymienia się znaczenie zaniżonej samooceny oraz konsekwencje doświadczanych w okresie dzieciństwa zaniedbań, przemocy i nadużyć ze strony osób najbliższych i rówieśników, a także czynników kulturowych (kult 'idealnego' ciała i wyglądu).

3. Węchowe zaburzenie odnoszące (6B22 wg ICD-11; F22.8 w ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Węchowe zaburzenie odnoszące (WZO) charakteryzuje się uporczywym zaabsorbowaniem chorego i przekonaniem, że wydziela on nieprzyjemny zapach, który nie jest odczuwany przez innych lub jest uważany za nieznaczny. W odpowiedzi na te obawy osoba wykonuje powtarzające się zachowania o charakterze sprawdzania (np. wąchanie siebie) lub które mają na celu zakamuflowanie zapachu (nadmierne zabiegi higieniczne, używanie

dezodorantu, zmiana odzieży, unikanie niektórych pokarmów). Objawy są na tyle poważne, że powodują znaczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w obszarach społecznym, zawodowym lub szkolnym. Objawy nie są przejawem innego stanu chorobowego i nie wynikają z wpływu substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy.

Rozpoznanie wymaga określenia poziomu wglądu pacjenta: (1) dobry lub zadowalający wgląd – osoba przez większość czasu uważa, że jej osobiste przekonania dotyczące obaw zdecydowanie lub prawdopodobnie nie są prawdziwe i jest w stanie zaakceptować alternatywne wyjaśnienia dotyczące ich występowania; może być nadal rozpoznawany, jeśli w określonych momentach (np. w stanie silnego niepokoju) osoba nie wykazuje żadnego wglądu, (2) słaby wgląd lub brak wglądu – osoba uważa, że jej osobiste przekonania dotyczące obaw prawdopodobnie lub całkowicie są prawdziwe i nie jest w stanie zaakceptować alternatywnego wyjaśnienia dotyczącego ich występowania; brak wglądu wykazywany przez jednostkę nie zmienia się znacząco w funkcji poziomu lęku (brak wglądu także przy niewielkim nasileniu niepokoju).

Obraz kliniczny

Zaburzenie ma przewlekły przebieg, pogarszający się w czasie. Często prowadzi do unikania kontaktów społecznych lub sytuacji lub bodźców, które zwiększają niepokój (np. unikanie transportu publicznego, stania w bliskiej odległości od innych ludzi). W skrajnych sytuacjach może doprowadzić do całkowitej izolacji społecznej. Poziom wglądu chorego może się zmieniać, nawet w krótkim czasie. Większość prezentuje słaby wgląd (stąd klasyfikowanie zaburzenia w ICD-10 jako inne uporczywe zaburzenia urojeniowe; F22.8), co powoduje, że wielu pacjentów często konsultuje się z lekarzami różnych specjalności (laryngolodzy, gastrologi, stomatolodzy, chirurdzy). Mimo ograniczonych danych, ze względu na słaby lub nieobecny wgląd chorych należy przyjąć, że jest to grupa o zwiększonym ryzyku samobójstwa. W procesie różnicowania należy wykluczyć zaburzenia napadowe (padaczka skroniowa). Zaburzenie może rozpoczynać się w okresie dojrzewania, choć częściej po 20 r.ż.

Epidemiologia, etiologia

Częstość zaburzenia jest szacowana na 0,5–2,1%. Wśród przyczyn wymienia się znaczenie traumatyzujących wydarzeń związanych z zapachem oraz obecność różnorodnych stresorów u osób chorujących, prowadzącą do nasilenia objawów.

4. Hipochondria (6B23 wg ICD-11; F45.2 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Hipochondria (H) charakteryzuje się uporczywym zaabsorbowaniem lub obawą przed możliwością wystąpienia jednej lub więcej poważnych, postępujących lub zagrażających życiu chorób. Towarzyszą mu: (a) powtarzające się i nadmierne zachowania, takie jak wielokrotne sprawdzanie pod kątem obecności objawów choroby, spędzanie nadmiernej ilości czasu na poszukiwaniu informacji o chorobie, poszukiwanie zapewnień i wsparcia (np. wielokrotne konsultacje i wizyty lekarskie) lub (b) nieprzystosowawcze zachowanie związane ze zdrowiem (np. unikanie wizyt lekarskich). Objawy są na tyle poważne, że powodują

znaczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w obszarach społecznym, zawodowym lub szkolnym.

Rozpoznanie wymaga określenia poziomu wglądu pacjenta: (1) dobry lub zadowalający wgląd – osoba przez większość czasu jest w stanie przyjąć możliwość, że jej przekonania dotyczące konkretnego zaburzenia mogą nie być prawdziwe i jest w stanie zaakceptować alternatywne wyjaśnienia dotyczące ich występowania; może być nadal rozpoznawany, jeśli w określonych momentach (np. w stanie silnego niepokoju) osoba nie wykazuje żadnego wglądu, (2) słaby wgląd lub brak wglądu – osoba jest przekonana, że przekonania dotyczące konkretnego zaburzenia są prawdziwe i nie jest w stanie zaakceptować alternatywnego wyjaśnienia dotyczącego ich występowania; brak wglądu wykazywany przez jednostkę nie zmienia się znacząco w funkcji poziomu lęku (brak wglądu także przy niewielkim nasileniu niepokoju). Wgląd może się zmieniać w krótkich odstępach czasu, np. w zależności od poziomu aktualnego niepokoju.

Obraz kliniczny

Schorzenie ma zazwyczaj przewlekły przebieg, prowadząc do znacznego upośledzenia funkcjonowania. Chory błędnie interpretuje prawidłowe odczucia z ciała lub wyolbrzymia znaczenie doświadczanych objawów (np. martwienie się, że napięciowy ból głowy wskazuje na guz mózgu), prezentuje wysoki poziom lęku o zdrowie i jest nadmiernie czujny na doznania płynące z ciała. Często poddaje się niepotrzebnym badaniom lekarskim, spędza wiele czasu na poszukiwaniu informacji poświęconych chorobom i zdrowiu lub odwrotnie unika kontaktu z placówkami medycznymi i wszelkich informacji związanych z chorobami. Zaabsorbowanie zdrowiem jest dominującym tematem podczas rozmów. Różnicowanie hipochondrii z ZOK u dzieci i młodzieży jest trudne, gdyż obawy dotyczące własnego zdrowia mogą być istotnymi cechami obu zaburzeń.

Epidemiologia

Hipochondria zazwyczaj rozpoczyna się we wczesnej lub średniej dorosłości. Przyjmuje się, że schorzenie rzadko występuje w dzieciństwie, częściej w okresie dojrzewania, jakkolwiek nadmierne obawy dotyczące własnego zdrowia mogą pojawić się już we wczesnym dzieciństwie. Częstość występowania hipochondrii w populacji ogólnej jest nieznana, przy czym na podstawie badań w podstawowej opiece zdrowotnej można przyjąć, że dotyczy ona 0,8–4,5% pacjentów zgłaszających się do lekarza, przy braku różnic pomiędzy płciami.

Etiologia

Przyczyny schorzenia nie są znane. Podkreśla się rolę czynników genetycznych (odziedziczalność szacowana na 10–30%), środowiskowych (narażenie na informacje o chorobach oraz psychologicznych (nadmierne skupianie się otoczenia na drobnych problemach zdrowotnych, nadmierna opiekuńczość, traumatyczne doświadczenia w okresie dzieciństwa).

5. Zespół zbieractwa (6B24 wg ICD-11; F42 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zespół zbieractwa (ZZ) charakteryzuje się uporczywym gromadzeniem przedmiotów niezależnie od ich wartości, któremu towarzyszą narastające problemy z wyrzucaniem i pozbywaniem się rzeczy, prowadzące do zaśmieszenia przestrzeni życiowej do tego stopnia, że zagraża to użytkowaniu lub bezpieczeństwu. Gromadzenie może mieć charakter bierny (np. gromadzenie ulotek, opakowań po produktach) lub aktywny (np. pozyskiwanie przedmiotów bezpłatnych lub zakupionych). Objawy powodują znaczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w obszarach społecznym, zawodowym lub szkolnym.

Rozpoznanie wymaga określenia poziomu wglądu pacjenta: (1) dobry lub zadowalający wgląd – osoba przez większość czasu uważa, że przekonania i zachowania związane z gromadzeniem są problematyczne (np. przyznaje, że wiele z przechowywanych przedmiotów jest bezwartościowych, a cierpienie związane z ich wyrzucaniem nie jest racjonalne); może być nadal rozpoznawany, jeśli w określonych momentach osoba nie wykazuje żadnego wglądu (np. gdy jest zmuszona do wyrzucenia przedmiotów), (2) słaby wgląd lub brak wglądu – osoba uważa, że przekonania i zachowania związane z gromadzeniem nie są problematyczne, mimo ewidentnych dowodów (np. upiera się, że przedmioty, które obiektywnie mają niewielką lub żadną wartość są niezwykle ważne, lub zaprzecza, że istnieje jakikolwiek problem z przestrzenią życiową); brak wglądu wykazywany przez jednostkę nie zmienia się znacząco w funkcji poziomu lęku (brak wglądu także przy niewielkim nasileniu niepokoju). Wgląd może się zmieniać w krótkich odstępach czasu, np. W zależności od poziomu aktualnego niepokoju.

Obraz kliniczny

Zaburzenie ma zazwyczaj przewlekły i postępujący przebieg. W skrajnych sytuacjach nagromadzone przedmioty stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia chorego (np. zagrożenie pożarowe, skażenie otoczenia). Gromadzenie przedmiotów jest zachowaniem adekwatnym rozwojowo dla dzieci do 6 r.ż. Rozpoznanie w przypadku starszych dzieci i młodzieży może być utrudnione, ze względu na to, że rodzice/opiekunowie mogą ograniczać gromadzenie przedmiotów (często gromadzenie ogranicza się do określonych obszarów, np. pokój dziecka lub określonych rodzajów przedmiotów, np. przedmioty szkolne, zabawki i żywność).

W przypadku dzieci i młodzieży z zespołem zbieractwa częściej współwystępuje ZOK (zwłaszcza wśród chłopców) i zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Objawy gromadzenia są również częstsze wśród dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu lub zespołem Pradera-Williego. W późniejszych okresach rozwojowych najczęściej współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi są zaburzenia lękowe, depresyjne i zaburzenie stresowe pourazowe.

Epidemiologia

Zaburzenie rozpoczyna się w okresie dzieciństwa i dojrzewania (11–15 r.ż.), częstość występowania jest szacowana na 2–4%, w odniesieniu do płci zarówno żeńskiej, jak i męskiej. Późniejszy początek często wiąże się z obecnością deficytów poznawczych i objawów behawioralnych związanych z demencją.

Etiologia

Przyczyny schorzenia nie zostały do końca wyjaśnione. Podkreśla się rolę czynników genetycznych, znaczenie wydarzeń traumatycznych oraz zaburzeń funkcji poznawczych, w tym obecność cech autystycznych.

Poniżej łącznie opisano standardy/rekomendacje dotyczące opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, cielesnym zaburzeniem dysmorficznym (dysmorfofobią), węchowym zaburzeniem odnoszącym, hipochondrią i zespołem zbieractwa.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 2

Wszystkim dzieciom/adolescentom z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ jako leczenie pierwszego rzutu zaleca się psychoterapię (indywidualną lub grupową), prowadzoną w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowaną do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniającą zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

Podczas stosowania oddziaływań psychoterapeutycznych u dzieci i młodzieży z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ należy zwrócić szczególną uwagę na: (a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia, (c) w przypadku stosowania terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) aktywne zaangażowanie rodziny/opiekunów w planowanie i prowadzenie leczenia, w tym w techniki ekspozycji i powstrzymania reakcji – E/PR (jeśli jest to możliwe i wskazane), zachęcanie dziecka/adolescenta przez

rodziców/opiekunów do systematycznego korzystania z nich, włączenie systemu nagród w celu zwiększenia motywacji dziecka/adolescenta i wzmocnienia pożądanych zmian w zachowaniu.

Standard 3

Jeśli w ciągu 12 tygodni po zastosowaniu oddziaływań psychoterapeutycznych nie nastąpiła oczekiwana poprawa, należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębioną diagnozę psychologiczną problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania). Po przeprowadzeniu oceny w przypadku dziecka/adolescenta z umiarkowanym lub ciężkim upośledzeniem funkcjonowania należy zaproponować dołączenie (do interwencji psychologicznych) leczenia farmakologicznego.

Rekomendacja 1

Leczenie farmakologiczne należy rozpocząć od leków z grupy SSRI, z uważnym monitorowaniem pod kątem zdarzeń niepożądanych.

Rekomendacja 2

Jedynymi lekami z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) dopuszczonymi do stosowania u dzieci i młodzieży z ZOK są fluwoksamina (wg wskazań rejestracyjnych powyżej 8 r.ż., poniżej 8 r.ż. wskazanie pozarejestracyjne – wymagane uzyskanie pisemnej zgody rodzica) i sertralina (wg wskazań rejestracyjnych powyżej 6 r.ż.; poniżej 6 r.ż. wskazanie pozarejestracyjne – wymagane uzyskanie pisemnej zgody rodzica). Lekiem z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) wykorzystywanym do leczenia CZD (dysmorfofobii) u dzieci i młodzieży jest fluoksetyna (wskazanie pozarejestracyjne; wymagane uzyskanie pisemnej zgody rodzica). Lekami wykorzystywanymi do leczenia WZO, H lub ZZ u dzieci i młodzieży są leki z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (wskazanie pozarejestracyjne; wymagane uzyskanie pisemnej zgody rodzica).

Początkowa dawka leków w przypadku dzieci i młodzieży z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ powinna być niska, zwłaszcza u dzieci młodszych (poniżej 12 r.ż.). W pierwszym tygodniu można rozważyć połowę lub ćwiartkę normalnej dawki początkowej, a następnie przy dobrej tolerancji zwiększać ją w odstępach tygodniowych do całkowitej dawki początkowej. Tempo zwiększania dawek powinno być stopniowe i powinno uwzględniać opóźnienie odpowiedzi terapeutycznej (do 12 tygodni) oraz wiek pacjenta. Nie należy przekraczać maksymalnych dawek zalecanych dla dzieci i młodzieży. Jeżeli mniejsza dawka leku jest nieskuteczna, to dawkę należy zwiększać do czasu uzyskania odpowiedzi terapeutycznej, przy uważnym i dokładnym monitorowaniu pod kątem zdarzeń niepożądanych. Leczenie powinno być kontynuowane przez co najmniej 6 miesięcy po uzyskaniu istotnej poprawy lub remisji (tj. objawy nie są istotne klinicznie, a dziecko/adolescent funkcjonuje prawidłowo przez co najmniej 12 tygodni). **Uwaga!** W przypadku dzieci i młodzieży z ZOK, WZO, H lub ZZ, u których występuje depresja, należy postępować zgodnie z zaleceniami NICE dotyczącymi leczenia depresji w okresie dzieciństwa i młodzieńczym, w tym zastosować leczenie farmakologiczne fluoksetyną oraz ściśle monitorować obecność myśli lub zachowań samobójczych.

Rekomendacja 3

Zasady prowadzenia leczenia farmakologicznego (w tym możliwe skutki uboczne, konieczność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami, opóźnienie wystąpienia odpowiedzi terapeutycznej do 12 tygodni, czas trwania leczenia) i jego monitorowania należy omówić z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami i odnotować w historii choroby. Dzieci i młodzież z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ rozpoczynające i kontynuujące leczenie lekami z grupy SSRI powinny być uważnie i regularnie obserwowane pod kątem zdarzeń niepożądanych. Pacjentów oraz rodziców/opiekunów należy poinformować o możliwym pojawieniu się zachowań samobójczych, samookaleczeń lub zachowań agresywnych, szczególnie na początku leczenia i pouczyć, że w przypadku ich pojawienia się należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

Rekomendacja 4

Jeśli zastosowanie leczenia farmakologicznego lekiem z grupy SSRI w połączeniu psychoterapią jest nieskuteczne lub nie jest tolerowane z powodu działań niepożądanych, to należy rozważyć zastosowanie innego leku z grupy SSRI (jeśli wskazanie pozarejestacyjne, wymagane uzyskanie pisemnej zgody rodzica) lub klomipraminy (wskazanie pozarejestacyjne; wymagane uzyskanie pisemnej zgody rodzica), z jednoczesnym prowadzeniem uważnej obserwacji, szczególnie na początku leczenia farmakologicznego. W przypadku zastosowania klomipraminy należy poinformować o możliwych działaniach niepożądanych, wielkości dawki toksycznej oraz konsekwencjach przedawkowania. Przed rozpoczęciem leczenia klomipraminą należy wykonać EKG w celu wykluczenia zaburzeń przewodnictwa. W przypadku braku odpowiedniej reakcji na standardową dawkę klomipraminy i przy braku skutków ubocznych można ostrożnie rozważyć stopniowe zwiększanie dawki. W sytuacji, gdy leczenie dziecka/adolescenta z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ klomipraminą jest skuteczne, powinno być kontynuowane przez co najmniej 6 miesięcy.

Rekomendacja 5

Inne niż klomipramina trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, jak również inne leki przeciwdepresyjne (IMAO, SNRI) nie powinny być stosowane w leczeniu ZOK lub CZD u dzieci i młodzieży. Leki przeciwpsychotyczne nie powinny być stosowane samodzielnie w rutynowym leczeniu u dzieci i młodzieży z ZOK lub CZD, ale można je traktować jako strategię augmentacyjną. Pomimo braku oficjalnych wytycznych istnieją dane na temat potencjalnej skuteczności w leczeniu WZO, H lub ZZ neuroleptyków atypowych – zarówno w monoterapii, jak i terapii skojarzonej w połączeniu z SSRI. Ich stosowanie ma charakter terapii eksperymentalnej, wymaga uzyskania pisemnej zgody rodzica/opiekuna.

Rekomendacja 6

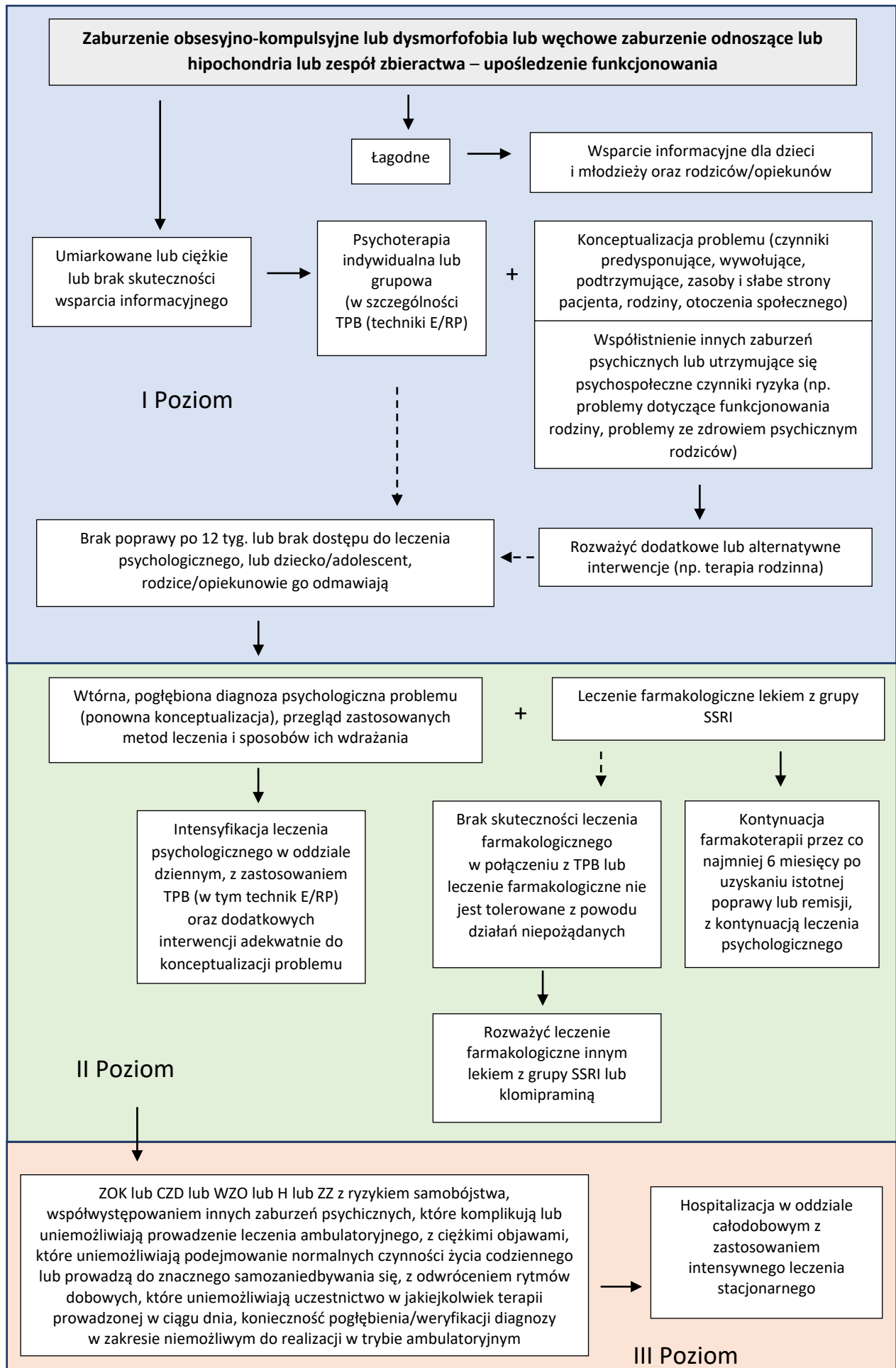
Próbie odstawienia leczenia farmakologicznego u dzieci i młodzieży z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ należy podjąć, jeśli osiągnięto remisję (tj. objawy nie są już istotne klinicznie lub dziecko/adolescent w pełni prawidłowo funkcjonuje). Należy ostrzec pacjentów i ich rodziców/opiekunów o możliwości wystąpienia nawrotu ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ, lub objawów odstawienia i poinformować o konieczności ponownego zgłoszenia się do

lekarza prowadzącego. W zminimalizowania objawów odstawienia dawkę leku należy stopniowo zmniejszać w ciągu kilku tygodni, zgodnie z potrzebami danej osoby. Tempo redukcji powinno uwzględniać dawkę początkową, okres półtrwania leku oraz poszczególne profile działań niepożądanych. Przez cały czas odstawienia leku dzieci i młodzież z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ powinny kontynuować leczenie psychologiczne, ponieważ może to zmniejszyć ryzyko nawrotu.

Rekomendacja 7

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia farmakologicznego, psychologicznego lub skojarzonego przez długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży z ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (c) ciężkiej postaci ZOK, CZD, WZO, H lub ZZ gdy objawy są tak częste i nasilone, że uniemożliwiają podejmowanie normalnych czynności życia codziennego lub prowadzą do znacznego samozaniedbywania się, (d) odwrócenia rytmów dobowych, które uniemożliwiają uczestnictwo w jakiegokolwiek terapii prowadzonej w ciągu dnia, (e) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia z nim związane



6. Zaburzenie związane z powtarzalnymi zachowaniami skoncentrowanymi na ciele: Trichotillomania, *Excoriation disorder*

Trichotillomania (6B25.0 wg ICD-11; F63.3 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Trichotillomania (T) charakteryzuje się nawracającym przymusem i niemożnością powstrzymania się od wrywania włosów, prowadzącymi do znacznego ubytku w zakresie owłosienia. Objaw może dotyczyć właściwie każdej okolicy ciała, najczęściej owłosienia głowy, rzęs i brwi, zdecydowanie rzadziej twarzy, okolic pach, łonowych oraz okołoodbytnicznych. Wrywanie włosów może występować w trakcie krótkich i częstych epizodów w ciągu dnia lub z mniejszą częstotliwością, lecz obejmować dłuższy czas (np. kilka godzin). Objawy skutkują znacznym cierpieniem, prowadzą do znacznego upośledzenia funkcjonowania społecznego, edukacyjnego lub zawodowego. Rozróżnia się dwa podtypy zaburzenia: (a) automatyczny (blisko 75% przypadków), gdzie wrywanie włosów ma charakter nieuświadomiony, przebiega poza uwagę osoby i występuje głównie podczas zaangażowania w różnego rodzaju aktywności, np. czytanie, oglądanie TV itp., (b) skoncentrowanym, gdzie objaw przebiega ze zogniskowaniem uwagi na wykonywanej czynności. Często u pacjenta można zaobserwować oba podtypy zaburzenia, a ich procentowy udział może się zmieniać w zależności od czynników wyzwalających oraz podlegać zmianom w czasie.

Obraz kliniczny

Objaw może być poprzedzony występowaniem różnych niespecyficznych odczuć, np. mrowienia, swędzenia skóry, ale także uczuciem nudy, zazwyczaj nie towarzyszy mu ból. Po wyrwaniu włosa mogą pojawiać się dodatkowe zachowania (np. oglądanie, dotykanie, zwijanie i zgniatanie włosa, przeciąganie przez szpary międzyzębowe, gryzienie lub połykanie). Wrywanie włosów nie występuje zwykle w obecności innych osób, z wyjątkiem bezpośrednich członków rodziny. Niektórzy chorzy odczuwają przymus wrywania włosów innych osób, zwierząt lub z przedmiotów. Często obserwuje się inne powtarzalne zachowania o charakterze nawykowym (np. obgryzanie paznokci) oraz współwystępowanie ZOK, zespołów lękowych i depresyjnych.

Połykanie wyrwanych włosów (trichofagia) dotyczy wg różnych statystyk nawet do 20–30% chorych. U ok. jednej trzeciej chorych (zwłaszcza u dzieci i młodzieży) połykających wyrwane włosy może dochodzić do tworzenia się w żołądku trichobezoaru, który może rozciągać się od żołądka aż do kątnicy (tzw. zespół Roszpunkki), stając się przyczyną dodatkowych objawów i groźnych powikłań (nudności, wymioty, krwawienia z przewodu pokarmowego, biegunki, zaparcia, utrata masy ciała, niedokrwistość, erozja błony śluzowej żołądka, owrzodzenie i perforacja żołądka lub jelita cienkiego, niedrożność i wgłobienia przewodu pokarmowego, żółtaczka mechaniczna, enteropatie związane z utratą białka, zapalenie trzustki, zgon).

Epidemiologia

Częstość trichotilomanii jest szacowana na ok. 1–2% populacji ogólnej. Zaburzenie w większości przypadków rozpoczyna się przed okresem dojrzewania, dotyczy mniej więcej w tym samym odsetku zarówno dziewcząt, jak i chłopców. W populacji osób dorosłych przeważają kobiety. Szczyt zachorowań przypada między 4 a 17 r.ż., a średni wiek ujawniania się objawów to 11–13 lat. Wcześniejszy początek zazwyczaj wiąże się z łagodniejszym przebiegiem i lepszym rokowaniem, późniejszy z większym nasileniem objawów, opornością na leczenie i częstym współwystępowaniem innych zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, uzależnienia).

Etiologia

Przyczyny schorzenia nie zostały do końca wyjaśnione. Podkreśla się rolę czynników genetycznych (częstsze występowanie wśród krewnych pierwszego stopnia, związki z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym), nieprawidłowości funkcjonowania układów serotonergicznego, dopaminergicznego, glutaminergicznego oraz znaczenie czynników psychologicznych (narastanie częstości objawów w mechanizmach warunkowania sprawczego).

***Excoriation disorder* (6B25.1 wg ICD-11; L98.1 w ICD-10)**

Polskojęzyczne określenia zaburzenia: Dermatillomania, Wywołane zapalenie skóry, Przeczosy psychogenne, Patologiczne skubanie skóry

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenie *Excoriation disorder* (ED) charakteryzuje się nawracającym przymusem i niemożnością powstrzymania się od skubania/wydrapywania/wyciskania w obrębie zdrowej skóry bądź występujących na niej zmian (strupy, modzele, zaskórniki, pryszcze). Objawy mogą występować w trakcie krótkich i częstych epizodów w ciągu dnia lub z mniejszą częstotliwością, lecz obejmować dłuższy czas (np. kilka godzin). Schorzenie jest źródłem cierpienia i wywiera negatywny wpływ na osobiste funkcjonowanie w różnych sferach (społecznej, zawodowej, szkolnej). Rozróżnia się dwa podtypy zaburzenia: (a) automatyczny, przebiegający poza świadomością, podczas zaangażowania w różnego rodzaju aktywności, np. czytanie, oglądanie TV itp., (b) skoncentrowany, gdzie objaw przebiega ze zogniskowaniem uwagi na wykonywanej czynności, inicjowany w celu rozładowania napięcia lub negatywnych emocji.

Obraz kliniczny

Okolicami najczęściej poddawanych zabiegom są twarz, ramiona, ręce, ale także inne części ciała. Zazwyczaj czynności te są wykonywane przy użyciu własnych paznokci, choć niejednokrotnie są wykorzystywane do tego celu pęsety, szpilki i inne przedmioty. W konsekwencji dochodzi do zmian, uszkodzeń i zbliznowaceń w obrębie skóry. Mogą pojawiać się inne dodatkowe zrytualizowane zachowania (np. zgniatanie lub połykanie wydrapanych zmian/skóry). Zachowania zazwyczaj są poprzedzone uczuciem niepokoju, nudy, z następującym po zachowaniu uczuciem ulgi lub przyjemności. Często obserwuje się

inne powtarzalne zachowania o charakterze nawykowym (np. obgryzanie paznokci) oraz współwystępowanie trichotillomanii i ZOK.

Epidemiologia

Postacie łagodne nieprowadzące do uszkodzenia tkanek i zaburzeń funkcjonowania społecznego występują dość często (6–17%), rozpowszechnienie form bardziej nasilonych stwierdza się u ok. 0,2% populacji. Zaburzenie zazwyczaj ma swój początek w okresie dojrzewania, a jego pojawienie się często ma związek z wystąpieniem charakterystycznych dla tego okresu rozwojowego zmian dermatologicznych (trądzik młodzieńczy). Częściej dotyczy płci żeńskiej, w przypadku chłopców stwierdza się wcześniejszy początek.

Etiologia

Przyczyny schorzenia nie zostały do końca wyjaśnione. Podkreśla się rolę czynników genetycznych (częstsze występowanie wśród krewnych pierwszego stopnia, związki z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym) oraz znaczenie czynników psychologicznych (narastanie częstości objawów w mechanizmach warunkowania sprawczego).

Poniżej łącznie opisano standardy/rekomendacje dotyczące opieki nad dziećmi i młodzieżą z trichotillomanią oraz *Excoriation disorder*

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

W przypadku każdego dziecka/adolescenta, u którego podejrzewa się lub u którego występuje trichotillomania, należy zebrać wywiad ukierunkowany na występowanie trichofagii. U każdego dziecka/adolescenta, u którego podejrzewa się lub u którego występuje T lub ED, należy przeprowadzić w trybie planowym ocenę stanu psychicznego.

Standard 2

Każde/każdy dziecko/adolescent z trichotillomanią, u którego występuje lub podejrzewa się występowanie trichofagii, powinno/powinien zostać objęte/objęty opieką chirurgiczną, w ramach której niezbędne jest: (a) przeprowadzenie badania przedmiotowego, badań laboratoryjnych oraz diagnostyki obrazowej (wskazana diagnostyczna endoskopia), (b) w przypadku potwierdzenia trichobezoarów leczenie techniką laparotomii; po leczeniu chirurgicznym kontrolna gastroscopia powinna być wykonywana po 6, 12 i 24 miesiącach.

Standard 3

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z T lub ED powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym

nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 4

Wszystkim dzieciom/adolescentom z T lub ED jako psychologiczne leczenie pierwszego rzutu zaleca się psychoterapię (indywidualną lub grupową), prowadzoną w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowaną do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniającą zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

W leczeniu dzieci/adolescentów z T lub ED znajdują zastosowanie zmodyfikowany trening zmiany nawyku/czynności zastępczej (*Habit Reversal*, HR) lub terapia wg Modelu ComB (*Comprehensive Behavioral Model*), lub techniki ekspozycji i powstrzymania reakcji (E/RP) z zaangażowaniem rodziny lub opiekunów, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych.

Rekomendacja 3

Podczas stosowania oddziaływań psychoterapeutycznych u dzieci i młodzieży z T lub ED należy zwrócić szczególną uwagę na: (a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia, (c) w przypadku stosowania terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) aktywne angażowanie rodziny/opiekunów w planowanie i prowadzenie leczenia, w tym w techniki zmiany nawyku/czynności zastępczej (HR) lub techniki wg Modelu ComB, lub techniki ekspozycji i powstrzymania reakcji (jeśli jest to możliwe i wskazane), zachęcanie dziecka/adolescenta przez rodziców/opiekunów do systematycznego korzystania z nich, włączenie systemu nagród w celu zwiększenia motywacji dziecka/adolescenta i wzmocnienia pożądanych zmian w zachowaniu.

Standard 5

Jeśli w ciągu 12 tygodni po zastosowaniu oddziaływań psychoterapeutycznych nie nastąpiła oczekiwana poprawa, należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębioną diagnozę psychologiczną problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania). Po przeprowadzeniu oceny w przypadku dziecka/adolescenta z umiarkowanym lub ciężkim upośledzeniem funkcjonowania należy zaproponować dołączenie (do interwencji psychologicznych) leczenia farmakologicznego, z uważnym monitorowaniem pod kątem zdarzeń niepożądanych.

Rekomendacja 1

Lekami wykorzystywanymi do leczenia T lub ED u dzieci i młodzieży (pomimo braku obowiązujących w Europie i na świecie wytycznych) są leki z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (wskazanie pozarejestacyjne; wymagane uzyskanie pisemnej zgody rodzica). Początkowa dawka leku powinna być niska, zwłaszcza u dzieci młodszych (poniżej 12 r.ż.). W pierwszym tygodniu można rozważyć połowę lub ćwiartkę normalnej dawki początkowej, a następnie przy dobrej tolerancji zwiększać ją w odstępach tygodniowych do całkowitej dawki początkowej. Tempo zwiększania dawek powinno być stopniowe i powinno uwzględniać opóźnienie odpowiedzi terapeutycznej (do 12 tygodni) oraz wiek pacjenta. Nie należy przekraczać maksymalnych dawek zalecanych dla dzieci i młodzieży. Jeżeli mniejsza dawka leku jest nieskuteczna, dawkę należy zwiększać do czasu uzyskania odpowiedzi terapeutycznej, przy uważnym i dokładnym monitorowaniu pod kątem zdarzeń niepożądanych. Leczenie powinno być kontynuowane przez co najmniej 6 miesięcy po uzyskaniu istotnej poprawy lub remisji (tj. objawy nie są istotne klinicznie, a dziecko/adolescent funkcjonuje prawidłowo przez co najmniej 12 tygodni).

Rekomendacja 2

W przypadku dzieci i młodzieży z T lub ED, u których współwystępuje depresja, należy postępować zgodnie z zaleceniami NICE dotyczącymi leczenia depresji w okresie dzieciństwa i okresie młodzieńczym, w tym zastosować leczenie farmakologiczne fluoksetyną oraz ściśle monitorować obecność myśli lub zachowań samobójczych.

Rekomendacja 3

Zasady prowadzenia leczenia farmakologicznego (w tym możliwe skutki uboczne, konieczność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami, opóźnienie wystąpienia odpowiedzi terapeutycznej do 12 tygodni w przypadku leków z grupy SSRI, czas trwania leczenia) i jego monitorowania należy omówić z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami i odnotować w historii choroby. Dzieci i młodzież z T lub ED rozpoczynające i kontynuujące leczenie lekami z grupy SSRI powinny być uważnie i regularnie obserwowane pod kątem zdarzeń niepożądanych, w tym zachowań samobójczych, samookaleczeń lub zachowań agresywnych, szczególnie na początku leczenia. Pacjentów oraz rodziców/opiekunów należy pouczyć, że w przypadku ich pojawienia się konieczne jest pilne skontaktowanie się z lekarzem prowadzącym.

Rekomendacja 4

Jeśli zastosowanie leczenia farmakologicznego lekiem z grupy SSRI w połączeniu z psychoterapią jest nieskuteczne lub nie jest tolerowane z powodu działań niepożądanych, należy rozważyć zastosowanie innego leku z grupy SSRI lub klomipraminy (wskazanie pozarejestacyjne; wymagane uzyskanie pisemnej zgody rodzica/opiekuna), z jednoczesnym prowadzeniem uważnej obserwacji, szczególnie na początku leczenia farmakologicznego. W przypadku zastosowania klomipraminy należy poinformować o możliwych działaniach niepożądanych, wielkości dawki toksycznej oraz konsekwencjach przedawkowania. Przed rozpoczęciem leczenia klomipraminą należy wykonać EKG w celu wykluczenia zaburzeń przewodnictwa. W przypadku braku odpowiedniej reakcji na standardową dawkę klomipraminy i przy braku skutków ubocznych można ostrożnie rozważyć stopniowe zwiększanie dawki. W sytuacji, gdy

leczenie klomipraminą jest skuteczne, powinno być kontynuowane przez co najmniej 6 miesięcy.

Rekomendacja 5

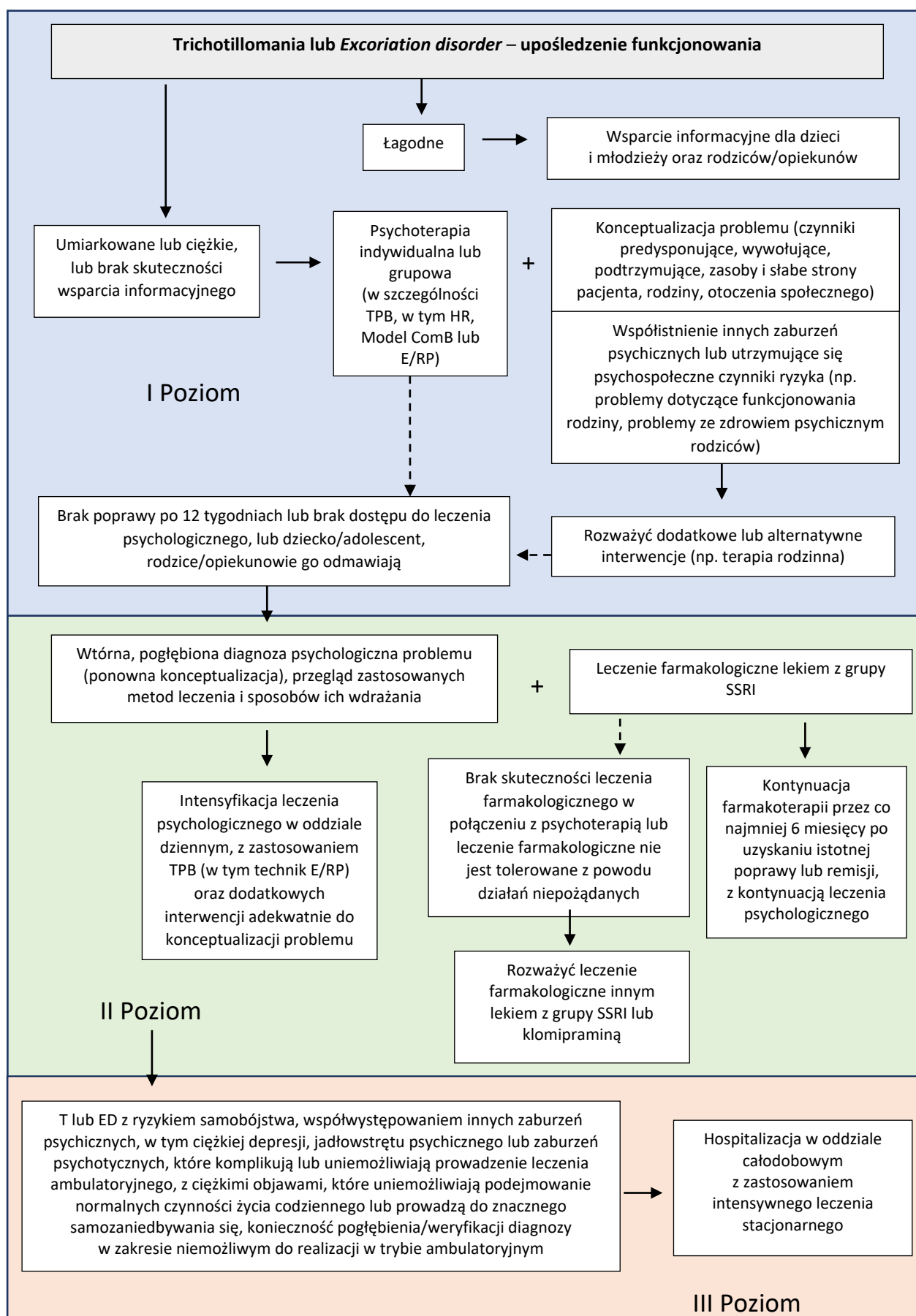
Pomimo braku oficjalnych wytycznych istnieją dane na temat potencjalnej skuteczności innych leków w leczeniu T, w tym neuroleptyków atypowych (kwetiapina, olanzapina, aripiprazol) – zarówno w monoterapii, jak i terapii skojarzonej w połączeniu z SSRI, modulatora układu glutaminergicznego (N-acetylocysteiny) lub leków modyfikujących przekąźnictwo dopaminergiczne (bupropion, naltrekson). Ich stosowanie ma charakter terapii eksperymentalnej, wymaga uzyskania pisemnej zgody rodzica/opiekuna.

Rekomendacja 6

Próbie odstawienia leczenia farmakologicznego u dzieci i młodzieży z T lub ED należy podjąć, jeśli osiągnięto remisję (tj. objawy nie są już istotne klinicznie lub dziecko/adolescent w pełni prawidłowo funkcjonuje). Należy ostrzec pacjentów i ich rodziców/opiekunów o możliwości wystąpienia nawrotu T lub ED lub objawów odstawienia i poinformować o konieczności ponownego zgłoszenia się do lekarza prowadzącego. W celu zminimalizowania objawów odstawienia dawkę leku należy stopniowo zmniejszać w ciągu kilku tygodni, zgodnie z potrzebami danej osoby i zaleceniami dotyczącymi danego leku. Tempo redukcji powinno uwzględniać dawkę początkową, okres półtrwania leku oraz poszczególne profile działań niepożądanych. Przez cały czas odstawienia leku dzieci i młodzież z T lub ED powinny kontynuować leczenie psychologiczne, ponieważ może to zmniejszyć ryzyko nawrotu.

Rekomendacja 7

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży z T lub ED powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia farmakologicznego, psychologicznego lub skojarzonego przez długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży z T lub ED, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (c) ciężkiej postaci T lub ED, gdy objawy są tak częste i nasilone, że uniemożliwiają podejmowanie normalnych czynności życia codziennego lub prowadzą do znacznego samozaniedbywania się, (d) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.



SEKCJA 13

Zaburzenia dysocjacyjne i zaburzenia występujące pod postacią somatyczną

A. Zaburzenia dysocjacyjne

Kategoria wprowadzona do ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

1. Zaburzenia związane z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi (6B60 wg ICD-11)
2. Amnezja dysocjacyjna (6B61 wg ICD-11; F44.0 wg ICD-10)
3. Trans (6B62 wg ICD-11; F44.3 wg ICD-10)
4. Opętanie (6B63 wg ICD-11; F44.3 wg ICD-10)
5. Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (6B64 wg ICD-11)
6. Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (6B65 wg ICD-11)
7. Zaburzenie depersonalizacja–derealizacja (6B66 wg ICD-11)

Dodatkowo w ICD-10: Fuga dysocjacyjna (F44.1 wg ICD-10), Osłupienie (stupor) dysocjacyjne (F44.2 wg ICD-10), Dysocjacyjne zaburzenia ruchu (F44.4 wg ICD-10), Drgawki dysocjacyjne (F44.5 wg ICD-10), Dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego (F44.6 wg ICD-10).

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: Objawy i skargi somatyczne/Inne

Zaburzenia dysocjacyjne

Zaburzenia dysocjacyjne charakteryzują się zakłóceniem organizacji i utratą integracji w obrębie jednej lub większej ilości funkcji, takich jak: tożsamość, percepcja, pamięć, emocje, myślenie, kontrola behawioralna. Zakłócenie lub brak ciągłości integracji mogą mieć charakter globalny, ale częściej jest parcjalny, ich zakres może zmieniać się z dnia na dzień, nawet z godziny na godzinę. Objawy zaburzeń dysocjacyjnych nie wynikają z bezpośredniego działania leku lub substancji psychoaktywnej, nie są skutkami ich odstawienia; nie można ich wyjaśnić obecnością innego zaburzenia psychicznego, behawioralnego lub neurorozwojowego, zaburzeniami snu i czuwania, chorobą neurologiczną lub ogólnym stanem zdrowia i nie są częścią akceptowanej praktyki kulturowej lub religijnej. Objawy powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania indywidualnego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego lub zawodowego.

1. Zaburzenia związane z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi (6B60 wg ICD-11)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenia związane z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi (ZDON) charakteryzują się występowaniem objawów ruchowych, czuciowych lub poznawczych, które wynikają z mimowolnego przerwania normalnej integracji wymienionych funkcji i nie są zgodne z rozpoznaniem choroby neurologicznej, zaburzeń psychicznych lub zachowania ani innymi chorobami. Do często spotykanych objawów w przebiegu zaburzeń tej grupy należą:

niedowład, paraliż, niepadaczkowe napady drgawkowe, zaburzenia chodu, zaburzenia czucia, widzenia i słuchu, stany przypominające omdlenie lub śpiączkę, utrata głosu (afonia), zaburzenia artykulacji (dysartria), globus, podwójne widzenie (diplopia).

Obraz kliniczny

Objawy, trwające zazwyczaj kilka godzin, przyjmują postać zróżnicowanych symptomów, które nie są zgodne z rozpoznaną chorobą układu nerwowego, innych zaburzeń psychicznych lub innych schorzeń. W szczególności objawy obejmują:

- a. ZDON z zaburzeniami widzenia, charakteryzujące się obecnością zaburzeń widzenia, takimi jak ślepota, widzenie tunelowe, podwójne widzenie, zniekształcenia wzroku lub halucynacje (kod 6B60.0),
- b. ZDON z zaburzeniami słuchowymi, charakteryzują się wystąpieniem objawów słuchowych, takimi jak utrata słuchu lub halucynacje słuchowe (kod 6B60.1),
- c. ZDON z zawrotami głowy z obecnym uczuciem wirowania podczas spoczynku lub zawrotami głowy (kod 6B60.2),
- d. ZDON z innymi zaburzeniami czuciowymi, które charakteryzują się objawami czuciowymi niezidentyfikowanymi w innych określonych kategoriach w tej grupie, takimi jak drętwienie, napięcie, mrowienie, pieczenie, ból lub inne objawy związane z dotykiem, zapachem, smakiem, równowagą, propriocepcją, kinestezją lub termocepcją (kod 6B60.3),
- e. ZDON z napadami niepadaczkowymi, z występującą objawową prezentacją drgawek lub konwulsji (kod 6B60.4),
- f. ZDON z zaburzeniami mowy, charakteryzuje się trudnościami w mówieniu (dysfonia), utratą zdolności mówienia (afonia) lub utrudnioną artykulacją mowy (dysartria) (kod 6B60.5),
- g. ZDON z niedowładem lub osłabieniem, z występowaniem trudności lub niezdolnością do celowego poruszania częściami ciała lub koordynowania ruchów (kod 6B60.6),
- h. ZDON z zaburzeniami chodu, z objawami obejmującymi zdolność lub sposób chodzenia pacjenta, w tym ataksję i niezdolność do samodzielnego stania (kod 6B60.7),
- i. ZDON z zaburzeniami ruchu, które charakteryzują się występowaniem objawów, takich jak płasawica, mioklonie, drżenie, dystonia, skurcz twarzy, parkinsonizm lub dyskineza (kod 6B60.8),
- j. ZDON z objawami poznawczymi, tj. trudności w funkcjonowaniu poznawczym w zakresie pamięci, użycia języka, które są niespójne i niezgodne z funkcjonowaniem pacjenta, nie wynikają z obecności zaburzenia neurorozwojowego lub neuropoznawczego, lub innego zaburzenia dysocjacyjnego (kod 6B60.9).

W przypadku młodzieży z ZDON często współwystępują zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe, których objawy często utrzymują się po ustąpieniu objawów ZDON. Wśród nastolatków objawy często mają charakter przejściowy. Pozytywne czynniki prognostyczne obejmują: młodszy wiek, ostry początek związany z wyraźnie rozpoznawalnym stresorem, wczesną diagnozę, jednorodnie objawy, krótki czas trwania objawów i krótki odstęp między wystąpieniem objawów a rozpoczęciem leczenia. Lepsze rokowanie mają również pacjenci z dobrym przystosowaniem przedchorobowym, ponadprzeciętną inteligencją oraz akceptujący psychologiczny charakter zaburzenia. Negatywne czynniki rokownicze obejmują nieprzemijające objawy, wielobjawowy charakter zaburzenia i współwystępujące zaburzenia psychiczne (np. zaburzenia nastroju lub zaburzenia lękowe). Gorsze rokowania

mają również pacjenci z dezadaptacyjnymi cechami osobowości, osoby, które doświadczyły nadużycia seksualnego lub gorszego funkcjonowania fizycznego przed postawieniem diagnozy.

2. Amnezja dysocjacyjna (6B61 wg ICD-11; F44.0 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Amnezja dysocjacyjna (AMD) dotyczy utraty ciągłości w subiektywnym doświadczeniu i obejmuje brak dostępu do informacji lub do kontrolowania funkcji pamięci; wyraża się niezdolnością do odtworzenia ważnych wspomnień autobiograficznych, zazwyczaj stresujących, traumatycznych wydarzeń.

Obraz kliniczny

Amnezja dysocjacyjna, w odróżnieniu od trwałej amnezji spowodowanej czynnikami organicznymi, jest potencjalnie odwracalna, ponieważ informacje są prawidłowo magazynowane w pamięci przy braku do nich dostępu. Pacjent często nie jest lub jest tylko częściowo świadomy swoich problemów z pamięcią. Wyróżnia się niepamięć selektywną (osoba zapomina tylko pewne wybrane fragmenty zdarzeń z danego okresu), zlokalizowaną (osoba nie pamięta niczego z danego okresu, zwykle pierwszych kilku godzin po traumatycznym wydarzeniu) oraz ciągłą (osoba nie pamięta niczego poza określonym momentem z przeszłości). Bardzo rzadko występuje amnezja całościowa (utrata pamięci co do własnej historii sprzed traumatycznego wydarzenia i włącznie z traumatycznym wydarzeniem), na ogół ma ona ostry początek. Amnezji całkowitej mogą towarzyszyć dezorientacja i bezcelowe podróże lub dziwaczne wędrówki (tzw. fuga). Zakres i intensywność objawów są zmienne. Chory często przejawia postawę spokojnej akceptacji wobec objawów, czasem zagubienia i stresu, ale rzadko depresji. Objawy często ustępują nagle. Zaburzenie może wystąpić w postaci pojedynczego epizodu lub powracać w sposób cykliczny.

