



Klasyfikacje zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży – pomoc czy przeszkoda?

*Classification of psychiatric disorders in children and adolescents
– aid or obstacle?*

CEZARY ŻECHOWSKI, KATARZYNA BAŻYŃSKA, IRENA NAMYSŁOWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Głównym celem artykułu było omówienie dylematów związanych z użyciem współczesnych systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Systemy klasyfikacyjne ICD-10 oraz DSM-IV dążą do ujednoczenia diagnoz i poszczególnych kryteriów diagnostycznych. Posiadają liczne wartości poznawcze, praktyczne i dydaktyczne. Ich słabością może być jednak nadmierne uwikłanie w aktualny kontekst socjokulturowy, trudności w rozpoznawaniu zaburzeń mnogich oraz niska stabilność diagnoz w grupie dzieci i młodzieży. Celem artykułu było również uwzględnienie specyfiki klasyfikowania i diagnozowania zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w Polsce.

Poglądy. W pracy dokonano analizy piśmiennictwa dotyczącego systemów klasyfikacyjnych, historii klasyfikacji zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, współchorobowości, wpływu czynników środowiskowych, społecznych i kulturowych na diagnozowanie zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. Badając historyczny aspekt diagnozowania zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w Polsce przeanalizowano główne podręczniki psychiatrii oraz rozdziały w podręcznikach wydawanych od początku XX w. Klasyfikowanie zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w XX w. przechodziło liczne przeobrażenia. W początkowym etapie klasyfikacje zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego niewiele różniły się od klasyfikacji zaburzeń osób dorosłych. Na przestrzeni lat obserwuje się dostrzeganie coraz większej specyfiki zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Pierwsze klasyfikacje oparte są na ogół o doświadczenia pedagogiki leczniczej oraz ujęcia teoretyczne, np. psychoanalizę. Stopniowo rozszerza się liczba diagnoz, odchodzi się od modeli teoretycznych na korzyść diagnoz opartych na analizach fenomenologicznych, pojawia się coraz szersze dostrzeganie kontekstu zaburzeń i ujmowanie go w klasyfikacji. Zostają sprecyzowane coraz jaśniejsze kryteria diagnostyczne. Z drugiej strony badania wykazują niską stabilność diagnoz, zwłaszcza w grupach młodszych dzieci, oraz bardzo szerokie rozpowszechnienie współchorobowości. Dużego znaczenia nabiera prawidłowe zebranie wywiadu, uwzględniające osiągnięcia terapii rodzin.

Wnioski. Klasyfikowanie i diagnozowanie zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży istotnie zmieniło się na przestrzeni ostatniego stulecia. Czynniki społeczne i kulturowe odgrywają ważne znaczenie w przeobrażaniu się psychopatologii rozwojowej. Zmiany w klasyfikowaniu i diagnozowaniu zaburzeń psychicznych u dzieci w Polsce odzwierciedlają ogólne przeobrażenia systemów klasyfikacyjnych na świecie.

SUMMARY

Objectives. The main purpose of the paper was to discuss dilemmas concerning the use of contemporary classifications of mental disorders in children and adolescents. The ICD-10 and DSM-IV classification systems are aimed at unification of diagnoses and diagnostic criteria. While the systems have many scientific, practical and teaching merits, their weak points include their over-embedding in current socio-cultural contexts, difficulty in diagnosing multiple disorders, and a low stability of diagnoses in children and adolescents. Another purpose of the paper was to outline the history of classifying and diagnosing mental disorders in children and adolescents in Poland.

Review. The authors analysed the literature concerning classification systems, the history of classification of mental disorders in children and adolescents, and the effect of environmental, social and cultural factors on diagnosing developmental mental disorders. The analysis of developmental mental disorders classification in Poland from the historical perspective was based on major textbooks of psychiatry and chapters published in Poland since the early 1900s. The classification of child and adolescent mental disorders underwent many changes and transformation in many aspects over the past century. While initially classifications of developmental mental disorders were very similar to those in adults, an increasing awareness of the specificity of mental disorders in children and adolescents, as well as gradual differentiation of diagnostic criteria can be seen with years. Early classifications were usually based on therapeutic pedagogy experiences and on theoretical approaches such as psychoanalysis. The number of diagnoses was gradually increasing, theoretical models were abandoned in favour of phenomenological descriptions on which diagnoses were based, the significance of the context of mental disorders was more and more widely appreciated, and it was more and more often taken into account in classifications. Increasingly clearer diagnostic criteria were specified. On the other hand, stability of diagnoses, especially in younger children, is still low. Besides, a very high prevalence of co-morbid conditions is reported in the research literature. A careful interview with the child and his/her parents/caregivers, as well as family diagnosis taking into account the achievements of family therapy seem to be essential for good diagnostic practice.