3. Trans (6B62 wg ICD-11; F44.3 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Trans (TR) charakteryzuje się występowaniem wyraźnej zmiany stanu świadomości bezpośredniego otoczenia lub utraty poczucia tożsamości jednostki, w którym (a) doświadcza ona zawężenia percepcji, selektywnie skupia się na bodźcach zewnętrznych; (b) ogranicza ruchy i wypowiedzi do powtarzania ograniczonego repertuaru, który jest doświadczany przez pacjenta jako pozostający poza jego kontrolą. Stany transowe są mimowolne i niepożądane, nie są akceptowane jako część zbiorowej praktyki kulturowej lub religijnej i powodują znaczne cierpienie lub poważne trudności w funkcjonowaniu indywidualnym, rodzinnym, społecznym jednostki. Rozpoznanie TR jest oparte na powtarzalności jego epizodów lub na pojedynczym epizodzie, jeśli trwał co najmniej kilka dni. Większość stanów transu jest krótka i nietrwała, odnosi się do doświadczeń kulturowych i religijnych. Diagnoza TR nie powinna być stosowana w odniesieniu do doświadczeń

akceptowanych w kontekście indywidualnym jako zbiorowe zjawiska kulturowe lub jako część praktyk religijnych. Ponadto diagnostyka nie powinna być stosowana do epizodów transu, jeśli nie powodują one znaczących dolegliwości lub zaburzeń czynnościowych. Pojedyncze i przemijające (minuty do godzin) doświadczenia transowe, które powodują niewielkie nasilenie stresu lub upośledzenia funkcjonowania, mogą wystąpić w stresujących okolicznościach, w szczególności w związku z współistniejącymi zaburzeniami nastroju lub lękowymi.

Obraz kliniczny

Czas trwania i intensywność epizodów transu różnią się znacznie. Większość powtarzających się epizodów jest krótka, a osoby mogą wchodzić i wychodzić z TR kilka razy w ciągu danego epizodu. Ostre powtarzające się epizody TR zwykle trwają od kilku minut do kilku godzin, po których następuje okres wyczerpania. Działania wykonywane podczas TR (np. wpatrywanie się w jeden punkt, upadanie lub głośne mówienie do siebie różnymi głosami) nie są zazwyczaj złożone. Może im towarzyszyć całkowita lub częściowa amnezja. Długotrwały przebieg zaburzenia jest zmienny i waha się od pojedynczego długotrwałego epizodu do kilku nawrotów w ciągu lat. Pacjenci z TR często zgłaszają objawy prodromalne, takie jak: dolegliwości somatyczne, a także uczucie obecności (tj. uczucie, że nie jest się samym).

4. Opętanie (6B63 wg ICD-11; F44.3 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Opętanie (OP) dotyczy stanów, w których stan świadomości jednostki ulega znacznej zmianie, poczucie tożsamości jest zastępowane zewnętrzną tożsamością, a zachowania lub ruchy jednostki są doświadczane jako kontrolowane przez zewnętrznego byt. Epizody OP powtarzają się lub, jeśli diagnoza opiera się na pojedynczym epizodzie, epizod musi trwać co najmniej kilka dni. Stan ten jest mimowolny i niepożądany, i nie jest akceptowany jako element zbiorowej praktyki kulturowej lub religijnej.

Obraz kliniczny

Epizody OP są przypisywane wpływowi zewnętrznego 'posiadającego' umysłu, mocy, bóstwa lub innego duchowego bytu, które często są doświadczane jako pożądane lub wrogie. Stany OP często obejmują bardziej złożone czynności (np. spójne rozmowy, charakterystyczne gesty, mimikę, specyficzne werbalizacje, ale także halucynacje) niż typowe dla stanów transu, które zwykle obejmują proste czynności (np. wpatrywanie się, upadanie). Zachowania lub ruchy są często stereotypowe i mogą odzwierciedlać wpływy kulturowe. W przeciwieństwie do transu, poczucie osobistej tożsamości jednostki jest doświadczane jako zastępowane przez zewnętrznego ducha, moc, bóstwo lub inną duchową istotę. OP charakteryzuje się zwykle całkowitą lub częściową amnezją epizodu.

Diagnoza OP nie powinna być stosowana do doświadczeń akceptowanych w indywidualnym kontekście jako zbiorowe zjawiska kulturowe lub jako część praktyk religijnych. Pojedyncze i przemijające (minuty do godzin) doświadczenia przypominające OP mogą wystąpić w stresujących okolicznościach, szczególnie w związku z istniejącymi zaburzeniami nastroju lub zaburzeniami lękowymi.

Epizody OP znacznie się różnią co do czasu trwania i intensywności; mogą występować w klastrach (tj. wiele przypadków zachodzących w bliskiej odległości czasowej lub przestrzennej) i mogą być związane z podatnością na sugestię masową. Pacjenci z zaburzeniami OP często zgłaszają objawy zwiastujące, powszechne są dolegliwości somatyczne, a także poczucie obecności.

5. Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (6B64 wg ICD-11)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (DZT) charakteryzuje się występowaniem dwóch lub większej ilości odrębnych stanów osobowości (tożsamości dysocjacyjnych), z wyraźnym brakiem ciągłości w poczuciu siebie. Każdy stan osobowości zawiera własny wzorzec postrzegania, zdolności poznawczych, funkcji ruchowych i czuciowych, wyrażania emocji, pamięci oraz poczucia kontroli. Co najmniej dwa odrębne stany osobowości nawracająco przejmują kontrolę wykonawczą nad świadomością jednostki i funkcjonowaniem w interakcji z innymi lub ze środowiskiem. Kryterium rozpoznania stanowi obecność luk pamięciowych, niezwiązanych ze zwykłym procesem zapominania. Objawy nie mogą być lepiej wyjaśniane przez inne zaburzenie psychiczne (np. schizofrenię).

Obraz kliniczny

W DZT co najmniej dwa odrębne stany osobowości w sposób nawracający przejmują kontrolę nad świadomością własnej tożsamości jednostki i jej funkcjonowaniem w interakcjach z innymi, podczas wykonywania określonych aspektów życia codziennego lub w odpowiedzi na określone sytuacje (np. postrzeganych jako zagrażające). Naprzemienne stany osobowości nie zawsze są związane z amnezją, co oznacza, że jeden stan osobowości może mieć świadomość i pamięć działań innego stanu osobowości podczas określonego epizodu. Jednak powtarzające się, niezwiązane ze zwykłym procesem zapominania luki pamięciowe dotyczące codziennego funkcjonowania i ważnych informacji osobistych, w tym także wydarzeń traumatycznych, są zazwyczaj obecne w pewnym momencie w przebiegu choroby. DZT ma zwykle nawracający i zmienny przebieg, często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi i wpływa na ich obraz kliniczny; pacjenci są narażeni na wysokie ryzyko samookaleczeń i prób samobójczych. Identyfikacja DZT u dzieci może być trudna, ponieważ objawy nakładają się na inne zaburzenia psychiczne, najczęściej związane z problemami behawioralnymi, objawami nastroju i lęku, trudnościami w uczeniu się i omamami słuchowymi. Małe dzieci często rzutują swoją zdysocjowaną tożsamość na zabawki lub inne przedmioty, co powoduje, że nieprawidłowości mogą stać się wykrywalne dopiero wraz z wiekiem, gdy ich zachowania są mniej adekwatne do wieku. Dziecko może mieć wyobrażonych przyjaciół, 'wewnętrznych znajomych, o których nikt nie wie' lub mówić o 'niewidzialnym przyjacielu'; mogą być oni identyfikowani jako: pomocnicy, obrońcy, opiekunowie, sprawcy. Dziecko może odczuwać ich jako byty pomocne, kontrolujące, konfliktowe, ale też bać się ich lub chcieć się ich pozbyć. Może 'słyszeć', jak walczą ze sobą lub przekazują wiadomości, słyszeć w swojej głowie 'głosy' mówiące lub krzyżące, nakazujące krzywdzenie samego siebie, znęcanie się lub atakowanie innych albo okazywanie nieodpowiedniego zachowania.

Objawy DZT w okresie dojrzewania muszą być różnicowane z typowymi dla rozwoju trudnościami w regulacji emocjonalnej i behawioralnej. Starsi pacjenci z DZT mogą prezentować objawy podobne do paranoi, objawów psychotycznych lub obsesyjno-kompulsyjnych. Objawy mogą samoistnie ustępować wraz z wiekiem, nawroty mogą wystąpić w okresach zwiększonego stresu.

Zaobserwowano znaczne różnice między płciami w objawach DZT. Kobiety doświadczają ostrzejszych stanów dysocjacyjnych (np. amnezja, objawy konwersji, samookaleczenia) niż mężczyźni, którzy częściej zaprzeczają swoim objawom lub wykazują agresywne lub przestępcze zachowania. Na cechy DZT może mieć wpływ pochodzenie kulturowe jednostki, objawy, które są powszechne w danej społeczności, pojawiają się częściej w DZT.

6. Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (6B65 wg ICD-11)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (CDZT) oznacza występowanie dwóch lub większej liczby odrębnych osobowości (tożsamości dysocjacyjnych), przy czym jedna osobowość jest dominująca i funkcjonuje w codziennym życiu (np. życie rodzinne, rola ucznia), ale jest zakłócana przez jedną lub większą liczbę niedominujących osobowości jedynie w postaci intruzji dysocjacyjnych. Zakłócenia te mogą mieć charakter poznawczy (intruzywne myśli), afektywny (intruzywne afekty, takie jak strach, gniew lub wstyd) (np. przeszkadzające głosy, ulotne postrzeganie wzrokowe, wrażenia, takie jak dotyk), motoryczne (np. mimowolne ruchy ręki) lub behawioralne (np. działanie pozbawione poczucia sprawstwa lub własności) i są zazwyczaj doświadczane jako awersyjne. Każdy stan osobowości zawiera własny wzorzec doświadczania, postrzegania, pojmowania i odnoszenia się do siebie, ciała i środowiska. Niedominujące stany osobowości mogą wystąpić sporadycznie jako ograniczone i przemijające epizody, w których angażują się w ograniczone zachowania, takie jak reakcja na skrajne stany emocjonalne, epizody samookaleczeń lub odtwarzania traumatycznych wspomnień. Intruzje są doświadczane wewnętrznie i mogą nie być oczywiste dla obserwatorów; obserwowana zmiana tożsamości jest zazwyczaj wskaźnikiem dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. Intruzje dysocjacyjne nie wiążą się najczęściej z niepamięcią; jeśli jest ona obecna, jest zwykle krótka i ogranicza się do ekstremalnych stanów emocjonalnych lub epizodów samookaleczeń. CDZT często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Obraz kliniczny

W CDZT niedominujące stany osobowości nie są rozwinięte w stopniu obserwowanym w DZT; mogą być ograniczone np. do odtwarzania konkretnych myśli, uczuć czy traumatycznych wspomnień. Pacjenci doświadczają intruzji dysocjacyjnych przypisywanych podmiotom zarówno wewnętrznym, jak i zewnętrznym. W przeciwieństwie do DZT, epizody amnezji w CDZT, jeśli występują, są zazwyczaj krótkie i ograniczone do ekstremalnych stanów emocjonalnych lub epizodów samookaleczenia. CDZT ma zwykle nawracający i zmienny przebieg kliniczny. Objawy mogą samoistnie zmniejszać się wraz z wiekiem; jednak u osób starszych, okresy zwiększonego stresu mogą powodować nawrót objawów.

7. Zaburzenie depersonalizacji–derealizacji (6B66 wg ICD-11)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenie depersonalizacji–derealizacji charakteryzuje się doświadczaniem własnej podmiotowości jako dziwnej, nierzeczywistej lub poczuciem oderwania od swoich myśli, uczuć, wrażeń, ciała lub działań w taki sposób, jakby pacjent był zewnętrznym obserwatorem swoich myśli, uczuć, doznań, powodując emocjonalne lub fizyczne odrętwienie. Derealizacja charakteryzuje się doświadczaniem innych osób, przedmiotów lub świata jako dziwnych lub nierzeczywistych (np. sennych, odległych, mglistych, pozbawionych życia, bezbarwnych lub zniekształconych wizualnie). Uporczywe lub powtarzające się doświadczenia jednego lub obu zaburzeń – depersonalizacji lub derealizacji (ZDD) w stopniu zaburzającym funkcjonowanie spełnia kryteria zaburzenia konwersyjnego.

ZDD są powszechne w innych zaburzeniach dysocjacyjnych, w szczególności w ZTD, CZTD, OP i TR; jeśli kryteria diagnostyczne innego zaburzenia dysocjacyjnego są spełnione, nie należy przypisywać dodatkowej diagnozy ZDD. Ta sama zasada dotyczy rozpoznania schizofrenii, depresji i zaburzeń lękowych oraz doświadczeń depersonalizacji obecnych u osób z zaburzeniami osobowości. Doświadczenia DD są powszechne w zespole stresu pourazowego; jeśli ogranicza się do epizodów ponownego doświadczania, nie należy przypisywać dodatkowej diagnozy ZDD. Jeśli jednak klinicznie istotna depersonalizacja i derealizacja występują poza epizodami ponownego przeżycia lub utrzymują się po ich wystąpieniu, a wymagania diagnostyczne obu zaburzeń są spełnione, można przypisać dodatkową diagnozę ZDD.

Obraz kliniczny

Podczas doświadczeń ZDD testowanie rzeczywistości pozostaje nienaruszone. Epizody mogą mieć różny czas trwania, od krótkich (np. godziny lub dni) do długotrwałych (np. tygodnie, miesiące lub lata); przebieg choroby jest zwykle przewlekły i uporczywy. Początek zaburzenia może się różnić, od ostrego do stopniowego i podstępnego, z początkowymi epizodami o ograniczonym nasileniu i częstotliwości, po których następują bardziej ekstremalne i uporczywe. Intensywność objawów może być różna w poszczególnych epizodach lub utrzymywać się na stałym poziomie przez lata lub nawet dekady. Częstym objawem towarzyszącym ZDD jest zmienione poczucie czasu, takie jak subiektywne doświadczenie spowolnienia lub przyspieszenia czasu. ZDD towarzyszą myśli katastroficzne (np. częste lęki przed 'utratą zmysłów'), brak wyrazistości wspomnień autobiograficznych oraz wysoka reaktywność fizjologiczna na bodźce emocjonalne. ZDD często współwystępuje z zaburzeniami nastroju, lękowymi lub zaburzeniami osobowości.

Poniżej łącznie podano dane dotyczące epidemiologii i etiologii zaburzeń dysocjacyjnych

Epidemiologia

Zaburzenia związane z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi rozpoczynają się zwykle między okresem dojrzewania a wczesną dorosłością; początek we wczesnym dzieciństwie, jak i po 35 r.ż. jest rzadkością, 2–3 razy częściej diagnozowane w kobiet w młodszym wieku. Początek zwykle jest ostry, objawy są zazwyczaj krótkotrwałe, remisja może nastąpić w ciągu 2 tygodni, ale często też mają charakter trwały (zwłaszcza gdy czynniki stresowe są nadal

obecne w życiu pacjenta). Zaburzenia ruchu i napady niepadaczkowe są najczęstszym rozpoznaniem w tej kategorii zaburzeń dysocjacyjnych w grupie dzieci i młodzieży. Zakres i liczba obserwowanych objawów często rozszerzają się wraz z wiekiem i czasem trwania choroby. Amnezja dysocjacyjna znacznie częściej dotyka kobiet, zwłaszcza młodych, natomiast zaburzenia transowe oraz opętanie najczęściej stwierdza się u młodych dorosłych (średni wiek to 20–25 lat), z częstością porównywalną u obu płci, najczęściej. Objawy opętania zwykle przebiegają w postaci od pojedynczego, dłuższego epizodu do kilku nawrotów w ciągu lat. Z kolei dysocjacyjne zaburzenia tożsamości rozpoczynają się w okresie dzieciństwa i okresie dojrzewania (najczęściej 11–15 r.ż.), częstość występowania w tej grupie jest szacowana na 2–3,7%, w odniesieniu do płci zarówno żeńskiej, jak i męskiej. Po okresie dojrzewania częstość występowania jest dziewięciokrotnie wyższa u kobiet. Późniejszy początek często wiąże się z obecnością narastającego stresu w funkcjonowaniu, ale także z występowaniem deficytów poznawczych i behawioralnych. Początek częściowych dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości może nastąpić na każdym etapie życia, od wczesnego dzieciństwa do późnej dorosłości, z przewagą u płci żeńskiej. Średni wiek zachorowania na zaburzenie depersonalizacji-derealizacji to ok. 16 lat, objawy występują z podobną częstością wśród płci żeńskiej i męskiej. Początek choroby po 25 r.ż. jest bardzo rzadki.

Etiologia

Występowanie objawów zaburzeń dysocjacyjnych najczęściej jest związane z doświadczeniem zdarzeń traumatycznych lub niepożądanych wydarzeń życiowych. Do najczęstszych stresorów psychospołecznych związanych z występowaniem zaburzeń związanych z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi należą niepożądane wydarzenia życiowe, w tym urazy fizyczne, wcześniejsza choroba układu nerwowego, nadużycia lub zaniedbania w dzieciństwie, u dzieci zastraszanie, trudności związane z funkcjonowaniem w szkole, konflikt rodzinny lub separacja rodziców oraz śmierć krewnego lub przyjaciela. Osoby z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi często dorastają w rodzinach, które są nadmiernie zaabsorbowane chorobą. W przypadku kobiet wśród czynników spustowych wymienia się doświadczenie stresu w relacjach interpersonalnych, natomiast w przypadku mężczyzn często w wywiadzie stwierdza się udział w wypadkach komunikacyjnych, przemysłowych i wojskowych. Pacjenci mogą prezentować objawy przypominające objawy chorób fizycznych obecnych u członków rodziny lub znajomych. ZDNO występują częściej w społecznościach o niskim statusie ekonomicznym, a różnice w rozpowszechnieniu mogą odzwierciedlać większą ekspozycję na sytuacje traumatyczne, a także brak zgody na bezpośrednie wyrażanie złości lub wyrażanie niepokoju przez objawy somatyczne. Krótkotrwałe zmiany funkcji czuciowych lub poznawczych mogą towarzyszyć intensywnemu zaangażowaniu w pracę lub intensywnym stanom emocjonalnym. Przejściowe trudności w koordynacji ruchów (np. w sytuacjach niepokoju) są dość częste i nie powodują znacznego upośledzenia funkcjonowania i nie są traktowane jako objawy zaburzenia dysocjacyjnego.

W etiologii amnezji dysocjacyjnej rozpatruje się interakcję czynników genetycznych i środowiskowych. Pojawienie się objawów najczęściej jest związane z silnym wydarzeniem o charakterze traumatycznym, pojedynczym lub powtarzającym się (np. wojna, maltretowanie w dzieciństwie, nadużycie seksualne, klęska żywiołowa, skrajny stres emocjonalny). Z kolei stany transu i opętania mogą być spowodowane znacznym stresem emocjonalnym, gniewem lub wzmoczoną frustracją. Istotną rolę odgrywają także trudności w funkcjonowaniu rodzinnym, traumy związane z wojną oraz konflikty międzyludzkie

związane z tematyką religijną lub kulturową. Za czynniki predysponujące u nastolatków uznaje się niestabilność emocjonalną, dużą pobudliwość. Częstość występowania epizodów zaburzeń transowych może wzrastać w ramach zbiorowej (masowej) reakcji na traumatyczne wydarzenia dotykające całą społeczność, takie jak epidemia choroby. Wzrost rozpowszechnienia przypisuje się również szybkim zmianom społecznym lub kulturowym w dotkniętych nimi społecznościach, gdzie objawy mogą być wyrazem sprzeciwu wobec zmieniających się wartości.

W etiologii dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości podkreśla się przede wszystkim znaczenie interakcji między czynnikami osobniczymi, genetycznymi i środowiskowymi. Uwarunkowania biologiczne obejmują czynniki biorące udział w rozwoju i reorganizacji kory przedczołowej. Cechą predysponującą jest płeć żeńska (75–90% pacjentów dorosłych) oraz podatność na hipnozę i tendencja do fantazjowania, łatwe uleganie sugestii. Zaburzenie jest często związane z poważnymi lub przewlekłymi traumatycznymi wydarzeniami życiowymi, w tym nadużyciami fizycznymi, seksualnymi lub emocjonalnymi, skrajnym zaniedbaniem, obecnością przemocy w dzieciństwie (86% pacjentów z ZDT). Nawracające lub przewlekłe trwające doświadczenia traumatyczne wiążą się z gorszymi rokowaniami, wpływając u dzieci także na rozwój struktur mózgowych, głównie obniżenie objętości ciała migdałowatego, hipokampu i kory oczodołowo-czołowej oraz nieprawidłowości w aktywności płatów czołowych i skroniowych. Częściowe dysocjacyjne zaburzenia tożsamości często związane są z poważnymi lub przewlekłymi traumatycznymi wydarzeniami życiowymi, w tym nadużyciami fizycznymi, seksualnymi lub emocjonalnymi, a także zdezorganizowanym wzorcem przywiązania w dzieciństwie. W przypadku dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości, jak również częściowych dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości początek objawów może być również wywołany usunięciem traumatycznych okoliczności, śmiercią lub poważną chorobą sprawcy nadużycia lub innymi niepowiązanymi traumatycznymi doświadczeniami w późniejszym życiu.

Rozwój objawów zaburzenia depersonalizacji–derealizacji wiąże się najczęściej z niekorzystnymi wydarzeniami życiowymi lub konfliktami interpersonalnymi: doświadczaniem przemocy psychicznej, zaniedbania i innych form traumy interpersonalnej w dzieciństwie, ale w wielu przypadkach nie można powiązać go z żadnymi czynnikami spustowymi. Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, takie jak stres, lęk czy nadmierna stymulacja sensoryczna, brak snu lub używanie substancji, mogą zwiększać nasilenie objawów. Używanie substancji psychoaktywnych, zwłaszcza marihuany lub halucynogenów, jest częstym czynnikiem wywołującym objawy depersonalizacji–derealizacji, jakkolwiek diagnozę zaburzenia depersonalizacji–derealizacji można ustalić tylko wtedy, gdy objawy utrzymują się poza okresem bycia pod wpływem substancji psychoaktywnej (zatrucia) lub odstawienia.

B. Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (F45)

Kategoria w ICD-10 obejmuje:

1. Zaburzenia somatyzacyjne (F45.0) (brak odpowiednika w klasyfikacji ICD-11)
2. Zaburzenie hipochondryczne (F45.2) (kod 6B23 wg ICD-11, zaburzenie umieszczone w kategorii Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia z nim związane, omówione w Sekcji 13)
3. Zaburzenia (dysfunkcje) autonomiczne pod postacią somatyczną (F45.3) (brak odpowiednika w klasyfikacji ICD-11)
4. Uporczywe bóle psychogenne (F45.4) (brak odpowiednika w klasyfikacji ICD-11)

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: Objawy i skargi somatyczne/Inne

Diagnozę zaburzeń pod postacią somatyczną (F45) stosuje się w odniesieniu do zaburzeń charakteryzujących się występowaniem powtarzających się skarg na obecność objawów somatycznych i uporczywego domagania się przez pacjenta kolejnych badań, pomimo ich negatywnych wyników. Jeżeli współistnieją jakiegokolwiek zaburzenia somatyczne, to zwykle nie wyjaśniają one ani natury i nasilenia objawów, ani związanego z nimi cierpienia i zaabsorbowania pacjenta. Zgłaszanie obecności objawów somatycznych, trwających nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, nie jest wystarczające do ustalenia rozpoznania, musi towarzyszyć mu także nadmierne skupianie uwagi na symptomach, utożsamianie naturalnych funkcji ciała z objawami choroby, obawy przed podejmowaniem aktywności fizycznej, sprawdzanie ciała w poszukiwaniu oznak zaburzeń, które są źródłem silnego stresu lub poważnie utrudniają funkcjonowanie, szukanie pomocy i zapewnień lekarzy. Obawy stają się ważną częścią tożsamości, tematem rozmów i sposobem radzenia sobie ze stresem, prowokują poszukiwania informacji na temat choroby i pozyskiwania potwierdzenia zasadności swoich obaw w otoczeniu. Zaburzenia pod postacią somatyczną współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi, najczęściej lękowymi lub nastroju, zaburzeniami osobowości, co stanowi czynnik ryzyka obniżenia funkcjonowania psychospołecznego i sprzyja chronicznemu przebiegowi schorzenia.

1. Zaburzenia somatyzacyjne (F45.0 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Cechą charakterystyczną jest występowanie nawracających i często zmieniających się skarg somatycznych utrzymujących się co najmniej przez dwa lata, w przypadku dzieci zasadnym wydaje się przyjęcie granicy jednego roku. Pacjent nie przyjmuje zapewnień o braku choroby, mimo negatywnych wyników przeprowadzonych badań medycznych. Przebieg zaburzenia jest przewlekły i zmienny; z powodu doświadczanych objawów pogorszeniu ulega

funkcjonowanie indywidualne, społeczne i rodzinne pacjenta. Warunkiem ustalenia rozpoznania jest wykluczenie przyczyn biologicznych.

Obraz kliniczny

Najczęstszymi dolegliwościami zgłaszanymi przez dzieci/adolescentów są: bóle brzucha, bóle głowy, nudności i zmęczenie, a także: objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego (kołatania serca, ból w klatce piersiowej, duszność, spłylenie oddechu), zaburzenia żołądkowo-jelitowe (wymioty, odbijanie, wzdęcia, przyspieszona lub zbyt wolna praca jelit), układu moczowo-płciowego (częste parcie na mocz, dyskomfort w miejscach intymnych) i skórne (plamy, zmiany zabarwienia skóry, świąd). Objawy często mają zmienny charakter i nasilenie (aż do czasowego ustąpienia), najczęściej nie tworzą obrazu żadnej znanej choroby somatycznej; mogą obejmować zarówno jeden układ lub narząd, jak i kilka. Charakterystyczna jest atypowość objawów, oporność na leczenie lub nietypowa odpowiedź na leki niepsychiatryczne. Pacjenci towarzyszy myślenie o sobie w kategoriach 'chorego' i podejmowaniem zachowań związanych z tą rolą. Objawy wzmacniane są poprzez nadmierną koncentrację otoczenia/rodziców/opiekunów (mechanizmu błędnego koła). Zaburzenia somatyzacyjne często współwystępują z zaburzeniami nastroju.

Epidemiologia

Zaburzenie zazwyczaj rozpoczyna się w okresie adolescencji, występuje 3–10 razy częściej u płci żeńskiej; rozpowszechnienie wynosi od 0,2% do 2% wśród kobiet, poniżej 0,2% u mężczyzn.

Etiologia

Wskazuje się na udział czynników genetycznych. Jako czynnik indywidualny predysponujący wymienia się nadmierną wrażliwość na ból, podwyższoną wrażliwość na sygnały z ciała i związaną z nią selektywność uwagi, interpretowanie sygnałów z ciała w kategoriach objawów choroby oraz myślenie katastroficzne związane z niewielkimi dolegliwościami. Podkreślane jest znaczenie wzorców rodzinnych, zwłaszcza ograniczona umiejętność i adekwatność okazywania emocji. Niska reaktywność rodziców w stosunku do ujawnianych przez dziecko potrzeb jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo zachorowania. Inne istotne czynniki to: doświadczenia traumatyczne w okresie dzieciństwa, choroba rodzica/opiekuna, duża koncentracja otoczenia na objawach, nadmierne wymagania, wysoki poziom kontroli otoczenia. Czynnikiem podtrzymującym najczęściej są korzyści 'wtórne'.

2. Zaburzenia (dysfunkcje) autonomiczne pod postacią somatyczną (F45.3)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenie charakteryzuje się zgłaszaniem skarg przypominających zaburzenia funkcji układu lub narządu, który jest głównie lub wyłącznie unerwiony lub kontrolowany przez autonomiczny układ nerwowy (objawy z układu sercowo-naczyniowego, żołądkowo-jelitowego, oddechowego, moczowo-płciowego). Zgłaszane dolegliwości mogą obejmować więcej niż jeden narząd i nie znajdują potwierdzenia w badaniach fizykalnych.

Obraz kliniczny

Najczęściej zgłaszanymi objawami są: odczuwalne bicie serca, nadmierna potliwość, dyskomfort lub ucisk w nadbrzuszu, suchość w jamie ustnej, wypięki lub przejściowe zaczerwienienie skóry twarzy, duszność, nadmierna męczliwość, ból w klatce piersiowej, palenie w gardle, zaburzona praca jelit, wzdęcia, czkawka, uczucie ciężkości. Towarzyszy mu nadmierne skupienie na dolegliwościach i możliwych konsekwencjach, co przynosi poczucie cierpienia, pomimo prawidłowych wyników badań diagnostycznych.

Epidemiologia, etiologia

Rozpowszechnienie zaburzenia nie jest znane. W etiologii podkreślane jest znaczenie czynników osobniczych w postaci biologicznej podatności układu nerwowego i środowiskowych w postaci nadmiernego skoncentrowania uwagi otoczenia na prezentowanych objawach.

3. Uporczywe bóle psychogenne (F45.4 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Rozpoznanie jest ustalane, gdy pacjent zgłasza uporczywy, silny ból pochodzący z jednej lub kilku okolic ciała, którego nie można w pełni wyjaśnić procesami fizjologicznymi ani obecnością zaburzeń somatycznych. Dolegliwości nie są pozorowane ani nie stanowią następstw zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych lub zaburzeń psychotycznych. Objawy trwają co najmniej 6 miesięcy i powodują znaczące pogorszenie funkcjonowania indywidualnego, rodzinnego i społecznego, często prowadzą do izolacji.

Obraz kliniczny

Najczęściej zgłaszane objawy to uporczywe, silne bóle głowy lub dolnego odcinka kręgosłupa, często o charakterze bólów 'wędrujących'. Bóle brzucha (którym mogą towarzyszyć wymioty, bóle głowy) często występują u dzieci między 3 a 9 r.ż., natomiast bóle głowy są częste u starszych dzieci i adolescentów (ból napięciowy, zlokalizowany obustronnie lub w okolicach czołowych). Bóle zazwyczaj narastają w ciągu dnia i ustępują w nocy. Przebieg zaburzenia zazwyczaj jest przewlekły. Często sytuacją jest zgłaszanie się do różnych specjalistów w celu poszukiwania przyczyn lub hospitalizacje. Objawy depresyjne, lękowe (w tym nadmierny lęk przed separacją w przypadku dzieci) oraz nadużywanie leków przeciwbólowych i substancji psychoaktywnych są najczęstszymi problemami współwystępującymi.

Epidemiologia

Dokładne rozpowszechnienie pozostaje nieznane. Ok. 50% adolescentów zgłaszających się po poradę ambulatoryjnie komunikuje dolegliwości bólowe, ok. 2–10% populacji dzieci cierpi na dolegliwości bólowe o niewyjaśnionym podłożu; częściej są to dziewczynki. Początek zaburzenia może pojawić się w każdym wieku; typowy wiek wystąpienia objawów u dziewcząt to 11–19 lat, u chłopców zaś 13 r.ż.

Etiologia

Podstawę trudności stanowi tendencja do manifestowania problemów psychicznych w postaci skarg somatycznych. W rodzinach pochodzenia często są obecne zaburzenia depresyjne, zespół zależności alkoholowej oraz bóle psychogenne. Istotne znaczenie odgrywają również czynniki środowiskowe, w tym niska responsywność otoczenia, brak treningu komunikacji emocji.

Poniżej łącznie opisano standardy/rekomendacje dotyczące postępowania w przypadku zaburzeń dysocjacyjnych oraz zaburzeń występujących pod postacią somatyczną

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

W przypadku każdego dziecka/adolescenta z zaburzeniami dysocjacyjnymi/zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną należy przeprowadzić szczegółową ocenę ukierunkowaną na:

- a. kompleksowe badanie stanu somatycznego, w tym badanie neurologiczne, w celu wykluczenia organicznych przyczyn dolegliwości oraz ograniczenia nieuzasadnionego, wielokrotnego powtarzania badań i konsultacji medycznych, zazwyczaj prowadzących do jatrogennego nasilenia objawów i negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania pacjenta (Uwaga! Zawsze należy rozważyć możliwość nakładania się objawów dysocjacyjnych na zaburzenia neurologiczne i inne stany medyczne, zwłaszcza w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym, ze względu na bardzo rzadkie występowanie ZD w tej grupie wiekowej. W sytuacji współwystępowania z objawami dysocjacyjnymi schorzeń somatycznych, w pierwszej kolejności należy dążyć do ustabilizowania stanu fizycznego, prowadząc leczenie zgodnie z obowiązującymi standardami),
- b. przesiewowe badanie psychiatryczne pod kątem występowania odpowiednich do wieku zaburzeń psychicznych, emocjonalnych i behawioralnych (objawy dysocjacyjne mogą być objawami leżącymi u podłoża niewykrytych zaburzeń psychicznych),
- c. wywiad rozwojowy i rodzinny, w szczególności w kierunku obecności u pozostałych członków rodziny/otoczenia dziecka/adolescenta objawów somatycznych lub psychopatologicznych, które mogą stanowić model dla prezentowanych przez dziecko/adolescenta objawów dysocjacyjnych,
- d. percepcję i przekonania dziecka/adolescenta i jego rodziców/opiekunów na temat przyczyn występujących objawów (możliwość zaakceptowania niesomatycznych przyczyn zaburzenia).

Standard 2

Każde dziecko/adolescent z zaburzeniami dysocjacyjnymi/zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną powinno/powinien zostać poddane/poddany ocenie i diagnostyce psychologicznej o charakterze klinicznym, ukierunkowanej na badanie: (1) funkcjonowania emocjonalnego, społecznego, adaptacji szkolnej i diagnostykę różnicową, (2) zasobów i słabych stron, indywidualnych oraz otoczenia, w tym w szczególności w zakresie umiejętności rozpoznawania i regulowania emocji, radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami życiowymi, poszukiwania wsparcia. Wymagany elementem oceny jest poszukiwanie wszystkich, aktualnych/występujących w przeszłości, potencjalnych stresorów, w tym problemów psychospołecznych, w celu ustalenia, czasowego związku z wystąpieniem

objawów dysocjacji. Ważne jest, by ocena ta była dokonana z uwzględnieniem perspektywy rozwojowej dziecka/adolescenta. Należy również podjąć próbę zidentyfikowania wtórnych korzyści wynikających z obecności objawów zaburzenia dysocjacyjnego/zaburzeń występujących pod postacią somatyczną.

Standard 3

Wszelkie interwencje psychologiczne kierowane do dzieci/adolescentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi/zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym i motywującym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z uwzględnieniem potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów (terapia z udziałem dziecka i rodzica) oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Rekomendacja 1

Konieczne jest jak najszybsze rozpoczęcie leczenia zaburzeń dysocjacyjnych/zaburzeń występujących pod postacią somatyczną u dzieci/adolescentów w celu zapobiegania przewlekaniu się objawów i przyszłej niepełnosprawności. Postępowanie obejmuje: (a) wczesne leczenie ukierunkowane na usunięcie objawów, nakierowane na maksymalizację funkcjonowania i redukcję objawów dysocjacyjnych oraz (b) długotrwałe leczenie ukierunkowane na ustąpienie stresorów i zapobieganie kolejnym epizodom.

Rekomendacja 2

Podstawą skutecznego leczenia dzieci/adolescentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi/zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną jest nawiązanie relacji terapeutycznej i przymierza z dzieckiem/adolescentem oraz rodzicami/opiekunami (zazwyczaj wykluczenie organicznych przyczyn objawów i przyjęcie przyczyn psychologicznych jest stanowczo odrzucane przez rodziców/opiekunów). Należy unikać postawy konfrontacyjnej w wyjaśnianiu charakteru objawów i przyjąć takie samo niekonfrontacyjne, spokojne podejście do zaburzenia, jakie ma dziecko/adolescent oraz rodzice/opiekunowie.

Standard 4

Postępowaniem z wyboru w przypadku dzieci/adolescentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi/zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną jest zastosowanie psychoterapii (indywidualnej lub grupowej), w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowanej do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniającej zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

Wszystkim dzieciom/adolescentom z zaburzeniami dysocjacyjnymi/zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną, które doświadczyły skrajnie stresujących i traumatyzujących wydarzeń życiowych jako leczenie pierwszego rzutu należy oferować terapię zorientowaną na traumę opartą na dowodach naukowych, z zaangażowaniem rodziny lub opiekunów, dostosowaną do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych. W sytuacji podejrzenia lub rozpoznania zjawiska przemocy wobec dziecka/adolescenta z zaburzeniami dysocjacyjnymi należy postępować zgodnie ze standardami opisanymi w Sekcji 13.

Standard 5

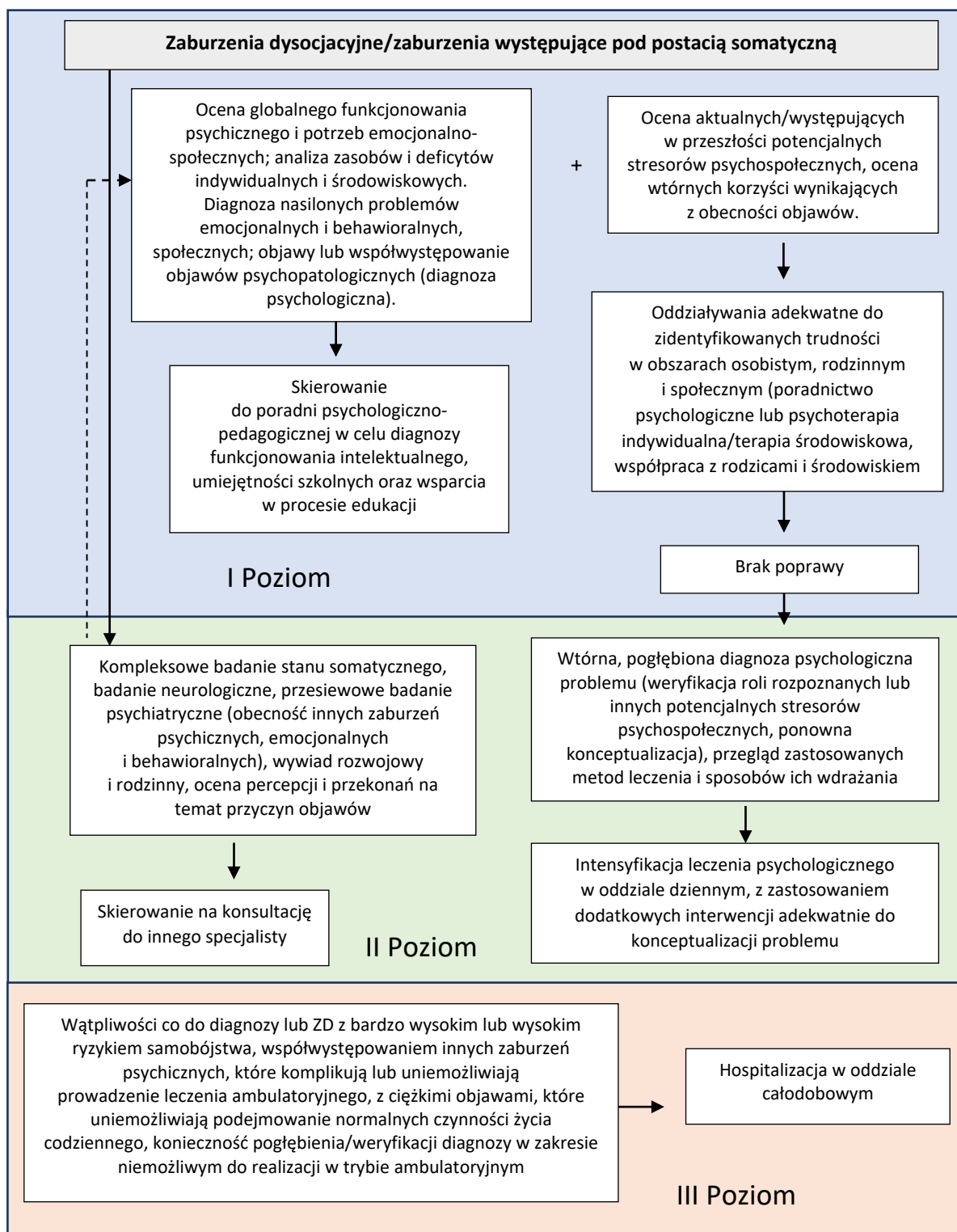
Jeśli pomimo podjęcia adekwatnych działań nie nastąpiła oczekiwana poprawa, należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu jego leczenia, w tym w szczególności powtórny weryfikację roli rozpoznanych lub innych potencjalnych stresorów psychospołecznych oraz pogłębioną diagnozę psychologiczną, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania.

Standard 6

Leczenie farmakologiczne jest prowadzone wyłącznie w odniesieniu do objawów współwystępujących zaburzeń psychicznych, emocjonalnych i behawioralnych, zgodnie z obowiązującymi standardami.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci/adolescentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi/zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia psychologicznego w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) wątpliwości co do diagnozy, (b) bardzo wysokiego lub wysokiego ryzyka samobójstwa, (c) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, która komplikuje lub uniemożliwia prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (d) bardzo nasilonych objawów dysocjacyjnych, które uniemożliwiają podejmowanie normalnych czynności życia codziennego lub prowadzą do znacznych zaburzeń funkcjonowania, (e) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.



SEKCJA 14

Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym

Do zaburzeń specyficznie związanych ze stresem należą:

1. Zespół stresu pourazowego (6B40 wg ICD-11; F43.1 wg ICD-10)
2. Złożone zaburzenie stresowe pourazowe (6B41 wg ICD-11)
3. Zaburzenie związane z przedłużającą się żałobą (6B42 wg ICD-11)
4. Zaburzenia adaptacyjne (6B43 wg ICD-11; F43.2 wg ICD-10)
5. Reaktywne zaburzenia więzi (6B44 wg ICD-11)
6. Zaburzenie polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych (6B45 wg ICD-11)
7. Inne określone zaburzenia szczególnie związane ze stresem (6B4Y wg ICD-11)

Z podrozdziału wyeliminowano kategorię Ostra reakcja na stres (QE84 wg ICD-11; F43.0 wg ICD-10), którą przeniesiono do podrozdziału „Problemy związane ze szkodliwymi lub traumatycznymi wydarzeniami” w rozdziale „Czynniki wpływające na stan zdrowia lub powodujące kontakt z pracownikami ochrony zdrowia”

Diagnoza psychologiczna: Zaburzenia wynikające z uwarunkowań środowiskowych

1. Zespół stresu pourazowego, PTSD (6B40 wg ICD-11; F43.1 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) może rozwinąć się po ekspozycji na wyjątkowo zagrażające lub przerażające wydarzenie lub serię wydarzeń. Charakteryzuje się: (1) ponownym przeżywaniem traumatycznego wydarzenia w teraźniejszości (żywe natrętne wspomnienia, retrospekcje lub koszmary); (2) unikaniem myśli i wspomnień dotyczących zdarzenia lub unikaniem czynności, sytuacji lub osób je przypominających; (3) utrzymującym się poczuciem zwiększonego zagrożenia, np. w postaci wzmożonej czujności lub nasilonej reakcji przestraszenia na bodźce, takie jak nieoczekiwane hałasy. Objawy utrzymują się przez co najmniej kilka tygodni i powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania osobistego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego, zawodowego lub innych ważnych obszarów funkcjonowania.

Obraz kliniczny

Narażenie na wydarzenie lub sytuację (krótko- lub długotrwałą) o wyjątkowo zagrażającym lub przerażającym charakterze może obejmować: bezpośrednie doświadczenie klęsk żywiołowych, walk, wypadków, przemocy seksualnej, napaści lub choroby zagrażającej życiu; bycie świadkiem grożącego zranienia lub śmierci innych osób w sposób nagły; dowiedzenie się o niespodziewanej śmierci bliskiej osoby. Po wydarzeniu lub sytuacji traumatycznej rozwijają się charakterystyczne objawy trwające co najmniej kilka tygodni. Dochodzi wówczas do ponownego przeżywania traumatycznego wydarzenia, kiedy to wydarzenie jest nie tylko pamiętane, lecz także doświadczane jako występujące ponownie. Zazwyczaj występuje to w postaci żywych, natrętnych wspomnień lub obrazów o różnym stopniu

nasilenia – od łagodnego (przejęciowe poczucie, że wydarzenie powtarza się w teraźniejszości) do ciężkiego (całkowita utrata świadomości obecnego otoczenia). Zwłaszcza u dzieci może to przebiegać również jako powtarzające się sny lub koszmary, które są tematycznie związane z traumatycznym wydarzeniem. Ponownemu przeżywaniu towarzyszą zazwyczaj silne lub przytłaczające emocje, takie jak strach lub przerażenie, oraz silne doznania fizyczne. Ponowne przeżywanie w teraźniejszości może również wiązać się z uczuciem przytłoczenia. Należy jednak pamiętać, że rozmyślanie lub roztrząsanie wydarzenia i przypominanie sobie uczuć, których się wtedy doświadczyło, nie spełnia wymogu ponownego doświadczenia. Celowe unikanie sytuacji, które mogą spowodować ponowne przeżycie traumatycznego zdarzenia, może przyjąć formę aktywnego wewnętrznego unikania myśli i wspomnień związanych z wydarzeniem lub zewnętrznego unikania ludzi, rozmów, czynności lub sytuacji przypominających to wydarzenie. Towarzyszy temu także uporczywe postrzeganie zwiększonego zagrożenia, np. poprzez nadmierną czujność lub zwiększoną reakcję na bodźce, takie jak nieoczekiwane dźwięki. Inne objawy PTSD są mniej specyficzne i mogą obejmować również ogólną dysfориę, objawy dysocjacyjne, dolegliwości somatyczne, idee i zachowania samobójcze, wycofanie społeczne, nadmierne spożycie alkoholu lub narkotyków w celu uniknięcia ponownego przeżywania lub opanowania reakcji emocjonalnych, objawy lękowe, w tym ataki paniki, oraz obsesje lub kompulsje w odpowiedzi na wspomnienia lub przypomnienia o traumie.

Epidemiologia

Rozpowszechnienie PTSD wynosi ok. 3,5% jakkolwiek w metaanalizach populacji dzieci i młodzieży sięga nawet 20%. Obserwuje się znaczną heterogeniczność wyników dotyczących występowania reakcji na stres w różnych grupach wiekowych i krajach.

Etiologia

Na prawdopodobieństwo rozwoju PTSD oraz prezentację zaburzenia wpływa wiele indywidualnych i społecznych czynników ryzyka: (a) historia ekspozycji na traumę przed zdarzeniem traumatycznym, (b) niższy poziom edukacji, (c) niższy status społeczno-ekonomiczny, (d) trudności w dzieciństwie (urazy/nadużycia), (e) osobista i rodzinna historia psychiatryczna, (f) płeć żeńska, (g) słabe wsparcie społeczne, (h) urazy fizyczne, (i) początkowe nasilenie reakcji na traumatyczne wydarzenie. Stwierdzono, że częstotliwość, z jaką PTSD pojawia się po zdarzeniu traumatycznym, zależy od cech jednostki i zdarzenia wywołującego.

Dokładna patofizjologia PTSD pozostaje nieznaną. Dominujący model powstawania PTSD sugeruje, że zaburzenie odzwierciedla niezdolność do hamowania strachu. Traumatyczne wydarzenia mogą skutkować warunkowaniem strachu, a widoki, dźwięki, zapachy i inne bodźce obecne podczas doświadczenia zostają powiązane z intensywnym strachem i pobudzeniem przeżywanym podczas wydarzenia. W przypadku większości osób reakcje strachu na bodźce związane z traumą zmniejszają się z czasem w wyniku uczenia się wygaszania, dzięki czemu wielokrotna ekspozycja na przypomnienia o traumie przy braku zagrożenia generuje nowe skojarzenia. Jednak w przypadku osób z PTSD proces ten nie następuje lub następuje wolniej. Dowody na ten model PTSD ujawniają zakłócenia w strukturze i funkcji obszarów mózgu zaangażowanych w uczenie się i wygaszanie strachu, w tym ciała migdałowatego, hipokampu, przedniej kory obręczy (ACC) i brzuszno-przyśrodkowej części przedczołowej kory mózgowej (vmPFC). PTSD jest szczególnie związany

z podwyższoną aktywacją ciała migdałowatego, zmniejszoną aktywnością vmPFC i ACC w części przedniej w odpowiedzi na sygnały emocjonalne lub zagrażające oraz podwyższoną aktywnością ACC grzbietowego podczas warunkowania strachu, przypominania o wygaszaniu i selekcji odpowiedzi. U osób z PTSD konsekwentnie obserwowano zmniejszoną objętość hipokampa. Atypowa czynność przyśrodkowej kory przedczołowej została zidentyfikowana jako potencjalny rodzinny czynnik ryzyka PTSD, a zmniejszoną objętość hipokampa zaobserwowano wśród weteranów z PTSD i ich bliźniąt jednojajowych, którzy nie mieli ekspozycji na uraz, co wskazuje, że niektóre różnice neuroanatomiczne mogą zwiększać podatność na PTSD. Sugeruje się, że nadwrażliwość ciała migdałowatego na zagrożenie może być czynnikiem ryzyka rozwoju PTSD u dzieci.

2. Złożone zaburzenie stresowe pourazowe, cPTSD (6B41 wg ICD-11, brak rozpoznania w ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Złożone zaburzenie stresowe pourazowe (cPTSD) może rozwinąć się w wyniku ekspozycji na wydarzenie lub serię wydarzeń o wyjątkowo groźnym lub przerażającym charakterze, najczęściej przedłużających się lub powtarzających się wydarzeń (np. tortury, przedłużająca się przemoc domowa, wielokrotne wykorzystywanie seksualne lub fizyczne w dzieciństwie). Kryteria diagnostyczne są w większości punktów zbieżne z tymi dla PTSD, jakkolwiek w cPTSD, w przeciwieństwie do PTSD, reakcja przerażenia może w niektórych przypadkach być raczej osłabiona niż wzmocniona. Dodatkowo u chorych występują poważne i rozległe problemy w regulacji afektu – zwiększona reaktywność emocjonalna na drobne stresory, gwałtowne wybuchy, impulsywne lub autodestrukcyjne zachowania, objawy dysocjacyjne pod wpływem stresu i otępienie emocjonalne, niezdolność do odczuwania przyjemności lub pozytywnych emocji. Chory prezentuje także utrwalone przekonania o sobie jako pokonanym lub bezwartościowym z poczuciem wstydu, winy lub porażki związane ze stresem oraz uporczywe trudności w utrzymywaniu relacji i odczuwania bliskości z innymi.

Obraz kliniczny

cPTSD stanowi zespół objawów, które można odróżnić od PTSD współwystępującymi zaburzeniami samoregulacji. cPTSD może mieć obraz zbliżony do obrazu klinicznego innych zaburzeń charakteryzujących się dysregulacją emocjonalną, utratą świadomości, tożsamości lub samokontroli, takich jak zaburzenia dysocjacyjne, objawy depresyjne, uzależnienia i zaburzenie osobowości o typie chwiejnej emocjonalnie (BPD). cPTSD charakteryzuje się jednak bardziej uporczywym negatywnym obrazem siebie, odrętwieniem emocjonalnym i wycofaniem się z relacji społecznych niż labilnością czy niestabilnością w relacjach.

Epidemiologia

Dokładne rozpowszechnienie cPTSD nie jest znane. Szacuje się, że zgodnie z aktualnymi kryteriami wynosi ono podobnie jak PTSD ok. 3,5%.

Etiologia

Etiopatogeneza cPTSD jest prawdopodobnie zbieżna z patogenezą PTSD. Wg niektórych badaczy skumulowana trauma z dzieciństwa jest silniej związana z cPTSD niż PTSD, podobnie jak fakt, że sprawcami traumy byli opiekunowie, a nie nieznane osoby lub katastrofa.

3. Zaburzenia adaptacyjne (6B43 wg ICD-11; F43.2 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenie adaptacyjne stanowi nieprzystosowawczą reakcję na stresor psychospołeczny lub wiele stresorów (np. rozwód opiekunów, choroba lub niepełnosprawność, problemy społeczno-ekonomiczne, konflikty w domu lub szkole), które zwykle pojawiają się w ciągu 1 miesiąca od wystąpienia stresu. Charakteryzuje się zaabsorbowaniem stresem lub jego konsekwencjami, w tym nadmiernym zamartwianiem się, nawracającymi i niepokojącymi myślami o stresorze lub ciągłym rozmyślaniem o jego skutkach, co powoduje znaczne upośledzenie funkcjonowania w sferach życia osobistego, rodzinnego, edukacji lub innych ważnych obszarach. Objawy nie są lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie psychiczne (np. zaburzenie nastroju, inne zaburzenie związane ze stresem) i zazwyczaj ustępują w ciągu 6 miesięcy. Wśród rozpoznań wykluczających zaburzenia adaptacyjne, w ICD-11 wymienia się: lęk separacyjny w dzieciństwie (6B05), zaburzenie depresyjne nawracające (6A71), zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem (6A70), zaburzenia związane z przedłużającą się żałobą (6B42), żałobę (QE62), wypalenie (QD85), ostrą reakcję na stres (QE84). W przeciwieństwie do zespołu stresu pourazowego (PTSD) lub ostrej reakcji na stres (ASD) kryteria zaburzenia adaptacyjnego nie określają wymagań dotyczących tego, co można uznać za stresor – zdarzenia stresowe mogą obejmować zarówno zdarzenia traumatyczne, takie jak narażenie na rzeczywistą śmierć lub zagrożenie śmiercią jak i nietraumatyczne zdarzenia stresowe.

Obraz kliniczny

Nieprzystosowawcza reakcja na możliwy do zidentyfikowania stresor psychospołeczny pojawia się zwykle w ciągu miesiąca od jego wystąpienia, jednak może też nastąpić z dłuższym opóźnieniem (np. 3 miesiące po ekspozycji). Objawy zaabsorbowania mogą się pogorszyć wraz z przypominaniem sobie o stresorze, co skutkuje unikaniem bodźców, myśli, uczuć lub dyskusji związanych ze stresem. Dodatkowe objawy psychologiczne zaburzeń adaptacyjnych mogą obejmować objawy depresyjne lub lękowe, a także impulsywne zachowania, takie jak spożywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Objawy zaburzenia zwykle ustępują po usunięciu stresora, zapewnieniu odpowiedniego wsparcia lub gdy osoba dotknięta zaburzeniami rozwinie dodatkowe mechanizmy lub strategię radzenia sobie. Intensywność i czas trwania zaburzenia adaptacyjnego są bardzo zróżnicowane. U dzieci i adolescentów charakterystyczne objawy zaabsorbowania stresem lub jego konsekwencjami oraz ruminacje na jego temat często nie są wyrażone wprost, lecz przejawiają się objawami somatycznymi (np. bóle brzucha lub głowy), zachowaniami destrukcyjnymi i buntowniczymi, nadpobudliwością, napadami złości, zaburzeniami koncentracji uwagi, drażliwością i przejawami większego przywiązania do głównego opiekuna z pojawieniem się lęku separacyjnego. Inne reakcje, w tym regres nabytych dotychczas umiejętności, moczenie nocne i zaburzenia snu, mogą być objawem zaburzeń

adaptacyjnych, jeśli są obecne przez ok. 1 miesiąc. U adolescentów behawioralne przejawy zaburzeń adaptacyjnych mogą obejmować: używanie substancji psychoaktywnych, różne formy działania lub podejmowania ryzyka i zachowania impulsywne lub wyrażać się zwiększonym niepokojem o swoje zdrowie z możliwą somatyzacją.

Epidemiologia

Szacuje się, że od 3% do 10% populacji cierpiało w życiu na zaburzenia adaptacyjne. Wskaźniki te są jeszcze większe w populacji dziecięco-młodzieżowej oraz populacjach osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej.

Etiologia

Etiologia zaburzeń adaptacyjnych pozostaje niejasna, a wśród czynników predysponujących wymienia się osobistą podatność na stresory, brak wsparcia rodzinnego, brak wsparcia społecznego, niski status ekonomiczny, niski poziom rezyliencji, unikający styl przywiązania.

4. Ostra reakcja na stres (QE84 wg ICD-11; F43.0 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

W ICD-11 ostra reakcja na stres nie jest uważana za zaburzenie psychiczne i pojawia się w sekcji dotyczącej sytuacji wymagającej postępowania klinicznego bez stwierdzenia choroby lub zaburzenia – problemy związane ze szkodliwymi i traumatycznymi wydarzeniami. Ostra reakcja na stres odnosi się do rozwoju przejściowych objawów emocjonalnych, somatycznych, poznawczych lub behawioralnych w wyniku ekspozycji na zdarzenie lub sytuację o wyjątkowo groźnym lub przerażającym charakterze. Symptomy mogą obejmować autonomiczne objawy niepokoju (np. tachykardia, pocenie się, zaczerwienienie skóry), oszołomienie, splątanie, smutek, niepokój, złość, rozpacz, nadaktywność, zahamowanie, wycofanie społeczne lub otępienie.

Obraz kliniczny

Reakcja na stresor uważana jest za adekwatną w stosunku do pojawiającego się stresora, pojawia się w ciągu kilku godzin lub dni po stresującym zdarzeniu i zwykle zaczyna ustępować w ciągu kilku dni po zdarzeniu lub po ustąpieniu zagrożenia. W przypadkach, gdy stresor jest w toku lub jego usunięcie nie jest możliwe, objawy mogą się utrzymywać, ale zwykle ustępują w ciągu 1 miesiąca. U dzieci reakcje na stresujące zdarzenia mogą obejmować objawy somatyczne (np. bóle brzucha lub głowy, wymioty), zachowania destrukcyjne lub buntownicze, regres rozwoju, nadpobudliwość, napady złości, problemy z koncentracją uwagi, drażliwość, wycofanie, lęk separacyjny, moczenie nocne i zaburzenia snu. U adolescentów reakcje mogą obejmować używanie substancji psychoaktywnych i różne formy działań impulsywnych i ryzykownych. Czynnikiem różnicującym ostrą reakcję na stres z zaburzeniami adaptacyjnymi i (c)PTSD jest m.in. to, że objawy ustępują w ciągu ok. 1 tygodnia od ustąpienia stresora (lub w ciągu ok. 1 miesiąca w przypadku utrzymujących się stresorów).

Epidemiologia

Rozpowszechnienie ostrego zaburzenia stresowego po ekspozycji na traumę oszacowano na 5–20%.

Etiologia

Hipotezy dotyczące rozwoju ostrej reakcji na stres i późniejszego ryzyka rozwoju PTSD pozostają zbieżne. Istotną rolę w hipotezach dotyczących etiologii ostrej reakcji na stres odgrywa model warunkowania strachu zakładający, że strach wywołany podczas traumatycznego wydarzenia skutkuje warunkowaniem, w którym kolejne przypomnienia traumy wywołują lęk. Model ten sugeruje, że ekstremalne pobudzenie współczulne w czasie zdarzenia traumatycznego może skutkować uwolnieniem stresowych neuromodulatorów (w tym noradrenaliny i epinefryny), co powoduje nadmierną konsolidację wspomnień dotyczących traumy. Drugi główny model koncepcyjny obejmuje procesy poznawcze i zakłada, że skrajnie negatywne i nierealistyczne oceny traumatycznego wydarzenia, wyższy poziom reakcji objawowej i silniejsze przekonania o prawdopodobieństwie przyszłej szkody, zwiększają stopień rozwoju reakcji stresowej. Wśród czynników ryzyka ostrej reakcji na stres wymienia się: historię wcześniejszych zaburzeń psychicznych lub historię traumatycznych ekspozycji, płęć żeńską, nasilenie urazu, wysoki poziom cech neurotycznych, unikający styl radzenia sobie.

5. Zaburzenie związane z przedłużającą się żałobą (6B42 wg ICD-11; brak w ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Ustalenie rozpoznania wg klasyfikacji ICD-11 wymaga stwierdzenia występowania u dziecka/adolescenta: (a) historii żałoby po śmierci bliskiej osoby, (b) trwałej i wszechobecnej reakcji żalu, charakteryzującej się tęsknotą za zmarłym lub uporczywym zaabsorbowaniem zmarłym, któremu towarzyszy intensywny ból emocjonalny (smutek, poczucie winy, złość, zaprzeczenie, obwinianie, trudności w zaakceptowaniu śmierci, poczucie utraty części siebie, niezdolność do doświadczania pozytywnego nastroju, emocjonalne odrętwienie oraz trudności w angażowaniu się w kontakty społeczne lub inne czynności), (c) wszechobecna reakcja na smutek utrzymuje się przez nietypowo długi czas po stracie, przekraczając znacznie normy społeczne, kulturowe lub religijne, które przewidziano dla kultury i kontekstu jednostki (powyżej 6 miesięcy), (d) zaburzenie skutkuje znacznym upośledzeniem osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarów funkcjonowania. Uporczywe zaabsorbowanie może koncentrować się na okolicznościach śmierci lub przejawiać się zachowaniami, takimi jak zachowanie wszystkich rzeczy zmarłej osoby dokładnie w takim stanie, w jakim znajdowały się przed śmiercią. Jednostka może na przemian zajmować się nadmiernym zaabsorbowaniem i unikaniem przypomnień o zmarłym, przejawiać trudności w radzeniu sobie bez ukochanej osoby, trudności w przywoływaniu pozytywnych wspomnień o zmarłym, trudności w zaufaniu innym, wycofanie społeczne i poczucie, że życie nie ma sensu.

Obraz kliniczny

Zaburzenie związane z przedłużającą się żałobą może wystąpić w każdym wieku, ale reakcja na żałobę może się różnić w zależności od wieku i stadium rozwoju, a tym samym od

koncepcji śmierci specyficznej dla wieku. Dzieci często nie opisują wprost doświadczenia tęsknoty za zmarłym lub uporczywego zaabsorbowania śmiercią bliskiej osoby, sygnalizując swój stan poprzez objawy behawioralne (np. podczas zabawy lub innych zachowań nawiązujących do separacji lub śmierci, oczekiwanie na powrót zmarłego lub powrót do miejsc, w których ostatni raz widział zmarłego). Niektóre dzieci mogą rozwinąć lęk przed śmiercią własną lub innych bliskich im osób, magiczne myślenie, a także lęk separacyjny związany z obawami o bezpieczeństwo ich opiekunów. Gniew związany z utratą może objawiać się u dzieci i adolescentów jako drażliwość, zachowania protestacyjne, napady złości, zachowania buntownicze, objawy depresyjne z poczuciem utraty części siebie i uwydatniającym się poczuciem pustki lub zaabsorbowanie dolegliwościami somatycznymi i lęk o zdrowie. Zaburzenie związane z przedłużającą się żałobą, podobnie jak PTSD może wystąpić u osób doświadczających żałoby w wyniku śmierci bliskiej osoby, która nastąpiła w traumatycznych okolicznościach. W przeciwieństwie do PTSD osoba nie doświadcza wspomnień okoliczności śmierci jako powtarzających się tu i teraz. Niektóre objawy zaburzenia związanego z przedłużającą się żałobą są podobne do tych obserwowanych w epizodzie depresyjnym (np. smutek, utrata zainteresowania aktywnością, wycofanie społeczne, poczucie winy, myśli samobójcze), jednak objawy skupiają się w szczególności na utracie ukochanej osoby.

Epidemiologia

Szacuje się, że 7%–10% dorosłych osób w żałobie doświadczy utrzymujących się objawów przedłużającej się żałoby. Jednocześnie w grupie dzieci i adolescentów częstość zaburzenia oszacowano na 12–14%.

Etiologia

Etiologia zaburzenia pozostaje niejasna. Wśród czynników ryzyka wymienia się: (a) płeć żeńską, (b) nieoczekiwaną lub gwałtowną śmierć, (c) śmierć dziecka, (d) bliski lub zależny związek ze zmarłą osobą, (e) izolację społeczną lub utratę systemu wsparcia, (f) występowanie w przeszłości objawów depresyjnych, lękowych lub PTSD, (g) traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa, takie jak maltretowanie lub deprivację emocjonalną.

6. Reaktywne zaburzenia więzi, RAD (6B44 wg ICD-11; F94.1 w ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Reaktywne zaburzenia przywiązania (*reactive attachment disorder*, RAD) charakteryzują się rażąco nieprawidłowymi zachowaniami przywiązania we wczesnym dzieciństwie, występującymi w kontekście nieodpowiedniej opieki nad dzieckiem (np. poważne zaniedbanie, maltretowanie, deprivacja instytucjonalna). Nawet gdy odpowiedni główny opiekun jest od niedawna dostępny, dziecko nie zwraca się do niego o pocieszenie, wsparcie i opiekę, rzadko przejawia zachowania związane z poszukiwaniem bezpieczeństwa wobec jakiegokolwiek osoby dorosłej i nie reaguje, gdy ta oferuje pocieszenie. Cechy RAD rozwijają się w ciągu pierwszych 5 lat życia, jednak zaburzenia nie można zdiagnozować przed ukończeniem 1 r.ż. (lub wieku rozwojowego poniżej 9 miesięcy), gdy zdolność do selektywnego przywiązania może nie być w pełni rozwinięta. W diagnostyce różnicowej

należy wykluczyć zaburzenia ze spektrum autyzmu (6A02) i zaburzenia polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych (6B45).

Obraz kliniczny

Historia rażąco niewystarczającej opieki może obejmować: (a) trwałe lekceważenie podstawowych potrzeb emocjonalnych dziecka w zakresie komfortu, stymulacji i uczucia lub potrzeb fizycznych dziecka, (b) powtarzające się zmiany opiekunów podstawowych, (c) wychowywanie w warunkach uniemożliwiających tworzenie stabilnych selektywnych przywiązań (np. opieka instytucjonalna), (d) maltretowanie. Wyraźnie nieprawidłowe zachowania w stosunku do dorosłych opiekunów u dziecka charakteryzują się uporczywym i wszechobecnym wzorcem zahamowanego, wycofanego emocjonalnie zachowania, w tym: (a) minimalnym poszukiwaniem bezpieczeństwa w przypadku niepokoju, (b) rzadkimi lub minimalnymi reakcjami na zapewnienie bezpieczeństwa. Nieprawidłowe zachowania przywiązania nie są lepiej wyjaśniane przez zaburzenie ze spektrum autyzmu i nie ograniczają się do określonej relacji w diadzie. Dzieci z objawami RAD często przejawiają bardziej uogólnione, trwałe zaburzenia społeczne i emocjonalne, w tym względny brak reakcji społecznych i emocjonalnych na inne osoby oraz ograniczony pozytywny afekt. Mogą prezentować epizody niewyjaśnionej drażliwości, smutku lub lęku podczas niezagrażających interakcji z dorosłymi opiekunami. W pewnym okresie rozwojowym wiele dzieci wykazuje przejściową redukcję zachowań przywiązania do rodzica lub opiekuna jako fizjologiczny etap rozwoju. W przeciwieństwie do tego, dzieci z RAD wykazują wyraźnie nietypowe reakcje w stosunku do opiekunów, które utrzymują się w czasie, obejmują wszystkie sytuacje społeczne i nie są ograniczone do relacji w diadzie z konkretnym opiekunem. RAD predysponuje do rozwoju zaburzeń depresyjnych i innych zaburzeń internalizacyjnych w okresie dojrzewania i okresie dorosłości.

7. Zaburzenie polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych (6B45 wg ICD-11, F94.2 w ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenie polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych charakteryzuje się skrajnie nieprawidłowymi zachowaniami społecznymi, występującymi w kontekście rażąco nieodpowiedniej opieki nad dzieckiem (np. poważne zaniedbanie, deprivacja instytucjonalna). Dziecko często podchodzi do dorosłych bezkrytycznie, brakuje mu powściągliwości, odchodzi z nieznanymi dorosłymi i wykazuje nadmiernie znajome zachowanie w stosunku do nieznajomych. Cechy zaburzenia rozwijają się w ciągu pierwszych 5 lat życia, jednak zaburzenia nie można zdiagnozować przed ukończeniem 1 r.ż. (lub wieku rozwojowego poniżej 9 miesięcy), gdy zdolność do selektywnych przywiązań może nie być w pełni rozwinięta lub gdy objawy występują w kontekście zaburzeń ze spektrum autyzmu. W diagnostyce różnicowej należy wykluczyć: zaburzenia ze spektrum autyzmu (6A02), zaburzenia adaptacyjne (6B43), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (6A05), reaktywne zaburzenie przywiązania w dzieciństwie (6B44).

Obraz kliniczny

Dziecko wykazuje trwałe i wszechobecny wzorzec wyraźnie nieprawidłowych zachowań społecznych, w którym prezentuje zmniejszoną lub nieobecność powściągliwości w interakcjach z nieznanymi dorosłymi, w tym co najmniej jedno z następujących: (a) nadmierne znajome zachowanie w stosunku do nieznanymi osób dorosłych, w tym werbalne lub fizyczne naruszanie społecznie odpowiednich granic fizycznych i werbalnych (np. szukanie pocieszenia u nieznanymi osób dorosłych, zadawanie nieodpowiednich do wieku pytań nieznanymi dorosłym), (b) chęć wyjścia z nieznaną osobą dorosłą z minimalnym wahaniem lub bez wahania. Zachowanie dziecka nie jest lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie psychiczne (np. zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi). W przeciwieństwie do RAD, objawy zaburzenia polegającego na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych są bardziej uporczywe po zapewnieniu odpowiedniej opieki, nawet przy rozwoju selektywnych przywiązań. U dzieci często jest obserwowana ogólna impulsywność, ponadto istnieje wysoki odsetek współwystępowania z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Epidemiologia

Nie ma badań epidemiologicznych dotyczących częstości lub rozpowszechnienia zaburzeń przywiązania u dzieci. Częstość występowania RAD w populacjach wysokiego ryzyka (tj. dzieci poważnie zaniedbywanych lub umieszczonych w pieczy zastępczej lub instytucjach) wynosi mniej niż 10%, a częstość występowania zaburzeń polegających na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych – ok. 20%.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z zaburzeniami pourazowymi i związane z czynnikiem stresowym powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z uwzględnieniem potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 2

Dzieci i adolescenti narażeni na traumatyczne lub stresujące zdarzenia powinni zostać objęci specjalistyczną opieką i uwagą opiekunów/rodziców od chwili zadziałania czynnika potencjalnie traumatyzującego/stresującego. Rodzice lub opiekunowie powinni być poinformowani o możliwości rozwinięcia się u ich dzieci objawów ostrej reakcji na stres, różnych sposobów przeżywania doświadczanych emocji i ryzyka rozwoju (c) PTSD.

Rekomendacja 1

Poza wsparciem rodziny/opiekunów w powrocie do rutyny dnia codziennego istotne jest poradnictwo dla rodziców/opiekunów (jak postępować z dzieckiem?, jak odpowiadać na jego pytania?, jak kontrolować własne reakcje emocjonalne?, jak mogą prezentować się symptomy pourazowe i wczesne oznaki dystresu?). Psychoedukacja rodziców i opiekunów, a także dzieci i adolescentów powinna również obejmować zachęcenie ich do kontroli objawów (np. dzienniczki nawracających wspomnień, koszmarów nocnych). Informacje, pomoc i leczenie powinny uwzględniać wiek i związane z nim ograniczenia i zasoby.

Standard 3

Celem pierwszej pomocy psychologicznej są oddziaływania ukierunkowane na zapewnianie bezpieczeństwa zewnętrznego i wewnętrznego, a także zapobieganie narastaniu objawów zaburzenia stresowego.

Rekomendacja 1

Pierwsza pomoc psychologiczna opiera się głównie na wspierającym kontakcie i obejmuje następujące elementy: (a) pomoc w przywracaniu 'poczucia ciągłości' poprzez powrót do codziennych rutynowych aktywności, (b) wzmacnianie i rozszerzanie naturalnych sposobów radzenia sobie, wykorzystywanie zasobów, (c) uczenie nowych umiejętności radzenia sobie.

Standard 4

Leczeniem pierwszego rzutu w przypadku dzieci/adolescentów z PTSD lub cPTSD jest psychoterapia indywidualna, prowadzona w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowana do poziomu rozwoju poznawczego i emocjonalnego, uwzględniająca zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

W prowadzeniu oddziaływań w przypadku dzieci/adolescentów z zaburzeniami więzi niezbędne jest: (1) budowanie poczucia bezpieczeństwa w relacji terapeutycznej, (2) upewnienie się, czy aktualnie bezpieczeństwo dziecka/adolescenta nie jest zagrożone (aktualnie nie doznaje przemocy), (3) zapobieganie retraumatyzacji, (4) dążenie do zmniejszenia poczucia bezradności, utraty kontroli oraz wpływu na wydarzenia i własne życie, (5) praca nad relacjami z innymi osobami.

Standard 5

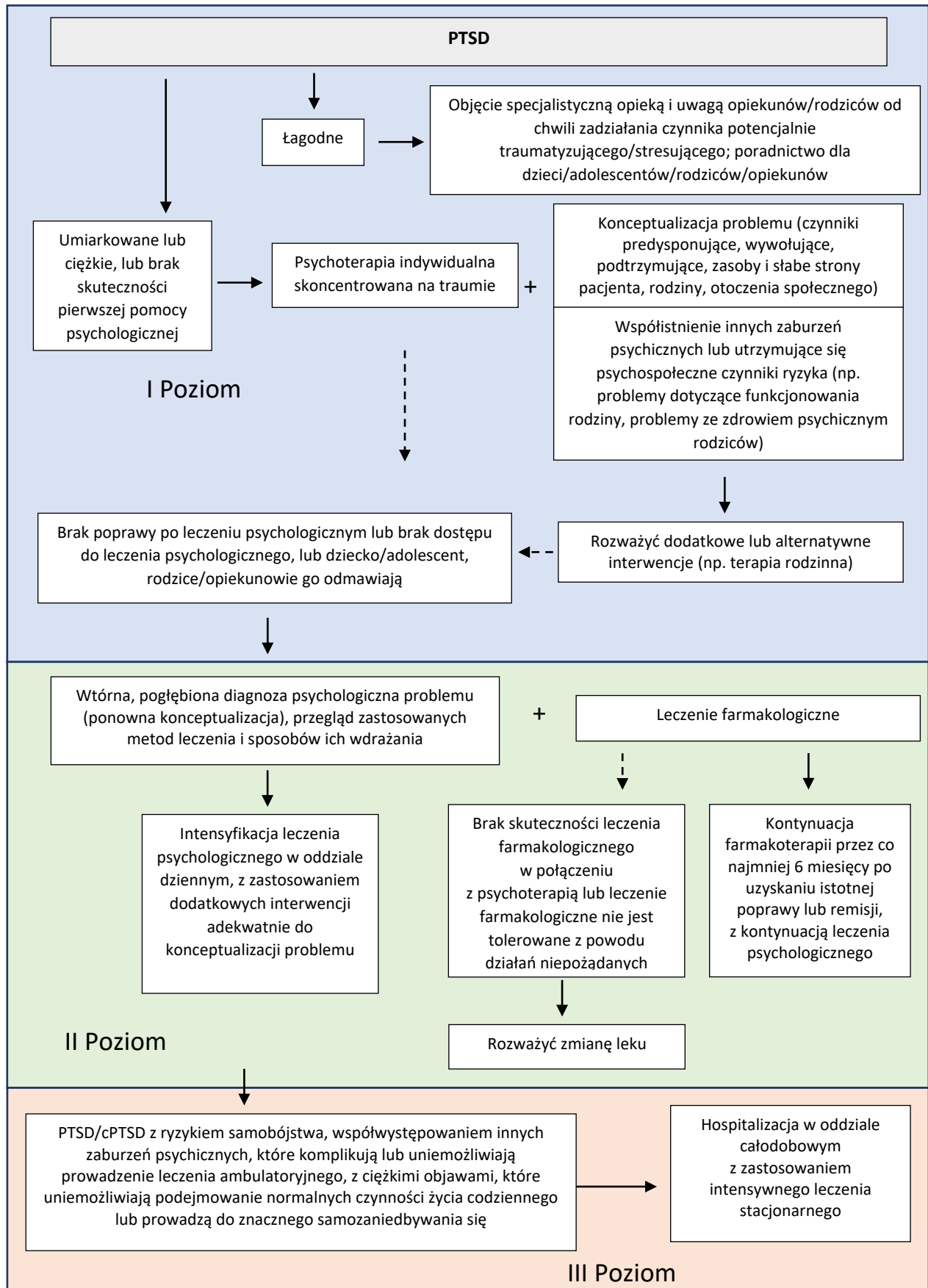
Jeśli w ciągu 12 tygodni po zastosowaniu oddziaływań psychoterapeutycznych nie nastąpiła oczekiwana poprawa, należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębioną diagnozę psychologiczną problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania).

Rekomendacja 1

W sytuacji braku efektów oddziaływań psychoterapeutycznych lub w przypadku utrzymujących się uporczywych objawów psychopatologicznych, takich jak objawy depresyjne, zaburzenia snu, zaburzenia lękowe z napadami lęku czy innych, należy rozważyć rozpoczęcie farmakoterapii, prowadzonej zgodnie z obowiązującymi standardami/rekomendacjami.

Rekomendacja 2

Hospitalizacja w oddziale dziennym powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia psychologicznego w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: ryzyka samobójstwa, współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, ciężkich objawów, które uniemożliwiają podejmowanie normalnych czynności życia codziennego lub prowadzą do znacznego samozaniedbywania się, konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.



SEKCJA 15

Przemoc

(fizyczna, psychiczna, wykorzystanie seksualne, zaniedbywanie dziecka)

Diagnoza psychologiczna:

Stan po doświadczeniu traumy w przeszłości/

Reakcja adaptacyjna związana z sytuacją rodzinną/

Reakcja adaptacyjna związana z sytuacją w szkole/przedszkolu/

Reakcja adaptacyjna związana z grupą rówieśniczą lub wpływem kulturowym

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznawanie

Obowiązująca aktualnie definicja precyzuje, że 'przemoc w rodzinie to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą' (art. 2, pkt. 2 ustawy z 29 lipca 2005 r. O przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie)*. Zgodnie z ustawą członkiem rodziny jest osoba najbliższa, czyli małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu, ale także inna osoba wspólnie zamieszkująca lub gospodarująca. To, co charakteryzuje przemoc w rodzinie, to jej intencjonalność i wykorzystanie przewagi sił, naruszenie praw i dóbr osobistych ofiary, powodujące jej cierpienie i szkody.

* Zgodnie z Ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz.U2024.póz.535) przez przemoc domową należy rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności: (a) narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, mienia, naruszające jej godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, (b) powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienia lub krzywdy moralne, (c) ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej, (d) zachowania istotnie naruszające prywatność osoby doznającej przemocy domowej lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej na odległość.

W odniesieniu do dzieci/młodzieży definicję przemocy w rodzinie uzupełnia się o pojęcie krzywdzenia dzieci (*child abuse*) ('każde działanie lub beczynność jednostki, instytucji lub społeczeństwa jako całości i każdy rezultat takiego działania lub beczynności, który narusza równe prawa i swobodę dzieci lub zakłóca ich optymalny rozwój), przemocy wobec dzieci ('działanie, które powoduje krzywdę lub zagrożenie dla dziecka, przy czym szkoda dla dziecka może być lub nie, zamierzoną konsekwencją') oraz zaniedbania dziecka ('zaniedbanie podstawowych potrzeb fizycznych, emocjonalnych lub edukacyjnych dziecka lub ochrony dziecka przed krzywdą lub potencjalną szkodą, przy czym krzywda dziecka może nie być zamierzoną konsekwencją').

W odniesieniu do pojęcia przemocy seksualnej wobec dzieci w literaturze funkcjonują również inne terminy, tj. molestowanie seksualne, nadużycie seksualne, wykorzystywanie seksualne, krzywdzenie seksualne. Najczęściej przytaczana definicja określa, że za 'dziecko wykorzystane seksualnie można uznać każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony (wiek ten określa prawo - w Polsce 15 lat), którą osoba dojrzała seksualnie naraża na jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, w celu seksualnego zaspokojenia'. Przepisy odnoszące się do przemocy seksualnej wobec dzieci zgodnie z polskim kodeksem karnym zdefiniowano jako zgwałcenie małoletniego poniżej lat 15, nadużycie stosunku zależności, obcowanie z małoletnim poniżej lat 15, uwodzenie dzieci przez internet, tzw. grooming, kazirodztwo, pornografię, sutenerstwo i stręczycielstwo.

Rodzaje przemocy:

- a. fizyczna – każde naruszenie nietykalności fizycznej drugiej osoby bez jej zgody powodujące ból czy dyskomfort (popychanie, klapsy, kopanie, szarpanie itp.),
- b. psychiczna – zazwyczaj długotrwałe sposoby oddziaływania na drugiego mające na celu obniżenie poczucia jego wartości oraz złe samopoczucie (groźby, wyzwiska, manipulacja drugim człowiekiem, szantaż, upokorzenia, publiczne uszczypliwości itp.),
- c. ekonomiczna – zachowania mające na celu kontrolę zdolności jednego partnera wobec drugiego do nabywania, utrzymywania i korzystania z zasobów ekonomicznych gospodarstwa domowego oraz wszelkiego rodzaju nadużycia ekonomiczne mające na celu podkreślanie dominacji i utrzymywanie drugiego w pozycji zależności,
- d. seksualna – każda niechciana czynność lub zachowanie seksualne,
- e. cyberprzemoc – wszelkiego rodzaju przemoc dokonywana przy użyciu sieci internetowej lub narzędzi typu elektronicznego (prześladowanie, zastraszanie, nękanie, wyśmiewanie innych osób, hejt).

Rodzaje przestępstw na szkodę małoletniego

Tabela 15.1. Przepisy przeciwko życiu i zdrowiu

Przepisy przeciwko życiu i zdrowiu	
Zabójstwo (art. 148 kk)	czyn polegający na umyślnym zabiciu człowieka.
Dzieciobójstwo (art. 149 kk)	zabójstwo dziecka dokonane przez jego matkę w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu.
Narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 kk)	czyn polegający na stworzeniu swoim zachowaniem sytuacji narażającej człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (także nieumyślne – art. 160 § 3 kk). Jeśli sprawcą jest osoba, na której ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega on odpowiedzialności z tytułu typu kwalifikowanego tego przestępstwa (art. 160 § 2 kk).

Tabela 15.2. Przeszpstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości

Przeszpstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości	
Zgwałcenie (art. 197 kk)	czyn polegający na doprowadzeniu innej osoby przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem do obcowania płciowego (§ 1) lub do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności (§ 2). Od 2010 r. w przepisie tym funkcjonuje także typ kwalifikowany zgwałcenia – zgwałcenie małoletniego poniżej lat 15 (art. 197 § 3. pkt 2).
Seksualne wykorzystanie niepoczytalności lub bezradności (art. 198 kk)	czyn polegający na wykorzystaniu bezradności innej osoby lub wynikającego z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej braku zdolności do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem w celu doprowadzenia jej do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności. Przeszpstwo to nie jest ukierunkowane ściśle na ochronę małoletnich, ale może zostać popełnione na ich szkodę.
Seksualne wykorzystanie stosunku zależności lub krytycznego położenia (art. 199 § 2 kk)	czyn polegający na doprowadzeniu małoletniego (do 18 r.ż.) do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia. W odniesieniu do dzieci przeszpstwo to może być często związane z ww. stosunkiem zależności, tj. taką relacją, w której sprawca ma możliwość wywierania określonego wpływu na losy i położenie (prawne, społeczne, ekonomiczne itp.) pokrzywdzonego (np. nauczyciel wobec ucznia).
Seksualne wykorzystanie małoletniego przez nadużycie zaufania lub udzielenie korzyści (art. 199 § 3. kk)	tj. obcowanie płciowe z małoletnim lub dopuszczenie się wobec niego innej czynności seksualnej albo doprowadzanie go do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania poprzez nadużycie przez sprawcę zaufania lub udzielenie w zamian za czynności seksualne korzyści majątkowej lub osobistej albo jej obietnicy. Przepis ten chroni małoletnich w każdym wieku (do 18 r.ż.).
Czynności seksualne z małoletnim poniżej lat 15 (art. 200 kk)	przepis ten przewiduje odpowiedzialność za obcowanie płciowe, dopuszczenie się czynności seksualnej wobec małoletniego poniżej lat 15 lub doprowadzenie małoletniego do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania. Przepis ten ustanawia więc granicę bezwzględnej ochrony małoletnich przed wszelkimi czynnościami seksualnymi na poziomie lat 15.
Nawiązywanie kontaktu z dzieckiem (art. 200a kk)	przepis zakazujący nawiązywania kontaktu z małoletnim poniżej lat 15 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej w celu popełnienia przeszpstwa określonego w art. 197 § 3 pkt 2 lub art. 200, jak również produkowania lub utrwalania treści pornograficznych. Warunkiem odpowiedzialności sprawcy jest zmierzanie, za pomocą wprowadzenia małoletniego w błąd
Propagowanie zachowań pedofilskich (art. 200b)	ten typ rodzajowy przeszpstwa został wprowadzony do kodeksu karnego w 2010 r. i przewiduje odpowiedzialność za publiczne propagowanie lub pochwalanie zachowań o charakterze pedofilskim.

Kazirodztwo (art. 201 kk)	czyn polegający na obcowaniu płciowym z wstępnym, zstępnym, przysposobionym, przysposabiającym, bratem lub siostrą.
Pornografia dziecięca (art. 202 § 3 – § 4c kk)	<p>czyny dotyczące treści pornograficznych z udziałem małoletnich. Przepis ten został istotnie zmieniony w 2014 r., kiedy to poszerzono znacznie zakres penalizacji (zmiany dotyczyły m.in. udziału w prezentacji treści pornograficznej, a także podwyższenia wieku ochrony do 18 r.ż.).</p> <p>Obecnie przepisy art. 202. § 3–§ 4c kk przewidują odpowiedzialność za:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokonywaną w celu rozpowszechniania produkcji, utrwalanie, sprowadzanie, przechowywanie lub posiadanie albo rozpowszechnianie lub prezentowanie treści pornograficznych z udziałem małoletniego; • utrwalanie treści pornograficznych z udziałem małoletniego; • przechowywanie, posiadanie lub uzyskiwanie dostępu do ww. treści; • produkcję, rozpowszechnianie, prezentowanie, przechowywanie lub posiadanie treści pornograficznych, które przedstawiają wytworzony albo przetworzony wizerunek małoletniego uczestniczącego w czynności seksualnej; • uczestnictwo w celu zaspokojenia seksualnego w prezentacji treści pornograficznych z udziałem małoletniego.
Zmuszanie do uprawiania prostytucji (art. 203 kk)	czyn polegający na doprowadzeniu innej osoby do uprawiania prostytucji przemocą, groźbą bezprawną, podstępem lub poprzez wykorzystanie stosunku zależności lub krytycznego położenia.
Stręczycielstwo, kuplerstwo, sutenerstwo (art. 204 kk)	czyn polegający na nakłanianiu innej osoby do uprawiania prostytucji w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (§ 1, stręczycielstwo) lub ułatwianiu jej tego procederu w celu osiągnięcia takiej korzyści (§ 1, kuplerstwo) lub czerpaniu korzyści majątkowych z uprawiania prostytucji przez inną osobę (§ 2, sutenerstwo).

Tabela 15.3. Przepęstwa przeciwko rodzinie i opiece

Przepęstwa przeciwko rodzinie i opiece	
Znęcanie się (art. 207 kk)	czyn zabroniony polegający na zadawaniu cierpień fizycznych lub psychicznych osobie najbliższej lub innej osobie pozostającej ze sprawcą w stosunku zależności (stałym lub przemijającym) albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny. Przepęstwo to jest często powiązane ze zjawiskiem przemocy w rodzinie, jednak nie musi się wiązać z przemocą wśród członków rodziny.
Rozpijanie małoletniego (art. 208 kk)	czyn polegający na dostarczaniu małoletniemu napoju alkoholowego (napoju zawierającego alkohol etylowy w stężeniu przekraczającym 0,5%), ułatwieniu jego spożycia lub nakłanianiu go do spożycia takiego napoju.

Niealimentacja (art. 209 kk)	uporczywe uchylanie się od wykonania ciężącego na sprawcy (na mocy ustawy lub orzeczenia sądowego) obowiązku opieki przez niełożenie na utrzymanie osoby najbliższej lub innej osoby, które naraża osobę uprawnioną na niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych
Porzucenie (art. 210 kk)	pozostawienie podopiecznego poniżej lat 15 albo będącego osobą nieporadną swojemu losowi, z całkowitym brakiem zainteresowania o jego los. Odpowiedzialność taką może ponieść osoba, która ma obowiązek troszczenia się o ww. podopiecznego (np. rodzic).
Uprorowadzenie lub zatrzymanie (art. 211 kk)	czyn polegający na uprowadzeniu lub zatrzymaniu małoletniego poniżej lat 15 albo osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny wbrew woli osoby powołanej do opieki lub nadzoru. Istotne, że tzw. porwanie rodzicielskie, czyli porwanie dokonane przez jednego z rodziców, nie stanowi czynu zabronionego, o ile rodzicowi temu przysługuje pełna władza rodzicielska.
Nielegalna adopcja (art. 211a kk)	czyn polegający na organizowaniu adopcji dzieci wbrew przepisom ustawy w celu osiągnięcia korzyści majątkowej.

Tabela 15.4. Przepęstwa wobec wolności

Przepęstwa przeciwko wolności	
Uporczywe nękanie (art. 190a § 1 kk)	czyn polegający na wzbudzaniu u pokrzywdzonego poczucia zagrożenia uzasadnionego okolicznościami lub istotnym naruszeniem jego prywatności poprzez uporczywe nękanie tej osoby lub osoby jej najbliższej.
Kradzież tożsamości (art. 190a § 2 kk)	czyn polegający na podszywaniu się pod inną osobę poprzez wykorzystanie wizerunku pokrzywdzonego lub innych danych osobowych, przy czym zachowanie sprawcy musi mieć na celu wyrządzenie pokrzywdzonemu szkody majątkowej lub osobistej.
Utrwalanie wizerunku nagiej osoby (art. 191a kk)	czyn polegający na utrwalaniu wizerunku nagiej osoby lub osoby w trakcie czynności seksualnej, poprzez użycie wobec niej przemocy, groźby bezprawnej lub podstęp, albo też na rozpowszechnianiu bez zgody pokrzywdzonego jego nagiego wizerunku lub wizerunku w trakcie czynności seksualnej.

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny osób doświadczających przemocy jest zróżnicowany i w dużym stopniu zależy od stopnia wiktyimizacji, na jakim się znajdują.

Tabela 15.5. Stopnie wiktyimizacji

Stopnie wiktyimizacji	
Burzenie utrwalonych zachowań	W efekcie doznawania przemocy następuje utrata poczucia bezpieczeństwa, porządku życia oraz zaufania do świata i samego siebie. Możliwe reakcje to bunt, rozpacz. W przeżyciu emocjonalnym poczucie krzywdy i niesprawiedliwości. Poszukiwanie pomocy i chęć wyjścia z sytuacji.
Wtórne zranienie	Dalsze narażenie na przemoc i brak doznania pomocy powoduje wtórne zranienie. Następuje zbliżenie do sprawcy oraz zaprzeczanie jego agresywności. Na tym etapie trudniej pomóc z powodu nasilenia mechanizmów obronnych. Z kolei brak możliwości zmiany nasila poczucie bezradności i rozpoczyna się proces adaptacji do nowej, chorej rzeczywistości.
Przyjęcie tożsamości ofiary	Ta faza wiąże się z utratą nadziei na zmianę i utratą godności, pojawia się syndrom sztokholmski, następuje identyfikacja z rolą ofiary. Pozostaje świadomość krzywdzenia, ale bez wiary w możliwość jej zmiany.

Tabela 15.6. Kategoryzacja symptomów doznawania przemocy

Symptomy doznawania przemocy	
Sfera somatyczna	Zmiany fizykalne: <ul style="list-style-type: none"> • sińce i obrzęki • otarcia naskórka • krwawe pręgi i regularne przebarwienia skóry • krwawe plamy na bieliźnie • obrzęki na dłoniach i stopach • nietypowe ślady po oparzeniach Zaburzenia somatyczne, bóle napięciowe Wzmoczona czujność, niezdolność rozluźnienia się Ospałość, wyczerpanie, zmęczenie
Sfera emocjonalna	Napięcie emocjonalne Lęk, niepokój, poczucie zagrożenia Labilność emocjonalna Błada modulacja afektu Obniżony nastrój, smutek, tłumiony płacz lub płaczliwość Zaniżone poczucie własnej wartości Możliwa impulsywność, irytacja, wybuchy złości Wstyd i poczucie winy Trudności decyzyjne
Sfera poznawcza	Dekoncentracja Pogorszenie funkcji pamięci Możliwe złudzenia Skrócenie perspektywy czasowej Nieracjonalne lub narcystyczne przekonania o sobie i innych
Symptomy behawioralne	Zachowania samobójcze i autoagresja Uzależnienia Natręctwa, tiki, kompulsje
Symptomy społeczne	Wycofanie, izolacja, nieufność czy podejrzliwość Trudności w inicjowaniu i podtrzymywaniu kontaktów Poczucie alienacji, odrzucenia, osamotnienia Lęk przed bliskością Submisyjność wobec silniejszych

Doznawanie przemocy może skutkować wystąpieniem zaburzeń psychicznych wynikających z ekspozycji na stres zaburzający naturalne mechanizmy zaradcze jednostki. U osób krzywdzonych mogą wystąpić: zaburzenia adaptacyjne, ostra reakcja na stres, zaburzenia dysocjacyjne, zespół stresu pourazowego, trwała zmiana osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej.

Epidemiologia

Wg różnych statystyk przemoc wobec dzieci jest zjawiskiem częstym, ale pomimo licznych publikacji rzetelne ustalenie jego rozpowszechnienia nie jest możliwe, ze względu na niską zgłaszalność tego typu działań. Jak wynika z danych CBOS, ok. 20% rodziców bije swoje dzieci raz w miesiącu lub częściej. W Polsce nie istnieją rejestry, które umożliwiłyby ocenę skali problemu przemocy wobec dzieci, w tym wykorzystywania seksualnego. Wyniki nielicznych badań retrospektywnych przeprowadzonych w Polsce szacują odsetki kobiet, które doświadczyły przemocy seksualnej w dzieciństwie na ok. 5–16% oraz 3–18% w przypadku mężczyzn. Wg innych badań blisko 17% dziewcząt doświadcza seksualnej wiktyimizacji w ciągu całego życia (w porównaniu z ok. 5% chłopców). Instytut Badania Edukacji opracował raport, z którego wynika m.in., że 25% uczniów szkoły podstawowej i 29% gimnazjum w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie doświadczyło agresji elektronicznej. Dalsze informacje z raportu wskazują, że z cyberprzemocą zetknęło się prawie 40% uczniów.

Etiologia

Wśród czynników, które zwiększają prawdopodobieństwo zaistnienia przemocy wobec dzieci, wymienia się czynniki indywidualne (dotyczące charakterystyki ofiar i sprawców), czynniki mikrosystemowe (dotyczące funkcjonowania rodziny i środowiska, w którym przebywa dziecko) oraz czynniki makrosystemowe (dotyczące ogólnych uwarunkowań społeczno-kulturowych). Dzieci są narażone na przemoc najbardziej w okresie wczesnego i późnego dzieciństwa. Wg większości badań chłopcy są dużo bardziej narażeni na przemoc niż dziewczynki. Małe dzieci, zwłaszcza do 4 r.ż. są grupą szczególnie narażoną na przemoc fizyczną, podobnie jak chłopcy niezależnie od wieku. Z kolei dzieci i młodzież w okresie adolescencji częściej stają się ofiarami nadużyć i przemocy seksualnej, w szczególności odnosi się do dziewcząt, które również mogą być zmuszane do prostytucji. Najczęstszymi sprawcami przemocy fizycznej wobec dzieci są rodzice, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, częściej z niższym wykształceniem, którzy często sami byli ofiarami przemocy we własnych rodzinach pochodzenia (20–80% sprawców przemocy doświadczyło jej w dzieciństwie). Zdecydowana większość sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci to mężczyźni. Kobiety stanowią jedynie ok. 2% podejrzanych o kontakty seksualne z małoletnimi do 15 r.ż. i ok. 5% podejrzanych z art. 202 k.k. (rozpowszechnianie, produkcja, posiadanie pornografii dziecięcej).

Istotnym czynnikiem ryzyka jest tzw. 'dziedziczenie' wzorców przemocy (teoria międzypokoleniowej transmisji przemocy), doświadczanie w dzieciństwie przemocy ze strony rodziców bądź bycie świadkiem przemocy w rodzinie zwiększa prawdopodobieństwo stosowania przemocy wobec własnych dzieci. Wzorce przemocy ulegają generalizacji (stosowanie wielu rodzajów przemocy). Kolejnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu przemocy w rodzinie są niskie kompetencje wychowawcze i brak znajomości innych metod dyscyplinowania dziecka (szczególnie w odniesieniu do pierwszego dziecka pojawiającego się w rodzinie). Ważnym czynnikiem ryzyka w przypadku przemocy fizycznej wobec dzieci jest fakt nadużywania alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych przez rodziców

i opiekunów (obniżona tolerancja na frustrację związaną z zachowaniem dziecka, większa skłonność do reagowania na stan frustracji zachowaniami agresywnymi, zaburzenia poznawcze i błędna ocena zachowań dziecka).

Wśród czynników związanych z sytuacją rodziny wymienia się przede wszystkim te związane z funkcjonowaniem rodziny jako systemu oraz relacjami panującymi wewnątrz niej, a także trudności socjoekonomiczne. Ubóstwo, bezrobocie, złe warunki bytowe i materialne, problemy zdrowotne i inne problemy życiowe są silnymi czynnikami ryzyka, jednak należy pamiętać, że wśród sprawców przemocy są przedstawiciele wszystkich warstw społecznych. Grupa czynników społeczno-kulturowych wiążących się z występowaniem przemocy w rodzinie odnosi się do norm życia w rodzinie i wychowywania dzieci. Ze względu na ściśle hierarchiczny model rodziny w kulturze europejskiej, wspierany przez normy kulturowe, religijne oraz prawne, stosowanie kar fizycznych wobec dzieci było i ciągle niestety jest nie tylko dopuszczalne, ale wręcz usankcjonowane. Istotna kwestia jest także akceptacja stosowania kar fizycznych wobec dzieci przez społeczeństwo.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Pierwszym i najważniejszym krokiem jest zapewnienie bezpieczeństwa w celu ochrony dziecka/adolescenta przed kolejnymi aktami przemocy (odizolowanie od sprawcy) i przestrzeganie w najwyższym stopniu poufności informacji medycznych. Zebrane dane nie mogą być wykorzystane do innych celów niż ochrona dziecka/adolescenta, a wymiana poufnych informacji między organizacjami zajmującymi się danym przypadkiem musi opierać się na precyzyjnie określonych zasadach.

Standard 2

Należy wywiązać się z Obowiązku świadka wynikającego z art. 12 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy, który brzmi następująco: 'Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora. Osoby będące świadkami przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie'. Należy pamiętać, że od 13 lipca 2017 r. zawiadomienie policji lub prokuratury o poważnych przestępstwach wobec dzieci (ciężki uszczerbek na zdrowiu, zgwałcenie, wykorzystanie seksualne bezradności, wykorzystywanie seksualne) jest obowiązkiem prawnym każdego, kto ma wiarygodną informację o ich popełnieniu, przygotowaniu lub usiłowaniu popełnienia. Zgodnie z art. 240 par. 1 kk niezłożenie zawiadomienia grozi karą pozbawienia wolności do lat 3. Zawiadomienie takie należy zgłosić osobiście lub pisemnie do Policji lub prokuratury właściwej dla miejsca popełnienia przestępstwa. W zawiadomieniu powinny się znajdować następujące dane: (1) tożsamość pokrzywdzonego, (2) czas i miejsce popełnienia czynu, którego dotyczy zawiadomienie, (3) zwięzły opis czynu i wyrządzonej szkody, (4) dane świadka (imię, nazwisko, telefon lub mail).

Standard 3

Rozpoczęcie procedury 'Niebieskiej Karty', jeżeli nie została założona. Procedura ta obejmuje czynności podejmowane i realizowane w związku z podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie. Podejmowanie interwencji nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą

w rodzinie. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie nakłada obowiązek prowadzenia procedury 'Niebieskie Karty' na przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty i ochrony zdrowia. Procedura wszczynana jest w sytuacji, gdy w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych zostało powzięte podejrzanie stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie.

Standard 4

Jeśli nastąpi naruszenie nietykalności cielesnej: osoba dozna przemocy fizycznej czy seksualnej należy osobę pokrzywdzoną skierować na Izbę Przyjęć celem oceny ciężkości ran i ewentualnego ich zabezpieczenia. Lekarz ma obowiązek wydać nieodpłatnie zaświadczenie lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. W sytuacji przemocy seksualnej pilnie skierować na konsultację ginekologiczną/urologiczną/chirurgiczną celem obdukcji, w przypadku dziewcząt również w celu zapobiegnięcia niechcianej ciąży.

Standard 5

Wobec osób doświadczających sytuacji przemocy rekomenduje się prowadzenie działań z zakresu interwencji kryzysowej.

Standard 6

Jeżeli działania interwencji kryzysowej okażą się niewystarczające w zakresie powrotu osoby krzywdzonej do funkcjonowania zgodnego z jej okresem rozwojowym i oczekiwaniami społecznymi wówczas należy przeprowadzić pogłębioną diagnostykę psychologiczną celem określenia nasilenia stopnia wiktyimizacji oraz dokonać diagnozy funkcjonalnej z uwzględnieniem słabych i mocnych stron pacjenta.

Rekomendacja 1

Osoby doświadczające kryzysu psychicznego są szczególnie wrażliwe na krzywdę i zranienie. Z powodu doświadczanych objawów psychopatologicznych mają ograniczone strategie radzenia sobie ze stresem i innymi obciążeniami oraz są potencjalnie narażeni na przemoc i odrzucenie ze strony rówieśników bądź dorosłych. W sytuacji dziecka z kryzysem psychicznym zaleca się podjęcie profilaktyki wskazującej wraz z zespołem klasowym.

Rekomendacja 2

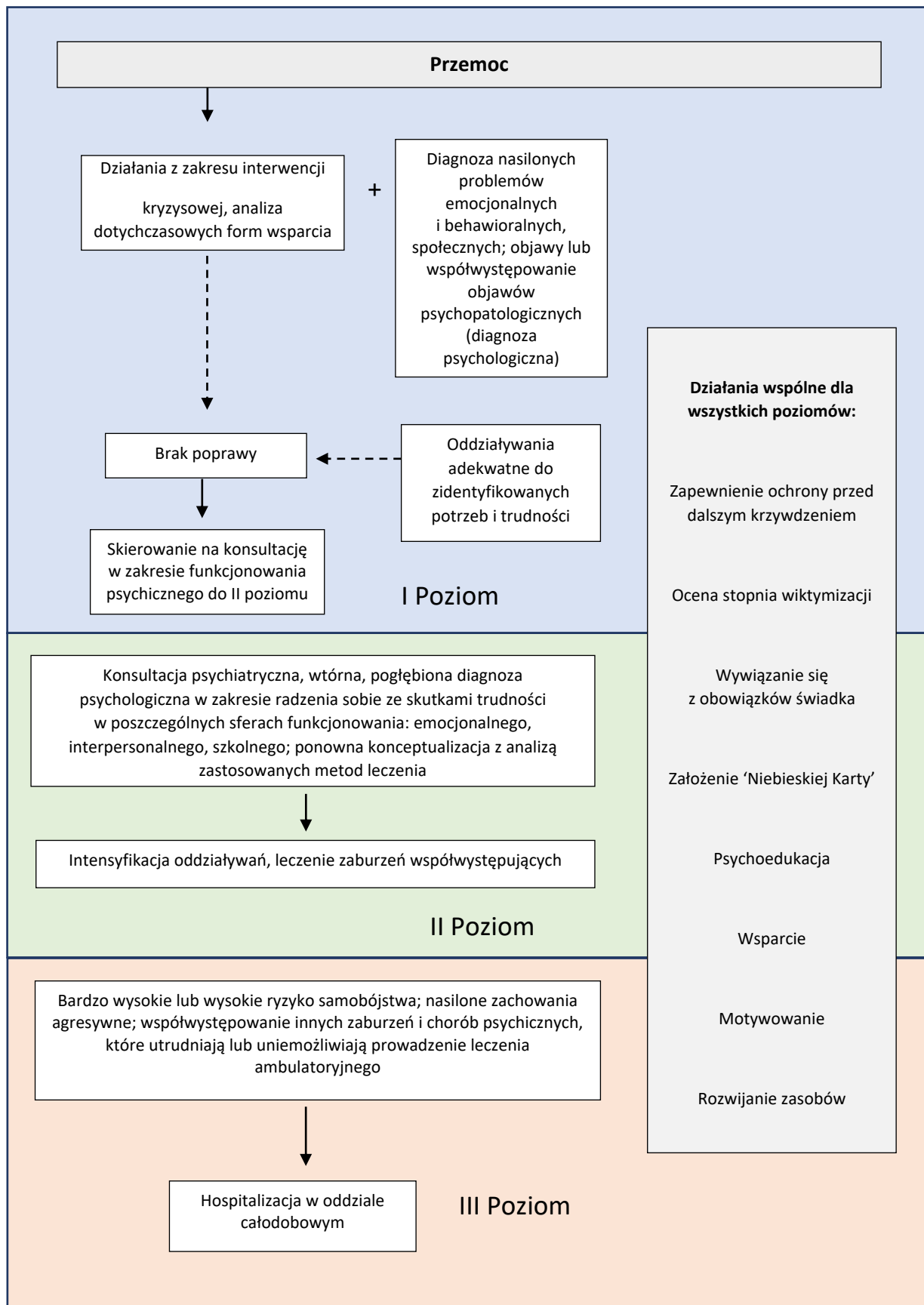
Jeżeli przemoc zdarza się w szkole, wówczas należy zachęcić rodzica do poinformowania wychowawcy i dyrektora szkoły o zaistniałym zdarzeniu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami dyrektor placówki odpowiada za bezpieczeństwo uczniów. Można wspomóc szkołę w zakresie przeciwdziałania przemocy czy przeprowadzenia psychoedukacji w klasie.

Rekomendacja 3

Stałymi elementami w pracy z osobami doświadczającymi przemocy powinny być:

- a. edukacja: identyfikacja przemocy oraz prawidłowości nią rządzących, czynniki podtrzymujące przemoc, analiza skutków pozostawania w sytuacji przemocy,

- prawne aspekty przemocy, informacja o rodzajach i zadaniach instytucji działających na rzecz osób doznających przemocy i obowiązujące procedury.
- b. wsparcie: utwierdzenie w słusznych decyzjach, zachęcanie do swobodnego wyrażania przekonań, zapewnienie o wsparciu.
 - c. motywowanie: prezentacja realnych możliwości wyjścia z przemocy, zachęcanie do podejmowania samodzielnych decyzji oraz kolejnych kroków w celu wyjścia z przemocy, zachęcanie do kontynuowania spotkań oraz korzystania z pozostałych form pomocy w innych instytucjach.
 - d. rozwijanie zdolności i umiejętności poprzez stworzenie planu bezpieczeństwa, analizę czynników ochronnych i czynników ryzyka, nauka umiejętności korzystania ze wsparcia odpowiednich służb – wzywanie policji, redagowania pism, gromadzenia dowodów o przemocy itp. Ponadto zaleca się wszelkie treningi, takie jak: trening efektywnej komunikacji, asertywności, relaksacji, wyrażania złości, umiejętności wychowawczych, budżetowy, poszukiwania pracy, samoobrony etc.
 - e. terapia: należy skupić się na leczeniu bezpośrednich i odległych skutków przemocy, pomóc w odreagowaniu lęku, gniewu, złości, pomóc w przewyciężaniu zachowań autodestrukcyjnych, budowaniu poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości oraz konstruowaniu przyszłości.



SEKCJA 16

Problem w relacji dziecko–rodzice

Problem dotyczący związku rodzic-dziecko (V61.20 wg DSM-5 i Z62.820 wg ICD-10)
 Dziecko dotknięte problemem w związku rodziców (V61.29 wg DSM-5 i Z62.898 wg ICD-10)

Diagnoza psychologiczna: Reakcja adaptacyjna związana z sytuacją rodzinną

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Przedmiotem zainteresowania jest negatywny wpływ trudności w relacji między rodzicem/opiekunem a dzieckiem/adolescentem na aktualne funkcjonowanie lub przebieg, prognozę lub leczenie zaburzeń psychicznych lub innego stanu ogólnomedycznego obecnego u dziecka/adolescenta. Ponadto negatywny wpływ na zdrowie psychiczne lub zaburzenia ogólnomedyczne dziecka/adolescenta mają problemy we wzajemnych relacjach rodziców/opiekunów (np. zaostrowany konflikt, brak kontaktów lub lekceważenie, przemoc, separacja lub rozwód).

1. Nieprawidłowe wzorce wychowawcze

Rodzina jako naturalne środowisko życia dziecka stwarza warunki, które będą sprzyjać lub hamować jego rozwój. Szczególnie ważna jest jakość więzi, jaką rodzic nawiązuje z dzieckiem we wczesnym etapie jego życia. Prawidłowa więź, która optymalizuje dalsze funkcjonowanie fizyczne i psychiczne, budowana jest wtedy, gdy rodzic potrafi we właściwy sposób zaspokajać potrzeby emocjonalne dziecka, reaguje adekwatnie na jego potrzeby, tj. jest wobec niego responsywny. Odrzucenie (fizyczne, ale także emocjonalne) jest traumatycznym doświadczeniem, uniemożliwiającym tworzenie bezpiecznego przywiązania (Reaktywne zaburzenie więzi, kod 6B44; Zaburzenie polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych, kod 6B45 w SEKCJI 13. Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym). Nieprawidłowości w relacjach dziecko–rodzic obejmują również wadliwe style wychowawcze, wpływające na sposób radzenia sobie ze stresem przez dziecko/adolescenta, zwiększając podatność na różne formy psychopatologii. Za optymalny uznawany jest styl autorytatywny oparty na zaangażowaniu emocjonalnym (wyrażającym się okazywaniem pozytywnych uczuć, akceptacji, wsparcia i zachęt), a także na jasnych standardach i granicach dotyczących określonego zachowania oraz swobody działania w ramach tych granic (monitorowanie działań dziecka, nagrody za pozytywne zachowania). Rodzice reagują na potrzeby dziecka, ale też pokazują ograniczenia. Taki styl wychowawczy przyczynia się do rozwoju kompetencji radzenia sobie z wyzwaniami, sprzyja budowaniu satysfakcjonujących relacji z innymi, budowaniu pozytywnej samooceny i odporności psychicznej.

Do niekorzystnych stylów wychowawczych zalicza się:

- a. styl autorytarny, charakteryzowany przez niskie zaangażowanie emocjonalne i wysoki poziom kontroli (z dużą ilością kar) ze strony wymagających, ale zdystansowanych, chłodnych emocjonalnie rodziców; nieadekwatnej dyscypliny opartej, zamiast wycofania aprobaty i ograniczenia przywilejów, na karach cielesnych towarzyszy rozwój zachowań agresywnych, niższy poziom kompetencji społecznych i szkolnych,

- b. styl przyzwalający charakteryzujący się wysokim poziomem ciepła rodzicielskiego i niskim poziomem kontroli, pozbawionym monitorowania i adekwatnego wyznaczania granic; dzieci/adolescenci wychowywani w takich rodzinach są na ogół niecierpliwe, roszczeniowe, impulsywne, często agresywne, w okresie dorastania przejawiają więcej zachowań antyspołecznych i osiągają niskie wyniki w nauce,
- c. styl niezaangażowany, który opiera się na niskim poziomie okazywanego ciepła, niskiej emocjonalności dorosłych, braku wsparcia i niskiej kontroli zachowań dziecka/adolescenta; skutkuje on rozwojem zaburzeń więzi na wczesnych etapach życia, natomiast w okresie adolescencji chwiejnością emocjonalną, niskim poczuciem własnej wartości, trudnościami w relacjach z innymi.

Obraz kliniczny

Deprywacja potrzeb bliskości prowadzi do trudności w zakresie rozpoznawania i nazywania emocji (zwłaszcza trudnych), skłonności do doświadczenia stanów emocjonalnych jako skrajnych oraz trudności w dostrzeganiu dyskretnych zmian nastroju. Nadmierna kontrola i niska czułość w relacjach powodują problemy w regulacji emocji i skłonność do reagowania złością nawet w sytuacjach, które nie powinny być stresujące. U dzieci/adolescentów doświadczających takich strategii wychowawczych odnotowuje się wielokrotnie wyższe ryzyko podjęcia próby 'S', jako strategii radzenia sobie z sytuacją 'nie do zniesienia'. Postawa wrogości wobec dziecka częściej generuje zachowania o charakterze przestępczym, nadużywanie substancji psychoaktywnych i rozwój zaburzeń zachowania. Również brak dostatecznego monitoringu, wyznaczania adekwatnych granic sprzyja rozwojowi większej ilości zachowań impulsywnych i agresywnych.

Epidemiologia i etiologia

Ryzyko rozwinięcia zaburzeń psychicznych u dzieci/adolescentów doświadczających odrzucenia emocjonalnego w relacjach z rodzicami/opiekunami wynosi blisko 90%, natomiast zaburzenia emocjonalne i behawioralne rozpoznaje się u ok. 61% dzieci/adolescentów. Głównym mechanizmem tworzenia zaburzeń jest trudność w regulacji emocji, kontroli poznawczej i behawioralnej, której osiągnięcie wymaga stabilności opieki i adekwatnej kontroli. Dwukierunkowość oddziaływań w relacji dziecko–rodzic podkreśla z jednej strony z jednej strony znaczenie czynników indywidualnych dziecka (czynniki genetyczne, temperament, funkcje wykonawcze), z drugiej strony istotny wpływ mają przekazy rodzinne dotyczące sprawowania opieki (w tym szczególnie destrukcyjne – przyzwalające na stosowanie przemocy oraz psychopatologia rodzicielska).

2. Sytuacje związane z utratą poczucia bezpieczeństwa i stabilności w sytuacji doświadczenia choroby psychicznej lub uzależnienia przez rodzica. Parentyfikacja

Zaburzenia psychiczne rodzica (zwłaszcza zaburzenia psychotyczne, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, uzależnienia) wpływają na jakość sprawowania obowiązków rodzicielskich oraz funkcjonowanie rodziny jako całości. Niekorzystne warunki środowiskowe i ekspozycja na traumatyczne doświadczenia są związane z: (a) współwystępowaniem zaburzeń psychicznych u rodzica, zwłaszcza powiązanych z zachowaniami agresywnymi i antyspołecznymi, (b) obecnością zaburzeń u obojga rodziców, (c) niską jakością sprawowanej opieki – niedostępność emocjonalna, małe zaangażowanie

emocjonalne, nieadekwatna dyscyplina, ograniczony kontakt z dzieckiem/adolescentem, (d) konfliktami małżeńskimi, (e) izolacją społeczną rodziny, (f) niskim statusem socjoekonomicznym rodziny. Intensywność i czas trwania objawów rodzica w różnym stopniu wpływają na funkcjonowanie dziecka/adolescenta w zależności od jego wieku, poziomu rozwoju i obecności kryzysu rozwojowego. Ryzyko kształtowania się nieadaptacyjnych ścieżek rozwoju zwiększają także czynniki związane z dzieckiem/adolescentem: (a) trudny temperament, w tym poszukiwanie nowości, unikanie szkody, 'uzależnienie' od nagród, (b) słabe umiejętności społeczne (unikanie, wycofanie), (c) ograniczone kompetencje psychiczne, w tym niska samoocena, niskie zdolności poznawcze, niska zdolność regulacji emocji.

Trudności zdrowotne rodzica powodują często przesunięcie granic i zmiany w rolach rodzinnych. Wycofanie się rodzica powoduje przejęcie obowiązków wynikających z jego roli przez inne osoby w rodzinie; w skrajnych przypadkach przejęcia odpowiedzialności za system i poszczególne osoby w rodzinie dokonuje dziecko/adolescent, kosztem własnych potrzeb i dążeń (parentyfikacja). W rodzinach monoparentalnych dziecko/adolescent może również przejmować opiekę nad chorującym rodzicem, biorąc odpowiedzialność za jego funkcjonowanie oraz doświadczając nieadekwatnego do wieku i poziomu rozwoju stresu. Opieka może mieć wymiar egzystencjalny (zarabianie pieniędzy, dbanie o opłacenie rachunków i terminy wizyt u lekarza) i emocjonalny (wspieranie rodzica z pozycji jego rówieśnika, dbanie o jego komfort psychiczny bardziej niż o własny). Dziecko/adolescent ma tendencje do ukrywania swoich trudności z powodu lojalności wobec rodzica. Podobne role mogą pełnić dzieci tzw. niedojrzałych rodziców, czyli niedostępnych, chłodnych emocjonalnie, generujących u potomków postawę nadmiernej odpowiedzialności, ale także negatywnej emocjonalności. Parentyfikacja utrudnia/uniemożliwia separację w okresie dojrzewania.

Obraz kliniczny

Kumulacja indywidualnych i środowiskowych czynników ryzyka może prowadzić do nieprzystosowawczych wzorców zachowań polegających na internalizacji lub eksternalizacji problemów, włączając w to nadużywanie alkoholu i zachowania przestępcze. Chroniczny stres i zwiększona podatność indywidualna dziecka powodują obniżenie zdolności do regulacji emocjonalnej i samokontroli (zwłaszcza u chłopców), co powoduje większe trudności w nauce, konflikty interpersonalne, wykluczenie z pozytywnej grupy rówieśniczej i szukanie wsparcia w grupach z podobnymi problemami społeczno-emocjonalnymi. U dziewcząt natomiast dominują objawy internalizacyjne. Obserwowane efekty rozwojowe obejmują zarówno trudności emocjonalne (niższy poziom poczucia własnej wartości, wyższy odczuwanego lęku i depresji), jak również behawioralne i społeczne. Parentyfikacja prowadzi nie tylko do ukrywania swoich trudności przez dziecko, lecz także, znacznie częściej, do manifestacji objawów dysocjacyjnych i depresyjnych.

Epidemiologia

Badania wskazują, że ok. 24% populacji osób dorosłych doświadcza w ciągu życia przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego, z czego dwie trzecie nigdy nie podejmuje się leczenia. Część osób dorosłych zostaje rodzicami jeszcze przed pojawieniem się objawów, inni już w trakcie chorowania, co powoduje, że trudno oszacować liczbę dzieci/adolescentów doświadczających konsekwencji emocjonalnych z powodu dorastania w ich rodzinach.

Etiologia

Trudności w funkcjonowaniu psychicznym dziecka/adolescenta są wynikiem oddziaływania czynników ochronnych i ryzyka. Te ostatnie obejmują (a) specyficzne czynniki, charakterystyczne dla objawów choroby rodzica (np. trudności w budowaniu bezpiecznego przywiązania przez matki doświadczające depresji poporodowej), nasilenie objawów i ich chroniczność oraz (b) niespecyficzne, niezależne od objawów choroby, takie jak: stres, konflikty małżeńskie, postawy rodzicielskie, przemoc. Potencjalne źródła lepszego lub trudniejszego przystosowania obejmują także czynniki indywidualne dziecka (temperament, podatność genetyczna) oraz środowiskowe (poziom wykształcenia rodziców, status zawodowy). Pozytywne relacje z innymi, zdrowymi członkami rodziny, zasoby indywidualne i środowiskowe wzmacniają odporność psychiczną dziecka/adolescenta i przeciwdziałają negatywnym wpływom problemów psychicznych rodzica.

3. Sytuacje związane z załamaniem się znaczących relacji interpersonalnych: poważne konflikty małżeńskie i trudny rozwój

Konflikt małżeński/partnerski (agresywny lub milczący) może być związany z obecnością objawów psychopatologicznych i różnych trudności u dzieci/adolescentów. Zaburzone formy opieki w sytuacji konfliktu rodziców obejmują:

- a. ambiwalencję wobec dziecka/adolescenta (miłość jest źródłem radości i satysfakcji, ale konieczność wykonywania funkcji rodzicielskich często jest odczuwana, w obliczu kryzysu, jako nadmiernie obciążająca),
- b. wzajemne podważanie kompetencji wychowawczych przez rodziców,
- c. alienację (np. przejmowanie przez matkę nadmiernej kontroli związanej z pozycją lidera w rodzinie, osoby zarządzającej systemem oraz ze skłonnością do pomijania znaczenia relacji ojciec–dziecko poprzez krytyczny stosunek do ojcowskich kompetencji i ważności jego roli w życiu dziecka, podkreślania błędów, przeszkadzania w kontakcie, odwodzenia od kontaktów z dzieckiem; zachowania te mogą przybierać formę komunikatów wprost, mogą być również wyrażane w sposób bardziej subtelny – znaczące spojrzenia, westchnienia pełne dezaprobaty, złośliwe uśmiechy itp. W warunkach ostrego konfliktu rodziców może to doprowadzić do odmowy utrzymywania kontaktów z drugim rodzicem, lęku dziecka przed nim, mimo braku uzasadnionych powodów; towarzyszy jej przekonanie, że rodzic dopuścił się nadużyć i fałszywe wspomnienia związane ze zdarzeniami. Strategie alienacji od drugiego partnera są stosowane równie często przez kobiety, jak i przez mężczyzn),
- d. instrumentalizację dziecka/adolescenta, które jest angażowane i wykorzystywane do walki między dorosłymi, a jego rzeczywiste potrzeby są wtórne wobec wymagań dorosłych – dziecko/adolescent staje się: (1) źródłem informacji na temat tego, co planuje partner, (2) bronią do pokazania swojej przewagi wobec partnera, (3) kartą przetargową, atrybutem władzy nad partnerem, (4) opiekunem, wsparciem, (5) kozłem ofiarnym, skupiającym negatywne emocje wobec partnera)
- e. parentyfikację,
- f. przemoc (Sekcja 15).

Zachowania dorosłych, szczególnie trudne w sytuacji ich konfliktu, obejmują: (a) odgrywanie przed dzieckiem ofiary, (b) wywoływanie tęsknoty u dziecka wówczas, gdy przebywa ono

z drugim rodzicem, (c) powtarzające się obwinianie drugiego rodzica za pojawienie się sytuacji trudnej i jej konsekwencje, (d) używanie dziecka jako pośrednika w komunikowaniu się z drugim rodzicem, (e) zaniedbywanie dziecka pod względem fizycznym i emocjonalnym z powodu nadmiernego skoncentrowania się na 'walce' z partnerem, (f) nadmiernie pobłażliwa postawa wobec dziecka i unikanie stawiania mu wymagań, aby stać się preferowanym rodzicem, (g) stawianie przeszkód na drodze do kontaktów dziecka z drugim rodzicem (prowadzące do alienacji).

Czynnikami utrudniającymi adaptację dziecka w sytuacji silnego konfliktu między rodzicami są: (a) nieumiejętność zapewnienia dziecku/adolescentowi stabilnego środowiska wychowawczego, (b) brak wrażliwości na potrzeby dostosowane do rozwoju dziecka/adolescenta, brak zdolności ich zaspokajania, (c) autorytarna postawa wobec dziecka/adolescenta, (d) pozabezpieczny styl przywiązania, (e) brak stymulacji rozwoju we wszystkich sferach, (f) brak dobrych relacji społecznych.

Obraz kliniczny

Efektom wywierania na dziecko/adolescenta presji celem uzyskania jego wsparcia w konflikcie z małżonkiem/partnerem jest konflikt lojalności (dziecko/adolescent stara się utrzymać dobrą, uczuciową relację z rodzicami mimo ich wzajemnej wrogości i odczuwania tej sytuacji jako trudnej i obciążającej), który rodzi dyskomfort emocjonalny, poczucie winy, przygnębienie, ograniczoną chęć do kontaktu z rodzicami lub jednym z nich.

Typowe reakcje emocjonalne dziecka/adolescenta na sytuacje konfliktowe rodziców lub rozwód zmieniają się w zależności od wieku:

- a. wiek zakorzenienia: od urodzenia do 3 r.ż. – naruszenie poczucia bezpieczeństwa dziecka i zaufania do opiekuna, który może być zaabsorbowany własnymi przeżyciami i konfliktem z partnerem przestaje być responsywnym opiekunem,
- b. wiek winy: 4–6 r.ż. – obwinianie siebie (adekwatnie do poziomu rozwoju poznawczego), wzrost poczucia lęku i pobudzenia, możliwe zachowania agresywne,
- c. wiek smutku: 6–8 r.ż. – dziecko może przeżywać przytłaczające uczucie smutku, jest bardziej płaczące; przy napiętej atmosferze między partnerami może odczuwać konflikt lojalności; sytuacja agresywnego lub milczącego konfliktu lub rozwodu wpływa na osiągnięcia szkolne i samoocenę; pogorszeniu ulegają relacje z rówieśnikami i nauczycielami,
- d. wiek złości: 9–12 r.ż. – dominuje poczucie niespełnienia oczekiwań, straty i żalu, które może przejawiać się w postaci zachowań agresywnych, ucieczek, mniejszej częstotliwości kontaktów z innymi, obniżonej samooceny, dolegliwości somatycznych, trudności ze snem,
- e. wiek pozornej dojrzałości: 13–16 r.ż. – pojawia się umiejętność dokonania oceny odpowiedzialności za konflikt/rozwód, rozwiązania konfliktów lojalnościowych, lepszego przystosowania się do zmiany warunków życia, ale też zdolność skorzystania z zewnętrznych źródeł wsparcia większa niż u młodszych dzieci; problemem może być odcięcie emocjonalne i przedwczesna separacja od rodzica oraz przynależność do grup (jako grup wsparcia) wykazujących przejawy demoralizacji,
- f. wiek zaprzeczania problemom: 17–21 r.ż. – skłonność do obwiniania rodziców, trudności w regulowaniu niezależnych kontaktów z każdym z rodziców, lęk przed zmianami, poczucie osamotnienia, niepewności i zagubienia, które przyczynia się do

odejścia z domu i poszukiwania w świecie zewnętrznym zaspokojenia potrzeb i emocjonalnej stabilizacji lub przeciwnie – zaniechania realizacji własnych planów w celu ratowania małżeństwa rodziców albo wspierania jednego z nich.

Mogą pojawić się objawy zaburzeń adaptacyjnych (Sekcja 14).

Etiologia

Indywidualne predyspozycje odgrywają ważną rolę w genezie i kształtowaniu objawów. Osłabienie mechanizmów radzenia sobie ze stresem obejmuje zwłaszcza dzieci: (a) z tzw. trudnym temperamentem, (b) trudnościami w rozumieniu sytuacji społecznych, (c) niską kontrolą wewnętrzną emocji. Po stronie opiekunów czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo konieczności udzielenia pomocy specjalistycznej są: (a) brak wcześniejszej dbałości opiekunów o wytworzenie u dziecka poczucia własnej wartości i świadomości własnych uzdolnień, (b) brak wsparcia i pomocy ze strony innych osób znaczących oraz (c) słabe więzi uczuciowe, a zwłaszcza niska akceptacja i pozytywna emocjonalność. Czynniki ułatwiającymi adaptację dziecka w sytuacji rozwodowej są: (a) stabilność i ciągłość warunków życiowych, w tym materialnych, (b) przystosowanie emocjonalne i społeczne głównego opiekuna, (c) minimalizacja konfliktów między rodzicami w czasie trwania sytuacji rozwodowej, współpraca dotycząca problemów wychowawczych, (d) regularne kontakty z drugim opiekunem.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Diagnoza dzieci/adolescentów doświadczających problemów w relacji z rodzicami/dotkniętych kryzysem w związku rodziców powinna obejmować: (1) przesiewową ocenę funkcjonowania psychologicznego dziecka/adolescenta, jego zasobów i deficytów indywidualnych (w tym cech osobowości), rodzinnych i społecznych oraz jego potrzeb emocjonalno-społecznych, (2) diagnozę ewentualnych trudności szkolnych dziecka/adolescenta.

Rekomendacja 1

Ze względu na to, że dzieci/adolescenci doświadczający problemów w relacji z rodzicami/dotknięci kryzysem w związku rodziców mogą przejawiać objawy zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych, funkcjonowania społecznego i innych zaburzeń, postępowanie wobec nich powinno obejmować: (1) diagnozę psychologiczną o charakterze klinicznym, ukierunkowaną na konceptualizację problemu oraz określenie mechanizmów zaburzenia, obszarów trudności i zasobów pacjenta w jego funkcjonowaniu osobistym oraz jego otoczeniu (w tym funkcjonowania jego bezpośrednich opiekunów, np. ich cech osobowości i psychopatologii), (2) określenie profilu potrzebnego wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego (w tym wskazań do poradnictwa psychologicznego/psychoterapii/farmakoterapii), (3) podjęcie oddziaływań pomocowych, których rodzaj zależy od zgłoszonych lub zidentyfikowanych trudności.

Rekomendacja 2

W celu diagnozy psychologicznej oraz pedagogicznej funkcjonowania intelektualnego lub umiejętności szkolnych należy skierować dziecko/adolescenta do najbliższej

placówki zajmującej się pomocą psychologiczno-pedagogiczną lub przeznaczonych do tego celu jednostek oświatowych.

Standard 2

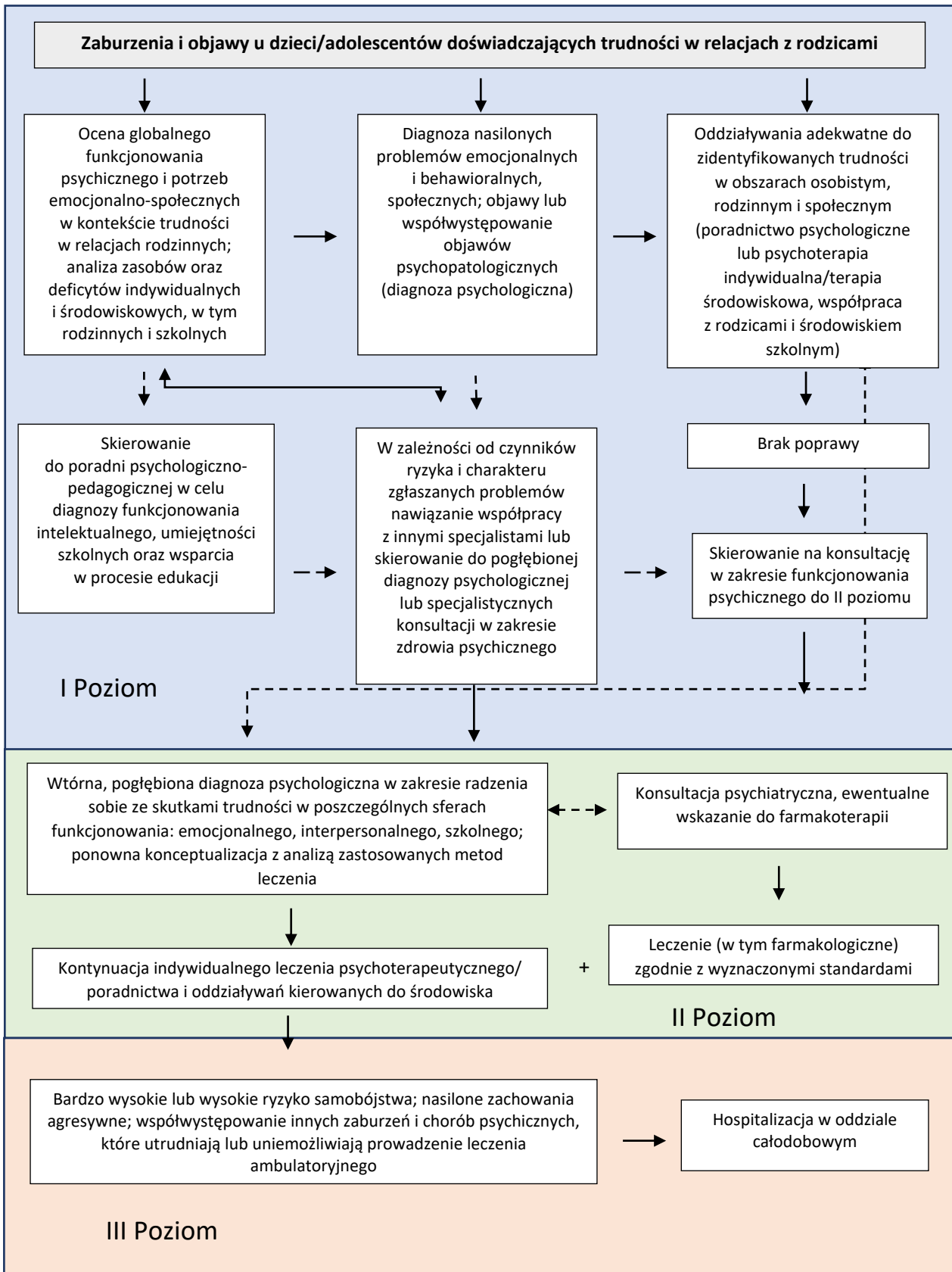
Dzieci/adolescentów doświadczających problemów w relacji z rodzicami/dotkniętych kryzysem w związku rodziców z występującymi problemami emocjonalno-społecznymi, trudnościami w zachowaniu i zaburzeniami psychicznymi, powinno się obejmować interwencjami uwzględniającymi indywidualną lub grupową pomoc psychologiczną, lub wsparcie psychospołeczne, lub psychoterapię, lub terapię środowiskową, adekwatnie do wieku dziecka/adolescenta i charakteru zgłaszanego problemu. Oddziaływania ukierunkowane na otoczenie dziecka/adolescenta powinny uwzględniać: (1) psychoedukację, (2) poradnictwo dla rodziców, (3) budowanie sieci wsparcia społecznego w środowisku dziecka/adolescenta (w miarę możliwości, opierając się na współpracy z przedszkolem/szkolą, sektorem pomocy społecznej lub organizacjami udzielającymi pomocy), (4) w razie potrzeby terapię rodzinną lub indywidualną terapię rodzica/rodziców/opiekuna/opiekunów.

Standard 3

W przypadku braku oczekiwanej poprawy w wyniku zastosowania adekwatnych do zidentyfikowanych problemów oddziaływań, konieczne jest przeprowadzenie wtórnej, pogłębionej oceny problemu (tj. pogłębiona diagnoza psychologiczna i konceptualizacja problemu) oraz zweryfikowanie potrzebnego wsparcia i zaleceń interwencyjno-terapeutycznych. W przypadku poważnych objawów zaburzeń psychicznych u dzieci/adolescentów należy rozważyć dołączenie (do interwencji psychospołecznych) leczenia farmakologicznego, zgodnie z obowiązującymi standardami dla danych zaburzeń.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym powinna być rozważona w przypadku: (a) występowania nasilonych objawów reakcji stresowej/adaptacyjnej lub (b) współwystępowania poważnych zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych lub znaczących problemów w zakresie funkcjonowania społecznego, (c) przy braku oczekiwanych rezultatów odpowiedzi, przez długi czas w warunkach ambulatoryjnych, na próby leczenia psychologicznego, terapeutycznego, farmakologicznego lub skojarzonego zidentyfikowanych problemów. Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) nasilonych zachowań agresywnych, (c) współwystępowania innych zaburzeń i chorób psychicznych, które uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego.



SEKCJA 17

Problemy związane ze szkołą lub nauką

Diagnoza psychologiczna: Reakcja adaptacyjna związana z sytuacją w szkole/przedszkolu

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie, definicje

Adaptacja do przedszkola/szkoły jest procesem, który dotyczy przede wszystkim dzieci rozpoczynających edukację przedszkolną/szkolną lub zmieniających przedszkole/szkołę. Efektywny przebieg adaptacji do środowiska edukacyjnego zależy od zachowania równowagi między: (a) oczekiwaniami i wymaganiami społecznymi kierowanymi do dziecka, a także jego rodziców, (b) możliwościami dziecka (w tym biologicznymi), a (c) potrzebami i dążeniami dziecka. Brak równowagi wiąże się albo z sytuacją nadmiernej uległości dziecka/adolescenta, albo problemami w socjalizacji lub efektywnej realizacji kolejnych zadań rozwojowych. Problemy adaptacyjne do środowiska przedszkolnego/szkolnego mogą być zatem obserwowane na każdym etapie edukacji dziecka/adolescenta.

Adaptacja do przedszkola/szkoły jest oparta na procesie wchodzenia w rolę (w tym przypadku przedszkolaka/ucznia) oraz procesie wchodzenia w grupę społeczną. Proces wchodzenia w rolę przebiega w następujących etapach:

- wchodzenie w rolę przedszkolaka/ucznia (orientowanie się, na czym polega rola przedszkolaka/ucznia oraz uczenie się poprzez naśladowanie postępowania innych),
- pełna adaptacja do roli przedszkolaka/ucznia (indywidualne przystosowywanie się do zasad zgodnie z własnymi potrzebami),
- twórcza adaptacja do roli (kreatywność, indywidualizm, samorealizacja).

Adaptacja do grupy społecznej przebiega na podstawie następujących etapów:

- orientacja (powierzchnowe relacje, wstępna integracja, raczej niska aktywność grupy),
- konfrontacja i różnicowanie (ujawnianie różnic między dziećmi, konflikty),
- współpraca (konstruktywne rozwiązywanie problemów, większe poczucie bezpieczeństwa, ujawnianie emocji),
- faza końcowa (rozstawanie się, planowanie przyszłości, ocenianie tego, co było).

Dzieci/adolescenci przystosowujący się z sukcesem do środowiska edukacyjnego przejawiają motywację do udziału w zajęciach szkolnych, zdolność przestrzegania zasad, realizacji obowiązków przedszkolnych/szkolnych, rozwijają kompetencje społeczne, komunikacyjne, konstruktywne relacje z rówieśnikami i dorosłymi (nauczycielami/wychowawcami), umiejętności szkolne. Prezentowane przez nich, początkowo bierne strategie przystosowawcze, powinny ustąpić ich większej aktywności, wzrostowi ich poczucia bezpieczeństwa i większej zdolności samoregulacji.

W praktyce klinicznej problemy adaptacyjne, związane z adaptacją do przedszkola/szkoły są rozpatrywane w kategoriach zaburzeń związanych ze stresem jako rodzaj Zaburzeń adaptacyjnych (6B43 – ICD-11; DSM-5). Jako czynnik stresogenny są rozpatrywane: nauka/przedszkole/szkoła. Tego rodzaju problemy w odniesieniu do dzieci w wieku szkolnym ujęte są także w grupie czynników wpływających na stan zdrowia, związanych z edukacją (QD9 w ICD-11). Zaburzenia adaptacyjne występują zgodnie z klasyfikacjami ICD i DSM

w ciągu 3 miesięcy od zadziałania stresora i powinny ustąpić do 6 miesięcy od jego wystąpienia. Zwraca się jednak uwagę na możliwość rozpoznania tzw. Zaburzeń adaptacyjnych chronicznych, przy dłuższym czasie trwania sytuacji stresowej oraz obserwowanej długotrwale dysharmonii rozwoju, zaburzeń funkcjonowania w przedszkolu/szkole i obserwowanego cierpienia/dyskomfortu dziecka/adolescenta

Zaburzenia adaptacyjne należy różnicować z Zaburzeniami pourazowymi i związanymi z czynnikami stresowymi (Zaburzenie stresowe pourazowe, Ostra reakcja na stres), zespołami depresyjnymi, dystymią, zaburzeniami lękowymi. Trudności przedszkolne/szkolne dziecka mogą być także wtórne do innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w tym specyficznych zaburzeń uczenia się, zaburzeń języka, mowy i komunikacji, zaburzeń lękowych, zaburzeń nastroju, zaburzeń zachowania, zaburzeń neurorozwojowych, uzależnień czy sytuacji doświadczania przemocy itp.

Obraz kliniczny

U młodszych dzieci problemy z adaptacją do środowiska przedszkolnego czy szkolnego przejawiają się głównie objawami somatycznymi (tj. bólami głowy, bólami brzucha, moczeniem mimowolnym, problemami ze snem). Obserwowane są także tendencje do występowania zachowań o charakterze regresu (przejawiające się np. ssaniem kciuka). Adolescenci z trudnościami w efektywnej adaptacji do środowiska szkolnego prezentują w większości różne objawy eksternalizacyjne, w tym zachowania agresywne, opozycyjne, buntownicze. Wycofują się często z aktywności szkolnej, wagarują, przejawiają trudności w relacjach z autorytetami (rodzina, nauczyciele), mają tendencję do nadmiernego używania substancji psychoaktywnych.

Nasilona reakcja adaptacyjna, związana z sytuacją szkolną, jest obserwowana przede wszystkim u dzieci rozpoczynających edukację. W ich funkcjonowaniu poznawczym i emocjonalno-społecznym obserwuje się:

Tabela 17.1. Obszary, w których następuje reakcja adaptacyjna

Sfera emocjonalno-społeczna	Cechy niedojrzałości emocjonalnej, w tym chwiejność emocjonalna, trudności w przystosowywaniu się do zmian, słaby kontakt z rówieśnikami, niski stopień samodzielności, nieumiejętność rezygnacji z potrzeb i odroczenia gratyfikacji, potrzeba ciągłego zainteresowania ze strony dorosłych, nadwrażliwość w reagowaniu. Zahamowanie emocjonalne, w tym nadmierna nieśmiałość, uległość, skłonność do podporządkowywania się, przesadna dbałość o staranne wykonanie zadań, trudności w nawiązaniu relacji z autorytetami, mała ekspresja mimiczna, wrażliwość na potencjalne i realne niepowodzenie, skłonność do wycofywania się. Poczucie bezradności, zmęczenie, napięcie psychofizyczne.
Sfera poznawcza	Trudności z koncentracją uwagi, skłonność do nadmiernej przeczutności uwagi, myślenie zawężone do sytuacji stresowej i jej następstw, także niepowodzeń, spadek motywacji, kłopoty z planowaniem, niższy poziom osiągnięć szkolnych.
Sfera zachowania	Kłopoty z samokontrolą, trudności w socjalizacji, bunt, negatywizm, skłonność do podejmowania aktywności skoncentrowanych na sobie, okresowo impulsywność zachowania, odmowa chodzenia do szkoły.

Epidemiologia

Rozpowszechnienie zaburzeń adaptacyjnych, związanych z różnymi stresorami u dzieci, w zależności od metodologii badania, sięga 5–20% (w warunkach konsultacji psychiatrycznych nawet 50%). Badania prowadzone w ramach HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*) wskazują, że ok. 35% adolescentów odczuwa dużą presję szkolną, której nasilenie wzrasta wraz z wiekiem (większy poziom stresu deklarowany przez 15-latków w porównaniu z 11-latkami). W przypadku polskich dzieci odsetek ten sięga kilkunastu procent. Ogólny stosunek do szkoły, w populacji adolescentów jest dość pozytywny. Szczegółowe analizy deklaracji pozyskiwanych od polskiej młodzieży wskazują jednak, że ok. 28% z nich nie lubi szkoły. Dotyczy to głównie chłopców. Ok. trzech piątych nastolatków z populacji ogólnej doświadcza dużego wsparcia ze strony innych uczniów, a ponad połowa – wysokiego poziomu wsparcia od nauczycieli. W Polsce odsetek ten sięga ok. 20% uczniów (jednocześnie ok. 20% polskiej populacji uczącej się młodzieży deklaruje niski poziom wsparcia ze strony nauczycieli oraz środowiska rówieśniczego w szkole).

Etiologia

Zaburzenia i trudności związane z adaptacją do środowiska przedszkolnego/szkolnego stanowią grupę niejednorodnych objawów, których wystąpienie stanowi efekt interakcji czynników psychologicznych (związanych z funkcjonowaniem dziecka/adolescenta), rodzinnych (związanych z funkcjonowaniem w relacji rodzic–dziecko/adolescent) oraz społecznych (związanych z funkcjonowaniem w relacji dziecko/adolescent–nauczyciele/wychowawcy/inni uczniowie oraz organizacją procesu edukacji i środowiska przedszkolnego/szkolnego).

Tabela 17.2. Czynniki związane z adaptacją do środowiska przedszkolnego/szkolnego

Czynniki psychologiczne	Niskie poczucie wartości; niski poziom poczucia sprawstwa; niski poziom samodzielności; dysharmonijny poziom rozwoju; zaburzenia dynamiki procesów neurorozwojowych; objawy trudności i zaburzeń związanych z uczeniem się, rozwojem mowy i języka; niski poziom dojrzałości emocjonalnej; niski poziom dojrzałości społecznej; dysfunkcyjne strategie radzenia sobie ze stresem; trudności komunikacyjne; trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych; niski poziom samokontroli i kłopoty z regulacją emocjonalną; słabszy poziom funkcjonowania poznawczego, głównie w zakresie funkcji wykonawczych.
Czynniki rodzinne	Trudności w separacji rodzic–dziecko; niestabilność systemu rodzinnego oraz relacji z rodzicami; trudności ekonomiczne rodziny; nagromadzenie wydarzeń stresowych w rodzinie, a tym samym w życiu dziecka/adolescenta; deficyt wzorców rodzinnych związanych z efektywną adaptacją społeczną.
Czynniki społeczne	Nieadekwatny system wsparcia ze strony otoczenia nauczycieli/wychowawców; niski poziom edukacji (nadmierna stymulacja lub deprivacja lub wrogie/intruzywne środowisko przedszkolne/szkolne); wysokie wymagania szkolne, niedostosowane do możliwości dziecka/adolescenta; brak jasnych zasad i oczekiwań w systemie przedszkolnym/szkolnym; brak akceptacji ze strony otoczenia rówieśniczego lub brak otoczenia rówieśniczego; doświadczanie dyskryminacji, przemocy (typu bullying); stosowanie przemocy.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Zgłaszane i obserwowane problemy z nauką i szkołą powinny być rozpatrywane w kontekście: (a) zdolności adaptacyjnych dziecka/adolescenta do środowiska edukacyjnego, (b) kontekstu rozwojowego, sytuacyjnego, rodzinnego, społecznego (w tym dostępności, poziomu, organizacji procesu i miejsca edukacji; relacji w przedszkolu/szkole) oraz (c) występowania innych objawów/problemów w zachowaniu, funkcjonowaniu emocjonalno-społecznym, funkcjonowaniu poznawczym i zaburzeń psychicznych.

Standard 2

Diagnoza zaburzeń adaptacyjnych związanych z nauką lub przedszkolem/szkołą ma charakter interdyscyplinarny. Algorytm postępowania powinien obejmować kolejno: (1) dokonanie wstępnego rozeznania funkcjonowania poznawczego i emocjonalno-społecznego dziecka/adolescenta w kontekście jego etapu rozwoju oraz kontekstu środowiska edukacyjnego, w którym dziecko/adolescent funkcjonuje, a następnie, w zależności od potrzeby (2) diagnostykę psychologiczną i pedagogiczną umiejętności szkolnych lub sprawności intelektualnej, (3) diagnozę logopedyczną w kierunku oceny rozwoju mowy, artykulacji, współwystępowania/wykluczenia specyficznych zaburzeń mowy i języka, (4) ocenę kliniczną w kierunku występowania/wykluczenia objawów innych zaburzeń psychicznych lub wtórnych zaburzeń emocjonalnych, społecznych lub zaburzeń zachowania. Celem jest właściwa identyfikacja czynnika/czynników stresogennych oraz indywidualnej specyfiki problemów adaptacyjnych w przedszkolu/szkole.

Rekomendacja 1

Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna umiejętności szkolnych i sprawności intelektualnej, w kontekście przedszkolnych/szkolnych problemów adaptacyjnych dziecka/adolescenta powinna odbywać się w podmiotach zajmujących się pomocą psychologiczno-pedagogiczną, za pomocą standaryzowanych narzędzi pomiaru.

Standard 3

Dzieci oraz adolescenti z zaburzeniami adaptacyjnymi dotyczącymi przedszkola/szkoły wymagają oddziaływań pomocowych na terenie przedszkola/szkoły (np. zajęcia adaptacyjno-integracyjne).

Rekomendacja 1

W celu wdrożenia takiej pomocy należy nawiązać, w miarę możliwości, współpracę z jednostką oświatową, do której uczęszcza dziecko/adolescent. Przy planowaniu interwencji należy brać pod uwagę: (1) specyfikę i organizację środowiska edukacyjnego (m.in. typ przedszkola/szkoły, relacje w przedszkolu/szkole), (2) wyniki badania procedurami i narzędziami diagnostycznymi, a także: (3) kontekst społeczno-kulturowy, (4) współwystępujące trudności oraz zaburzenia, (5) czynniki, które mogły wpłynąć na diagnozę, czynniki podtrzymujące objawy, (6) opis dostępnego wsparcia społecznego, zasobów i słabych stron dziecka/adolescenta (w tym jego strategii zaradczych), (7) współpracę i zaangażowanie środowiska dziecka/adolescenta (m.in. rodziców/opiekunów i nauczycieli/wychowawców).

Standard 4

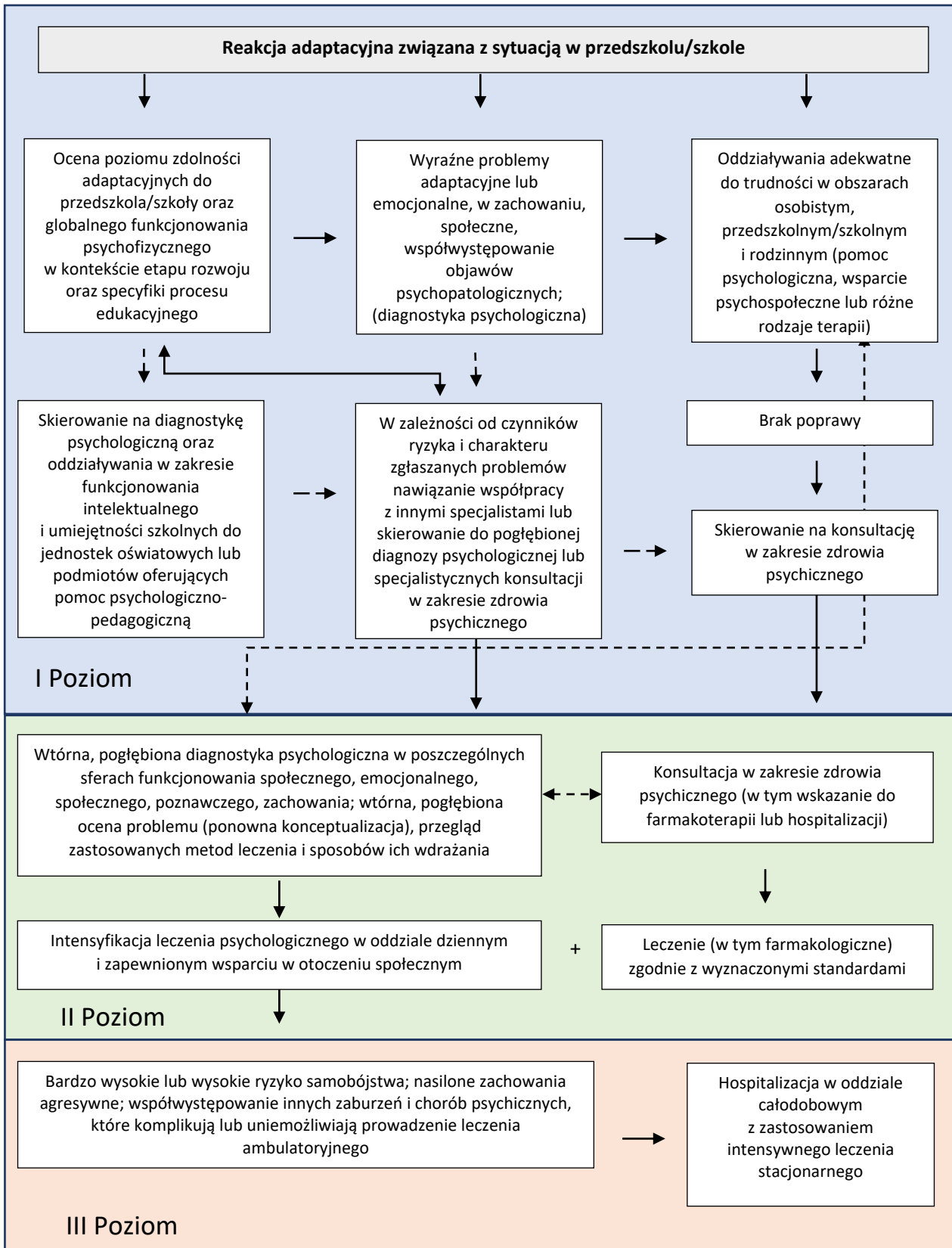
Dzieci i adolescenty przejawiające zaburzenia adaptacyjne, w związku z nauką lub sytuacją przedszkolną/szkolną lub dzieci/adolescenty przejawiający inne symptomy zaburzeń psychicznych (w tym w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, społecznego, zachowania), powinny obejmować się interwencjami o charakterze indywidualnej lub grupowej pomocy psychologicznej (np. interwencja kryzysowa, poradnictwo psychologiczne, warsztaty, treningi), lub wsparciem psychospołecznym, lub psychoterapią, lub poradnictwem lekarsko-terapeutycznym, w zależności od wieku dziecka/adolescenta i charakteru zgłaszanego problemu. Bardzo ważnym elementem wsparcia oraz oddziaływań terapeutycznych wobec dzieci i adolescentów z zaburzeniami adaptacyjnymi są oddziaływania ukierunkowane na ich środowisko edukacyjne oraz rodzinne. Tego rodzaju oddziaływania powinny uwzględniać: (1) psychoedukację oraz wsparcie rodziny, wychowawcy, nauczycieli, (2) budowanie planu pomocy w środowisku, w miarę możliwości we współpracy z rodzicami/opiekunami/nauczycielami/otoczeniem rówieśniczym, (3) w razie potrzeby terapię rodzinną. Należy być uważnym na sygnały naruszenia granic dziecka/adolescenta (przemoc, zaniedbanie) oraz przejawy zachowań autodestrukcyjnych. Zaleca się, aby oddziaływania uwzględniały pracę nad wzmacnianiem i rozwijaniem strategii zaradczych u dziecka/adolescenta oraz zasobów (m.in. *resilience*).

Standard 5

Jeżeli nie nastąpiła oczekiwana poprawa w wyniku zastosowania adekwatnych do zidentyfikowanych problemów oddziaływań, konieczne jest przeprowadzenie wtórnej, pogłębionej oceny problemu (tj. pogłębiona diagnostyka psychologiczna problemu) oraz zweryfikowanie profilu potrzebnego wsparcia i zaleceń terapeutycznych. W przypadku poważnych zaburzeń adaptacyjnych lub innych nasilonych problemów funkcjonowania psychicznego (m.in. wysoki poziom lęku, objawy depresyjne) należy rozważyć dołączenie (do interwencji psychologicznych) lub leczenia farmakologicznego, monitorowanego pod kątem zdarzeń niepożądanych.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym powinna być rozważona w przypadku: (a) współwystępowania poważnych zaburzeń emocji i zachowania, nasilonej reakcji stresowej lub znaczących problemów w zakresie funkcjonowania społecznego, a jednocześnie (b) przy braku odpowiedzi, przez długi czas w warunkach ambulatoryjnych, na próby leczenia psychologicznego, terapeutycznego, farmakologicznego lub skojarzonego zidentyfikowanych problemów. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) wysokiego ryzyka samobójstwa, (b) zachowań agresywnych, (c) współwystępowania innych zaburzeń i chorób psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego.



SEKCJA 18

Wykluczenie społeczne lub odrzucenie, bycie obiektem dyskryminacji i prześladowania

Diagnoza psychologiczna: Reakcja adaptacyjna związana z grupą rówieśniczą lub wpływem kulturowym

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Za wykluczenie społeczne w przypadku grup dziecięcych i młodzieżowych uważa się zjawisko, gdy dzieci/młodzież w danej grupie przez dłuższy czas odmawiają zabawy lub kontaktów z jednym z członków grupy. Wśród młodzieży o wykluczeniu społecznym można mówić, gdy adolescenti doświadczają ograniczonych możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, rozumianym jako niemożność korzystania lub pomniejszone korzystanie z dóbr i usług, w porównaniu z większością osób z tej samej grupy. Uczestnicy tej sytuacji są określane jako osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Taka sytuacja dla osoby wykluczanej jest źródłem stresu oraz cierpienia, stanowiąc deprywację jednej z fundamentalnych potrzeb – potrzeby przynależności. Szczególnie dla dzieci w wieku szkolnym, dla których akceptacja ze strony rówieśników i przynależność do grupy stanowią podstawowy punkt odniesienia dla poczucia własnej wartości. Zagrożenie wykluczeniem wzrasta, gdy młodzież na danym etapie rozwoju nie ma oparcia w rodzinie lub w środowisku szkolnym, ewentualnie wystarczająco dobrych relacji z rówieśnikami Często inicjatorem takiej sytuacji jest jedno dziecko, które posiada silną pozycję w grupie (lider) lub kilkoro dzieci. Ponieważ z grupami każdy młody człowiek ma do czynienia w środowisku szkolnym, wykluczenie, dyskryminacja i prześladowanie w znakomitej większości występują właśnie w szkole. Wykluczeniu bardzo często towarzyszą prześladowanie i dyskryminacja osoby odrzucanej. W jej stronę kierowane są zachowania agresywne, takie jak krytyka, wyzwiska, intrygi, dokuczanie, wyśmiewanie, wyszydzanie, obrażanie, ośmieszanie, przeszkadzanie, grożenie, a także przemoc fizyczna – bicie, popychanie, molestowanie.

Obraz kliniczny

Wykluczenie społeczne powoduje zaburzenia dobrostanu biopsychospołecznego wykluczanej jednostki, mając potencjalnie destrukcyjny wpływ na wszystkie obszary życia pacjenta, prowadzi do zaburzeń psychicznych oraz pogorszenia zdrowia fizycznego. Literatura tematu podaje następujące reakcje adaptacyjne związane z grupą rówieśniczą i wpływem kulturowym:

- obniżenie poczucia własnej wartości i samoakceptacji, wzrost społecznej wrażliwości i wyostrowiona czujność na interpersonalne informacje zwrotne jako reakcja na zagrożenie,
- dążenie do naprawienia relacji: wykluczona osoba próbuje ponownie zbliżyć się do grupy, mimo że zbliżenie to jest subiektywnie oceniane jako zagrażające. Próba odbudowy relacji często zostaje udaremniowana, mimo podejmowania przez osobę intensywnych wysiłków, w konsekwencji uruchamiając reakcję odwetową lub ogólny wzrost wrogości i agresji wobec otoczenia zewnętrznego,

- spadek poziomu zachowań prospołecznych oraz empatii, wzrost emocjonalnej bierności i obojętności, niewrażliwość na ból i cierpienie innych,
- zmiana środowiska życia (celem przynależności do grupy odrzucającej system powszechnych norm i zasad społecznych), co może nasilać ryzyko wystąpienia konfliktów z prawem i podejmowanie zachowań przestępczych,
- wycofanie społeczne, silny lęk społeczny, unikanie sytuacji społecznych, któremu często towarzyszy rozwinięcie fobii społecznej,
- zachowania autodestrukcyjne, u jednostek silnie strauumatyzowanych istnieje ryzyko samobójstwa,
- brak satysfakcjonujących relacji w środowisku rówieśniczym może być czynnikiem sprzyjającym rozwojowi nieprawidłowo kształtującej się osobowości,
- obniżenie funkcjonowania procesów poznawczych, przede wszystkim problemy z koncentracją i uwagą, na skutek przeżywania chronicznego stresu, a w konsekwencji pogorszenie wyników w nauce,
- uzależnienia behawioralne (od nowych technologii) celem budowania satysfakcjonujących relacji w sieci,
- uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- obniżenie się progu subiektywnie odczuwanego bólu fizycznego,
- osłabienie funkcjonowania układu immunologicznego.

Rodzaje reakcji adaptacyjnych mogą być także konstruktywne. Po strategii konstruktywne sięgają dzieci i młodzież tym częściej, im więcej zasobów posiadają. Za najistotniejsze zasoby uważa się wsparcie ze strony najbliższych, przede wszystkim rodziców, wysokie poczucie koherencji, wysoki poziom rezyliencji.

Etiologia

Na przyczyny wykluczenia społecznego, dyskryminacji i prześladowania jako form agresji i przemocy składa się kilka czynników:

1. cechy lub zachowania dziecka, które w jakiś sposób odbiegają od przyjętej w grupie normy – ofiarą wykluczenia staje się dziecko, które różni się od większości, ma trudność z zachowaniem, które w danej grupie jest ważne,
2. szeroko rozumiane trudności z dostosowaniem społecznym (m.in. dzieci z diagnozą ADHD, będące ofiarami przemocy w środowisku rodziny pierwotnej, same stosujące zachowania agresywne mające problemy z rozumieniem norm i zasad społecznych, pacjenci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu, fobią społeczną),
3. niski status społeczny i materialny rodziny pierwotnej,
4. ale także, ktoś, kto bardzo lubi się uczyć i ma dobre wyniki,
5. kto wygląda, mówi lub zachowuje się nietypowo, jak na standardy danej grupy (m.in. orientacja homo- i biseksualna, osoby transpłciowe),
6. dynamikę grupy – przyczyny związane z procesem grupowym, czyli rolami odgrywanymi w danej grupie przez poszczególne osoby,
7. jednostkowe wydarzenia bądź wypowiedzi, które zdarzają się „w złym momencie” – jeśli grupa „potrzebuje” kozła ofiarnego, przyczyną, dla której padło akurat na dane dziecko, jest zazwyczaj niefortunny komentarz lub niefortunna sytuacja,
8. niski poziom świadomości oraz wiedzy na temat agresji i przemocy, wśród uczniów. W relacji uczeń–uczeń niewielu uczniów zdaje sobie sprawę, że wyzywając, obrażając kolegów lub koleżanki z klasy, stosuje przemoc,

9. niski poziom świadomości i wiedzy na temat istoty przemocy oraz przejawów zachowań agresywnych wśród nauczycieli. Spora część nauczycieli dopuszcza się nadużyć, sięgając po środki niedozwolone, np. grożenie uczniom czy ich poniżanie i nie wiedząc, że są to formy przemocy,
10. nastawienie szkoły na sprawność umysłową ucznia i realizowanie podstawy programowej, z zupełnym pominięciem wieloaspektowości rozwoju człowieka, czyli poziomu emocjonalnego, relacji społecznych oraz rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży. Brak w szkole także możliwości na akceptowalne społecznie sposoby rozładowania agresywnych impulsów, np. podczas gier i zadań zespołowych,
11. wpływy kulturowe, czyli rozwój nowych technologii, dostarczających mnogość narzędzi do aktów przemocy i agresji w świecie wirtualnym, umożliwiając sprawcy na zachowanie anonimowości, jednocześnie intensyfikując traumatyzację ofiary, szybkością rozpowszechniania i trwałością śladów hejtu, odrzucenia społecznego i upokorzenia.

Epidemiologia

Wg badań 10% wszystkich uczniów doświadcza wykluczenia społecznego. Najwięcej przypadków ofiar przypada na okres edukacji w szkole podstawowej. Największy odsetek stanowią pacjenci oddziałów psychiatrycznych, wśród których blisko 99% doświadczyło wykluczenia społecznego, natomiast 91% padło ofiarą prześladowania i dyskryminacji, przy użyciu form przemocy zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Aż 52% przyznaje, że używano wobec nich agresji werbalnej wprost, natomiast 36% doświadczyło agresji słownej pośredniej w postaci obmawiania, które doprowadziło do tego, że inni uczniowie się z nich wyśmiewali. Najczęstszą formą prześladowania, której ofiarą padają uczniowie, jest grożenie, zastraszanie, wymuszenie, pobicie, kradzież. Pobicie dotyczy prawie wyłącznie chłopców, podobnie problem wymuszania oraz kradzieży. Ok. 87% uczniów deklaruje, że w szkole, do której uczęszcza, zdarzały się tego typu sytuacje. Dziewczeta natomiast dużo częściej stają się ofiarami przemocy fizycznej ze strony chłopców. Dziewczeta dużo częściej niż chłopcy doświadczają przemocy psychicznej w świecie zarówno rzeczywistym, jak i wirtualnym, przy czym jest ona w każdym z nich, inicjowana, podtrzymywana i intensyfikowana także przez dziewczyny.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Zgłaszane i obserwowane trudności psychiczne dzieci/adolescentów doświadczających wykluczenia lub prześladowania powinny być rozpatrywane w kontekście: (a) czynników intrapersonalnych wykluczanych jednostek, (b) dynamiki grupy, w której dochodzi do problemowych zjawisk, (c) specyfiki środowiska szkolnego, w którym funkcjonują, (d) poziomu kompetencji pedagogów, (e) statusu społecznego i materialnego oraz poziomu wydolności wychowawczej rodziny.

Standard 2

W sytuacji czynnej przemocy wobec dziecka/adolescenta w środowisku rówieńczym konieczne jest podjęcie działań, w ramach interwencji kryzysowej, celem natychmiastowego zatrzymania przemocy.

Standard 3

Należy dążyć do tworzenia pomocowych zespołów interdyscyplinarnych, w skład których wchodzić powinni, obok specjalistów, rodzina/nauczyciele/pedagodzy/trenerzy pochodzący z bezpośredniego otoczenia jednostki wykluczanej. Działania pomocowe należy rozpocząć od psychoedukacji w zakresie zjawisk grupowych, przemocy i agresji oraz traumatyzujących skutków wykluczenia społecznego. Gdy do wykluczenia dochodzi w środowisku szkolnym, konieczne jest nawiązywanie współpracy z wychowawcami, nauczycielami, władzami szkoły. Zaangażowanie tych osób powinno odbywać się w ramach poszanowania praw pacjenta.

Standard 4

Diagnoza dzieci/adolescentów będących ofiarami wykluczenia, prześladowania lub dyskryminacji powinna uwzględniać: ocenę funkcjonowania psychologicznego oraz potrzeb emocjonalno-społecznych, strategii radzenia sobie ze stresem/sytuacją trudną/traumą, występujących lub współwystępujących objawów psychopatologicznych.

Standard 5

Dzieci/adolescentów z problemami emocjonalno-społecznymi, trudnościami w zachowaniu i zaburzeniami psychicznymi, będących ofiarami wykluczenia, prześladowania lub dyskryminacji, powinno obejmować się świadczeniami pomocowymi w zakresie opieki psychologiczno-psychiatrycznej zgodnie z zaleceniami dotyczącymi zdiagnozowanej trudności/zaburzenia.

Standard 6

Przy planowaniu procesu leczenia dla dzieci i młodzieży, padających ofiarami wykluczenia/prześladowania/dyskryminacji, u których rozpoznano objawy zaburzeń psychicznych, powinny zostać podjęte następujące działania: (a) diagnoza psychologiczna o charakterze klinicznym z uwzględnieniem wywiadu rozwojowego, ze szczególną uważnością na funkcjonowanie społeczne, konceptualizacja problemu oraz określenie mechanizmów zaburzenia, obszarów trudności i zasobów pacjenta w jego funkcjonowaniu intrapersonalnym, interpersonalnym oraz jego otoczeniu, (b) określenie profilu potrzebnego wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, w tym wskazań do pomocy psychologicznej/psychoterapii indywidualnej/rodzinnej/grupowej/farmakoterapii), (c) podjęcie oddziaływań pomocowych, których rodzaj zależy od zgłoszonych lub zidentyfikowanych trudności.

Rekomendacja 1

Przy planowaniu psychoterapii dzieci i młodzieży z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz w przypadku samotnych matek wychowujących dzieci z małą ilością wsparcia ze strony środowiska, należy rozważyć częściowe lub całkowite leczenie w środowisku dziecka/adolescenta (dom lub szkoła), aby ograniczyć ryzyko wypadnięcia z terapii.

Rekomendacja 2

W przypadku wdrażania oddziaływań o charakterze psychoterapeutycznym wskazane jest, by leczenie było skoncentrowane wokół pracy na korzystaniu z szeroko rozumianych zasobów dziecka/adolescenta, rozwijaniu ich oraz wspieraniu w kształceniu lub wzmacnianiu konstruktywnych strategii radzenia sobie w sytuacji

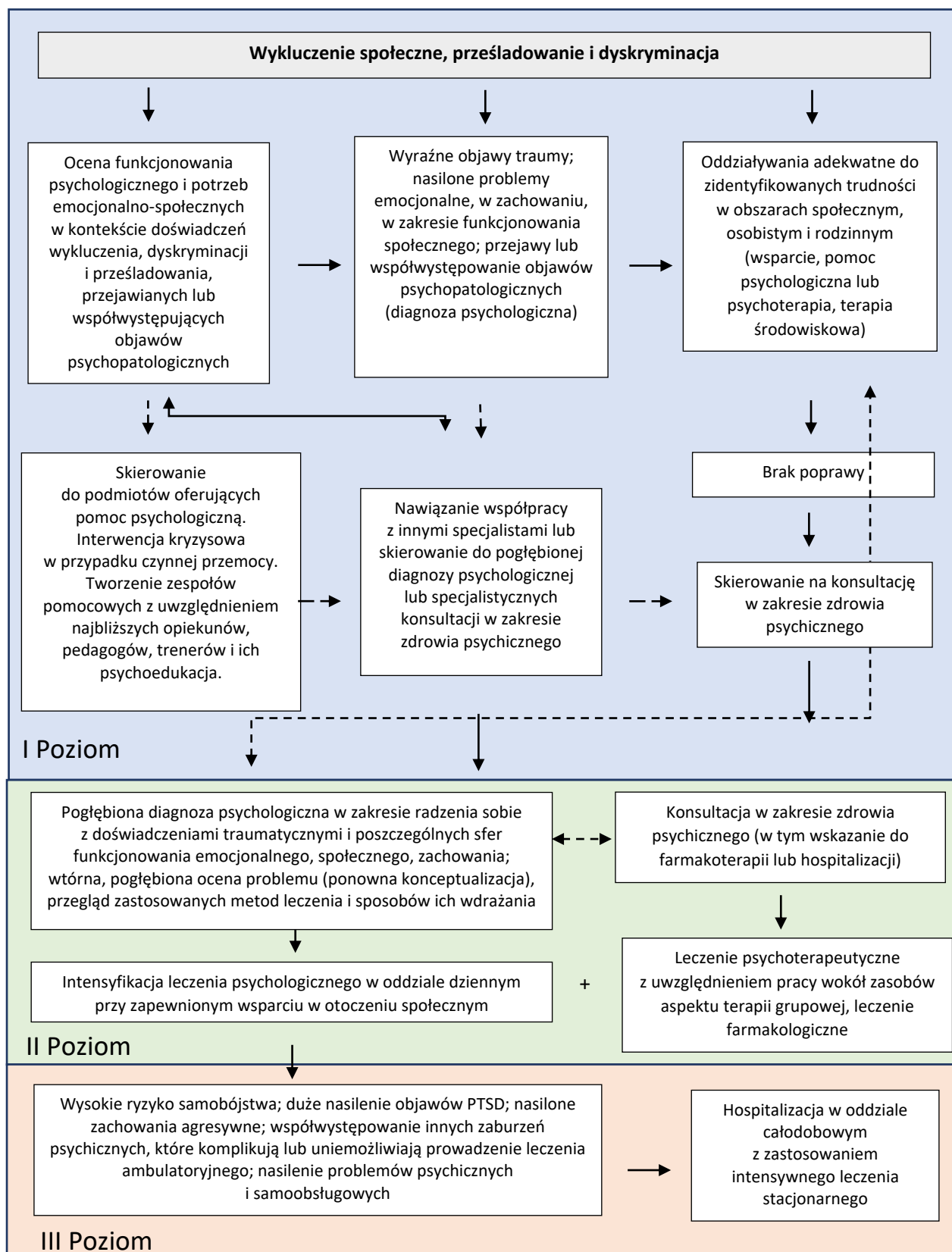
trudnej. W zależności od indywidualnych potrzeb zaleca się rozważenie następujących form oddziaływań: psychoterapia grupowa, warsztaty kształtowania umiejętności społecznych, trening zachowań asertywnych.

Standard 7

W przypadku leczenia zaburzeń psychicznych, powstałych na skutek doświadczenia wykluczenia, dyskryminacji i prześladowania, należy postępować zgodnie ze standardami ich leczenia.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży z problemem wykluczenia społecznego, prześladowania lub dyskryminacji powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia psychologicznego, farmakologicznego lub skojarzonego przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka popełnienia samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego.



SEKCJA 19

Zaburzenia jedzenia lub odżywiania się

Kategoria wprowadzona do ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

1. Jadłowstręt psychiczny (6B80 wg ICD-11; F50.0 i F50.1 wg ICD-10)
2. Żarłoczność psychiczna (6B81 wg ICD-11; F50.2 i F50.3 i F50.5 wg ICD-10)
3. Zaburzenie z napadami objadania się (6B82 wg ICD-11; F50.4 wg ICD-10)
4. Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (6B83 wg ICD-11; F98.2 wg ICD-10)
5. Pica (6B84 wg ICD-11; F98.3 wg ICD-10)
6. Zaburzenie z ruminacją–regurgitacją (6B85)

Diagnoza psychologiczna: Inne

1. Jadłowstręt psychiczny (6B80 wg ICD-11; F50.0 i F50.1 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (informacje podstawowe)

Rozpoznanie

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN) charakteryzuje się skrajnie niską masą ciała w stosunku do wieku, wzrostu i poziomu rozwoju pacjenta. Dla osób dorosłych oznacza to zwykle indeks masy ciała (*body mass index*, BMI) poniżej 18,5 kg/m², a dla dzieci i młodzieży BMI poniżej 5 percentyla na siatkach centylowych odpowiednich dla płci i wieku. Kryterium to nie musi być spełnione, jeśli nastąpił znaczny ubytek masy ciała w krótkim czasie (np. 20% masy ciała w 6 miesięcy), a pacjent spełnia pozostałe kryteria rozpoznania jadłowstrętu psychicznego. Ponadto u dzieci i młodzieży nie musi nastąpić spadek masy ciała, ale mogą one nie przybierać na wadze zgodnie z trajektorią rozwojową. Pacjenci z AN prezentują szereg zachowań prowadzących do spadku masy ciała i mających zapobiegać jej przyrostowi. Przede wszystkim zmniejszają podaż energii, głównie poprzez ograniczenie przyjmowania pokarmów. Ponadto zwiększają zużycie energii, m.in. poprzez intensywne ćwiczenia fizyczne. Mogą również prezentować zachowania przeczyszczające, takie jak prowokowanie wymiotów czy stosowanie leków przeczyszczających. Objawom tym towarzyszy nasilony lęk przed przybraniem na masie ciała, przed jedzeniem czy otyłością. Co więcej, masa ciała istotnie wpływa na samoocenę pacjentów i jest zwykle postrzegana jako nadmierna lub normalna, a nie zbyt niska. Powyższe objawy nie mają związku z zaburzeniem somatycznym i nie można ich wytłumaczyć brakiem dostępności jedzenia.

Obraz kliniczny

Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym podejmują decyzję o zmianie nawyków żywieniowych z różnych, nie zawsze znanych powodów. Początkowo mogą wybierać niskokaloryczne pokarmy, ograniczać tłuszcze, węglowodany, stosować posty, wolno spożywają posiłki. Mogą też ukrywać jedzenie, wypluwać je, wyrzucać lub tłumaczyć ograniczenie jedzenia specyficznymi dietami czy wegetarianizmem. Niejednokrotnie towarzyszą temu nadmierne ćwiczenia fizyczne, nadpobudliwość psychoruchowa, celowa ekspozycja na zimno, stosowanie leków zwiększających wydatkowanie energii (np. stymulanty, leki odchudzające, produkty ziołowe do redukcji masy ciała, hormony tarczycy). Mogą także prezentować

zachowania przeczyszczające, takie jak samowolne wymioty czy stosowanie środków przeczyszczających, diuretyków, lewatyw lub pomijanie dawek insuliny u osób z cukrzycą. Te ostatnie nie są zwykle objawami dominującymi. Są również nadmiernie zaabsorbowane masą lub kształtem ciała. Masa lub kształt ciała są niewłaściwie postrzegane jako normalne lub nadmierne. Niska masa ciała jest zwykle zawyżana i ma kluczowe znaczenie dla samooceny danej osoby. Jeśli zaabsorbowanie masą lub kształtem ciała nie są wyraźnie zgłaszane, mogą przejawiać się takimi zachowaniami jak wielokrotne sprawdzanie wagi; wielokrotne sprawdzanie sylwetki za pomocą taśmy mierniczej lub odbicia w lustrze; stałe monitorowanie kaloryczności jedzenia lub poszukiwanie informacji o tym, jak schudnąć; odmowa posiadania luster w domu, unikanie obcisłych ubrań lub odmowa poznania swojej wagi lub kupowania ubrań w określonym rozmiarze. Pacjentom dość długo udaje się ukrywać objawy zaburzenia przed otoczeniem. Zwykle początkowo odczuwają przyrost siły i energii, satysfakcję z realizacji zamierzonego celu i zwiększoną motywację do kontynuacji opisanych zachowań. W miarę upływu czasu zaczynają odczuwać skutki niedożywienia w postaci braku siły, energii, kłopotów z koncentracją uwagi, nadmierną sennością, pojawia się uczucie słabości, omdlenia czy zaburzenia snu. Zaczynają izolować się od otoczenia, a ok. 80% chorych rozwija wtórnie epizod depresji.

Objawom psychicznym towarzyszą liczne objawy somatyczne wynikające z niedożywienia i procesów adaptacyjnych do ujemnego bilansu energetycznego. Niektóre z nich stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Obserwuje się suchą, zażółconą, łuszczącą się skórę, meszek płodowy (lanugo), wypadanie włosów, łamliwe paznokcie. Powszechne są zaburzenia ze strony układu pokarmowego (zaburzenia motoryki, wzdęcia, zaparcia). Ponadto pacjenci mają zwykle hipotermię (temperatura ciała $< 36^{\circ}\text{C}$), hipotensję ortostatyczną, bradykardię (zwolnienie akcji serca < 60 uderzeń/minutę). Może pojawić się szmer sercowy i przedłużenie przewodzenia przez pęczek Hisa. W badaniu morfologii krwi obserwuje się zwykle niedokrwistość i leukopenię. Dodatkowo u pacjentów mogą wystąpić hipopotasemia i hiponatremia prowadzące do zagrażających życiu zaburzeń rytmu serca. Objawem oddechowej kompensacji zasadowicy może być zmniejszenie liczby oddechów. Spośród zaburzeń hormonalnych powszechne są obniżone stężenia hormonów płciowych prowadzące do zaniku miesiączki, spadku libido czy impotencji oraz niedoczynność tarczycy. Z powodu niedoboru białka w organizmie pojawiają się przesięki do jam ciała, w tym do worka osierdziowego, z zagrożeniem wystąpienia tamponady serca. Innym groźnym powikłaniem niedożywienia może być martwica jelit, trzustki czy zespół tętnicy krezkowej górnej. W okresie realimentacyjnym należy wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia zespołu realimentacyjnego. Spośród powikłań długoterminowych niedożywienia pojawić się mogą osteopenia i osteoporoza.

Epidemiologia

Rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego wynosi ok. 1% i dotyczy głównie dziewcząt w okresie adolescencji (14–18 r.ż.). Jakkolwiek w ostatnich latach obserwuje się co raz więcej chorych w wieku preadolescencyjnym. Ok. 10% przypadków choroby dotyczy płci męskiej.

Etiologia

Etiologia jadłowstrętu psychicznego jest złożona i odgrywają w niej rolę czynniki biologiczne, społeczno-kulturowe, rodzinne i indywidualne. Odziedziczalność AN szacuje się na ok. 60%. Obserwuje się nieprawidłowości w aktywności układów serotonergicznego, noradrenergicznego i dopaminergicznego. Ponadto ważną rolę odgrywa sygnalizacja

neuropetydowa związana z regulacją głodu i sytości, i biorące w niej udział neurohormony, takie jak leptyna czy grelina. Spośród czynników osobowościowych na pierwszy plan wysuwają się takie cechy jak perfekcjonizm, nadmierna potrzeba kontroli, sztywność emocjonalna, słaba adaptacja do zmian (cechy osobowości obsesyjno-kompulsyjnej). W rodzinach pacjentów można zaobserwować m.in. trudności z procesem separacji-indywidualizacji, zaprzeczanie konfliktom, tendencję do idealizacji, podwójne komunikaty. Czynniki społeczno-kulturowe to przede wszystkim promowanie szczupłej, często nierealistycznej sylwetki, konieczność odgrywania przez kobiety wielu sprzecznych i trudnych do pogodzenia ról. Ponadto osoby wykonujące zawody związane z koniecznością utrzymania niskiej masy ciała czy jej stałej kontroli, takie jak tancerze, baletnice, modelki są w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na AN.

2. Żarłoczność psychiczna (6B81 wg ICD-11; F50.2 i F50.3 i F50.5 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (informacje podstawowe)

Rozpoznanie

Żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*, BN) charakteryzuje się częstymi, nawracającymi epizodami objadania się (np. raz w tygodniu lub częściej przez okres co najmniej jednego miesiąca). Epizod napadowego objadania się to wyraźny okres, w którym dana osoba doświadcza subiektywnej utraty kontroli nad jedzeniem, jedząc znacznie więcej lub inaczej niż zwykle. Czuje się wówczas niezdolna do zaprzestania jedzenia lub ograniczenia rodzaju lub ilości spożywanego jedzenia. Napadom objadania się towarzyszą powtarzające się niewłaściwe zachowania kompensacyjne, mające na celu zapobieganie przybieraniu na wadze, takie jak prowokowane wymioty, nadużywanie środków przeczyszczających lub lewatywy, forsowne ćwiczenia czy głodówki. Chory jest zaabsorbowany kształtem lub wagą ciała, co silnie wpływa na jego samoocenę. Istnieje wyraźny niepokój związany ze schematem objadania się i niewłaściwymi zachowaniami kompensacyjnymi lub znaczne upośledzenie w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania. Osoba ta nie spełnia kryteriów diagnostycznych jadłowstrętu psychicznego.

Obraz kliniczny

W przebiegu BN podobnie jak w AN chorzy są niezadowoleni z własnego wyglądu, zaabsorbowani kształtem lub masą ciała, uzależniają od nich samoocenę, która jest zwykle zaniżona. Podejmują wówczas próby ograniczenia jedzenia i szacuje się, że nawet 15–30% pacjentów z rozpoznaniem BN spełnia początkowo kryteria rozpoznania AN. Jednak wśród chorych na żarłoczność psychiczną głodzenie się zwykle prowadzi do napadów objadania się. W klasycznej postaci są one charakteryzowane jako zjedanie znacznie większej niż przeciętnie ilości jedzenia w określonym czasie. Do postawienia diagnozy napadu objadania się istotne jest także współtowarzyszące poczucie utraty kontroli nad epizodem. Może być ono opisywane przez jednostkę jako uczucie, że nie może zatrzymać lub ograniczyć ilości lub rodzaju spożywanego jedzenia; trudności z zaprzestaniem jedzenia po rozpoczęciu; lub rezygnacja z próby kontrolowania jedzenia, ponieważ wiadomo, że skończy się ono przejadaniem. Po napadzie objadania się pojawiają się zwykle wyrzuty sumienia, obrzydzenie, wstyd czy nawet myśli samobójcze. Ich konsekwencją są zachowania kompensacyjne. Najczęstszym zachowaniem kompensacyjnym jest prowokowanie wymiotów, które zwykle pojawiają się w ciągu godziny od napadu objadania się. Inne

niewłaściwe zachowania kompensacyjne obejmują post lub stosowanie diuretyków w celu wywołania utraty masy ciała, stosowanie środków przeczyszczających lub lewatyw w celu zmniejszenia wchłaniania pokarmu, pomijanie dawek insuliny u osób z cukrzycą oraz forsowne ćwiczenia fizyczne w celu znacznego zwiększenia wydatku energetycznego. Pacjenci zwykle wstydzą się swoich objawów i starają się je ukryć. Często unikają też jedzenia w miejscach publicznych i sytuacjach, w których mogą nie skontrolować ilości zjedanego jedzenia. Są świadomi zaburzenia, ale poczucie wstydu i zażenowania często opóźniają zgłoszenie się chorego po pomoc. Wśród chorych częściej występują zaburzenia nastroju zarówno depresja, jak i choroba afektywna dwubiegunowa. Ponadto ok. 30% pacjentów jest uzależnionych od substancji psychoaktywnych – stymulanty mogą być używane do kontrolowania apetytu i masy ciała. Częściej współwystępują także zaburzenia osobowości, głównie osobowość z pogranicza. Zwiększone jest też ryzyko śmierci w wyniku samobójstwa. Żarłoczność psychiczna może być związana z przyrostem masy ciała w czasie. Jednak osoby chore mogą mieć prawidłową lub nawet niższą masę ciała (choć niewystarczająco niską, aby spełnić wymagania diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego). Powikłaniem widocznym podczas badania fizykalnego osoby chorującej na żarłoczność psychiczną może być erozja szkliwa głównie językowych powierzchni siekaczy oraz nasiloną próchnica. Ponadto może występować objaw Russella – blizny na skórze palców dłoni spowodowane drażnieniem jej kwasem żołądkowym i zębami podczas prowokowania wymiotów. Obecne być może również powiększenie ślinianek głównie przyusznych. U chorych z BN mogą wystąpić zaburzenia elektrolitowe podobne do tych występujących w AN, z czego najniebezpieczniejsza jest hipokaliemia mogąca prowadzić do groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca. Charakterystyczne jest także występowanie zasadowicy metabolicznej z hipochloremią u wymiotujących i kwasicy metabolicznej u chorych stosujących środki przeczyszczające. Stosowanie tych ostatnich może prowadzić do niedrożności porażennej jelit. Ponadto mogą wystąpić różnego rodzaju zaburzenia ze strony układu pokarmowego, takie jak zapalenie przełyku, żołądka czy refluks przełykowo-żołądkowy. Pacjentki chorujące na żarłoczność psychiczną zwykle miesiączkują, ale nieregularnie.

Epidemiologia

Żarłoczność psychiczna dotyczy 1–3% populacji, głównie dziewcząt w wieku adolescencji lub wcześniej dorosłości. Stosunek płci żeńskiej do męskiej wynosi 10:1.

Etiologia

Etiologia zaburzenia jest złożona i odgrywają w niej rolę czynniki biologiczne, społeczno-kulturowe, rodzinne i indywidualne. Odziedziczalność bulimii wynosi ok. 60%. Wykazano zmniejszoną aktywność receptorów podwzgórzowych serotoniny oraz nieprawidłową aktywność glutaminergiczną i dopaminergiczną. Spośród czynników indywidualnych istotne są labilność emocjonalna, zaburzenia w regulacji emocji i impulsywność. Spośród czynników rodzinnych wspomina się o chaotycznym modelu funkcjonowania rodziny. Czynniki społeczno-kulturowe to głównie promowanie szczupłej sylwetki z jednoczesną modą na nieograniczoną konsumpcję.

3. Zaburzenie z napadami objadania się (6B82 wg ICD-11; F50.4 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Do rozpoznania zaburzenia z napadami objadania się (*Binge Eating Disorder*, BED) konieczne jest występowanie częstych, nawracających epizodów objadania się (np. raz w tygodniu lub częściej przez okres 3 miesięcy). Napady objadania się są definiowane tak samo jak te dla BN. Epizodom napadowego objadania się nie towarzyszą regularne niewłaściwe zachowania kompensacyjne, mające na celu zapobieganie zwiększeniu masy ciała. Objawy i zachowania nie są lepiej wyjaśniane przez choroby somatyczne lub zaburzenie psychiczne i nie są spowodowane wpływem leków ani innych substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy. U pacjentów istnieje wyraźny niepokój związany ze schematem napadowego objadania się, który znacznie upośledza funkcjonowanie osobiste, rodzinne, społeczne, edukacyjne lub inne ważne obszary funkcjonowania.

Obraz kliniczny

Epizody objadania się w przebiegu BED są charakteryzowane dokładnie tak samo jak te występujące w przebiegu BN. Chociaż najczęściej są one spontaniczne i nagłe, zdarza się, że pacjenci planują je w określonym czasie i miejscu, i przygotowują do nich. Prezentujący objawy BED często wykazują preferencję do wysokokalorycznych produktów. Należy pamiętać, że duża porcja spożytego posiłku może być związana ze szczególnymi okolicznościami, jak urodziny czy święta, i wówczas nie powinna być rozpatrywana jako nadmierna w stosunku do codziennych porcji. W charakterystyce napadu objadania się istotniejsze może wydawać się poczucie utraty kontroli w trakcie napadu. Oznacza ono nie tylko niemożność zaprzestania jedzenia, ale też jego ograniczenia, zarówno ilościowego, jak i jakościowego. Ponadto ma zwykle charakter subiektywny, ponieważ chorzy są w stanie przerwać napad, kiedy ktoś wchodzi do pomieszczenia, w którym przebywają. BED w odróżnieniu od BN zwykle nie jest poprzedzone próbą redukcji masy ciała przed pierwszymi epizodami. Stosowanie diet jest częściej konsekwencją nadmiernej masy ciała niż czynnikiem wyzwalającym napady. Należy pamiętać, że nadwaga i otyłość nie są kryteriami rozpoznania BED, a 30–50% chorych ma prawidłową masę ciała lub nieznacznie wyższą. Pacjenci z BED mają zwykle większy niepokój dotyczący masy ciała i wyglądu niż osoby z otyłością, a także częściej mają rozpoznawane inne zaburzenia psychiczne, głównie zaburzenia lękowe, nastroju, zespół stresu pourazowego czy nadużywanie substancji psychoaktywnych. Możliwymi powikłaniami BED są nadwaga i otyłość wraz z ich wszystkimi konsekwencjami, takimi jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia czy zespół metaboliczny. Zaburzenie może znacznie obniżyć jakość życia, powodować izolację społeczną i depresję.

Epidemiologia

Częstość występowania BED w populacji ogólnej wynosi od 3% do 6%. Choroba rozpoczyna się zwykle poniżej 20 r.ż. i występuje częściej wśród płci żeńskiej.

Etiologia

Etiologia BED jest złożona i nie w pełni poznana. W pojedynczych doniesieniach wskazuje się na zaburzoną aktywność układu dopaminergicznego, endokannabinoidowego i opioidowego.

Ponadto wskazywano na nieprawidłowe poziomy hormonów i neurohormonów regulujących procesy głodu i sytości. Z czynników osobowościowych istotne wydają się: wysoki poziom wrażliwości interpersonalnej, tendencja do internalizacji problemów oraz nieprawidłowa regulacja emocji i stosowanie strategii radzenia sobie opartych na objadaniu się. Czynniki rodzinne to mniejsze zaangażowanie emocjonalne i ekspresja emocji wśród członków rodziny oraz trudności z dopasowaniem potrzeb emocjonalnych i zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa.

4. Zaburzenie polegające na ograniczeniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (6B83 wg ICD-11; F50.82 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Ustalenie rozpoznania zaburzenia polegającego na ograniczeniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (*Avoidant/Restrictive Food Disorder*, ARFID) wymaga unikania lub ograniczania przez pacjenta przyjmowania pokarmów, co w konsekwencji skutkuje: (1) niezaspokojeniem podstawowych potrzeb energetycznych lub odżywczych; (2) znaczną utratą masy ciała lub niedoborami żywieniowymi; (3) znacznym upośledzeniem funkcjonowania osobistego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego lub innego ważnego obszaru. Ponadto wzorzec zachowań żywieniowych nie jest motywowany przez zaabsorbowanie kształtem ciała ani wagą. Ograniczone przyjmowanie pokarmów i wynikająca z tego utrata masy ciała (lub brak oczekiwanego przyrostu masy ciała) nie są: (1) spowodowane brakiem dostępności pokarmu, (2) przejawem innego stanu chorobowego (np. alergii pokarmowych, nadczynności tarczycy) lub zaburzenia psychicznego, (3) spowodowane działaniem substancji lub leków wpływających na ośrodkowy układ nerwowy. U osób o nietypowych wzorcach zachowań żywieniowych lub będących wyjątkowo wybiórczymi w wyborach żywieniowych, nie powinno się diagnozować ARFID przy braku znaczącej utraty masy ciała lub innych konsekwencji zdrowotnych (np. klinicznie istotne niedobory żywieniowe, wzrost stężenia lipidów we krwi w wyniku selektywnego spożywania tłustych pokarmów) lub upośledzenia funkcjonowania psychospołecznego (np. ograniczone uczestnictwo w aktywnościach społecznych, w których preferowane pokarmy nie są dostępne). Niepokój rodziców lub innych opiekunów związany z wybiórczym jedzeniem przy braku możliwych do zidentyfikowania konsekwencji zdrowotnych lub upośledzenia funkcjonowania jednostki nie jest podstawą do postawienia diagnozy. Unikanie określonych pokarmów lub ograniczanie ich przyjmowania z powodu religijnych lub innych kulturowo usankcjonowanych powodów także nie jest podstawą do postawienia diagnozy.

Obraz kliniczny

Pacjenci z ARFID są pacjentami zgłaszającymi się nie tylko do lekarzy psychiatrów, lecz także pediatrów, gastroenterologów, dietetyków czy psychoterapeutów. Aktualnie uważa się, że ARFID to heterogenna grupa zaburzeń mogąca mieć kilka obrazów klinicznych. Obejmuje ona przede wszystkim chorych niezainteresowanych jedzeniem ze współistniejącym brakiem apetytu. Ten podtyp zaburzenia zwykle rozpoczyna się w niemowlęctwie i dzieciństwie, i może przetrwać do okresu dorosłości. Częściej współwystępuje z zaburzeniami somatycznymi. Inną grupą chorych są osoby unikające jedzenia z powodu jego właściwości sensorycznych - zapachu, koloru, konsystencji, smaku, temperatury i innych (awersja

sensoryczna). Ten podtyp zwykle rozpoczyna się w pierwszej dekadzie życia i jest uważany za względnie stałą diagnozę w czasie. Może współwystępować z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej lub zaburzeniami spektrum autyzmu. Jeszcze inny obraz kliniczny ARFID ma związek z lękiem przed dolegliwościami somatycznymi po jedzeniu, np. zadławieniem, wymiotami czy bólem brzucha (typ unikający). Rozpoczyna się w każdym wieku i zwykle współwystępuje z zaburzeniami lękowymi. Należy pamiętać, że ARFID różni się od AN przede wszystkim brakiem patologicznego skupienia na wyglądzie czy masie ciała.

Wśród młodszych dzieci ARFID może przebiegać z nadmierną sennością, apatią i wycofaniem, ale także drażliwością czy pobudzeniem w trakcie jedzenia. U starszych można obserwować spowolnienie rozwoju i trudności w uczeniu się. U młodzieży mogą współwystępować inne zaburzenia emocjonalne oraz trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej. Najczęstszymi powikłaniami somatycznymi ARFID są niska masa ciała, niski wzrost, wolniejszy rozwój fizyczny i psychospołeczny. Pozostałe objawy wynikają ze stopnia niedożywienia i niedoborów pokarmowych.

Epidemiologia

Jak dotąd ARFID nie został włączony do dużych badań epidemiologicznych, dlatego jego częstość występowania i rozpowszechnienie w populacji ogólnej są nieznane. W dotychczasowych badaniach wyniosło ono od 1% do 32%. Prawdopodobnie rozpowszechnienie jest takie samo wśród płci męskiej, jak i żeńskiej.

Etiologia

Nie ma jasnych danych dotyczących możliwej etiologii powstawania i mechanizmów podtrzymujących objawy AFRID. Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń jedzenia należy uwzględnić udział czynników genetycznych, neurobiologicznych, środowiskowych i psychologicznych.

Wspólne standardy wstępnej opieki nad dziećmi i młodzieżą z AN/BN/BED/ARFID

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Wstępna ocena dziecka/adolescenta z możliwym zaburzeniem odżywiania powinna obejmować: ocenę wzrostu i masy ciała pacjenta, wzorce i zmiany w jedzeniu, wzorce i zmiany w repertuarze pokarmowym, wzorce i zmiany w zachowaniach kompensacyjnych i kontrolujących wagę, a także czas poświęcany organizacji jedzenia, kontrolowaniu wagi i wyglądu, wcześniejsze leczenie i odpowiedź na leczenie zaburzeń odżywiania, upośledzenie psychospołeczne wtórne do obaw lub zachowań związanych z jedzeniem lub obrazem ciała, historię rodzinną występowania zaburzeń odżywiania i innych chorób psychicznych oraz stanów medycznych. Od początku leczenia konieczna jest ścisła współpraca z rodzicami/opiekunami pacjenta.

Standard 2

Dzieci/adolescenci z zaburzeniami odżywiania powinni być regularnie monitorowani na podstawie siatek centylowych BMI względem płci i wieku. Wszystkie dzieci/adolescenci powinni być objęci opieką lekarza pediatry celem regularnej kontroli stanu somatycznego, w tym oceny EKG, ciśnienia tętniczego krwi i badań laboratoryjnych, m.in. morfologii

z rozmazem, poziomu elektrolitów, glukozy, lipazy, amylazy, parametrów wątrobowych, wskaźników krzepnięcia, albumin, białka całkowitego, mocznika, kreatyniny, profilu lipidowego, hormonów tarczycy, a w razie konieczności także innych parametrów w zależności od prezentowanych objawów.

Rekomendacja 1

Wszystkie dzieci/adolescenci z zaburzeniami odżywiania powinni być objęci opieką dietetyka lub psychodietetyka, który układa spersonalizowany program żywieniowy, uwzględniając stan somatyczny pacjenta. Zakres jego działania powinien obejmować wyrównanie niedoborów składników odżywczych, korektę składu ciała, nauczanie dziecka/adolescenta i jego rodziców/opiekunów prawidłowych zasad żywienia, komponowania posiłków i praca nad elastycznym podejściem do diety.

Standard 3

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta.

Standard 4

Postępowaniem z wyboru w przypadku dzieci/adolescentów z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania jest zastosowanie psychoterapii indywidualnej, w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowanej do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, z jednoczesnym wprowadzeniem psychoterapii rodzinnej (szczególnie w przebiegu AN).

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Standard 5

Podczas stosowania psychoterapii u dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania należy zwrócić szczególną uwagę na: (a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) psychoedukację na temat żywienia i skutków nieprawidłowego odżywiania, (c) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia, (d) wspieranie i aktywne angażowanie rodziny/opiekunów w planowanie i prowadzenie leczenia, aby odgrywali kluczową rolę w pomaganiu dziecku/adolescentowi w zarządzaniu odżywianiem, z podkreśleniem, że jest to rola tymczasowa, (e) stworzenie

spersonalizowanego planu leczenia na podstawie procesów, które wydają się podtrzymywać problem z jedzeniem.

Standard 6

Jeśli w ciągu kilkunastu tygodni po zastosowaniu odpowiednich oddziaływań terapeutycznych i zaleceń dietetycznych nie nastąpiła oczekiwana poprawa w zakresie zmniejszenia nasilenia objawów psychopatologicznych i jednocześnie stan zdrowia pacjenta nie poprawia się lub ulega pogorszeniu, należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu jego leczenia oraz rozważyć konieczność hospitalizacji.

Szczegółowe standardy/rekomendacje dotyczące opieki nad dziećmi i młodzieżą z AN

Standard 1

Stabilizacja medyczna, rehabilitacja żywieniowa, przywrócenie masy ciała i utrzymanie przyrostu masy ciała są krytycznymi elementami leczenia AN w osiągnięciu i utrzymaniu zdrowej i medycznie odpowiedniej masy ciała, a także wycofaniu pewnych objawów psychopatologicznych, które mogą pojawiać się wtórnie do długotrwałego niedożywienia, jak anergia, obniżenie nastroju, zaburzenia snu czy labilność emocjonalna. W związku z tym sugeruje się, że tygodniowy przyrost masy ciała chorych leczonych w warunkach ambulatoryjnych powinien wynosić od 0,5 do 1,0 kg, a w warunkach szpitalnych od 1 do 1,5 kg. Ilość jedzenia powinna być kontrolowana i zwiększana stopniowo. Wczesne etapy rehabilitacji żywieniowej są okresem wysokiego ryzyka i wymagana jest ścisła kontrola lekarska.

Standard 2

Początkowe warunki odżywiania powinny być skonsultowane z dietetykiem i lekarzem pediatrą oraz ustalone na podstawie takich danych jak aktualna masa ciała i BMI dziecka/adolescenta, występowanie powikłań somatycznych, wyniki przeprowadzonych badań oraz analiza żywienia i kaloryczności jadłospisu z ostatnich tygodni przed rozpoczęciem terapii. Posiłki powinny być spożywane pod kontrolą rodziców/opiekunów, którzy powinni obserwować i zapobiegać takim zachowaniom kompensacyjnym jak np. ćwiczenia fizyczne.

Rekomendacja 1

Przy braku efektów oddziaływań dietetycznych i terapeutycznych lub współwystępowaniu zaburzeń psychicznych należy rozważyć wdrożenie farmakoterapii. Aktualnie żadne leki nie zostały zarejestrowane do leczenia AN. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę ryzyko poważnych fizycznych i psychologicznych konsekwencji bądź też współwystępujących zaburzeń nastroju czy zaburzeń lękowych, powszechnie stało się przepisywanie niektórych leków, z grupy neuroleptyków atypowych (np. olanzapina) lub leków p/depresyjnych (np. mirtazapina, sertralina) poza wskazaniami rejestracyjnymi, zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną i obowiązującymi przepisami prawa.

Rekomendacja 2

U pacjentów z AN, którzy wykazują oznaki oporności na leczenie, najlepiej udokumentowaną w badaniach naukowych interwencją lekową jest olanzapina.

W przypadku współistnienia objawów obniżonego nastroju, nasilonego lęku czy objawów obsesyjno-kompulsyjnych rekomendowane są sertralina lub mirtazapina. Początkowa dawka leków w przypadku dzieci i młodzieży z AN powinna być niska, wprowadzana pod kontrolą objawów niepożądanych. W pierwszym tygodniu można rozważyć połowę lub ćwiartkę standardowej dawki początkowej, a następnie przy dobrej tolerancji leku zwiększać ją w odstępach tygodniowych do całkowitej dawki terapeutycznej z uwzględnieniem opóźnienia odpowiedzi terapeutycznej.

Standard 3

Tryb leczenia stacjonarnego w oddziale pediatrycznym lub psychiatrycznym zależy od oceny stanu psychicznego i somatycznego pacjenta, dotychczasowej odpowiedzi na wprowadzone oddziaływanie i oceny szans na uzyskanie normalizacji masy ciała w warunkach ambulatoryjnych. W ocenie stanu fizycznego należy uwzględnić wywiad dotyczący obecności przewlekłych schorzeń somatycznych, wartości ciśnienia (<90/45 mmHg) i tętna (<50/min), zapis EKG (.in. obniżenie wysokości załamków T, wydłużenie QTc, *torsade de pointes*, obniżenie woltażu załamków), występowanie hipotonii ortostatycznej, zaburzeń elektrolitowych (hipokaliemia, hiponatremia, hipomagnezemia, hipofosfatemia), występowania hipotermii (<36°C), BMI < 15kg/m² lub <75% BMI należnego dla płci i wieku czy innych ostrych objawów somatycznych, jak napad drgawkowy, obecność płynu w osierdziu, omdlenia, niewydolność serca, zapalenie trzustki.

Standard 4

Dzieci/adolescenci z BMI < 15 kg/m², bez powikłań somatycznych, niewymagający leczenia w oddziale pediatrycznym, oraz z BMI wyższym niż 15 kg/m² i współwystępującymi objawami psychopatologicznymi jak myśli samobójcze powinni być hospitalizowani w oddziale stacjonarnym psychiatrii dzieci i młodzieży.

Standard 5

W przypadku BMI < 13 kg/m², przewlekłej odmowy żywienia doustnego bądź występowania poważnych zaburzeń stanu somatycznego, dziecko/adolescent obligatoryjnie powinien być leczony w oddziale pediatrycznym celem stabilizacji stanu somatycznego i realimentacji żywieniowej z uwzględnieniem konieczności żywienia pozajelitowego.

Standard 6

Waga wypisowa powinna być obliczona jako min. 25 percentyl na siatkach centylowych BMI względem płci i wieku dziecka/adolescenta. Jednocześnie klinicysta powinien poinformować zarówno pacjenta, jak i jego rodziców/opiekunów, że osiągnięcie docelowej masy wypisowej nie jest jedynym warunkiem wypisu z oddziału, a zależy od całościowej oceny funkcjonowania dziecka/adolescenta oraz nasilenia objawów somatycznych i psychopatologicznych.

Standard 7

Pacjenci są najbardziej narażeni na nawrót w pierwszym i drugim roku po leczeniu. Czas trwania leczenia będzie różnił się w zależności od podejścia do leczenia i indywidualnych potrzeb dziecka/adolescenta i jego rodziców/opiekunów, jednak kontynuacja leczenia po zakończeniu rehabilitacji żywieniowej jest kluczowa, by wspierać utrzymanie prawidłowej masy ciała i prawidłowych zachowań żywieniowych.

Szczegółowe standardy opieki nad dziećmi i młodzieżą z BN/BED**Rekomendacja 1**

Doradztwo żywieniowe prowadzone przez dietetyka lub psychodietetyka stanowi istotną część terapii BN/BED. Celem jest wdrożenie zbilansowanego planu żywieniowego, określenie czynników wyzwalających napady objadania się i przerwanie powtarzającego się cyklu napadów objadania się z ewentualnymi zachowaniami kompensacyjnymi. Ważne jest, aby ocenić spożycie składników odżywczych u wszystkich pacjentów z BN/BED, niezależnie od ich masy ciała lub BMI. Odpowiednio skomponowane posiłki i zbilansowane spożycie składników odżywczych mogą zapobiegać napadom i sprzyjać uczuciu sytości. Ponadto pomoc pacjentowi i jego opiekunom w opracowaniu planu posiłków może sprzyjać uczeniu się samodzielnego komponowania posiłków, bilansowania ich z jednoczesnym elastycznym podejściem do żywienia.

Rekomendacja 2

W przypadku BN jedynym zarejestrowanym do leczenia lekiem jest fluoksetyna. W przypadku braku wystarczających efektów dietoterapii i psychoterapii bądź współistnienia objawów depresyjnych należy rozważyć jej włączenie. Często pacjenci z BN/BED wymagają maksymalnych dobowych dawek leków do pełnej kontroli objawowej. Innym lekiem stosowanym w leczeniu zarówno BN, jak i BED jest topiramát, stosowany poza wskazaniami rejestracyjnymi, co wymaga uzyskania pisemnej zgody opiekuna/rodzica, jak również pacjenta. Początkowa dawka leków w przypadku dzieci i młodzieży z BN/BED powinna być niska, wprowadzana pod kontrolą objawów niepożądanych. Tempo zwiększania dawek powinno być stopniowe i powinno uwzględniać opóźnienie odpowiedzi terapeutycznej. Pacjentów oraz rodziców/opiekunów należy poinformować o możliwym pojawieniu się objawów ubocznych leczenia.

Standard 1

Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży z BN/BED, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (c) ciężkiej postaci BN/BED, gdy objawy są tak częste i nasilone, że uniemożliwiają podejmowanie normalnych czynności życia codziennego, (d) znacznego spadku masy ciała w przypadku BN, poniżej BMI 15 kg/m² lub <75 % mediany BMI dla płci i wieku, lub poważnych zaburzeń współwystępujących.

Szczegółowe standardy/rekomendacje dotyczące opieki nad dziećmi i młodzieżą z ARFID**Rekomendacja 1**

Celem leczenia ARFID może być: spożywanie większej gamy produktów spożywczych, komfortowe jedzenie w obecności innych, redukcja lęku przed zadławieniem lub wymiotami, rozbudzenie zainteresowania zróżnicowanymi pokarmami, zmniejszenie niepokoju związanego z jedzeniem.

Rekomendacja 2

Terapia ARFID powinna być dostosowana do wieku i poziomu rozwoju dziecka oraz może wymagać poza zaangażowaniem lekarza pediatry, dietetyka, psychoterapeuty zaangażowania neurologopedy lub specjalisty z zakresu integracji sensorycznej.

Rekomendacja 3

W przypadku występowania AFRID aktualnie nie zaleca się stosowania farmakoterapii. Ewentualne włączenie leków zaleca się jedynie w sytuacji współwystępowania poważnych objawów psychopatologicznych, jak objawy depresyjne czy lękowe bądź inne, gdy oddziaływania psychoterapeutyczne okazały się nieskuteczne.

Wspólne standardy hospitalizacji dla AN/BN/BED/ARFID**Standard 1**

W czasie trwania hospitalizacji pacjent powinien być objęty wsparciem psychoterapeutycznym, psychoedukacją i edukacją żywieniową prowadzoną przez wykwalifikowany personel medyczny. Konieczne jest, aby zespół terapeutyczny w kontakcie z dzieckiem/adolescentem i jego rodzicami/opiekunami każdorazowo podkreślali konieczność kontynuacji leczenia po zakończeniu hospitalizacji.

Standard 2

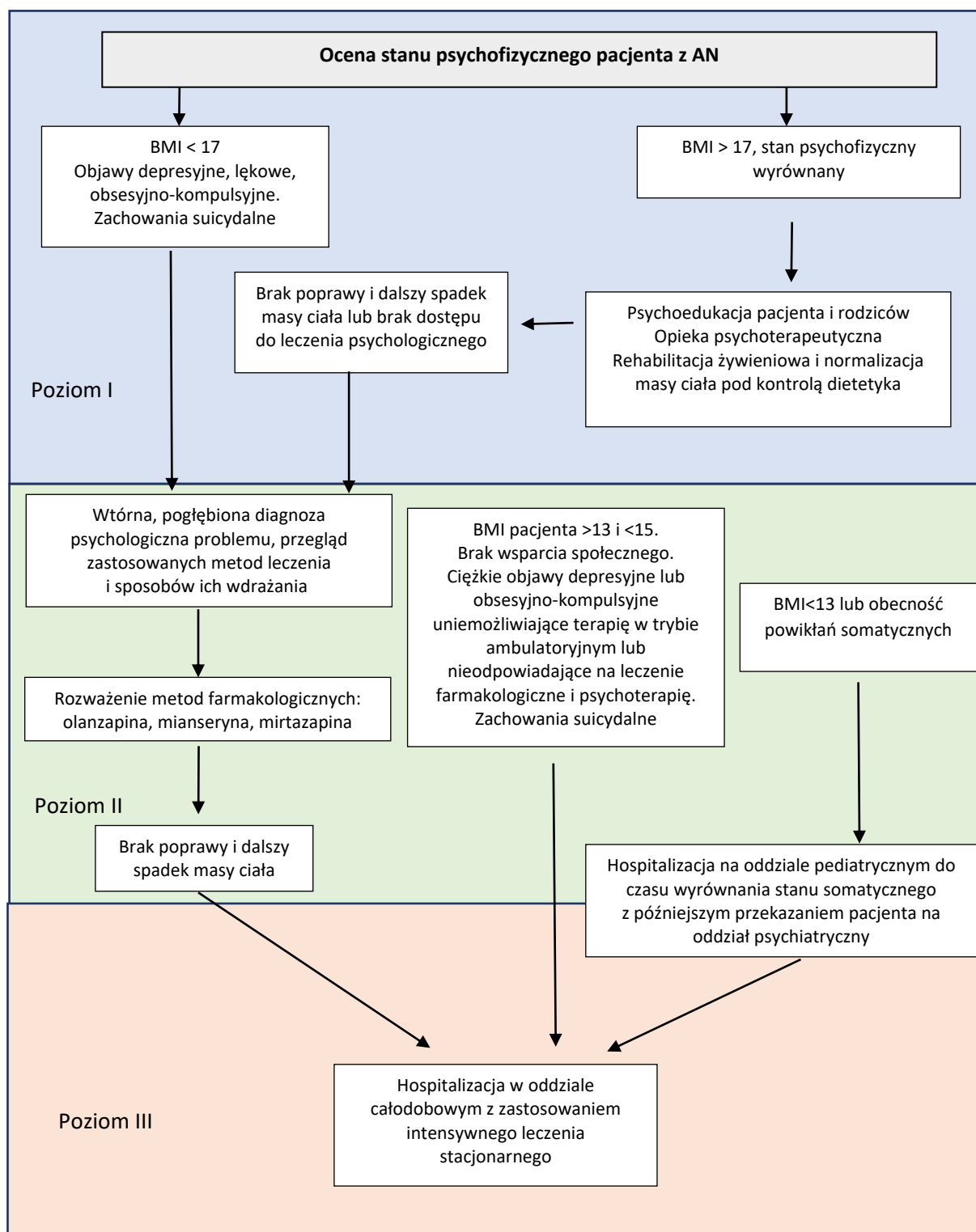
Dziecko/adolescent hospitalizowane w warunkach oddziału psychiatrycznego powinno/powinien zostać objęte/objęty kontraktem terapeutycznym jako częścią zorganizowanego protokołu leczenia. Dziecko/adolescent powinno/powinien zostać zapoznane/zapoznany z zasadami kontraktu w kilka dni po przyjęciu do szpitala. W przypadku braku współpracy pacjenta, znacznego niedoboru masy ciała, wielokrotnie powtarzających się zachowań mających na celu obniżenie masy ciała (np. wymioty, ćwiczenia fizyczne), szczególnie w przypadku związanych z tym i narastających powikłań somatycznych posiłki powinny być spożywane pod kontrolą personelu pielęgniarskiego. Wyznaczony czas ograniczonej aktywności fizycznej oraz zwiększonej kontroli pielęgniarskiej po każdym posiłku pozwala zmniejszyć stałe dążenie pacjentów do zminimalizowania wartości kalorycznej przyjętego posiłku.

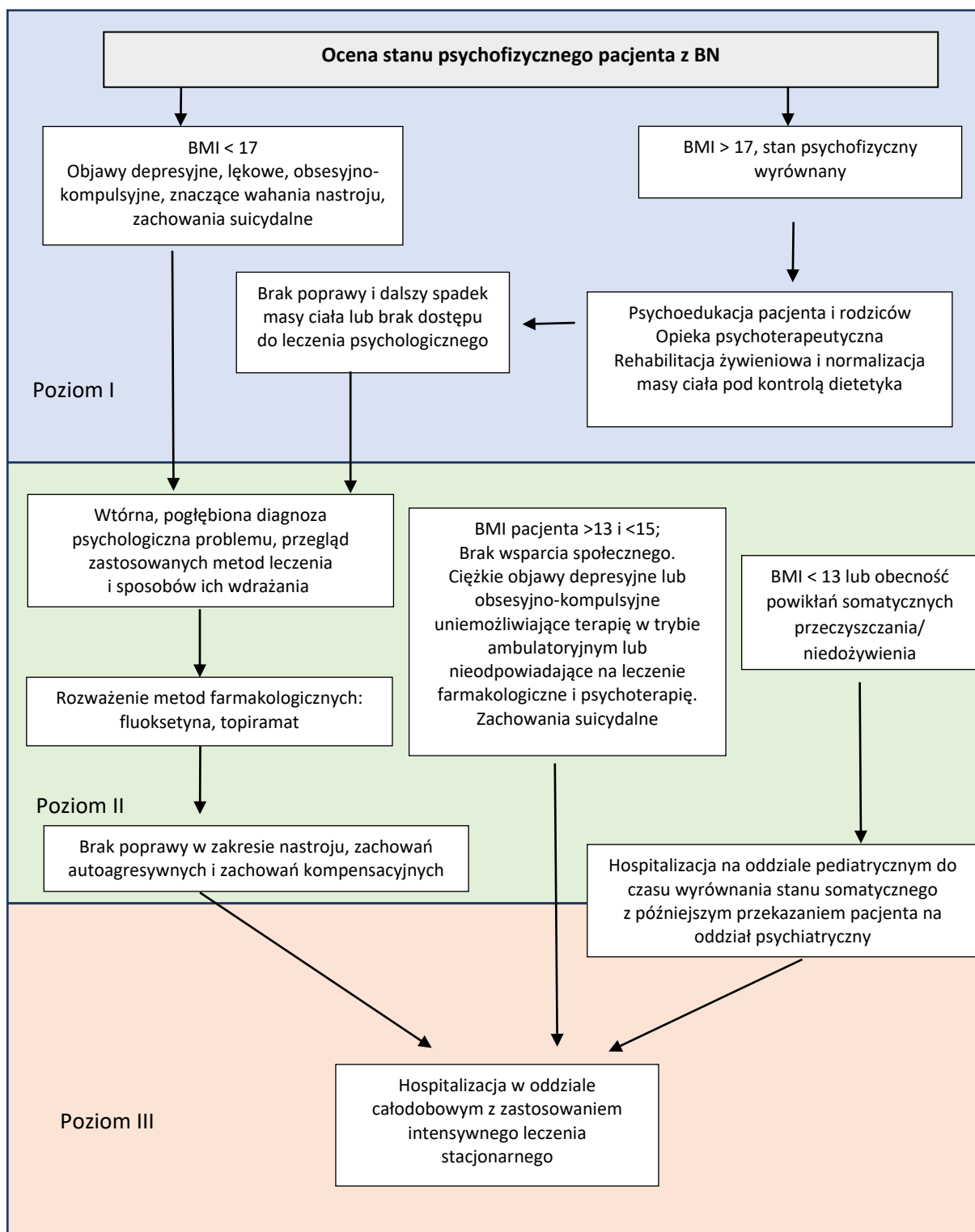
Standard 3

W czasie hospitalizacji konieczne jest regularne kontrolowanie parametrów laboratoryjnych, EKG i ogólnego stanu somatycznego pacjenta oraz współpraca z lekarzem pediatrą z możliwością ewentualnego przekazania pacjenta do odpowiedniego oddziału w przypadku wystąpienia jakichkolwiek powikłań somatycznych.

Standard 4

Warunkiem wypisu pacjenta z oddziału jest stabilizacja stanu somatycznego oraz psychicznego, w tym normalizacja zachowań żywieniowych umożliwiającą kontynuację leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Rodzice/opiekunowie i pacjent powinni być poinformowani o konsekwencjach ewentualnego przerwania leczenia.





5. Pica (6B84 wg ICD-11; F98.3 lub F50.89 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Pica charakteryzuje się regularnym spożywaniem substancji nieodżywczych, takich jak przedmioty i materiały niebędące pożywieniem (np. glina, ziemia, kreda, gips, plastik, metal i papier) lub surowe składniki żywności (np. duże ilości soli lub mąki kukurydzianej) u osoby, która osiągnęła wiek rozwojowy, kiedy można oczekiwać od niej rozróżnienia między substancjami jadalnymi i niejadalnymi (ok. 2 lat). Spożywanie substancji nieodżywczych jest na tyle uporczywe lub ciężkie, że wymaga uwagi klinicznej. To znaczy, że zachowanie powoduje uszkodzenie lub znaczące ryzyko dla zdrowia lub upośledzenie funkcjonowania ze względu na częstotliwość, ilość lub charakter spożywanych substancji lub przedmiotów. Jednocześnie objawy lub zachowania nie są przejawem innego stanu chorobowego (np. niedoboru witaminy B12, folianów lub żelaza) i nie wynikają z symulacji czy zaburzeń pozorowanych (jak np. zespół Münchhausena), trichotillomanii ani jadłowstrętu psychicznego. Spożywanie substancji nieodżywczych może również wystąpić w innych zaburzeniach psychicznych, behawioralnych lub neurorozwojowych, takich jak zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna czy schizofrenia, jednak we wszystkich takich przypadkach dodatkową diagnozę Pica należy przypisać tylko wtedy, gdy zachowanie jest trwałe lub na tyle poważne, że wymaga uwagi klinicznej ze względu na potencjalny uszczerbek na zdrowiu, upośledzone funkcjonowanie lub znaczne ryzyko takiego funkcjonowania ze względu na częstotliwość, ilość lub charakter przyjmowanych substancji lub przedmiotów.

Obraz kliniczny

Niemowlęta i małe dzieci często, w ramach spełniania zadań rozwojowych, wkładają do ust przedmioty niebędące pokarmem jako wyraz eksploracji sensorycznej. W niektórych przypadkach spożywanie substancji nieodżywczych może być praktyką usankcjonowaną kulturowo, z uwagi na zwyczaje religijne czy społeczne. Powyższe nie stanowią zaburzeń o typie Pica. Pica może pojawić się w ciągu całego życia, jednak najczęściej obserwuje się ją w dzieciństwie. Pica może mieć charakter epizodyczny i zmienny bądź też chroniczny i ciągły, a spożywanie substancji nieodżywczych może być związane z podwyższonym poziomem napięcia emocjonalnego i lęku.

Epidemiologia

Oszacowanie występowania zaburzeń typu Pica w populacji jest trudne do oceny z uwagi na niedostateczną zgłaszalność osób z jej objawami oraz silny wpływ kulturowy i społeczny. Jedno z badań prowadzonych wśród dzieci wskazywało na 12% występowanie objawów w pewnym momencie życia dziecka/adolescenta. Szczególnie wysoka częstość występowania objawów Pica jest zauważalna u pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną (ok. 10%) i koreluje z nasileniem niepełnosprawności.

Etiologia

Na etiologię Pica składa się wiele czynników, jednak jak dotąd nie ustalono bezpośredniego związku przyczynowego. Badania czynników psychologicznych wykazały związek między Pica a (a) stresem, (b) zaniedbywaniem i wykorzystywaniem dzieci, (c) deprywacją rodzicielską,

(d) niskim statusem społeczno-ekonomicznym, (e) zaburzeniami więzi, (f) zaburzeniami funkcjonowania systemu rodzinnego. Jednocześnie niedobory składników odżywczych, jak niski poziom żelaza/ferrytyny w surowicy (i innych mikroelementów) sprzyjają występowaniu objawów Pica.

6. Zaburzenie polegające na ruminacji i regurgitacji (6B85 wg ICD-11; F98.21 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenie przeżuwania oraz zwracania charakteryzuje się celowym i wielokrotnym przynoszeniem do ust wcześniej połkniętego pokarmu (tzn. regurgitacja), który może być ponownie przeżuwany i ponownie połykany (przeżuwanie) lub może być celowo wypluwany (ale nie jak w wymiotach). Wg ICD-11 regurgitacje są częste (co najmniej kilka razy w tygodniu) i utrzymują się przez okres co najmniej kilku tygodni. Diagnozę należy przypisać wyłącznie pacjentom, którzy osiągnęli wiek rozwojowy (co najmniej 2 lata), a zachowanie związane z regurgitacją i ruminacją nie są przejawem innego stanu chorobowego (np. zwężenie przełyku lub zaburzenia nerwowo-mięśniowego wpływającego na funkcjonowanie przełyku) lub stanu somatycznego, powodującego nudności lub wymioty (np. zwężenie odźwiernika). W diagnostyce różnicowej należy również wykluczyć samoistne wymioty w przebiegu AN/BN oraz wymioty psychogenne (co kluczowe w różnicowaniu z tym ostatnim, w zaburzeniach polegających na ruminacji i regurgitacji te drugie są zamierzone i celowe).

Obraz kliniczny

W zaburzeniu polegającym na ruminacji i regurgitacji powtarzające się regurgitacje są działaniami zamierzonymi (dziecko/adolescent może np. napinać mięśnie języka lub brzucha, lub kaszleć w celu wywołania regurgitacji), często zapewniającymi zmniejszenie lęku lub odczuwanie przyjemności. Dzieci/adolescenci z zaburzeniami ruminacji i regurgitacji często doświadczają wstydu i zakłopotania z powodu swojego zachowania, ponieważ ich rodzice/opiekunowie i otoczenie traktują je jako społecznie nieakceptowalne. Zaburzenie może mieć charakter przewlekły i ciągły bądź epizodyczny. W epizodycznych przypadkach zachowanie może występować w sytuacjach związanych z odczuwaniem silnego dystresu czy lęku. Początek zaburzeń może wystąpić we wczesnym dzieciństwie i w okresie adolescencji, bądź, rzadziej, w dorosłości. U małych dzieci istnieje ryzyko zakrztuszenia się z powodu nie w pełni rozwiniętej kontroli odruchu połykania.

Epidemiologia

Oszacowanie występowania zaburzeń polegających na ruminacji i regurgitacji jest trudne z uwagi na stosowane dotychczas różne kryteria diagnostyczne, zależnie od sytuacji klinicznej. Proces stawiania diagnozy u dzieci/adolescentów zwykle jest długotrwały i opiera się na wielu konsultacjach u różnych specjalistów. Ponadto pacjenci często zgłaszają wymioty, bóle brzucha i objawy mogące sugerować AFRID, co dodatkowo utrudnia prawidłową diagnostykę. W badaniach wśród dzieci i adolescentów częstość występowania waha się od 0% do 5%, niezależnie od płci. Zaburzenia polegające na ruminacji i regurgitacji są nieco bardziej rozpowszechnione wśród osób z zaburzeniami rozwoju intelektualnego

i zaburzeniami ze spektrum autyzmu, przez co mogą pełnić funkcję samouspokajania lub samostymulacji.

Etiologia

Brak jest jasnego konsensusu co do etiologii i mechanizmów podtrzymujących zaburzenie. Wśród czynników wpływających na powstawanie i podtrzymywanie objawów wymienia się: (a) nawykowy skurcz ściany brzucha (stanowi nawyk lub odruch warunkowy w reakcji na jedzenie), (b) zaniedbanie emocjonalne, (c) stres emocjonalny, (d) opóźnienie rozwoju, (e) zaburzenia defekacji, (f) negatywny proces wzmacniania (impuls chwilowo ustępuje, dyskomfort psychiczny maleje). Uznaje się, że zaburzenie jest wynikiem przenikania się mechanizmów biologicznych, środowiskowych, poznawczych i behawioralnych. Etiologia zespołu ruminacji jest prawdopodobnie wieloczynnikowa; jednak dokładne przyczyny są słabo poznane.

Wspólne standardy wstępnej opieki nad dziećmi i młodzieżą z pica, zaburzeniami polegającymi na ruminacji i regurgitacji.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Istotne jest wykluczenie przyczyn somatycznych zaburzeń, w tym: (1) schorzeń gastroenterologicznych, endokrynologicznych, neurologicznych; (2) nieprawidłowości w obrębie aparatu artykulacyjnego (konsultacja logopedyczna); zaburzeń integracji sensorycznej.

Standard 2

Interwencje psychologiczne w przypadku dzieci/adolescentów z ww. zaburzeniami powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Rekomendacja 1

Wszystkim dzieciom/adolescentom ww. zaburzeniami jako leczenie pierwszego rzutu należy oferować różne formy psychoterapii, w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowaną do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniającą zaangażowanie rodziny lub opiekunów. Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta. Podczas stosowania terapii należy zwrócić szczególną uwagę na: (a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu

terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, (b) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia, (c) aktywne angażowanie rodziny/opiekunów w planowanie i prowadzenie leczenia, (d) włączenie systemu nagród w celu zwiększenia motywacji dziecka/adolescenta i wzmocnienia pożądanых zmian w zachowaniu.

Rekomendacja 2

W przypadku młodszych dzieci w szczególności zalecana jest terapia rodzinna.

SEKCJA 20

Zaburzenia eliminacji (wydalania)

Kategoria ta, wprowadzona do ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

1. Moczzenie nocne (6C00.0 wg ICD-11; F98.00 wg ICD-10)
2. Moczzenie dzienne (6C00.1 wg ICD-11; F98.01 wg ICD-10)
3. Moczzenie dzienne i nocne (6C00.2 wg ICD-11; F98.02 wg ICD-10)
4. Z zaparciem i nietrzymaniem z przepełnienia (6C01.0 wg ICD-11; F98.12 wg ICD-10)
5. Bez zaparcia i nietrzymania z przepełnienia (6C01.1 wg ICD-11; F98.11 wg ICD-10)
6. Inne nieokreślone zanieczyszczanie się kałem (6C01.Z wg ICD-11)

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: Zaburzenia wynikające z uwarunkowań środowiskowych lub Inne

1. Moczzenie mimowolne (*enuresis*) nieorganiczne (6C00 wg ICD-11; F98.0 wg ICD-10)

Kategoria ta, w ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

1. Moczzenie nocne (6C00.0 wg ICD-11; F98.00 wg ICD-10)
2. Moczzenie dzienne (6C00.1 wg ICD-11; F98.01 wg ICD-10)
3. Moczzenie dzienne i nocne (6C00.2 wg ICD-11; F98.02 wg ICD-10)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Moczzenie się mimowolne to powtarzające się oddawanie moczu do ubrania lub łóżka, występujące w ciągu dnia lub w nocy u osoby po osiągnięciu wieku rozwojowego 5 lat, w którym oczekuje się od dziecka trzymania moczu. Nietrzymanie moczu mogło być obecne od urodzenia (moczzenie pierwotne) lub mogło powstać po okresie przynajmniej półrocznej przerwy po nabytej kontroli pęcherza (moczzenie wtórne). Oddawanie moczu do łóżka lub w ubranie w większości przypadków jest zachowaniem mimowolnym, ale w niektórych przypadkach może być zamierzone. Wyróżnia się moczzenie nocne 6C00.0; dzienne 6C00.1 oraz moczzenie w ciągu dnia i nocy 6C00.2. Nie należy diagnozować moczenia nieorganicznego, jeśli niezamierzone oddawanie moczu jest spowodowane stanem zdrowia utrudniającym trzymanie moczu (np. cukrzycą, chorobami nerek, chorobami układu nerwowego lub schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi), wrodzonymi lub nabytymi nieprawidłowościami dróg moczowych, lub zakażeniem dróg moczowych, lub nie jest spowodowane wyłącznie fizjologicznym działaniem substancji (np. diuretyków, leków przeciwpsychotycznych).

Ustalenie rozpoznania wymaga stwierdzenia negatywnego wpływu objawów na funkcjonowanie jednostki oraz wystąpienia wszystkich z następujących kryteriów

- a. Powtarzające się i uporczywe oddawanie moczu do łóżka lub ubrania (np. kilka razy w tygodniu przez kilka miesięcy), które może wystąpić w ciągu dnia lub w nocy (wg DSM-5 moczzenie występuje dwa razy w tygodniu przez kolejne 3 miesiące lub istotnie zaburza funkcjonowanie na płaszczyźnie społecznej, szkolnej, zawodowej lub innych ważnych obszarach funkcjonowania),

- b. Osoba osiągnęła wiek rozwojowy, w którym zwykle oczekuje się trzymania moczu (w przybliżeniu odpowiednik wieku chronologicznego 5 lat),
- c. Objawy nie są lepiej wyjaśniane przez fizjologiczne działanie substancji lub leku lub przez inny stan chorobowy.

Obraz kliniczny

Moczenie nocne polega na oddawaniu do łóżka dużej objętości moczu i występuje zwykle w pierwszej części nocy, zazwyczaj wkrótce po położeniu się spać. Oddawanie moczu może nastąpić podczas fazy snu (REM) (niektóre osoby zgłaszają wtedy, że śniły o oddawaniu moczu). Moczenie dzienne polega na oddawaniu moczu podczas czuwania, poprzez popuszczanie lub też obfite zmożenie bielizny. Może wystąpić u dzieci, które unikają oddawania moczu z powodu lęku związanego z korzystaniem z toalety (publicznej, w przedszkolu lub szkole) albo z powodu odmowy zaprzestania przyjemnej aktywności (np. atrakcyjnej zabawy). Moczenie może prowadzić do rozwoju licznych problemów psychologicznych z powodu związanego z tym stresu lub napiętnowania przez dorosłych, najczęściej opiekunów dziecka lub rówieśników. Może być aspektem innego zaburzenia psychicznego, behawioralnego lub neurorozwojowego, jest powszechne wśród osób z zaburzeniami rozwoju intelektualnego. U większości dzieci problem zanika samoistnie wraz z dojrzewaniem układu nerwowego lub po zastosowaniu prostych technik behawioralnych.

Epidemiologia

Moczenie nocne występuje u 15–20% 5-latków i 5–7% 10-latków. Izolowane moczenie nocne znacznie częściej występuje u chłopców. W przypadku moczenia nocnego pierwotnego 75% dzieci ma krewnych pierwszego stopnia z tym samym problemem oraz 40%, gdy problem zdiagnozowano u jednego z opiekunów. Częstość moczenia maleje z wiekiem (wykazano, że w grupie 9-latków odsetek dzieci moczających się wynosił ponad 2%, a w grupie 14-latków blisko 1%).

Etiologia

Moczenie nieorganiczne ma etiologię wieloczynnikową. Udział w niej biorą czynniki genetyczne (dzieci moczające się często mają rodziców, którzy moczyli się w dzieciństwie), biologiczne (nieprawidłowy rytm dobowego wydzielania wazopresyny, opóźniona kontrola nad czynnością pęcherza, zbyt mała objętość pęcherza, zbyt głęboki sen i trudności z wybudzeniem się), środowiskowych (wypijanie zbyt dużej ilości płynów przed snem, brak właściwych nawyków higienicznych) i społecznych (brak dbałości o oddawanie moczu przy pełnym pęcherzu) oraz osobowościowych. W przypadku moczenia wtórnego czynnikiem je powodującym mogą być zaburzenia emocjonalne (przemoc fizyczna i seksualna, utrata bliskiej osoby, narodziny rodzeństwa, hospitalizacja itp.).

2. Zanieczyszczanie się kałem (*encopresis*) nieorganiczne (6C01 wg ICD-11; F 98.1 wg ICD-10)

Kategoria ta w ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

1. Z zaparciem i nietrzymaniem z przepełnienia (6C01.0 wg ICD-11; F98.12 wg ICD-10)
2. Bez zaparcia i nietrzymania z przepełnienia (6C01.1 wg ICD-11; F98.11 wg ICD-10)
3. Inne nieokreślone zanieczyszczanie się kałem (6C01.Z wg ICD-11)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Nieorganiczne zanieczyszczanie się kałem to oddawanie kału w nieodpowiednich miejscach. Nietrzymanie stolca należy rozpoznać, jeśli u osoby, która osiągnęła wiek rozwojowy, kiedy zwykle oczekuje się trzymania kału, występuje wielokrotne (np. co najmniej raz w miesiącu przez kilka miesięcy) nieprawidłowe wydalanie kału (np. co najmniej raz w miesiącu). Nietrzymanie stolca może być obecne od urodzenia lub mogło powstać po okresie nabytej kontroli. Oddawanie kału w nieodpowiednich miejscach (w bieliznę, na podłogę) w większości przypadków jest zachowaniem mimowolnym, ale w niektórych przypadkach może być zamierzone. Wg ICD-11 wyróżnia się zanieczyszczanie się kałem: (a) Z zaparciami i nietrzymaniem z przepełnienia 6C01.0, (b) Bez zaparcia i nietrzymania z przepełnienia 6C01.1 oraz (c) Inne nieokreślone zanieczyszczanie się kałem 6C01.Z. Nie należy diagnozować tej jednostki nozologicznej, jeśli zabrudzenie kałem jest w pełni związane ze stanem zdrowia utrudniającym prawidłowe oddawanie kału (np. rozdęcie okrężnicy bezzwojowej, rozszczep kręgosłupa, otępienie), wrodzonymi lub nabytymi nieprawidłowościami jelit, infekcją przewodu pokarmowego lub nadmiernym stosowaniem środków przeczyszczających.

Ustalenie rozpoznania wymaga stwierdzenia negatywnego wpływu objawów na funkcjonowanie jednostki oraz wystąpienia wszystkich z następujących kryteriów:

- a. Powtarzające się i uporczywe oddawanie kału w nieodpowiednie miejsca (np. co najmniej raz w miesiącu przez okres kilku miesięcy) (wg DSM-5 minimalny okres trwania zaburzenia to 3 miesiące),
- b. Osoba, która osiągnęła wiek rozwojowy, w kiedy oczekuje się trzymania kału (w przybliżeniu odpowiadający wiekowi chronologicznemu 4 lat).
- c. Zabrudzenia kałem nie można lepiej wyjaśnić fizjologicznymi skutkami danej substancji (np. nadmierne stosowanie środków przeczyszczających) lub innym stanem chorobowym.

Obraz kliniczny

Nietrzymanie stolca z zaparciami i z przepełnienia (6C01.0) jest najczęstszą postacią zanieczyszczenia się kałem i charakteryzuje się zatrzymywaniem oraz zaleganiem kału. Stolce są zazwyczaj, choć nie zawsze, słabo uformowane (luźne lub płynne), a wycieki mogą mieć charakter od sporadycznych do ciągłych. Postać tę często obserwuje się w wieku przedszkolnym jako niestałe brudzenie pojawiające się w kilka dni od ostatniej defekacji lub występuje codziennie przy niepełnych defekacjach. Pacjenci z tego typu problemem często w wywiadzie mają historię zaparcć spowodowanych unikaniem korzystania z toalety lub bolesną defekacją. Nietrzymanie stolca bez zaparcć i nietrzymanie z przepełnienia (6C01.1 wg ICD-11) nie jest związane z zatrzymywaniem kału i polega na całkowitym lub częściowym wypróżnianiu się np. w ubranie. Raczej charakteryzuje się niechęcią, oporem lub

niezgodnością z normami społecznymi w wypróżnianiu się w akceptowalnych miejscach w kontekście normalnej fizjologicznej kontroli nad wypróżnianiem. Może być wykorzystywane jako metoda wywierania presji na otoczeniu. Osoby, u których występuje zanieczyszczanie się kałem, mogą odczuwać zakłopotanie i obniżoną samoocenę oraz gorsze funkcjonowanie społeczne (w szkole, na wyjazdach wakacyjnych) z powodu dokuczania rówieśników i możliwej izolacji społecznej. Mogą także unikać sytuacji towarzyskich z obawy przed oddaniem kału w obecności innych osób.

Epidemiologia

W badaniach populacyjnych uzyskano dane wskazujące na nietrzymanie kału u 3% 4-latków, 2% sześciolatków oraz ponad 1% 10-latków, co wskazuje na zmniejszanie się odsetka osób cierpiących na to zaburzenie wraz z dojrzewaniem układu nerwowego. Nietrzymanie stolca występuje 3–6 razy częściej u chłopców. Nie stwierdza się związku między nietrzymaniem stolca a statusem społeczno-ekonomicznym, wielkością rodziny, pozycją dziecka w rodzinie oraz wiekiem rodziców. U pacjentów, którzy mają problemy z nietrzymaniem kału i przewlekłymi zaparciami, mogą często doświadczać współwystępujących objawów moczenia się oraz innych zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych.

Etiologia

W większości przypadków nietrzymanie stolca ma charakter czynnościowy, któremu nie towarzyszą odchylenia w badaniach dodatkowych ani zmiany morfologiczne w narządach. Osoba doświadczająca potrzeby defekacji powstrzymuje ją, przez co na skutek cofania się mas kałowych do jelita grubego, następuje rozciąganie się ścian odbytnicy, co osłabia sygnał o potrzebie defekacji. Również zalegające w jelitach masy kałowe twardnieją i trudniej je wydaląć. Później utworzone w jelitach masy kałowe w postaci papki wydostają się przez twarde kał wraz z przeciskającymi się przez niego gazami jelitowymi, brudząc bieliznę. Przyczyną powstrzymywania się od prawidłowej defekacji może być nieumiejętnie i restrykcyjnie prowadzony trening czystości, wcześniejsze doświadczenia bolesnych defekacji, lęki związane z dziecięcymi fantazjami (np. że wpadnięcie do muszli klozetowej), unikanie korzystania z publicznych i przedszkolnych/szkolnych toalet, działanie stresora (np. rozwód rodziców). W badaniach odnotowano też genetyczne predyspozycje do zaparc. W przypadku nietrzymania stolca bez zaparc i nietrzymania z przepełnienia zanieczyszczanie może być objawem różnych zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych, lub dysfunkcji rodziny, lub przemocy fizycznej i seksualnej.

Poniżej łącznie opisano standardy/rekomendacje dotyczące opieki dla zaburzeń wydalania

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Przed włączeniem interwencji psychologicznych w przypadku dziecka/adolescenta z problemem moczenia się/zanieczyszczania się niezbędne jest przeprowadzenie konsultacji pediatrycznej w celu wykluczenia chorób somatycznych i neurologicznych. W ramach diagnozy psychologicznej wskazana jest ocena funkcji poznawczych, w celu określenia wieku rozwojowego pacjenta. Szczególnie istotnym elementem wywiadu w przypadku dzieci/adolescentów z problemem moczenia się jest zebranie informacji na temat możliwości doświadczania przez dziecko/adolescenta przemocy lub zaniedbania ze strony rodziców/opiekunów/otoczenia społecznego.

Standard 2

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci/adolescentów z problemem moczenia się/zanieczyszczania się powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 3

Wszystkim dzieciom/adolescentom z problemem moczenia się należy zaproponować oddziaływania oparte na treningach behawioralnych obejmujących m.in. prowadzenie dzienniczka mikcji i moczenia/defekacji, nagradzanie za suchą noc/suchy dzień/prawidłową defekację, chwalenie za wysiłki związane z kontrolą pęcherza/stolca, zachęcania do pójścia do toalety przed snem/po posiłkach i pozostanie w niej do czasu oddania stolca/mocz (moczenie dzienne). Wskazane jest zaangażowanie rodziny/opiekunów oraz placówki edukacyjnej, jeśli istnieje taka możliwość.

Standard 4

W przypadku braku skuteczności w ciągu 12 tygodni od zastosowania tych technik należy rozważyć w przypadku moczenia się możliwość dołączenia do oddziaływań tzw. alarmu wilgotnościowego z monitorowaniem jego skuteczności przez 4 tygodnie.

Standard 5

W przypadku braku poprawy lub trudności ze strony dziecka/adolescenta lub rodziców/opiekunów w zakresie stosowania się do ww. zaleceń dotyczących leczenia wskazane jest przeprowadzenie: (a) wtórnej, pogłębionej diagnozy psychologicznej problemu (ponowna konceptualizacja), przeglądu zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania, (b) ponownej pogłębionej diagnostyki pediatrycznej w celu wykluczenia chorób somatycznych i neurologicznych.

Standard 6

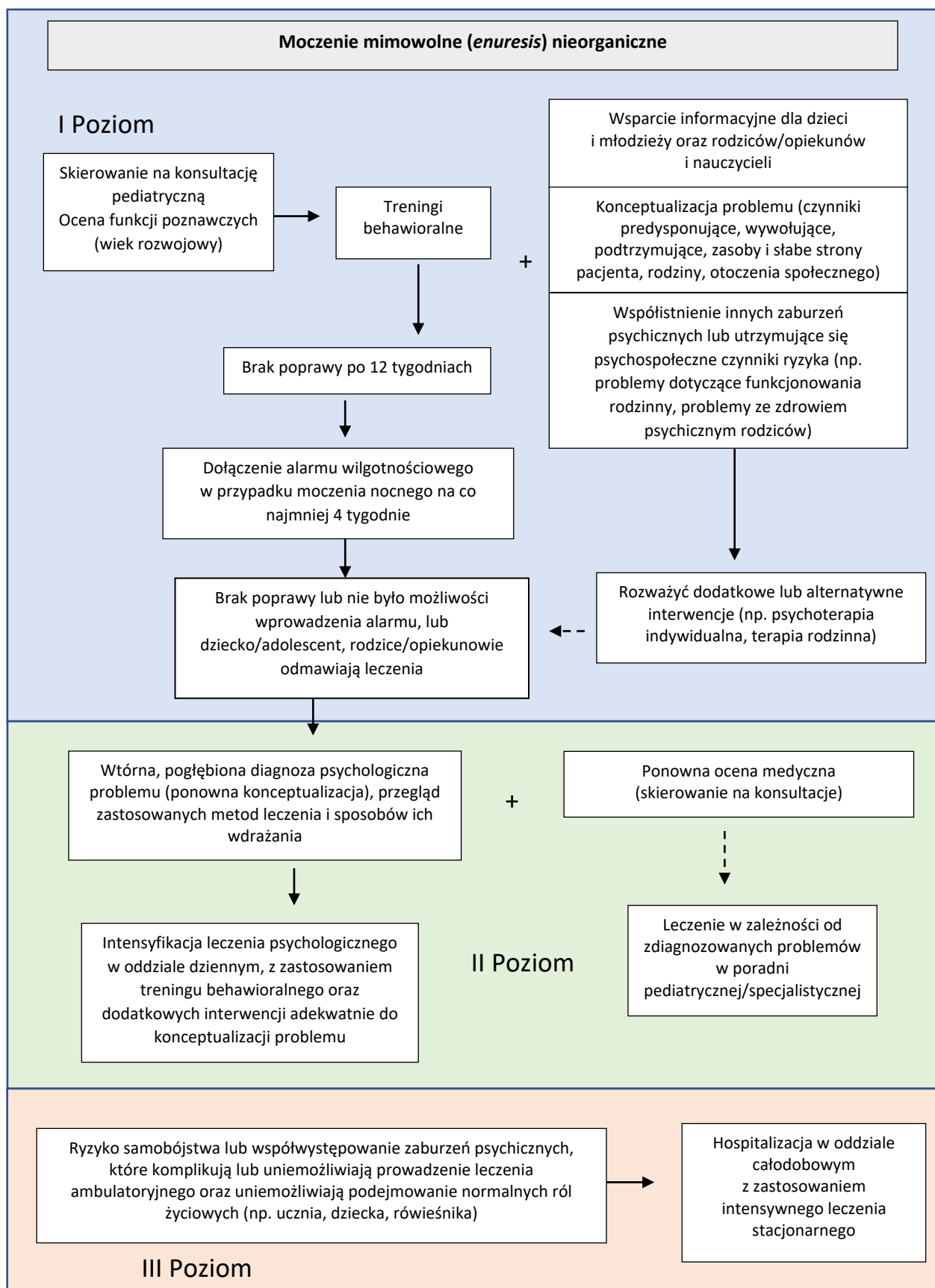
W przypadku występowania dodatkowych problemów psychologicznych, trudności w podjęciu ról rozwojowych zwłaszcza w obszarze funkcjonowania rówieśniczego, szkolnego oraz obecności zaburzeń współwystępujących interwencje powinny uwzględniać indywidualną lub grupową pomoc psychologiczną (np. warsztaty, treningi), lub psychoterapię indywidualną lub grupową, lub wsparcie psychospołeczne, w zależności od wieku dziecka/adolescenta, stopnia dysfunkcji i charakteru zgłaszanego problemu. Oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być prowadzone w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniające zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

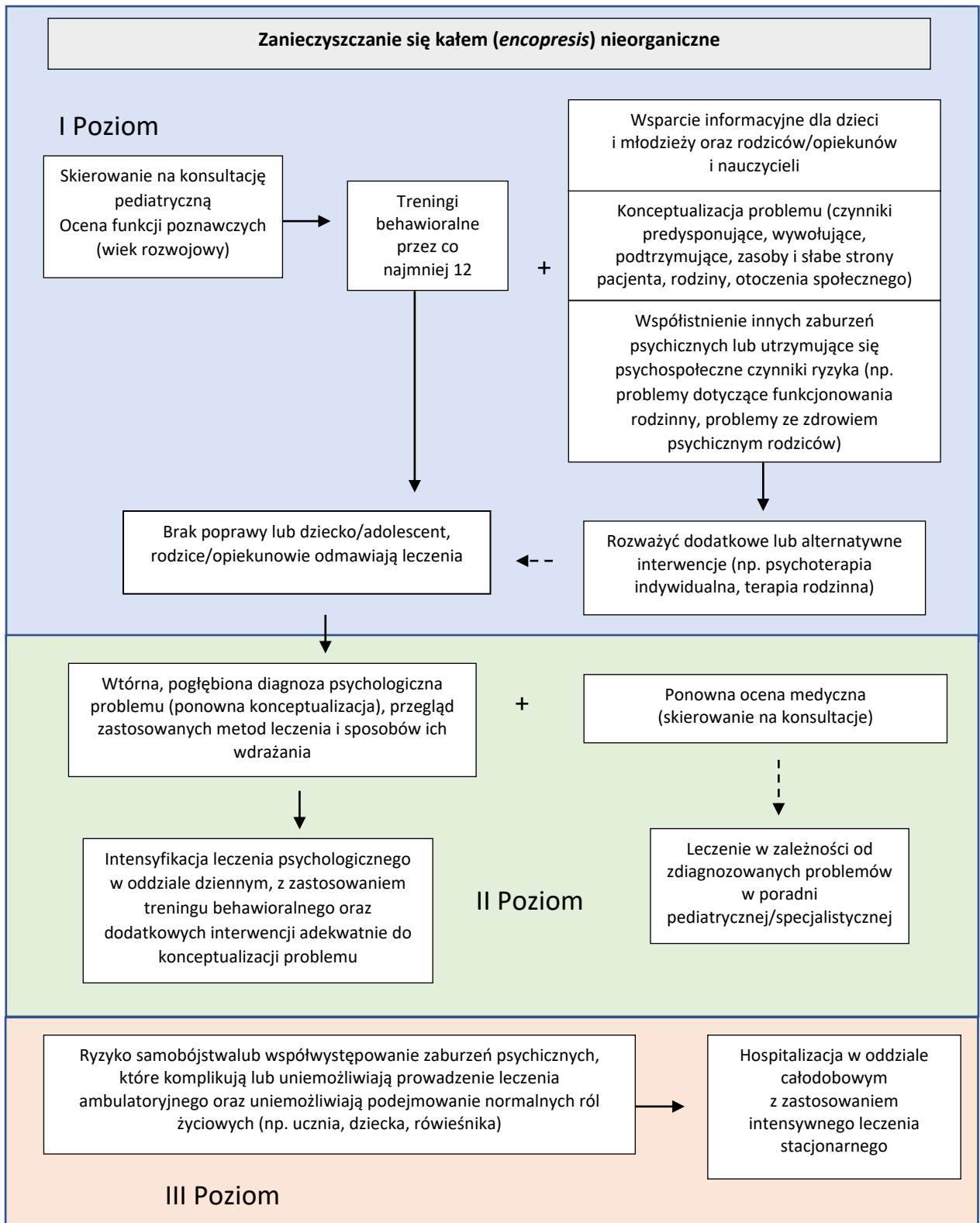
Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

Hospitalizacja w oddziale dziennym powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego oraz uniemożliwiają pacjentowi podejmowanie normalnych ról życiowych (np. ucznia, dziecka, rówieśnika).





SEKCJA 21

Zaburzenia zachowania

ICD-10 Zaburzenia zachowania (F91)/Depresyjne zaburzenia zachowania (F92.0)

ICD-11 Zachowania niszczycielskie i zachowania dysocjalne (6C90–6C9Z)

Diagnoza psychologiczna: Zaburzenia eksternalizacyjne/agresja bezpośrednia/zachowania antyspołeczne

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

We wszystkich przypadkach, w których stwierdza się problemy z zachowaniem, niezbędne jest określenie występowania spektrum zachowań dezorganizujących funkcjonowanie dziecka i jego otoczenia w stopniu pozwalającym na stwierdzenie, czy wykraczają one poza występujące sporadycznie u wszystkich dzieci (i we wszystkich grupach wiekowych) zachowania trudne. Wyniki badań wskazują, że nie istnieje punkt odcięcia, powyżej którego zachowania agresywne stanowią jakościowo odmienną grupę problemów, kwalifikujących dziecko do postawienia rozpoznania. To ostatnie nadal pozostaje zatem arbitralną decyzją diagnosty, w której musi on brać pod uwagę również wiek dziecka oraz takie zmienne jak: poziom problemu, wzorzec, czas trwania oraz wpływu zachowań na funkcjonowanie dziecka i jego otoczenia.

Diagnoza zaburzenia opozycyjno-buntowniczego (*oppositional-defiant disorder*, ODD) opisuje stosunkowo łagodny wzorzec zachowań dezorganizujących. Dzieci z ODD często nie słuchają, kłócą się z autorytetami, złośliwie odmawiają współpracy i przestrzegania reguł oraz przenoszą odpowiedzialność za swoje zachowania na inne osoby. Ustalenie rozpoznania może być wyzwaniem ze względu na trudności z odróżnieniem zachowań prezentowanych przez dziecko od normalnych zachowań występujących u wszystkich dzieci w okresie ponimowlęcym. Nowością w klasyfikacji ICD-11, potwierdzającą olbrzymie znaczenie diagnozy ODD jako jedynej w zasadzie opisującej przewlekłą drażliwość u dzieci, jest dodanie 2 wyróżników: z przewlekłą drażliwością i gniewem (*with chronic irritability-anger*) i z ograniczonymi emocjami prospołecznymi (*with limited prosocial emotions*), które opisują dwa zasadnicze wymiary zachowań opozycyjnych, buntowniczych, agresywnych.

Zaburzenia zachowania (*conduct disorder*, CD) charakteryzują się przetrwałym wzorcem braku poszanowania praw innych osób i reguł społecznych, jawnego stosowania przemocy wobec rówieśników czy terroryzowania osób dorosłych, używania broni, wszczynania bójek, kradzieży i podpalania, niszczenia własności, permanentnego kłamania, wagarowania i ucieczek z domu, nocowania poza domem mimo zakazu rodziców. Ustalenie diagnozy wymaga, by prezentowane zachowania były stale antyspołeczne, a ich cechą charakterystyczną jest ryzyko następstw o charakterze prawnym.

Kryteria diagnostyczne obejmują podtypy oparte na wieku wystąpienia objawów (ODD o początku we wczesnym dzieciństwie oraz ODD o początku w wieku młodzieńczym, CD o początku we wczesnym dzieciństwie i o początku w wieku młodzieńczym) oraz obecność

lub brak ograniczonych emocji prospołecznych (*limited prosocial emotions*, LPE). Objawy definiujące LPE, które obejmują deficyty empatii, zostały zdefiniowane w badaniach jako afektywny wymiar psychopatii lub cechy bezduszości i braku emocjonalności (*callous unemotional*, CU). Inną nowością w klasyfikacji ICD-11 jest możliwość postawienia jednocześnie dwóch rozpoznań: zaburzenia opozycyjno-buntowniczego i zaburzeń zachowania.

Obraz kliniczny

Zaburzenia zachowania nie są schorzeniem epizodycznym z wyraźnym początkiem i fazami. Mimo że w ok. 50% przypadków dochodzi do remisji objawów, to w sytuacjach, gdy objawy trwają, zazwyczaj mają charakter przewlekły i mogą prowadzić do kształtowania się nieprawidłowej osobowości i pogłębienia problemów o charakterze kryminalnym w dorosłości. Zagadnieniem dotychczas nierozstrzygniętym pozostaje dynamika rozwoju objawów na kontinuum 'od ODD do CD' oraz 'od CD do aspołecznego zaburzenia osobowości'. Chociaż zaburzenia opozycyjno-buntownicze zazwyczaj mają swój początek przed zaburzeniami zachowania, to wiele dzieci z ODD nigdy nie spełnia pełnych kryteriów dla późniejszego CD; podobnie u wielu dzieci z CD nie zdiagnozowano ODD. Chociaż zaburzenia zachowania są silnym predyktorem ryzyka rozwoju antyspołecznego zaburzenia osobowości, to ponad 50% dzieci z CD nie rozwija tego zaburzenia. Ponadto badania ciągłości diagnostycznej od dzieciństwa do dorosłości potwierdzają, że CD mogą być prekursorem szeregu zaburzeń behawioralnych i emocjonalnych u dorosłych. Do najczęstszych zaburzeń i problemów współwystępujących z zaburzeniami zachowania u dzieci/adolescentów zalicza się: ADHD, zaburzenia rozwoju języka, specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, zaburzenia lękowe, depresję, zespół stresu pourazowego oraz używanie szkodliwe lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Epidemiologia

Dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzenia opozycyjno-buntowniczego są niejednoznaczne – najczęściej rozpoznaje się je u ok. 5% diagnozowanych dzieci/adolescentów. Rozpowszechnienie zaburzeń zachowania w przypadku chłopców wynosi 2–10%, a u dziewcząt jest o połowę mniejsze. Przed okresem dojrzewania diagnoza jest stawiana wcześniej u chłopców, podczas gdy w późniejszych okresach rozwoju różnice między płciami zanikają. Szczyt rozpoznawalności przypada na szkołę średnią. Zaburzenia zachowania bardzo rzadko pojawiają się po 16 r.ż.

Etiologia

Etiologia jest wieloczynnikowa, zakłada się rolę interakcji między czynnikami osobniczymi, rodzinnymi i środowiskowymi. Istnieje wiele dowodów wyprowadzonych z badań na bliźniętach i dzieciach adoptowanych potwierdzających wysoki poziom odziedziczalności problemów z zachowaniem. Rozważając wpływ genów na powstanie zachowań problemowych, należy zawsze uwzględniać znaczną rolę środowiska, które może redukować lub zwiększać oddziaływanie czynników genetycznych.

Do czynników okołoporodowych powiązanych z zaburzeniami zachowania zalicza się: niską masę urodzeniową, palenie papierosów, komplikacje okołoporodowe; nieznaczne nieprawidłowości fizyczne, które w ujęciu socjobiologicznym mogą wpłynąć na aktywację innych czynników patologizujących (np. odrzucenia, wrogości czy niespójnego rodzicielstwa).

Do najczęstszych deficytów poznawczych u dzieci z zaburzeniem zachowania zalicza się: niski poziom umiejętności werbalnych, deficyty wnioskowania przyczynowo-skutkowego, rozumienia zasad abstrakcyjnych, hamowania reakcji, umiejętności rozwiązywania problemów, koncentracji i podtrzymania uwagi. Do głównych czynników ryzyka leżących po stronie środowiska rodzinnego zalicza się: styl przywiązania, styl rodzicielski przejawiający się brakiem konsekwencji w stosowaniu reguł, niejasnym formułowaniem poleceń, tendencją do reagowania na własne emocje zamiast na zachowania dziecka, niskim poziomem responsywności na społeczne zachowania dziecka, mniejszą kontrolą rodzicielską; wrogość, represyjność, karanie, krytycyzm i chłód rodzicielski, wychowanie w otoczeniu skonfliktowanych rodziców. U dzieci, u których zaburzenie przechodzi przez kolejne stadia: zachowania agresywne – zaburzenie opozycyjno-buntownicze – zaburzenia zachowania – osobowość antyspołeczna, obserwuje się większe nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Do czynników społecznych związanych z ryzykiem rozwoju zaburzeń zachowania zalicza się jakość relacji rówieśniczych i otoczenie społeczne. Model rozwoju zaburzeń zachowania na gruncie interakcji społecznych wskazuje, że dzieci przejawiają utrwaloną tendencję do postrzegania neutralnych zachowań innych ludzi jako wrogich, co zwiększa skłonność do odwoływania się do zachowań agresywnych.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania powinny uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia). W wyborze interwencji należy wziąć pod uwagę preferencje pacjenta i jego rodziców. W przypadku zaangażowania rodziców/opiekunów wskazane jest omówienie z dzieckiem/adolescentem, jakiego rodzaju pomocy oczekuje od rodziców/opiekunów.

Standard 2

Proponowane interwencje (a) powinny uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z wzięciem pod uwagę potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, w tym zaburzeń współwystępujących, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym i rówieśniczym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (b) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców. Interwencje w środowisku szkolnym powinny odbywać się z aktywnym udziałem rodziców.

Standard 3

W przypadku dzieci/adolescentów z zaburzeniami zachowania zalecane jest wdrażanie interwencji behawioralnych opierających się na modelach rozwojowych, które są skierowane przede wszystkim do rodziców/opiekunów lub kontekstu domowego dziecka/adolescenta oraz grupy rówieśniczej, w tym interwencji psychospołecznych prowadzonych w środowisku rodzinnym i szkolnym dziecka/adolescenta, jak również ukierunkowanych na niwelowanie

deficytów występujących u dziecka/adolescenta. Zalecane są: treningi umiejętności rodzicielskich, interwencje ukierunkowane na poprawę funkcjonowania rodziny, kształtowanie umiejętności społecznych u dziecka, rozwój umiejętności regulacji emocji, rozwój wnioskowania moralnego wspomaganie funkcjonowania w systemie edukacji (ukierunkowane na problemy z uczeniem się i zachowaniem), wspieranie pozytywnego wpływu grupy rówieśniczej.

Rekomendacja 1

W przypadku dzieci/młodszych adolescentów w wieku od 3 do 11 lat najskuteczniejsze są oddziaływania o charakterze treningów rodzicielskich. Dzieci/adolescenci w wieku 9–14 lat powinni uczestniczyć w grupowym treningu rozwiązywania problemów oraz treningu umiejętności społecznych. Dzieci/adolescenci w wieku 11–17 lat powinni otrzymać interwencje ukierunkowane na rodzinę, środowisko szkolne i rówieśnicze oraz terapię indywidualną lub grupową.

Standard 4

Oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być prowadzone w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniające zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Standard 5

Jeśli pomimo zastosowania adekwatnych metod postępowania nie nastąpiła oczekiwana poprawa, należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębioną diagnozę psychologiczną problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania) oraz zintensyfikować oddziaływania odpowiednio do wykrytych, dodatkowych trudności.

Standard 6

Osoby zaangażowane w opiekę nad dzieckiem/adolescentem z zaburzeniami zachowania powinny podjąć działania ukierunkowane na nawiązanie sojuszu terapeutycznego ze wszystkimi uczestnikami procesu leczenia i na wsparcie dziecka/adolescenta w wyjściu z roli 'niegrzecznego, sprawiającego problemy'.

Standard 7

Nie należy proponować interwencji farmakologicznych jak rutynowego postępowania u dzieci/adolescentów z zaburzeniami zachowania.

Rekomendacja 1

Dopuszcza się krótkoterminowe leczenie rysperidonem* u dzieci/adolescentów prezentujących ekstremalne zachowania agresywne z ustalonym rozpoznaniem zaburzeń zachowania, u których występują wybuchy złości i poważne problemy

z obszaru regulacji emocji, lecz dopiero wtedy, gdy nie zostanie stwierdzona poprawa po zastosowaniu interwencji psychospołecznych, lub doraźnie, gdy jeszcze nie rozpoczęto ich stosowania. Konieczne jest szczegółowe poinformowanie zarówno pacjenta, jak i rodziców o możliwych działaniach niepożądanych wynikających z zastosowania leku.

* Najwięcej danych dotyczących skuteczności krótkoterminowej terapii zachowań agresywnych dotyczy neuroleptyków atypowych: rysperidonu (największa liczba badań), aripiprazolu i kwetiapiny (pojedyncze dowody na skuteczność głównie w zmniejszaniu drażliwości).

Rekomendacja 2

Zasady prowadzenia leczenia farmakologicznego (w tym możliwe skutki ubocznych, konieczność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami, opóźnienie wystąpienia odpowiedzi terapeutycznej, czas trwania leczenia) i jego monitorowania należy omówić z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami i odnotować w historii choroby.

Rekomendacja 3

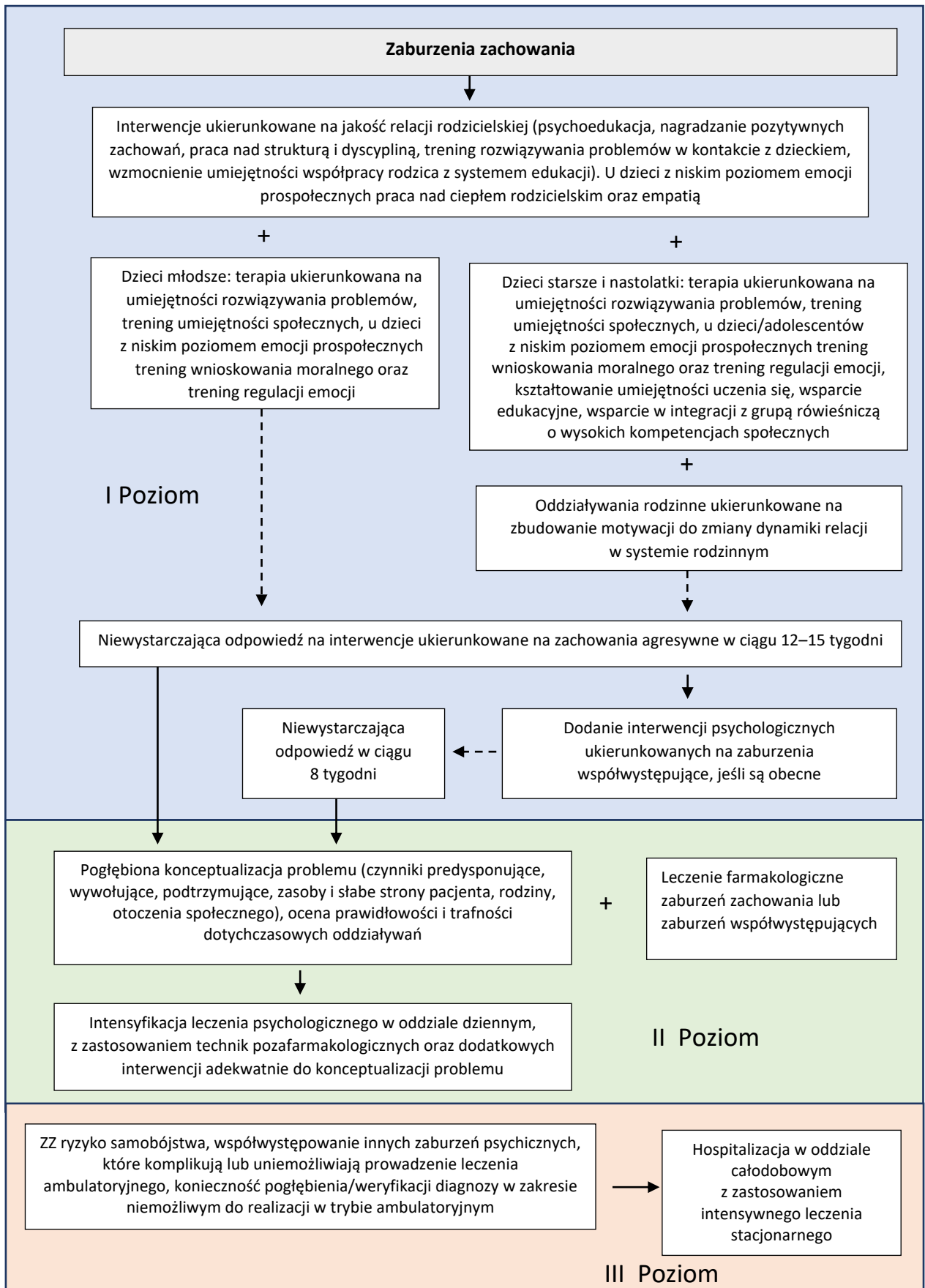
Leczenie rozpoczyna się od najniższej zalecanej dawki. Działanie leku należy monitorować w okresie 4–6 tygodni od włączenia. Jego podawanie powinno zostać przerwane po stwierdzeniu braku spodziewanej poprawy po 6 tygodniach.

Standard 8

Leczenie zaburzeń zachowania i zaburzeń współistniejących obejmuje w pierwszej kolejności interwencje ukierunkowane na zaburzenia zachowania, a następnie, w przypadku braku satysfakcjonującej poprawy oddziaływania dotyczące pozostałych diagnoz.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży z zaburzeniami zachowania powinna być rozważona w sytuacji potrzeby zintensyfikowania leczenia psychologicznego, z zastosowaniem technik pozafarmakologicznych lub leczenia farmakologicznego oraz dodatkowych interwencji adekwatnie do conceptualizacji problemu. Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (c) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.



SEKCJA 22

Zaburzenia związane z używaniem substancji lub nałogowymi zachowaniami

Kategoria ta wprowadzona do ICD-11 obejmuje następujące jednostki:

6C40–6C4H Zaburzenia spowodowane używaniem (alkoholu, opiatów, kanabinoli, syntetycznych kannabinoidów, opioidów, leków uspokajających i nasennych, kokainy, innych substancji stymulujących, w tym metamfetaminy lub metakatynonu, syntetycznych katynonów, kofeiny, substancji halucynogennych, paleniem tytoniu, używaniem substancji wziewnych, MDMA lub pokrewnych substancji, w tym MDA, substancji dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP], używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków, wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków, nieznanymi lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych, nie psychoaktywnych substancji lub leków)

6A41 Katatonია wywołana przez substancje lub leki

6C4Y Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji

6C4Z Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone

Zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi

6C50 Uzależnienie od hazardu (wg ICD-10 F63.0)

6C51 Uzależnienie od gier

6C5Y Inne określone zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi

6C5Z Zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi, nieokreślone

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: Zaburzenia wynikające z uwarunkowań środowiskowych (Reakcja adaptacyjna związana z grupą rówieśniczą lub wpływem kulturowym)

5. Zaburzenia związane z używaniem substancji

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenia spowodowane używaniem substancji obejmują zaburzenia wynikające z jednorazowego lub wielokrotnego używania substancji o właściwościach psychoaktywnych (w tym niektórych leków). W ICD-11 uwzględniono zaburzenia związane z 14 klasami lub grupami substancji psychoaktywnych. Zazwyczaj początkowe użycie tych substancji daje przyjemne lub zachęcające efekty psychoaktywne, które są nagradzające i wzmacniające przy wielokrotnym użyciu. Przy ciągłym stosowaniu wiele z tych substancji może powodować uzależnienie, liczne formy szkód, dla zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Do tej grupy zaburzeń zalicza się również zaburzenia spowodowane szkodliwym pozamedycznym stosowaniem substancji niepsychoaktywnych. Aby ustalić diagnozę uzależnienia od substancji wg ICD-11, należy rozpoznać:

Wzór nawracającego, okazjonalnego lub ciągłego spożywania substancji z dowodami na zaburzoną regulację spożycia substancji, który objawia się co najmniej dwoma z następujących:

- a. Upośledzona kontrola nad używaniem substancji (tj. początek, częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst),
- b. Rosnące pierwszeństwo spożywania substancji nad innymi aspektami życia, w tym utrzymaniem zdrowia oraz codziennymi czynnościami i obowiązkami, tak że spożywanie substancji jest kontynuowane lub nasila się pomimo wystąpienia szkód lub negatywnych konsekwencji (np. powtarzające się zerwanie relacji, negatywne konsekwencje zawodowe lub szkolne, negatywny wpływ na zdrowie),
- c. Cechy fizjologiczne wskazujące na neuroadaptację do substancji, w tym: 1) tolerancja na działanie substancji lub konieczność używania coraz większej jej ilości (w celu uzyskania tego samego efektu), (2) objawy odstawienia po zaprzestaniu lub ograniczeniu spożywania substancji lub 3) wielokrotne spożywanie substancji albo farmakologicznie podobnych substancji w celu zapobieżenia lub złagodzenia objawów odstawienia.

Cechy uzależnienia są zwykle widoczne przez okres co najmniej 12 miesięcy, ale diagnozę można również postawić, jeśli stosowanie substancji jest ciągłe (codzienne lub prawie codzienne) przez co najmniej 3 miesiące.

Poza tym ICD-11 wyróżnia:

- **Epizod szkodliwego używania substancji** (nietrzeźwość, odurzenie),
- **Ryzykowne używanie substancji** – wzorzec używania substancji, który znacznie zwiększa ryzyko pojawienia się konsekwencji zdrowotnych (somatycznych i psychicznych) wymagających konsultacji specjalisty,
- **Szkodliwy wzorzec używania substancji** – wzorzec używania substancji powodujący szkody zdrowotne, fizyczne lub psychiczne u danej osoby bądź doprowadzający do takiego zachowania, które może wyrządzić szkodę na zdrowiu innych osób. Wzorzec utrzymuje się przez 12 miesięcy w przypadku sporadycznego używania substancji lub miesiąc w przypadku ciągłego używania substancji.

Obraz kliniczny

Młodzież i dzieci sięgają po SPA najczęściej ze względu na chęć 'zabicia nudy', lepszą zabawę, ciekawość i doświadczanie nowych doznań, ucieczkę od problemów, regulację emocji, uzyskanie akceptacji w grupie, szybsze uczenie się, problemy w rodzinie. Używaniu SPA często towarzyszą zachowania ryzykowne, pogorszenie zachowania, zaniedbywanie obowiązków, pogorszenie wyników w nauce lub też utrata dotychczasowych zainteresowań. W zależności od rodzaju substancji oraz etapu procesu uzależnienia mogą występować różne objawy somatyczne i psychiczne, w różnym nasileniu i układzie. Ze względu na niedojrzałość układu nerwowego reakcja na intoksykację SPA może być różna. W przypadku niektórych substancji poszczególne ich efekty mogą być mocniejsze lub słabsze. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na fakt, że u adolescentów awersyjne efekty używania alkoholu mogą być słabsze, co może być czynnikiem predysponującym do uzależnienia.

Epidemiologia

Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież jest powszechnym i narastającym problemem, dotyczącym coraz częściej dzieci przed okresem dojrzewania (np. w wykonanym

w Polsce badaniu ESPAD 2019 wykazano, że 84–96% uczniów przynajmniej raz w życiu piło alkohol, marihuanę lub przetwory konopi indyjskiej, chociaż raz w ciągu życia używało 21% uczniów młodszych i 37% uczniów szkół średnich, leki uspakajające bez przepisania ich przez lekarza przyjmowało 15% gimnazjalistów oraz 18% uczniów szkół ponadgimnazjalnych, ok. 7–8% używało leków przeciwbólowych w celach odurzenia lub odurzało się substancjami wziewnymi, amfetaminy używało 4% uczniów gimnazjum, a 5% uczniów szkół ponadgimnazjalnych używało MDMA, substancji halucynogennych używało 3% uczniów gimnazjum i 4% uczniów szkół ponadgimnazjalnych). Autorzy najnowszych polskich badań epidemiologicznych EZOP II zrealizowanych w grupie młodzieży 12–17 lat podkreślają, że używanie SPA (w tym alkoholu) wzrasta skokowo po 16 r.ż. W rodzinach z trudnościami materialnymi, a także takich, które częściej korzystały z pomocy społecznej, młodzież częściej sięgała po SPA, w tym alkohol. Zaburzenia związane z używaniem SPA (bez alkoholu) częściej występują w grupie młodzieży zamieszkującej wieś.

Etiologia

Etiologia zaburzeń związanych z SPA jest wieloczynnikowa. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na czynniki biologiczne (czynniki genetyczne, zmiany w OUN osoby używającej SPA związane z układem nagrody). Wśród czynników psychologicznych zwraca się uwagę m.in. na rolę wzmocnień związanych z używaniem SPA, kojarzenie używania substancji i akcesoriów z tym związanych z przyjemnością, dysfunkcjonalne treści poznawcze dotyczące oczekiwań związanych z użyciem SPA i minimalizowanie konsekwencji, nieświadomione traumy w relacji z opiekunem z okresu dzieciństwa w koncepcji psychodynamicznej, cechy osobowości predysponujące do używania SPA (np. niska tolerancja frustracji, impulsywność, niska samoocena, trudności rówieśnicze). Czynniki społeczno-kulturowe powiązane z używaniem SPA to m.in.: trudności w rodzinie, rodzina dysfunkcyjna, silna potrzeba bycia akceptowanym w grupie rówieśniczej, bunt przeciwko autorytetom i dorosłym, mass media lub gry komputerowe koncentrujące się na używaniu SPA.

2. Zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi są klinicznie istotnymi zespołami związanymi z dystresem lub ingerencją w funkcje osobiste, które rozwijają się w wyniku powtarzających się zachowań nagradzających, innych niż stosowanie substancji uzależniających. Zaburzenia spowodowane uzależnieniami obejmują zaburzenia związane z hazardem i zaburzenia związane z graniem w gry, które mogą dotyczyć gier zarówno online, jak i offline. Dotyczy to innych zachowań niż używanie substancji uzależniających lub zachowań seksualnych.

Aby postawić diagnozę zaburzenia spowodowanego zachowaniami uzależniającymi wg ICD-11, należy rozpoznać wszystkie z poniższych cech:

- a. Uporczywy wzór powtarzalnego zachowania, w którym dana osoba wykazuje upośledzoną kontrolę nad zachowaniem (np. początek, częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst); zwiększenie priorytetu zachowania w takim stopniu, w jakim ma ono pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami życiowymi

i codziennymi czynnościami; oraz kontynuację lub eskalację zachowania pomimo negatywnych konsekwencji (np. konflikt rodzinny, słabe wyniki w nauce, negatywny wpływ na zdrowie).

- b. Wzorzec powtarzających się zachowań może być ciągły lub epizodyczny i nawracający, ale przejawia się w dłuższym okresie (np. 12 miesięcy).
- c. Objawy nie są lepiej wyjaśniane przez inne zaburzenie psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe (np. zaburzenie ze spektrum autyzmu, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne lub pokrewne, zaburzenie karmienia lub jedzenia, zaburzenie kontroli impulsów), nie są przejawem innego medycznego stanu i nie są spowodowane wpływem substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy, w tym skutków odstawienia.
- d. Objawy skutkują znacznym cierpieniem lub znacznym upośledzeniem osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarów funkcjonowania.

Aby postawić rozpoznanie zaburzenia związanego z graniem w gry wg ICD-11, należy stwierdzić wszystkie poniższe kryteria:

- a. Trwały wzorzec zachowań w grach („gry cyfrowe” lub „gry wideo”), który może mieć głównie charakter online (tj. za pośrednictwem internetu lub podobnych sieci elektronicznych) lub offline, objawiający się wszystkimi następującymi cechami:
- b. Upośledzona kontrola nad zachowaniem związanym z graniem (np. początek, częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst);
- c. Nadanie większego znaczenia zachowaniom związanym z grami w zakresie, w jakim granie ma pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami życiowymi i codziennymi czynnościami;
- d. Kontynuacja lub eskalacja zachowań związanych z graniem pomimo negatywnych konsekwencji (np. konflikt rodzinny spowodowany graniem, słabe wyniki w nauce, negatywny wpływ na zdrowie).
- e. Wzorzec zachowania w grach może być ciągły lub epizodyczny i nawracający, ale występuje w dłuższym okresie czasu (np. 12 miesięcy).
- f. Zachowanie w grach nie jest lepiej wytłumaczalne innym zaburzeniem psychicznym (np. epizodem maniakalnym) i nie jest spowodowane działaniem substancji lub leku.
- g. Wzorzec zachowań związanych z grami powoduje znaczny stres lub upośledzenie w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania.

Chociaż nie jest to kryterium diagnostyczne, to warto zauważyć, że jeśli objawy i konsekwencje zachowań związanych z graniem są poważne (np. zachowania związane z graniem utrzymują się przez kilka dni bez wytchnienia lub mają poważny wpływ na funkcjonowanie lub zdrowie) i wszystkie inne wymagania diagnostyczne są spełnione, może być właściwe postawienie diagnozy zaburzenia związanego z graniem po okresie krótszym niż 12 miesięcy (np. 6 miesięcy). Można także uszczegółowić diagnozę, zwracając uwagę na środowisko, w jakim realizowane jest zachowanie, tzn. zaburzenie związane z przewagą grania w gry offline (6C50.0) oraz zaburzenie związane z przewagą grania w gry online (6C50.1).

Kryteria ICD-11 dla uzależnienia od hazardu są analogiczne jak w przypadku zaburzenia związanego z graniem.

Obraz kliniczny

W większości problemy z nadmiernym używaniem lub uzależnieniem od gier i internetu dotyczą nastolatków i młodych dorosłych. Osoby takie coraz więcej korzystają z telefonu, internetu, nie potrafią zapanować nad ilością czasu, jaki spędzają w sieci, mimo różnych trudności związanych z konfliktami z rodzicami poświęcają mniejszą ilość czasu rówieśnikom i zaniedbują swoje hobby, mają problemy z nauką. Skarżą się na dolegliwości fizyczne (niewyspanie, ból pleców, zmęczenie wzroku), a mimo to nie potrafią ograniczyć ilości czasu spędzonego w sieci, często uciekają w ten sposób od problemów, jakie mają w domu, szkole lub z rówieśnikami. Na brak możliwości używania internetu lub grania w gry reagują agresją lub drażliwością, która ustępuje po włączeniu urządzenia multimedialnego. Wszystkie te problemy mogą skutkować zwiększonym poczuciem samotności, obniżeniem samooceny, a także wzrostem ilości objawów lęku i depresji. Opiswane w literaturze zjawisko FOMO (*Fear of Missing out*) charakteryzujące się wyzwalaniem stanów lękowych ze względu na brak możliwości uczestnictwa na bieżąco w działaniach podejmowanych przez innych uczestników sieci, np. śledzenie wpisów innych internautów na portalach społecznościowych.

W przypadku adolescentów mających problem z hazardem obserwuje się trudności z wyjaśnieniem, co się robiło w wolnym czasie, dlaczego się spóźniło, okłamywanie, na co wydało się pieniądze, ciągły brak pieniędzy, ich pożyczanie, kradzież, sprzedawanie własnych rzeczy w celu uzyskania pieniędzy na hazard, pogarszające się wyniki w nauce, spadek motywacja do niej i do realizowania swojego dotychczasowego hobby. Adolescent często chodzi zdenerwowany, ma wahania nastroju i trudności z koncentracją.

Epidemiologia

Dane epidemiologiczne związane z zachowaniami uzależniającymi są rozbieżne i zależne od badanej populacji i metod badawczych. Przykładowo w przypadku uzależnienia od internetu odsetki wahają się między 1% a 13%. W przypadku uzależnienia od gier szacuje się, że problem może dotyczyć 1–6% adolescentów; częściej chłopców niż dziewcząt. Zaburzenie związane z grami wiąże się z częstszym występowaniem problemów eksternalizacyjnych (np. zachowania antyspołeczne, problemy z kontrolą gniewu) i internalizacyjnych (np. niepokój emocjonalny, obniżona samoocena).

Etiologia

Do chwili obecnej etiologia uzależnień behawioralnych nie jest do końca poznana. W przypadku uzależnienia od internetu w literaturze zwraca się uwagę na takie czynniki ryzyka jak: niepełna rodzina, brak nadzoru rodzica/opiekuna, ograniczona ilość pozytywnych wzmocnień od dorosłych, dostęp i używanie wielu mediów elektronicznych. Zwraca się także uwagę, że uzależnienia behawioralne mogą być powiązane z cechami osobowości narcystycznej (robienie sobie selfie, oczekiwanie odzewu w sieci). Dysfunkcyjne treści poznawcze również mogą być czynnikiem ryzyka uzależnienia od portali społecznościowych. W przypadku adolescentów z większą impulsywnością większe jest ryzyko uzależnienia od gier. Zidentyfikowano także różnice na poziomie neurobiologicznym i w badaniach neuropsychologicznych (gorsza zdolność regulacji emocji, słaba kontrola poznawcza,

osłabienie funkcji pamięci, trudności w podejmowaniu decyzji, deficyty funkcji wzrokowych i słuchowych, zaburzenia funkcjonowania układu nagrody). U osób, u których występuje uzależnienie lub szkodliwy wzorzec hazardu, występują problemy związane z wysokim poziomem impulsywności, słabe radzenie sobie ze stresem i umiejętności rozwiązywania problemów. Czynnikiem ryzyka uzależnienia lub szkodliwego wzorca uprawiania hazardu jest wychowanie w środowisku, w którym modelowane są przez rodziców zachowania i pozytywne postawy związane z hazardem.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

W przypadku podejrzenia lub zaistnienia faktu użycia SPA lub nikotyny należy zebrać dokładny wywiad dotyczący dotychczasowego stosowania wszystkich SPA lub nikotyny, sytuacji, kiedy pacjent używał SPA lub nikotyny (sam, w grupie), przekonań dotyczących używania SPA lub nikotyny, efektów i konsekwencji używania SPA lub nikotyny, opisu objawów abstynencyjnych, jeśli takie wystąpiły.

Rekomendacja 1

Wskazane jest wykonanie psychologicznych kwestionariuszy przesiewowych mających na celu określenie nasilenia problemu i identyfikacji pacjentów z grupy ryzyka używania SPA lub nikotyny (np. kwestionariusze 'Problemowe używanie narkotyków', 'Problemowe używanie marihuany', kwestionariusz Fagerströma w sytuacji używania nikotyny, kwestionariusze AUDIT lub AUDIT-C w sytuacji używania alkoholu).

Standard 2

W przypadku podejrzenia uzależnienia od internetu lub gier należy zebrać dokładny wywiad dotyczący dotychczasowego korzystania z internetu lub gier, sytuacji, kiedy pacjent używał internetu lub gier, ilości czasu, jaki spędzał w sieci, jego przekonań dotyczących czasu spędzanego w sieci lub na graniu w gry, efektów i konsekwencji używania internetu lub gier, opisu objawów abstynencyjnych, jeśli takie wystąpiły.

Rekomendacja 1

Pomocne w ocenie nasilenia problemu mogą być pytania (wg autorki – Kimberly Young, zdaniem autorki, udzielenie twierdzącej odpowiedzi na 5 spośród 8 pytań przemawia za podejrzeniem uzależnienia od internetu):

- a. Czy czujesz się zaabsorbowana/zaabsorbowany internetem do tego stopnia, że ciągle rozmyślasz o odbytych sesjach internetowych lub nie możesz doczekać się kolejnych sesji)?
- b. Czy odczuwasz potrzebę zwiększenia ilości czasu spędzanego w internecie, aby uzyskać większe zadowolenie (mieć więcej satysfakcji)?
- c. Czy podejmowałaś/podejmowałeś wielokrotnie, nieudane próby kontrolowania, ograniczania lub zaprzestania korzystania z internetu?
- d. Czy odczuwałaś/odczuwałeś wewnętrzny niepokój, miałaś/miałeś obniżony nastrój lub byłaś/byłeś rozdrażniona/rozdrażniony wówczas, gdy próbowałaś/próbowałeś ograniczać lub przerwać korzystanie z internetu?

- e. Czy zdarza ci się spędzać w internecie więcej czasu niż pierwotnie planowałeś/planowałaś?
- f. Czy kiedykolwiek ryzykowałeś/ryzykowałeś utratą bliskiej osoby, ważnych relacji z innymi ludźmi, pracy, nauki albo kariery zawodowej w związku ze spędzaniem zbyt dużej ilości czasu w internecie?
- g. Czy kiedykolwiek skłamałeś/skłamałaś swoim bliskim, terapeutom albo komuś innemu w celu ukrycia twojego nadmiernego zainteresowania internetem?
- h. Czy używasz internetu w celu ucieczki od problemów albo w celu uniknięcia nieprzyjemnych uczuć (np. poczucia bezradności, poczucia winy, niepokoju lub depresji)? (www.uzaleznieniabehawioralne.pl)

W przypadku uzależnienia od używania Facebooka pomocne może być użycie np. kwestionariusza Skala Uzależnienia od Facebooka (BFAS). W przypadku zaburzeń związanych z hazardem w ramach oceny przesiewowej pomocna może być 'Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem' zawierająca kwestionariusze do oceny tego zaburzenia (<https://www.kbpn.gov.pl>).

Standard 3

W przypadku oceny, że użycie SPA lub nikotyny było jednorazowe i nie wiąże się z dalszymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego i fizycznego oraz rokowanie jest korzystne, należy przeprowadzić profilaktyczną rozmowę psychoedukacyjną dotyczącą szkodliwości używania SPA lub nikotyny (również w formie wziewnej; e-papierosy) oraz zdrowego trybu życia (radzenia sobie ze stresem, emocjami, nudą, rozwijania swoich zainteresowań, sposobów radzenia sobie z presją grupy i uzyskiwania jej akceptacji) oraz skutków prawnych zażywania nielegalnych SPA. Należy poinformować rodziców/opiekunów o potrzebie zwiększenia nadzoru nad dzieckiem/adolescentem, zachęcić rodziców do wprowadzenia w domu całkowitego zakazu palenia papierosów lub e-papierosów, poinformować o nr telefonów informacyjno-, konsultacyjno-wsparciowych dla opiekunów/rodziców dzieci i młodzieży oraz o testach mogących wykrywać SPA w moczu.

Standard 4

W przypadku oceny, że dziecko/adolescent nadużywa/jest uzależniony od internetu lub gier należy przeprowadzić psychoedukację z pacjentem oraz rodzicem/opiekunem dotyczącą zasad używania komputera/smartfona w zakresie: (a) konieczności określania czasu używania urządzenia, (b) odkładania lub zamykania urządzenia, kiedy się go nie używa, (c) wyłączenia opcji powiadomienia z gier lub portali internetowych, (d) korzystania z urządzenia, kiedy nie robi się nic innego oprócz jego używania, (e) rozwoju zainteresowań i aktywności fizycznej, planowania swoich aktywności także poza siecią, dbania o relacje. Należy poinformować rodziców/opiekunów o potrzebie (a) zwiększenia nadzoru z jednoczesnym zwiększeniem i rozwijaniem pozytywnej relacji z dzieckiem/adolescentem, w miarę możliwości poświęcaniem mu większej ilości czasu oraz (b) określania jasnych zasad zachowania, w tym jeśli konieczne i możliwe poinformowanie o możliwości założenia filtra cyfrowego na treści przeglądane w sieci. Należy również poinformować o telefonach informacyjno-konsultacyjno-wsparciowych dla rodziców/opiekunów dzieci i młodzieży mającej problemy z uzależnieniami behawioralnymi.

W przypadku dziecka/adolescenta z zaburzeniami związanymi z hazardem psychoedukacja powinna dodatkowo uwzględniać informacje (a) wyjaśniające, w jaki sposób człowiek uzależnia się od wygranej i jej iluzoryczności oraz (b) odnoszące się do szkodliwości

i negatywnych konsekwencjach (społecznych i materialnych) angażowania się w hazard. Rodziców/opiekunów należy zachęcić do większej kontroli nad pieniędzmi i sposobem ich wydawania przez dziecko/adolescenta.

Standard 5

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci/adolescentów używających SPA lub nikotyny/z zaburzeniami związanymi z zachowaniami uzależniającymi powinny: (a) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym i motywacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (b) uwzględniać kompleksową conceptualizację problemu, z uwzględnieniem potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (c) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 6

W przypadku dzieci/adolescentów używających SPA lub nikotyny/z zaburzeniami związanymi z zachowaniami uzależniającymi zaleca się prowadzenie oddziaływań psychoterapeutycznych (indywidualnych lub grupowych), prowadzonych w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowanych do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniających zaangażowanie rodziny lub opiekunów. Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z conceptualizacją problemu pacjenta. Niezbędne jest tworzenie atmosfery empatii, otwartości, współpracy i zrozumienia problemu pacjenta, angażowanie go do współpracy w poradzeniu sobie z trudnością, ukierunkowywanie na zmianę, wzmacnianie motywacji do zmiany i planowanie działań jej dotyczących. W przypadku współistnienia innych zaburzeń psychicznych lub utrzymujących się psychospołecznych czynników ryzyka (np. problemy dotyczące funkcjonowania rodziny, problemy ze zdrowiem psychicznym rodziców) należy rozważyć dołączenie dodatkowych alternatywnych interwencji.

Standard 7

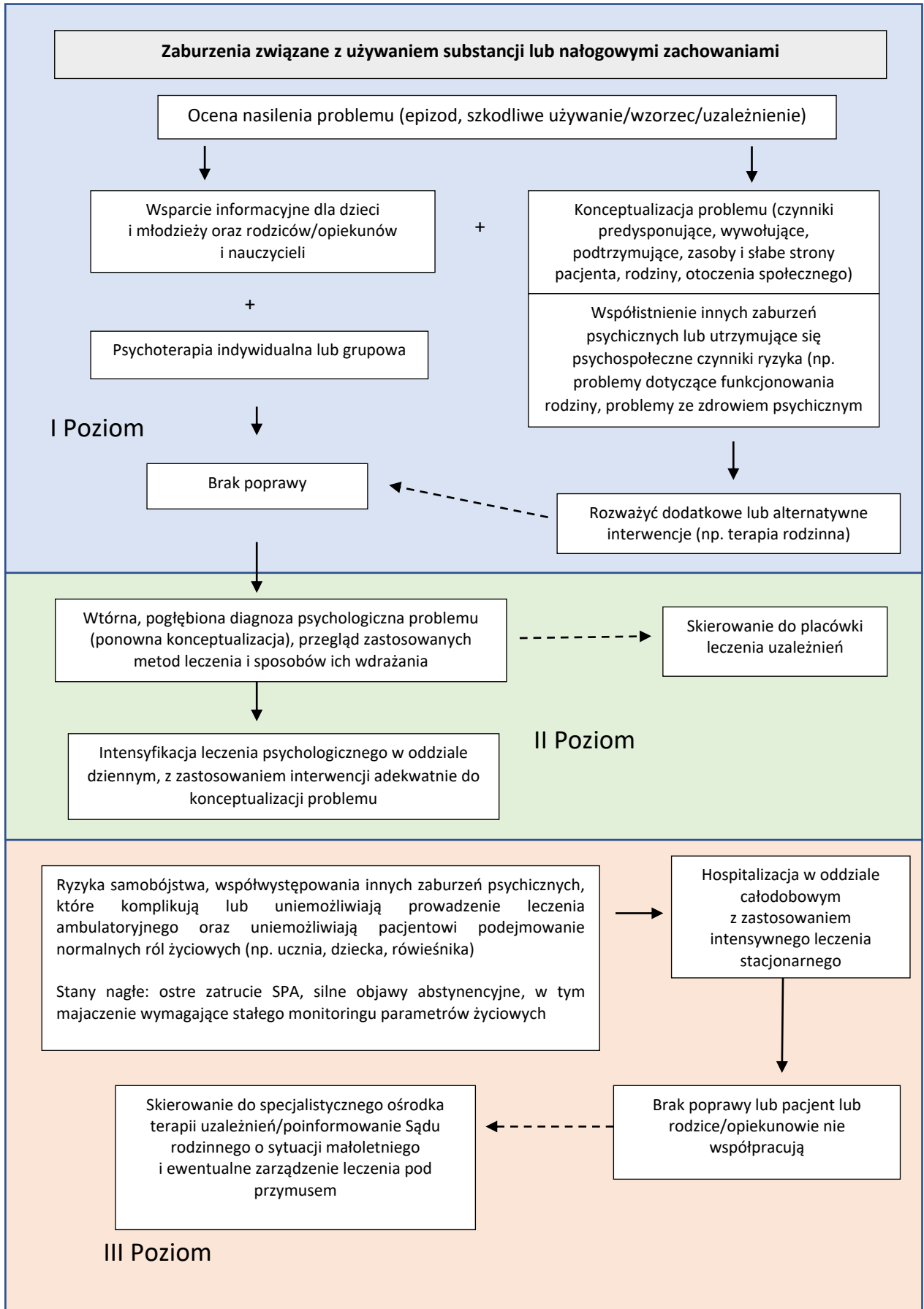
W przypadku braku efektu oddziaływań prowadzonych przez odpowiednio długi czas lub gdy występują trudności ze strony opiekunów lub pacjenta w zakresie stosowania się do zaleceń dotyczących leczenia wskazana jest wtórna, pogłębiona diagnoza psychologiczna problemu (ponowna conceptualizacja), przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania. W przypadku braku skuteczności po intensyfikacji oddziaływań psychologicznych w zakresie leczenia zaburzeń związanych z używaniem SPA (innych niż nikotyna)/zaburzeń związanych z zachowaniami uzależniającym można (jeśli jest to możliwe) zaproponować pacjentowi i jego rodzicom/opiekunom leczenie w placówce leczenia uzależnień. Wybór placówki zależy od rodzaju i nasilenia problemu.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci/adolescentów używających SPA lub nikotyny/z zaburzeniami związanymi z zachowaniami uzależniającymi powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego oraz uniemożliwiają pacjentowi podejmowanie normalnych ról życiowych (np. ucznia, dziecka, rówieśnika). W przypadku stanów nagłych, takich jak np.: ostre zatrucie SPA, silne objawy abstynencyjne, w tym majaczenie wymagające stałego monitoringu parametrów życiowych, zaleca się hospitalizację w oddziale zgodnym z profilem objawowym pacjenta.

Rekomendacja 2

Jeśli hospitalizacja w oddziale całodobowym nie przyniesie poprawy w zakresie używania przez pacjenta SPA albo pacjent lub rodzice/opiekunowie, nie współpracują w zakresie odstawienia SPA, należy zaproponować leczenie w specjalistycznym ośrodku terapii uzależnień lub też rozważyć poinformowanie sądu rodzinnego o braku motywacji pacjenta do leczenia uzależnienia i potrzebie wglądu w sytuację rodzinną małoletniego i ewentualne zarządzenie sądowego przymusu leczenia i rehabilitacji.



SEKCJA 23

Nieprawidłowo kształtująca się osobowość i jej zaburzenia

ICD-10: Specyficzne zaburzenia osobowości (F60)

ICD-11: Zaburzenie osobowości (6D10), Wiodące cechy lub wzorce osobowości (6D11), w tym Negatywna afektywność, Zdystansowanie, Dysocjalność, Odhamowanie, Anankastyczność, Wzorzec borderline; Trudności osobowościowe (QE50.7)

DSM-5: Zaburzenia osobowości i cechy pokrewne (*Personality disorders and related traits*), Zaburzenia osobowości: wiązka A (paranoiczne, schizoidalne, schizotypowe), wiązka B (antyspółeczne, typu borderline, histrioniczne, narcystyczne), wiązka C (unikowe, zależne, obsesyjno-kompulsyjne)

Diagnoza psychologiczna: Inne

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie, definicje

Osobowość odnosi się do charakterystycznego dla jednostki sposobu zachowania, doświadczania życia oraz postrzegania i interpretowania siebie, innych ludzi, wydarzeń i sytuacji. Zaburzenia osobowości są związane z wyraźnym zaburzeniem funkcjonowania, szczególnie w sferach osobistej i społecznej. Objawy osiowe zaburzeń osobowości to upośledzenie funkcjonowania w zakresie Ja (np. tożsamość, poczucie własnej wartości, zdolność do samokierowania) lub problemy w funkcjonowaniu interpersonalnym (np. rozwijanie oraz utrzymywanie bliskich i wzajemnie satysfakcjonujących relacji, zrozumienie perspektywy innych, radzenie sobie z konfliktami w związkach), które przejawiają się w nieprzystosowawczych (tj. nieelastycznych, słabo regulowanych) wzorcach poznania, przeżywania emocjonalnego, ekspresji emocjonalnej i zachowania. Ponieważ wzorce te zależą od specyfiki danej kultury, diagnoza zaburzenia osobowości musi uwzględniać pochodzenie kulturowe danej osoby.

Zaburzenia osobowości nie są zwykle diagnozowane u dzieci przed okresem dojrzewania, ponieważ są one w trakcie rozwoju oraz procesie integrowania wiedzy i doświadczenia o sobie i innych ludziach w spójną całość, warunkującą kształtowanie się poczucia tożsamości oraz indywidualnych stylów interakcji z innymi. Wyraźnie obecne i wybitnie nasilone nieprzystosowawcze cechy mogą być jednak obserwowane u dzieci przed okresem dojrzewania i stanowić prekursor zaburzeń osobowości w okresie dojrzewania i okresie dorosłości. Cechy zaburzenia osobowości manifestują się w podobny sposób u nastolatków i dorosłych, jednak w ocenie dokonywanej w odniesieniu do adolescentów niezbędne jest uwzględnienie specyfiki rozwojowej tego okresu (np. labilność emocjonalna jest charakterystyczna dla okresu dojrzewania, stąd w diagnozie nieprawidłowości w kształtowaniu się osobowości u adolescenta należy uwzględnić wyższy poziom nasilenia tej cechy).

W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia osobowości znajdują się w podrozdziale 'Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych' (kody F60–F69), w klasyfikacji DSM-5 w rozdziale 'Zaburzenia osobowości' (kod 301). W klasyfikacji ICD-11 zostały umieszczone w podrozdziale 'Zaburzenia osobowości i cechy z nimi związane' (kody 6D10–11), dodatkowo

pojawiła się także kategoria trudności osobowościowe w podrozdziale 'Czynniki wpływające na stan zdrowia lub powodujące kontakt z pracownikami ochrony zdrowia' (kod QE50.7). Obecne są różnice w zakresie nazewnictwa oraz kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń osobowości w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-5:

Tabela 23.1. Zestawienie rozpoznań zaburzeń osobowości wg klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-5

ICD-10	DSM-5
Osobowość paranoiczna	Paranoiczne zaburzenia osobowości
Osobowość schizoidalna	Schizoidalne zaburzenia osobowości
	Schizotypowe zaburzenia osobowości
Osobowość dysocjalna	Antyspołeczne zaburzenia osobowości
Osobowość chwiejna emocjonalnie Typ: impulsywny Typ: borderline (z pogranicza)	Zaburzenia osobowości typu borderline
Osobowość histrioniczna	Histrioniczne zaburzenia osobowości
	Narcystyczne zaburzenia osobowości
Osobowość anankastyczna	Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenia osobowości
Osobowość lękliwa (unikająca)	Unikowe zaburzenia osobowości
Osobowość zależna	Zależne zaburzenia osobowości

W ICD-11 nastąpiło odejście od dotychczasowych kategorii nozologicznych i wprowadzono wielowymiarowy model dla zaburzeń osobowości. Zgodnie z nim ustalenie rozpoznania odbywa się w dwóch etapach. W pierwszym dookreślenia wymaga poziom nasilenia zaburzeń osobowości, zgodnie z podziałem na:

- (1) Łagodne zaburzenie osobowości (kod 6D10.0), które wpływa na niektóre obszary funkcjonowania osobowości i może nie być widoczne w wybranych kontekstach lub dotyczy wszystkich obszarów, ale ma łagodne nasilenie,
- (2) Umiarkowane zaburzenie osobowości (kod 6D10.1), które wpływa na wiele obszarów funkcjonowania osobowości i ma umiarkowane nasilenie,
- (3) Poważne zaburzenie osobowości (kod 6D10.2), gdy specyficzne przejawy zaburzeń osobowości są poważne i dotyczą większości, jeśli nie wszystkich obszarów funkcjonowania.

Drugi etap diagnozy wymaga odniesienia się do sześciu specyfikatorów i wybrania tego lub tych, które mają najpełniej opisywać charakterystyczne cechy zaburzenia osobowości u danego pacjenta:

- (1) Negatywna afektywność (kod 6D11.0),
- (2) Zdystansowanie (kod 6D11.1),
- (3) Dysocjalność (kod 6D11.2),
- (4) Odhamowanie (kod 6D11.3),
- (5) Anankastyczność (kod 6D11.4),
- (6) Wzorzec borderline (kod 6D11.5).

Aby dokonać pełnej charakterystyki zaburzeń osobowości u danego pacjenta, należy skorzystać z obu części proponowanego opisu (nie ma możliwości skorzystania wyłącznie z części drugiej, jeśli wcześniej nie zastosuje się kodu z części pierwszej), np. Umiarkowane zaburzenie osobowości z negatywną afektywnością, odhamowaniem i wzorzec borderline.

Obraz kliniczny nieprawidłowo kształtującej się osobowości i zaburzeń osobowości

Zaburzenia osobowości manifestują się zarówno w relacji z 'Ja', jak i w relacjach z innymi. Trudności te powodują cierpienie pacjenta, a w pewnych przypadkach także jego otoczenia społecznego oraz wiążą się z upośledzeniem (od łagodnego po poważne) w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania. Poniżej wyszczególniono te aspekty funkcjonowania, które przyczyniają się do określania nasilenia zaburzeń osobowości wg ICD-11:

Tabela 23.2. Aspekty funkcjonowania osobowości – określenie poziomu nasilenia zaburzeń osobowości

<p>Stopień i wszechobecność zaburzeń w funkcjonowaniu 'Ja'</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilność i spójność własnego poczucia tożsamości (np. stopień, w jakim tożsamość lub poczucie siebie jest zmienne i niespójne lub nadmiernie sztywne i stałe). 2. Zdolność do utrzymania ogólnego pozytywnego i stabilnego poczucia własnej wartości. 3. Adekwatność spostrzegania własnych cech, mocnych stron, ograniczeń. 4. Zdolność do samodzielnego kierowania (umiejętność planowania, wyboru i realizacji odpowiednich celów).
<p>Stopień i wszechobecność dysfunkcji interpersonalnych w różnych kontekstach i relacjach (np. relacje romantyczne, szkoła/praca, rodzic–dziecko, rodzina, przyjaźnie, konteksty rówieśnicze)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zainteresowanie nawiązywaniem relacji z innymi. 2. Umiejętność rozumienia i akceptowania perspektyw innych. 3. Umiejętność rozwijania oraz utrzymywania bliskich i wzajemnie satysfakcjonujących relacji. 4. Umiejętność radzenia sobie z konfliktem w związkach.
<p>Powszechność, nasilenie i przewlekłość emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych przejawów dysfunkcji osobowości</p>	<p>Manifestacje emocjonalne:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Zakres i adekwatność przeżyć emocjonalnych i ekspresji. b) Skłonność do nadmiernej lub niedostatecznej reakcji emocjonalnej. c) Umiejętność rozpoznawania i uznawania emocji, które są trudne lub niechciane przez jednostkę (np. złość, smutek). <hr/> <p>Przejawy poznawcze:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Precyzja oceny sytuacji i relacji interpersonalnych, zwłaszcza w warunkach stresu. b) Umiejętność podejmowania właściwych decyzji w sytuacjach niepewności. c) Odpowiednia stabilność i elastyczność systemów przekonań. <hr/> <p>Manifestacje behawioralne:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Elastyczność w kontrolowaniu impulsów i modulowaniu zachowania adekwatnie do sytuacji i możliwych konsekwencji. b) Adekwatność reakcji behawioralnych na intensywne emocje i stresujące okoliczności (np. skłonność do samookaleczeń lub przemocy).

Specyfikatory wg ICD-11, opisujące charakterystyczne obszary trudności osób z nieprawidłowo kształtującą się osobowością/zaburzeniami osobowości, odnoszą się do następujących przejawów klinicznych:

- a) Negatywna afektywność – doświadczanie szerokiej gamy negatywnych emocji o częstotliwości i intensywności nieproporcjonalnej do sytuacji, labilności emocjonalnej i słabej regulacji emocji, postaw negatywistycznych, niskiej samooceny i braku pewności siebie, nieufności.

- b) Zdystansowanie – przejawia się w obszarze zdystansowania społecznego i emocjonalnego.
- c) Dysocjalność – rozumiana jako egocentryzm i brak empatii.
- d) Odhamowanie – przejawia się poprzez impulsywność, rozproszenie uwagi, nieodpowiedzialność, lekkomyślność, brak planowania.
- e) Anankastyczność – rozumiana jako perfekcjonizm, zahamowanie emocjonalne i behawioralne.
- f) Wzorzec borderline – opisany jako wszechobecny wzorzec niestabilności relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektów oraz wyraźnej impulsywności wyrażający się szczególnie przez:
 - (1) gorączkowe wysiłki, aby uniknąć prawdziwego lub wymagowanego porzucenia,
 - (2) wzór niestabilnych i intensywnych relacji międzyludzkich,
 - (3) zaburzenie tożsamości, objawiające się wyraźnie i uporczywie niestabilnym obrazem siebie lub poczuciem siebie,
 - (4) skłonność do pochopnego działania w stanach silnego negatywnego afektu, prowadząca do zachowań potencjalnie autodestrukcyjnych,
 - (5) nawracające epizody samookaleczeń,
 - (6) niestabilność emocjonalna z powodu wyraźnej reaktywności nastroju,
 - (7) chroniczne uczucie pustki,
 - (8) nieodpowiedni intensywny gniew lub trudności w kontrolowaniu gniewu,
 - (9) przejściowe objawy dysocjacyjne lub cechy psychotyczne w sytuacjach wysokiego pobudzenia afektywnego.

Przyjmuje się, że obraz kliniczny zaburzeń osobowości w okresie dorastania, od ok. 14. r.ż., jest zbliżony z obrazem obserwowanym u dorosłych, a w okresie dzieciństwa przyjmuje inny charakter, często nasuwający podejrzenie zaburzeń zachowania lub zaburzeń psychotycznych. Występowanie cech nieprawidłowo kształtującej się osobowości w okresie dorastania istotnie zwiększa ryzyko pojawienia się problemów adaptacyjnych, rozwoju zachowań o charakterze przemocy, zachowań autodestrukcyjnych (samookaleczeń i prób 'S'), wejścia w konflikt z prawem, szczególnie w przypadku osobowości z pogranicza.

Epidemiologia

Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości w populacji ogólnej w różnych badaniach ocenia się na 3–18%, z kolei wśród pacjentów psychiatrycznych od 40% do 60%, a u osób podejmujących próby 'S' od 40% do 80%. W piśmiennictwie brak jest wystarczających danych pozwalających ostatecznie ocenić rozpowszechnienie zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym, jednak dane szacunkowe wskazują na występowanie zaburzeń osobowości u młodzieży na poziomie między 6% a 17%, a w populacji klinicznej 41–64%. Rozkład zaburzeń osobowości ze względu na płeć jest w przybliżeniu równy. Istnieją jednak znaczące różnice między płciami w zakresie behawioralnej ekspresji zaburzenia osobowości oraz w powiązaniach z poszczególnymi specyfikatorami – dysocjalność i odhamowanie są częstsze wśród mężczyzn, a negatywna afektywność wśród kobiet.

Etiologia, czynniki ryzyka

W etiologii zaburzeń osobowości odgrywają rolę czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne, w tym szczególnie rodzinne. Najwięcej danych dotyczących czynników biologicznych powiązanych z osobowością typu borderline, gdzie wskazuje się na wzmoczoną

aktywność ciała migdałowatego w odpowiedzi na nawet niewielkie stresory oraz związek między wysokim poziomem impulsywności i zachowaniami agresywnymi a niedoborem serotoniny i zmianami w zakręcie obręczy oraz przyśrodkowej i czołowej części kory przedczołowej. Wśród czynników psychologicznych, społecznych i rodzinnych podkreśla się przede wszystkim znaczenie takich jak: izolacja społeczna i niskie kompetencje społeczne, zły stan zdrowia, problemy z zachowaniem (np. nasilony negatywizm), introwersja lub wysoki poziom emocjonalności, doświadczenie przemocy seksualnej, emocjonalnej lub fizycznej, pozabezpieczny styl przywiązania i niewłaściwe postawy rodzicielskie (nieadekwatne granice, podtrzymujące lub prowokujące niepożądane zachowania dziecka), odrzucenie, niestabilność emocjonalna, niespójność i nieprzewidywalność w zachowaniu rodziców i opiekunów, szczególnie matki. Istnieje również związek pomiędzy występowaniem zaburzeń emocjonalnych lub behawioralnych, lub zaburzeń psychicznych w dzieciństwie i w okresie adolescencji (szczególnie zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, zaburzeń zachowania, zaburzeń odżywiania, używania substancji psychoaktywnych) a podwyższonym ryzykiem nieprawidłowego rozwoju osobowości i zaburzeń osobowości w wieku dorosłym.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

Pomimo braku oficjalnego stanowiska (tj. usankcjonowanego w klasyfikacjach ICD oraz DSM) co do możliwości diagnozy zaburzeń osobowości w wieku rozwojowym oraz obaw związanych ze stygmatyzacją i jej niekorzystnych następstw, ustalenie rozpoznania nieprawidłowo kształtującej się osobowości lub jej zaburzeń w przypadku dziecka/adolescenta jest uzasadnione obserwacjami klinicznymi oraz wynikami badań. Brak sformułowania hipotez odnośnie do nieprawidłowo przebiegającego procesu kształtowania się osobowości pacjenta w wieku rozwojowym, nierozpoznanie czynników ryzyka i podtrzymujących, a co za tym idzie – niewdrożenie adekwatnych do potrzeb i występujących problemów interwencji, w sposób istotny niekorzystnie wpływa na rokowanie.

Rekomendacja 1

Rozpoznanie nieprawidłowo kształtującej się osobowości lub jej zaburzeń w przypadku dziecka/adolescenta/młodego dorosłego zawsze powinno zostać rozważone: (1) w przypadku wyraźniej obecności wybitnie nasilonych i utrwalonych nieprawidłowych i nieprzystosowawczych wzorców zachowania, myślenia i przeżywania, będących źródłem cierpienia i zaburzeń funkcjonowania, w sferach osobistej i społecznej, (2) dzieci/adolescentów/młodych dorosłych z ustalonym rozpoznaniem zaburzeń emocjonalnych, behawioralnych lub zaburzeń psychicznych, u których objawom charakterystycznym dla danego zaburzenia towarzyszą objawy i postawy niewpisujące się w obraz kliniczny danego schorzenia, takie jak np. samookaleczenia i zachowania ryzykowne, niska motywacja do leczenia, (3) dzieci/adolescentów/młodych dorosłych z ustalonym rozpoznaniem zaburzeń emocjonalnych, behawioralnych lub zaburzeń psychicznych, u których obecność cech, takich jak nadmierna i nieuzasadniona wrażliwość na odrzucenie, skłonność do przypisywania innym wrogich intencji, występowanie zachowań przemocowych, niemożność utrzymywania stabilnych i trwałych związków emocjonalnych, nadmierny perfekcjonizm, nadmierne zdystansowanie lub zahamowanie społeczne, lub emocjonalne, lub behawioralne, nie może być wyjaśniona symptomatologią rozpoznanego schorzenia, (4) dzieci/

adolescentów/młodych dorosłych z ustalonym rozpoznaniem zaburzeń emocjonalnych, behawioralnych lub zaburzeń psychicznych, z niekorzystnym przebiegiem procesu zdrowienia pomimo zastosowania, zgodnych z obowiązującymi standardami metod postępowania psychoterapeutycznego i farmakologicznego, lub częstymi nawrotami, lub zmiennością objawów psychopatologicznych pomimo wcześniejszej poprawy lub remisji, pomimo braku obecności ewidentnych czynników ryzyka nawrotu.

Rekomendacja 2

Diagnoza objawów nieprawidłowo kształtującej się osobowości lub jej zaburzeń w przypadku dzieci/młodzieży/młodych dorosłych zawsze powinna zostać przeprowadzona z uwzględnieniem kontekstu rozwojowego (zwłaszcza w odniesieniu do specyfiki okresu dojrzewania) oraz kontekstu kulturowego. W szczególności analiza tych kontekstów powinna uwzględniać: (1) prawidłowość przejścia z jednej fazy rozwojowej do następnej, (2) kształtowanie się charakterystycznych dla danego poziomu umiejętności, (3) prawidłowość rozwiązania konfliktów rozwojowych, (4) normatywność charakterystycznych dla danego etapu rozwoju zachowań, (5) kulturową normatywność zachowań i postaw. Ponadto diagnoza nieprawidłowo kształtującej się osobowości lub jej zaburzeń w przypadku dzieci i młodzieży powinna: (1) obejmować kompleksową konceptualizację problemu, z uwzględnieniem potencjalnych czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem społecznym oraz opisu mechanizmów powstawania zaburzenia i jego podtrzymywania, (2) uwzględniać opracowanie indywidualnego wzorca osobowościowego danego pacjenta, ze szczegółowym opisem charakterystycznych specyfikatorów i aspektów funkcjonowania osobowości (funkcjonowanie w zakresie 'Ja' i relacji społecznych oraz manifestacje emocjonalne, poznawcze i behawioralne dysfunkcji osobowości).

Standard 2

Interwencje psychologiczne kierowane do każdego dziecka/adolescenta/młodego dorosłego, u którego podejrzewa się nieprawidłowo kształtującą się osobowość lub jej zaburzenia powinny: (1) uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów lub do młodego dorosłego (w razie potrzeby, za jego zgodą, także do rodziców/opiekunów) z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), (2) być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, a w przypadku młodego dorosłego za jego zgodą osoby z jego otoczenia społecznego, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają prawidłowe funkcjonowanie w obszarach rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 3

W przypadku każdego dziecka/adolescenta/młodego dorosłego, u którego podejrzewa się nieprawidłowo kształtującą się osobowość lub jej zaburzenia, w szczególności u którego rozpoznaje się specyfikatory negatywnej afektywności, odhamowania lub wzorca borderline, należy przeprowadzić wywiad w celu zidentyfikowania lub wykluczenia obecności zachowań autodestrukcyjnych. W sytuacji ich obecności należy postępować zgodnie ze standardami

opisanymi w sekcji „Zachowania autodestrukcyjne, zamierzone samouszkodzenie (z intencją lub bez intencji samobójstwa)”.

Standard 4

W przypadku dzieci/adolescentów/młodych dorosłych z nieprawidłowo kształtującą się osobowością/zaburzeniami osobowości zalecanym oddziaływaniem jest psychoterapia indywidualna oraz opcjonalnie oddziaływania o charakterze grupowym (w tym szczególnie psychoterapia grupowa mająca na celu zmodyfikowanie trudności w zakresie funkcjonowania społecznego) lub terapia rodzinna, jeśli są do tego wskazania. Oddziaływania psychoterapeutyczne powinny być prowadzone w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniające zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Rekomendacja 2

Podczas stosowania interwencji psychologicznych u dzieci/adolescentów/młodych dorosłych, u których podejrzewa się nieprawidłowo kształtującą się osobowość lub zaburzenia osobowości, należy: (1) rozwijać i podtrzymywać sojusz terapeutyczny z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami lub z młodym dorosłym (i w razie potrzeby, za zgodą pacjenta, z jego rodzicami), (2) podtrzymywać częsty i systematyczny kontakt terapeutyczny, (3) prowadzić wywiad i dialog motywujący celem zwiększenia poziomu współpracy, (4) wdrażać oddziaływania, których rodzaj zależy od zgłoszonych/zidentyfikowanych trudności w obszarach osobistym, rodzinnym i społecznym.

Rekomendacja 3

W przypadku dzieci/adolescentów/młodych dorosłych z nieprawidłowo kształtującą się osobowością/zaburzeniami osobowości leczenie farmakologiczne jest ukierunkowane na leczenie objawów zaburzeń współwystępujących lub objawów psychopatologicznych będących wyrazem dekompensacji mechanizmów radzenia sobie.

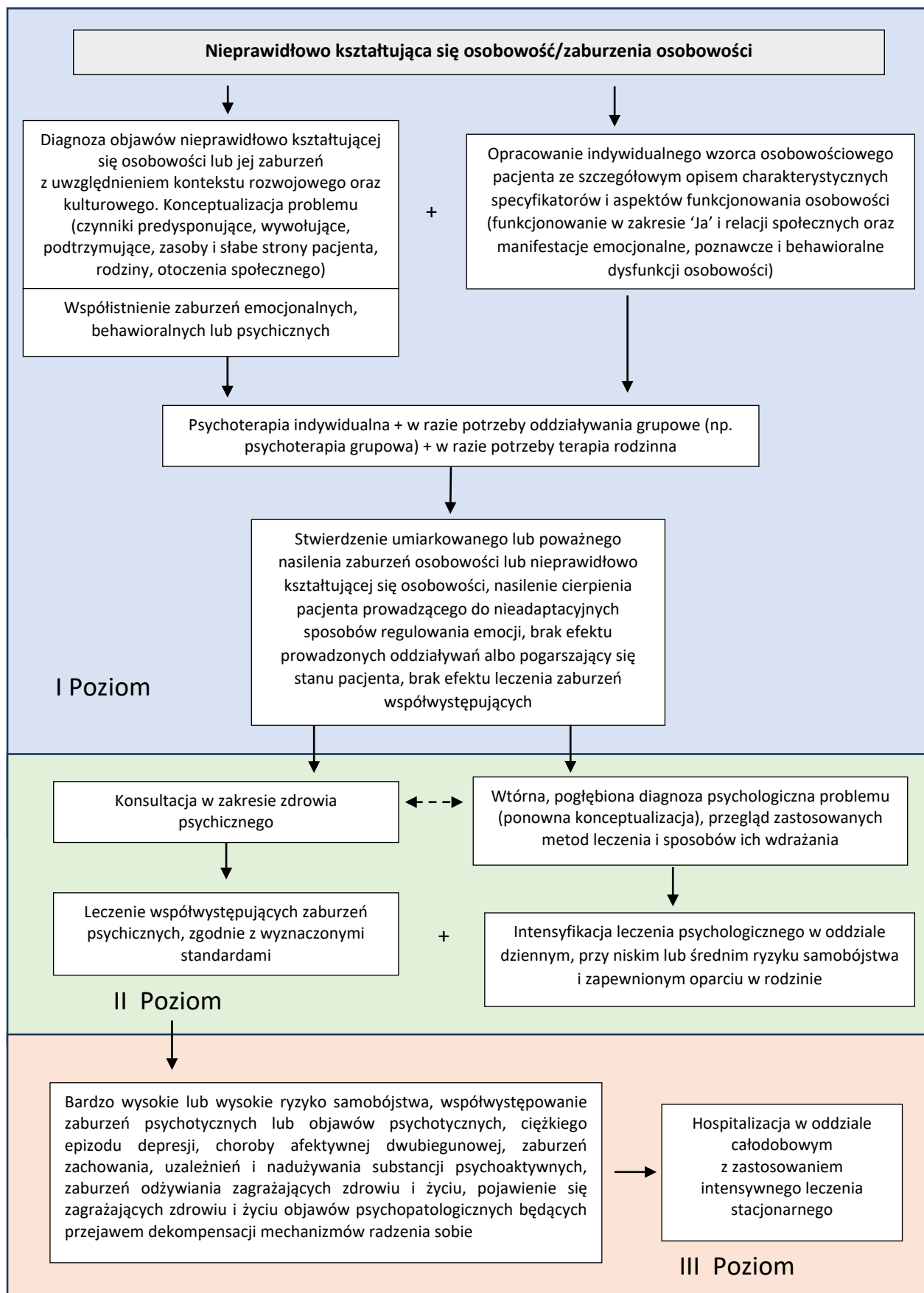
Rekomendacja 4

Jeśli nie nastąpiła oczekiwana poprawa w wyniku zastosowania adekwatnych do zidentyfikowanych problemów oddziaływań (w tym leczenia farmakologicznego), konieczne jest przeprowadzenie wtórnej, pogłębionej oceny problemu i sposobu jego leczenia (tj. pogłębiona diagnoza psychologiczna problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania).

Rekomendacja 5

Hospitalizację w oddziale dziennym należy rozważyć w przypadku: (1) stwierdzenia umiarkowanego lub poważnego nasilenia zaburzeń osobowości lub nieprawidłowo

kształtującej się osobowości, (2) nasilonego cierpienia pacjenta prowadzącego do nieadaptacyjnych sposobów regulowania emocji, (3) braku efektu prowadzonych oddziaływań albo pogarszającego się stanu pacjenta, (4) braku efektu leczenia zaburzeń współwystępujących. Hospitalizacja w oddziale całodobowym z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (1) bardzo wysokiego lub wysokiego ryzyka samobójstwa, (2) współwystępowania zaburzeń psychiatrycznych lub objawów psychiatrycznych, ciężkiego epizodu depresji, choroby afektywnej dwubiegunowej, zaburzeń zachowania, uzależnień i nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń odżywiania zagrażających zdrowiu i życiu, (3) pojawienia się zagrażających zdrowiu i życiu objawów psychopatologicznych będących wyrazem dekompensacji mechanizmów radzenia sobie.



SEKCJA 24

Zaburzenia identyfikacji płciowej

Zgodnie z ICD-11 zaliczamy do tej kategorii następujące jednostki:

1. Niezgodność płci w dzieciństwie (HA61 wg ICD-11, F64.2 wg ICD-10, 302.6 wg DSM-5)
2. Niezgodność płci u dorastających i dorosłych (HA60 wg ICD-11, F64.0 wg ICD-10, 302.85 wg DSM-5)
3. Niezgodność płci, nieokreślona (HA6Z wg ICD-11, F64.9 wg ICD-10, 302.6 wg DSM-5)

Odpowiada im diagnoza psychologiczna: Reakcja związana z rozwojem seksualnym dziecka/nastolatka

W ICD-11 nie przewidziano jednostki odpowiadającej zawartym w ICD-10 'Innym zaburzeniom identyfikacji płciowej' (F64.8) i w DSM-5 'Innej określonej dysforii płciowej' (302.6), a także uwzględnionej w ICD-10 jednostki diagnostycznej F64.1 'Transwestytyzm o typie podwójnej roli'. Rozpoznanie niezgodności płci w ICD-11 usunięto z rozdziału 'Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania' i umieszczono je w sekcji niezwiązanej ze zdrowiem psychicznym, w rozdziale 'Stany związane ze zdrowiem seksualnym'.

1. Niezgodność płci w dzieciństwie (HA61 wg ICD-11, F64.2 wg ICD-10, 302.6 wg DSM-5)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Niezgodność płci w dzieciństwie charakteryzuje się występowaniem wyraźnej niezgodności pomiędzy płcią odczuwaną lub wyrażaną przez dziecko (płcią kulturowo-społeczną) a płcią, która została mu przypisana przy urodzeniu. Początek trudności występuje przed pokwitaniem. Osoba odczuwa silne pragnienie posiadania płci innej niż przypisana. Występuje u niej silna niechęć do posiadanych anatomicznych cech płciowych lub drugorzędowych cech płciowych, które mogą pojawić się podczas okresu pokwitania, ponadto u dziecka obecne jest silne pragnienie posiadania pierwszorzędowych lub drugorzędowych cech płciowych odzwierciedlających płć, z którą się identyfikuje. Jednostka preferuje zabawy, gry i czynności typowe dla płci doświadczanej, podczas zabaw "na niby" i w wyobraźni woli odgrywać rolę tej płci oraz preferuje zabawy z rówieśnikami o płci, z którą się utożsamia. Zgodnie z ICD-11 w celu postawienia rozpoznania wszystkie wymienione kryteria muszą zostać spełnione, a symptomy w nich zawarte powinny trwać min. 2 lata. Podkreślono, że same zachowania i preferencje związane z przeciwną płcią nie mogą stanowić podstawy do diagnozy, stąd też, jeśli dziecko spełnia wyłącznie ostatnie kryterium, jego zachowanie uznaje się za wariant normy.

W DSM-5 wśród objawów dysforii płciowej u dzieci wymieniono ponadto wyraźne odrzucanie przez dane dziecko zabawek, gier i czynności charakterystycznych dla płci biologicznej. W przypadku biologicznej płci męskiej dzieci wykazują silną potrzebę przebierania się w kobiece ubrania, symulowania kobiecego wyglądu, natomiast osoby o biologicznej płci żeńskiej odczuwają silną potrzebę noszenia wyłącznie typowego męskiego ubioru i silny opór przed noszeniem ubioru typowo kobiecego. Co istotne, wg DSM-5 w celu rozpoznania niezgodności płci w dzieciństwie należy stwierdzić, że dziecko przez okres min.

6 miesięcy spełnia co najmniej 6 z 8 kryteriów obejmujących przedstawione wcześniej objawy, przy czym koniecznym warunkiem jest wykazanie, iż dziecko odczuwa silną potrzebę bycia przeciwnej płci lub podkreślenia, że jest przeciwnej płci niż ta przypisana przy urodzeniu. Zgodnie z tą klasyfikacją objawy muszą powodować istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub w innych ważnych obszarach (co nie stanowi niezbędnego kryterium rozpoznania w klasyfikacji ICD-11). Ponadto przy stawianiu rozpoznania należy określić, czy objawy mają związek z zaburzeniem rozwoju płciowego (np. wrodzonym zaburzeniem nadnerczowo-płciowym, wrodzonym przerostem nadnerczy lub zespołem niewrażliwości na androgeny).

Obraz kliniczny

Początek objawów najczęściej obserwuje się w wieku przedszkolnym. Dziewczynki preferują towarzystwo chłopców, interesują się chłopięcymi zabawkami i sportami, wolą angażować się w chłopięce zabawy, w tym również te mające znamiona brutalności. Pragnienie posiadania przeciwnej płci wyraża się u nich w wyborze chłopięcych fryzur i ubrań, niechęcią do sukienek i spódniczek. Dzieci o fenotypowej płci żeńskiej obawiają się początku miesiączki, tego, że urosną im piersi. Mogą również wygłaszać twierdzenia, że posiadają prącie lub im ono rośnie, próbować oddawać mocz na stojąco. Chłopcy doświadczający niezgodności płci preferują przebywanie wśród dziewczynek. Angażują się w zabawy lalkami, podejmują kobiece role w zabawach w udawanie, np. podczas zabawy w "dom". Wybierają ubrania o stereotypowo kobiecej kolorystyce lub uniseks. Dzieci z tym zaburzeniem mogą relacjonować, że nie lubią patrzeć na swoje ciało, szczególnie na okolice intymne, brzydzą się ich dotykać. W literaturze opisuje się współwystępowanie niezgodności płci w dzieciństwie z zaburzeniami internalizacyjnymi (zaburzeniami lękowymi i depresją), a także zwiększone prawdopodobieństwo występowania u dzieci z tymi trudnościami zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Epidemiologia

Częstość występowania niezgodności płci w dzieciństwie jest określana jako dość niska. Częstość dysforii płciowej jest większa wśród dzieci o fenotypowej płci męskiej (2–4,5-krotnie lub wg innych źródeł 3–6-krotnie). Duże nasilenie, niezmiennosc i trwałość zachowań charakterystycznych dla płci przeciwnej w okresie latencji może predysponować do rozwoju tożsamości transseksualnej. U większości dzieci objawy przemijają przed rozpoczęciem okresu dojrzewania lub na jego początku, natomiast od 6% do 27% zmagają się z dysforią płciową w późniejszych latach.

Etiologia

Etiologia niezgodności płci w dzieciństwie jest niejasna, ale na podstawie istniejących doniesień uznaje się, że najprawdopodobniej jest ona złożona. Wśród czynników przyczyniających się do rozwoju tych trudności wymienia się czynniki biologiczne (w tym czynniki genetyczne jak np. nieprawidłowa liczba chromosomów płciowych lub ich budowa oraz czynniki hormonalne, w tym m.in. nieprawidłowy metabolizm hormonów płciowych i wpływ egzogennych steroidów; a także czynniki neurobiologiczne), czynniki psychologiczne, rodzinne i socjokulturowe.

2. Niezgodność płci u adolescentów (HA60 wg ICD 11, F64.0 wg ICD 10, 302.85 wg DSM-5)

A. Stan wiedzy (podstawowe informacje)

Rozpoznanie

Niezgodność płci w okresie dojrzewania charakteryzuje się wyraźnym i utrwalonym poczuciem niekompatybilności między płcią doświadczoną przez adolescenta a płcią przypisaną mu przy urodzeniu. Odczucia te często prowadzą do utrzymującego się u jednostki pragnienia tranzycji, tak aby żyć i być akceptowanym jako osoba o płci przeciwnej do płci biologicznej. W tym celu jednostka chce poddać się leczeniu hormonalnemu, zabiegom chirurgicznym lub innym usługom opieki zdrowotnej, tak aby jej ciało w jak największym stopniu odzwierciedlało płęć, z którą się utożsamia. Zgodnie z ICD-11 diagnozy tej nie można postawić przed rozpoczęciem dojrzewania. Wg tej klasyfikacji same zachowania i preferencje odmienne od płci przypisanej nie są podstawą do postawienia rozpoznania.

W klasyfikacji DSM-5 wśród kryteriów diagnostycznych dysforii płciowej u dorastających wymienia się wyraźną niezgodność pomiędzy odczuwaną lub wyrażoną przez daną osobę płcią a jej pierwszorzędowymi lub drugorzędowymi cechami płciowymi (obecnymi lub przewidywanymi) oraz silną potrzebę pozbycia się tych cech lub uniknięcia ich powstania. Jednostka ma silną potrzebę, aby być osobą o płci odmiennej niż płęć fenotypowa, pragnie posiadać cechy fenotypowe oraz być traktowana jak osoba płci przeciwnej, co więcej utrzymuje się u niej przekonanie, że wyraża uczucia i prezentuje reakcje typowe dla płci, z którą się identyfikuje. Zgodnie z tą klasyfikacją objawy muszą powodować istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub w innych ważnych obszarach (co nie stanowi niezbędnego kryterium rozpoznania w klasyfikacji ICD-11). Ponadto przy stawianiu rozpoznania należy określić, czy objawy mają związek z zaburzeniem rozwoju płciowego (np. wrodzonym zaburzeniem nadnerczowo-płciowym, wrodzonym przerostem nadnerczy lub zespołem niewrażliwości na androgeny).

Obraz kliniczny

W okresie dojrzewania niechęć do swojego ciała odczuwana przez osoby z niezgodnością płciową narasta ze względu na coraz wyraźniejsze manifestowanie się cech ich płci fenotypowej. Jednostki o przypisanej płci żeńskiej mogą odczuwać silny wstręt związany z miesiączką, powiększającymi się gruczołami piersiowymi, które próbują ukryć poprzez noszenie binderów i luźnych ubrań. Z kolei osoby o fenotypowej płci męskiej nie akceptują pojawiającego się zarostu, brzydzą się nocnych polucji, próbują ukryć, że mają penisa. W obu grupach widoczna jest tendencja używania zaimków płci przeżywanej, prośby, aby zwracać się do nich wybranym imieniem zgodnym z tą płcią. Osoby te angażują się w zajęcia charakterystyczne dla płci przeżywanej, spędzają czas z rówieśnikami o takiej płci. Potrzeba przynależności do płci przeciwnej widocznie przejawia się w sposobie ubierania się, doborze fryzury i biżuterii, a ostatecznie także w pragnieniu, aby w przyszłości poddać się zabiegowi tranzycji. Adolescenci doświadczający niezgodności płciowej najczęściej za obiekty romantyczne obierają osoby własnej płci biologicznej, co jednak często w ich odczuciu jest równoznaczne z orientacją heteroseksualną.

Epidemiologia

Częstość występowania dysforii płciowej u nastolatków wydaje się podobna wśród grup osób z przypisaną płcią żeńską i męską, chociaż w ostatnim okresie coraz częściej w populacjach zgłaszających się do specjalistów dominują osoby z urodzeniową płcią żeńską. W badaniach oceniających zdrowie psychiczne dorosłych doświadczających dysforii płciowej wykazano wysokie wskaźniki lęku, depresji, niesamobójczych samouszkodzeń, ale także myśli i prób samobójczych. Istnieje niewiele badań podejmujących próby oceny zdrowia psychicznego adolescentów z tymi trudnościami, ponadto mają one liczne ograniczenia (co najmniej jeden opiekun prawny musi wyrazić zgodę, większość z nich pochodzi z ośrodków działających przy klinikach wyspecjalizowanych w diagnostyce i leczeniu dysforii płciowej, do których udają się rodzice świadomie poszukujący pomocy dla swojego dziecka). Badania te ukazują częste współwystępowanie z opisywanymi trudnościami objawów lękowo-depresyjnych, w tym myśli samobójczych i samouszkodzeń niesamobójczych. Należy zwrócić uwagę, iż szacuje się, że współwystępowanie dysforii płciowej i zaburzeń ze spektrum autyzmu wynosi od ok. 4% do 21%.

Etiologia

Etiologia niezgodności płci u adolescentów jest niejasna, doniesienia wskazują na udział czynników biologicznych (w tym genetycznych i hormonalnych), psychologicznych, rodzinnych i socjokulturowych. Co istotne, przed rozpoczęciem procedury tranzycji konieczny jest wywiad w kierunku doświadczenia traumy, a także zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia, mania i depresja psychotyczna, które również mogą prowadzić do wystąpienia zaburzeń tożsamości płciowej.

B. Standardy/rekomendacje dotyczące opieki

Standard 1

W pierwszej kolejności u dziecka lub nastolatka z objawami niezgodności płci należy przeprowadzić diagnostykę w kierunku współistniejących zaburzeń psychicznych i dążyć do ich odpowiedniego zaopatrzenia. Ta grupa pacjentów powinna być uważnie przeanalizowana pod kątem pragnienia zmiany płci w kontekście doświadczonej traumy lub występowania innego zaburzenia mogącego powodować problemy związane z identyfikacją płciową, takich jak schizofrenia, mania czy depresja z objawami psychotycznymi. Przy obecności chorób współistniejących psychopatologia związana z tą chorobą powinna być objęta opieką w pierwszej kolejności. Konieczna jest ponadto identyfikacja ewentualnych problemów psychicznych u opiekunów dziecka oraz analiza relacji rodzic–dziecko pod kątem istniejących trudności i zalecenie odpowiedniego postępowania.

Standard 2

Zgodnie z wytycznymi krajowych oraz międzynarodowych towarzystw zajmujących się zdrowiem seksualnym człowieka w procesie diagnostycznym i terapeutycznym profesjonaliści powinni uwzględnić ekspresję płci i tożsamości płciowej jako jednego z wielu obszarów funkcjonowania pacjenta. Jednocześnie ważne jest, aby dać pacjentowi przestrzeń zarówno do zidentyfikowania się w dorosłości jako osoba transpłciowa, jak i do powrotu do identyfikacji zgodnej z płcią przypisaną przy urodzeniu. Dlatego istotne jest zachowanie preferowanych przez pacjenta form językowych. Należy pamiętać, że sposób, w jaki inne osoby, w tym profesjonaliści, odnoszą się do dzieci i młodzieży z objawami niezgodności

płciowej istotnie wpływa na ich jakość życia, budowanie przymierza terapeutycznego, a także rozwój lub nasilenie dodatkowych objawów psychopatologicznych lub zachowań zagrażających życiu lub zdrowiu tych osób.

Standard 3

Diagnostykę dysforii płciowej/zaburzeń identyfikacji płciowej u dzieci i młodzieży powinni prowadzić specjaliści wyszkoleni w psychologii i psychopatologii wieku rozwojowego (w tym lekarze specjaliści w dziedzinie seksuologii, psychologowie seksuolodzy kliniczni, psychoseksuolodzy zajmujący się dziećmi i młodzieżą): (a) mający kompetencje w stosowaniu wytycznych DSM-5 i ICD-10/ICD-11 do celów diagnostycznych, (b) potrafiący zróżnicować dysfориę płciową i inne jednostki chorobowe o podobnym obrazie klinicznym (np. cielesne zaburzenie dysmorficzne), (c) wyszkoleni i doświadczeni w diagnozowaniu zaburzeń psychicznych, (d) mający możliwości podjęcia lub skierowania na odpowiednie leczenie, (e) potrafiący ocenić czynniki psychospołeczne mogące mieć wpływ na rozumienie przez pacjenta istoty terapii oraz możliwość podjęcia terapii hormonalnej, (f) praktykujący regularne wizyty z pacjentem, (g) dysponujący wiedzą na temat kryteriów hormonalnego blokowania dojrzewania płciowego i afirmacyjnej terapii hormonalnej.

Rekomendacja 1

Konieczne jest zdiagnozowanie zaburzeń związanych z płcią u dziecka lub nastolatka zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi (DSM-5 lub ICD-11). Możliwe jest wykorzystanie odpowiednio zwalidowanych kwestionariuszy diagnostycznych oceniających identyfikację płciową dziecka, obecność zachowań nonkonformistycznych płciowo oraz nasilenie dysforii płciowej.

Rekomendacja 2

Zaleca się odrębność podejść w zależności od wieku pacjentów: dzieci przed okresem dojrzewania (najczęściej przed 12 r.ż.) oraz młodzież między 12 a 18 r.ż. U dzieci zazwyczaj zaleca się dłuższą obserwację, która ma doprowadzić do ustalenia, czy nonkonformistyczne płciowo zachowania są przemijającym wariantem rozwojowym, czy mają charakter utrwalającej się niezgodności płciowej. W przypadku osób nastoletnich okres obserwacji może być nieco krótszy, po których następują konsultacje indywidualne dotyczące m.in.: rozwoju psychoseksualnego pacjenta, jego/jej doświadczeń seksualnych, zachowań, preferencji i fantazji, rozwijającej się osobowości, dodatkowej psychopatologii (konsultacja psychiatryczna), oceny sytuacji rodzinnej oraz czynników, które wpływają na odczuwanie dysforii i na motywację/motywy do podjęcia działań nakierowanych na medyczną korektę płci. Kolejne kroki rozciągają się na kilka lat i rozpoczynają się od całkowicie odwracalnych do nieodwracalnych.

Standard 4

W postępowaniu konieczna jest wnikliwa psychologiczno-psychiatryczna ewaluacja pacjenta, który zgłosił się z objawami niezgodności płci oraz ocena bezpieczeństwa środowiska rodzinnego oraz szkolnego w zakresie ryzyka stygmatyzacji i prześladowań z tym związanych i ewentualne wdrożenie odpowiednich metod zapobiegawczych.

Standard 5

Konieczne jest zapewnienie wyczerpującej psychoedukacji opiekunom odnośnie do wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych zaburzeń identyfikacji płciowej, aby umożliwić wybór zgodnego z oczekiwaniami planu terapeutycznego i wydania w pełni świadomej zgody na wybraną formę postępowania. Należy również zapewnić dostosowaną do wieku psychoedukację dziecku lub nastolatkowi.

Standard 6

Nadrzędnym zadaniem psychoterapii dziecka ze stwierdzoną dysforią płciową jest dążenie do stabilności psychicznej i poprawy samopoczucia poprzez zminimalizowanie objawów niepokoju związanego z zaburzeniem identyfikacji płciowej. Oddziaływania psychoterapeutyczne (indywidualne, grupowe, rodzinne) powinny być prowadzone w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniające zaangażowanie rodziny lub opiekunów.

Rekomendacja 1

Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Standard 7

Wg standardów WPATH w przypadku chęci pacjenta do podjęcia tranzycji jako pierwsze powinny być podejmowane całkowicie odwracalne kroki (tranzycja społeczna, hormonalna supresja dojrzewania), a w następnej kolejności częściowo odwracalne (afirmatywna terapia hormonalna), na końcu nieodwracalne (zabiegi chirurgiczne). Konieczne jest objęcie psychoterapią nastolatków będących w procesie zmiany płci na każdym jej etapie, począwszy od etapu społecznej tranzycji.

Standard 8

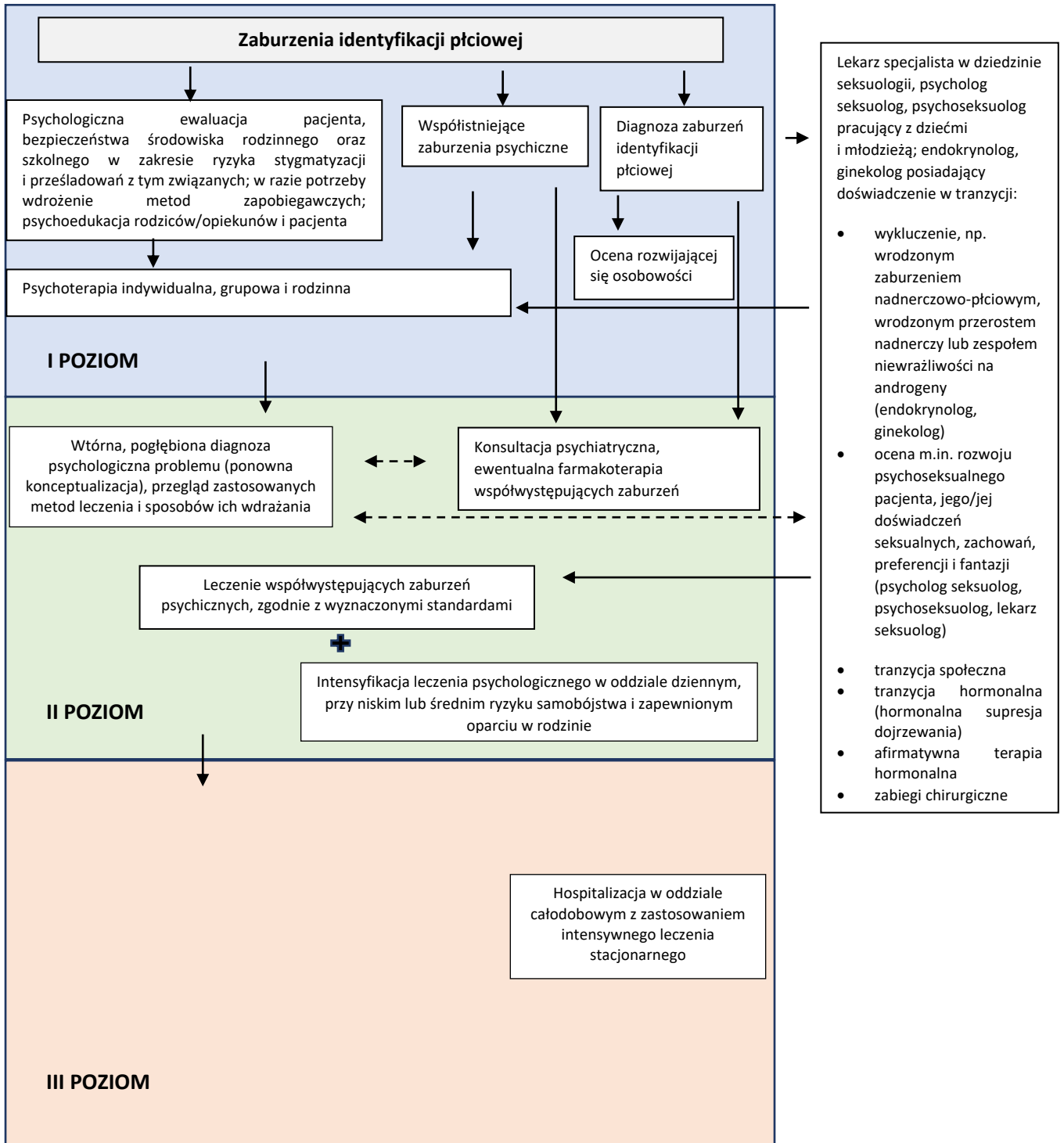
Konieczna jest ocena gotowości psychicznej nastolatka do podejmowania każdego z kolejnych etapów zmiany płci. Dwa cele uzasadniają interwencję z użyciem hormonów hamujących dojrzewanie: (a) ich zastosowanie daje nastolatkom więcej czasu na pogłębioną ocenę swojej nienormalności płciowej oraz innych problemów rozwojowych, (b) ich zastosowanie może ułatwić tranzycję przez zapobieżenie rozwoju cech płciowych, które są trudne lub niemożliwe do odwrócenia, jeśli osoba nastoletnia nadal będzie dążyć do medycznej tranzycji. Należy zapewnić dokumentację specjalistom innych dziedzin zaangażowanych w proces opieki nad pacjentem.

Standard 9

Rola specjalisty zdrowia psychicznego w umożliwieniu podjęcia leczenia hormonalnego u nastolatka obejmuje: (a) potwierdzenie długotrwałego, stałego i intensywnego wzoru nonkonformizmu płciowego lub dysforii płciowej, (b) stwierdzenie nasilenia dysforii płciowej z początkiem dojrzewania płciowego, (c) zapewnienie, że jakiegokolwiek współistniejące problemy psychologiczne, medyczne lub socjalne, które mogłyby ingerować w leczenie, zostały zaopatrzone w stopniu umożliwiającym wdrożenie leczenia, (d) ocenę, czy nastolatek dysponuje wystarczającymi zdolnościami poznawczymi do wydania świadomej zgody na leczenie i zrozumiał warunki leczenia.

Rekomendacja 1

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży powinna być rozważona w przypadku braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia psychologicznego, farmakologicznego lub skojarzonego towarzyszących zaburzeń psychicznych, stosowanych przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale całodobowym dzieci i młodzieży, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego, powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa, (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (c) nasilonych zachowań autoagresywnych oraz agresywnych zagrażających życiu innych osób, (d) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.



Piśmiennictwo

1. Abidi S, Mian I, Garcia-Ortega I, Lecomte T, Raedler T, Jackson K i wsp. Canadian guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in children and youth. *Can. J. Psychiatry*. 2017, 62(9), 635-647.
2. Andrén P, Jakubovski E, Murphy TL i wsp. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part II: psychological interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2022, 31, 403-423.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) 2013.
4. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006, 163, 4-54.
5. Badura-Madej W. Interwencje terapeutyczne wobec dzieci – ofiar przestępstw. *Dziecko Krzywdzone*, 2005, 10, 43-45.
6. Beck AT. Terapia poznawcza uzależnień. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2007.
7. Bello NT, Yeomans BL. Safety of pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Drug Saf*, 2018, 17, 17-23.
8. Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J, Keller M L. Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: A randomized controlled pilot study. *Beh Res Therapy*, 2013, 51, 680-689.
9. Boelen PA, Spuij M, Lenferink LIM. Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. *J Affect Disord*, 2019, 1, 71-78.
10. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Curr Pediatr Rep*, 2018, 6, 107-113.
11. Bryant R. Acute stress disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis, UptoDate. Available from <https://www.uptodate.com/contents/acute-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis>, 2019.
12. Bryńska A. Przemoc w rodzinie, przemoc seksualna wobec dzieci, postępowanie wobec ofiar przemocy. W: Remberk B. red. Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży, PZWL, Warszawa, 2020.
13. Bryńska A. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne związane z nimi. W: Janas-Kozik M, Wolańczyk T red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL, Warszawa, 2021, 589-601.
14. Butcher JN, Hooley JM, Mineka S. Psychologia zaburzeń DSM-5, GWP Sopot, 2020.
15. Byne W, Bradley SJ, Coleman E i wsp. Treatment of Gender Identity Disorder. *Am J Psychiatry*, 2012, 169, 875-876.
16. Cath DC, Hedderly T, Ludolph AG i wsp. ESSTS Guidelines Group. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2011, 20, 155-171. Erratum in: *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2011, 20, 377.
17. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2009, 26, 5-15.
18. Cerna L. Refugee education: Integration models and practices in OECD countries. *OECD Education Working Papers*, 203, OECD Publishing, Paris 2019.

18. Cichoń L, Janas-Kozik M. Rozwój seksualny i leczenie zaburzeń seksualnych. W: Gmitrowicz A, Janas-Kozik M. red. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Medical Tribune Polska, Warszawa, 2018, 314-325.
19. Chełpa S, Witkowski T. Psychologia konfliktów. WSiP, Warszawa, 1995.
20. Coghill D, Banaschewski T, Cortese S i wsp. The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2021, 22, 1-25.
21. Coppens E, Vermet I, Knaeps J, De Clerck M, De Schrijver I, Matot JP, Van Audenhove Ch. ADOCARE – A preparatory action related to the creation of an EU network of experts in the field of adapted care for adolescents with mental health problems. European Union, Bruksela 2015.
22. Couturier J, Isserlin L, Norris M. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*, 2020, 8, 4.
23. Davis H, Attia E. Pharmacotherapy of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 2017, 30, 452-457.
24. Dąbkowska M. Zaburzenia dysocjacyjne W: Janas-Kozik M, Wolańczyk T. red. Psychiatria dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa, 2021.
25. Demartini B, Ricciardi L, Parees I, Ganos C, Bhatia KP, Edwards MJ. A positive diagnosis of functional (psychogenic) tics. *Eur J Neurol*, 2015, 22, 527-536.
26. Demontis D, Walters RK, Martin J i wsp. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet*, 2019, 51, 63-75.
27. Dora M, Grabski B, Dobroczyński B. Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis. *Psychiatria Polska*, 2020, 1-15.
28. Dudek D, Janas-Kozik M, Heitzman J, Remberk B, Słopeń A, Wichniak A, Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego u chorych ze schizofrenią o wczesnym początku. *Psychiatria Pol.* 2022; ONLINE FIRST Nr 277, 1–21.
29. Dudek D, Jaracz J, Rybakowski J. Choroby afektywne. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Jarema M. red. *Via Medica* 2015, 55-133.
30. Erikson E. Dzieciństwo i społeczeństwo. Rebis: Poznań, 2000.
31. Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services.
32. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ i wsp. Conduct disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 2019, 5, 43.
33. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D i wsp. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*, 2021, 128, 789-818.
34. Gałęcki P. red. Badanie stanu psychicznego Rozpoznania wg ICD-11, Edra Urban & Partner, Wrocław 2022.
35. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL i wsp. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry*, 2015, 60, 62-76.
36. Gruba M, Gucwa J. Postępowanie w stanach nagłych u dzieci. *Medycyna Praktyczna*, 2020.

37. Grzegorzewska I, Cierpiątkowska L, Borkowska AR. Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 2020.
38. Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa. Psychiatric Bulletin. 2005, 29, 396-396.
39. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. World Health Organization. Geneva, 2020.
40. Harold GT, Leve LD, Barrett D i wsp. Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. J Child Psychol Psychiatry, 2013, 54, 1038-1046.
41. Herzyk A. Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 2005.
42. Hoagwood K, Burns BJ, Kiser L, Ringeisen H, Schoenwald SK: Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services Published Online:1 Sep 2001.
43. Holka-Pokorska J. Zagadnienia rozwoju psychoseksualnego dzieci i młodzieży – norma i patologia. W: Remberk B. red. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2020, 317-338.
44. <https://cpnp.org/faq/457957/treatment-guidelines-eating-disorders>
45. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>.
46. Hyrnik J. Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych W: Janas-Kozik M, Wolańczyk T. red. Psychiatria dzieci i młodzieży, t. 2. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2021, 287-298.
47. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A i wsp. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2020.
48. International Test Commission. International guidelines for test use. International Journal of Testing 2001.
49. Janik P, Wolańczyk T, Bryńska A, Zarowski M, Szamburska-Lewandowska K, Szejko N. Postępowanie w tikach i zespole Gillesa de la Tourette'a – rekomendacje grupy ekspertów. Varia Medica, 2018, 2, 527-545.
50. Jarema M. Leczenie farmakologiczne schizofrenii; Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Jarema M. red. Via Medica 2015, 1-54.
51. Jasek A. Zaburzenia psychiczne ujawniające się głównie pod postacią somatyczną- różnicowanie W: Gmitrowicz A, Janas-Kozik M. red. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Medical Tribune, Warszawa, 2018
52. Jobski K i wsp. Use of psychotropic drugs in patients with autism spectrum disorders: a systematic review. Acta Psych Scand, 2017, 135, 8-28.
53. Juul J. Kryzys szkoły. Wydawnictwo MiND, Podkowa Leśna, 2013.
54. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M i wsp. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. Psychol Med, 2019, 49, 1761-1775.
55. Kazadin AE, Weisz JR. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2006

56. Koszycki D, Taljaard M, Bielajew C, Gow RM, Bradwejn J. Stress reactivity in healthy child offspring of parents with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 2019, 272, 756-764.
57. Kusnik A, Vaqar S. Rumination Disorder. [Updated 2022 May 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576404/>.
58. Komisja ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii PAN. Stanowisko Komisji ds. Testów Psychologicznych Komitetu Psychologii PAN w sprawie kryteriów wiarygodności wyników badań diagnostycznych. Pobrane ze strony: http://www.kompsych.pan.pl/images/Komisja_Test%C3%B3w/Kryteria_wiarygodno%C5%9Bci_wynik%C3%B3w_bada%C5%84_diagnostycznych.pdf.
59. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2017, 56, 466-474.
60. Łucka I. Zaburzenia lękowe u dzieci. W: Remberk B. Red. Postępowanie w wybranych zaburzeniach psychicznych. PZWL, Warszawa, 2022, 10-20.
61. Łuczenko P. Przemoc i agresja w szkole. Od rozpoznania przyczyn do sposobów działania. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź, 2019.
62. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV i wsp. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *Surveillance Summaries*, 2021, 70, 1-16.
63. Marwick K. *Crash Course Psychiatry*. Elsevier, New York, 2018.
64. Midgely N, Mortimer R, Cirasola A, Prisha B, Kennedy E. The Evidence-Base for Psychodynamic Psychotherapy With Children and Adolescents: A Narrative Synthesis Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, United Kingdom; Child Attachment and Psychological Therapies Research Unit (ChAPTRe), Anna Freud National Centre for Children and Families, London, United Kingdom, Research and Development Unit, Tavistock and Portman NHS Trust, London, United Kingdom.
65. Muratore AF, Attia E. Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art. *Clin Ther*. 2021, 43, 85-94.
66. Murray HB, Juarascio AS, Di Lorenzo C, Drossman DA, Thomas JJ. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review. *Am J Gastroenterol*, 2019, 114, 562-578.
67. National Collaborating Centre for Mental Health (UK); Social Care Institute for Excellence (UK). *Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children and Young People: Recognition, Intervention and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society; 2013.
68. Nattora H. Funkcjonowanie społeczne dziecka najmłodszego, średniego i najstarszego w rodzinie. W: Rogulska A, Danielak-Chomać M, Kulig B. Red. *Rodzinne Formy Opieki Zastępczej*. Warszawa-Siedlce, 2011.
69. Nestgaard Rød Å, Schmidt C. Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? *Eur J Psychotraumatol*, 2021, 9, 12 (1):2002028.
70. Neu P. *Stany nagłe w psychiatrii (red. polska Pudło R)*. PZWL, Warszawa, 2013.

71. NHS Cornwall Foundation Trust. Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) Operational Guideline 2019. Pobrane z: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/camhs/>.
72. Nice (The National Institute for Health and Care Excellence) guidance. <https://www.nice.org.uk/guidance>.
73. Pham A, Riviere A. Specific Learning Disorders and ADHD: Current Issues in Diagnosis Across Clinical and Educational Settings. *Current psychiatry reports*. 2015, 17, 584.
74. Pilecki M, Łucka I. Zaburzenia lękowe. W Janas-Kozik M, Wolańczyk T. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL, Warszawa 2021, 545-586.
75. Popek L. Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie. W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007, 2012, 139-148.
76. Popek L. Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym. W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL, Warszawa, 2007, 2012, 139-148.
77. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 2020, 8, 450-462.
78. Pringsheim T, Okun MS, Muller-Vahl K i wsp. Practice guideline recommendations summary: Treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders. *Neurology*, 2019, 9, 896-906.
79. Przewłocka J. Klimat szkoły i jego znaczenie dla funkcjonowania uczniów w szkole. Raport o stanie badań. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa, 2015.
80. Pyżalski J. Nauczyciele uczniowie. Dwa spojrzenia na dyscyplinę w klasie. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2007.
81. Raport NIK o cyberprzemocy wśród dzieci i młodzieży. 2017 dostępne: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-cyberprzemocy-wsrod-dzieci-i-mlodziezy.html>
82. Raport NIK wobec cyberprzemocy 2017. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-cyberprzemocy-wsrod-dzieci-i-mlodziezy.html>.
83. Reale L, Bartoli B, Cartabia M i wsp. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2017, 26, 1443-1457.
84. Remberk B, Antosik-Wójcicka AZ, Baron M. Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2018, 36-57.
85. Robinson A. Enhancing Empathy in Emotion-Focused Group Therapy for Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Case Conceptualization Model for Interpersonal Rupture and Repair. *J Contemporary Psychotherapy*, 2020, 50, 133-142.
86. Roessner V, Heike Eichele H, Stern JS i wsp. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders-version 2.0. Part III: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2022; 31: 425-441.
87. Roessner V, Plessen KJ, Rothenberger A i wsp. ESSTS Guidelines Group. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2011, 20, 173-196. Erratum in: *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011, 20, 377.
88. Rosner R, Comtesse H, Vogel A, Doering BK. Prevalence of prolonged grief disorder. *J Affect Disord*, 2021, 15, 301-307.

89. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis, UptoDate. Available from <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis/print>, 2022.
90. Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ. (Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports (12th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington 2021.
91. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W i wsp. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2007, 104, 19649-19654.
92. Skowrońska M. Zaburzenia konwersyjne u dzieci i młodzieży. W: Remberk B. red. Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży, PZWL, Warszawa, 2020.
93. Sochaczewska G. Czynniki warunkujące przystosowanie dziecka do przedszkola. W: Wilgocka-Tyrna-Łoj I. Twórcze rozwiązywanie konfliktów między nauczycielem a uczniem. www.bazhum.muzhp.pl, 1999.
94. Srebnicki T. Zaburzenia dezorganizujące, kontroli impulsów i zachowania. W: Janas-Kozik M, Wolańczyk T. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, t. 2. Wyd. PZWL, Warszawa, 2021, 187-202.
95. Szymańska U. Zaburzenia wydalania. W: Janas-Kozik M, Wolańczyk T. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, t. 2. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2021, 115-140
96. Tripp G, Wickens JR. Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*, 2009, 57, 579-89.
97. Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493.
98. Ustawa z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 55
99. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, t. jedn.: Dz.U.2016.1654.
100. Walter J, Bukstein OG, Abright A, Reese MD: Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2020, 59, 1107-1124.
101. Walsh BW. *Terapia samouszkodzeń*, WUJ, Kraków, 2014.
102. Weterle-Smolińska K, Michalczyk Z. Postępowanie w przypadku uzależnień i nadużywania substancji psychoaktywnych. W: Remberk B. red. *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2020, 129-147.
103. Wilczyńska A. Uwarunkowania radzenia sobie młodzieży w sytuacjach zagrożenia wykluczeniem społecznym. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2013.
104. Woolgar F, Garfield H, Dalgleish T, Meiser-Stedman R. Systematic Review and Meta-analysis: Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Preschool-Aged Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2022; 61, 3.
105. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) 2019/2021. <https://icd.who.int/browse11>.
106. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People [7th Version]. <https://www.wpath.org/publications/soc>, 2012.
107. Wylie CH, Peggy T i wsp. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal Clin Endocrinol Metabolism*, 2017, 102, 3869-3903,