Conclusions. Classification and diagnoses of mental disorders in children and adolescents changed significantly in the 20th century. This transformation of views on developmental psychopathology was strongly influenced by social and cultural factors. Changes in the classification of mental disorders in children and adolescents in Poland reflect these in Western Europe and the US.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży / systemy klasyfikacji

Key words: mental disorders in children and adolescents / classification systems

W artykule opublikowanym w roku 1944, Abraham Myerson, profesor psychiatrii Uniwersytetu w Bostonie, pisał [1]: „Klasyfikacja ma swoje zagrożenia. Galton powiedział kiedyś, że naturalne grupowanie prowadzi do wytworzenia wyrazistego centrum, ale peryferia nakładają się na inne zjawiska. Klasyfikacja może łączyć w jedno to, co nie jest podobne do siebie, może ustalać fałszywe granice, może dawać złudną satysfakcję, ponieważ odwraca uwagę od sprzeczności, jakie napotykamy w różnicach indywidualnych. Jednak istnienie indywidualnych różnic samo w sobie nie unieważnia klasyfikowania w grupy. Każdy kot może zasadnie domagać się uznania swojej indywidualności, jednak w jego przypadku istnieje doskonała podstawa dla ogólnego nazwania go (lub rozpoznania jako) ‘kotem’”. Znany amerykański psychiatra (Adolf Meyer – *thum.*) zgłasza zastrzeżenie do jednowyrazowych klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Oczywiście istnieją pewne różnice indywidualne, które mogą być przeoczone w klasyfikowaniu typu „schizofrenia”, jednakże takie słabości semantyczne dotyczą też innych przypadków klasyfikowania zjawisk.

Mimo upływu lat spór Abrahama Myersona z Adolfem Meyerem [1, 2] wydaje się wciąż aktualny. Na ile klasyfikując zaburzenia psychiczne tracimy z pola widzenia indywidualne doświadczenie człowieka, a być może także samo zjawisko, którego złożoność znacznie wykracza poza definicję czy kryteria diagnostyczne? Na ile narzucona z zewnątrz siatka pojęciowa determinuje nasze myślenie o zaburzeniu psychicznym, ale także myślenie i oczekiwanie pacjenta, jego rodziny czy społeczeństwa? Czy definiując i klasyfikując zjawiska nie determinujemy w jakiś sposób ich symptomatologii, a może nawet przebiegu? Co jest przedmiotem badań: zaburzenie psychiczne, czy nasza definicja (tj. rozumienie) tego zaburzenia? I wreszcie czym jest klasyfikacja zaburzeń psychicznych, jaki jest kontekst jej powstawania, czy umiemy ocenić „słabości semantyczne” klasyfikacji, czy będą one tak samo aktualne jak w czasach dyskusji Meyera z Myersonem. Większość z tych pytań ma charakter otwarty, wydaje się jednak istotnym, żeby nie pozostały one pytaniami retorycznymi i aby ciągle od nowa próbować zadawać je sobie zarówno w kontekście indywidualnej praktyki lekarskiej i terapeutycznej, jak i szerszych metaanaliz naukowych.

Sytuacja komplikuje się, jeżeli w klasyfikacji przechodzimy od zjawisk stabilnych i utrwalonych do dynamicznych i rozwijających się. Przejście takie obserwować możemy analizując zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Zjawiska dynamiczne znacznie trudniej poddają się klasyfikacji, bo cóż miałoby być tym „wyrzysłym centrum” postulowanym przez Galtona – symptomatologia, współwystępowanie zaburzeń lub objawów, czy może trajektorie rozwoju? W pracy naszej chcielibyśmy na przykładzie klasyfikacji zaburzeń psychicznych młodzieży przyjrzeć się niektórym zarysowanym wcześniej problemom i podjąć dyskusję nad ich aktualnym stanem, pokazać także praktyczne dylematy kliniczne w odniesieniu do klasyfikacji zaburzeń psychicznych młodzieży.

POWSTANIE I ROZWÓJ KLASYFIKACJI ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

Historycy nauki zauważają [3, 4, 5], że dzieciństwo i adolescencja zostały dopiero niedawno odkryte jako okresy życia jakościowo odmienne od dorosłości. W zasadzie jeszcze w XIX wieku uważano, że dziecko jest „małą kopią” dorosłego, „kopia” mniej skomplikowaną, a zatem bardziej prymitywną i zasługującą na mniejszą uwagę niż „oryginał”. Odkrycie dzieciństwa przyczyniło się do zrozumienia znaczenia doświadczeń dziecka dla późniejszego rozwoju, oraz złożoności jego wewnętrznego i zewnętrznego świata. Podobnie jak odkrycie dzieciństwa, zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży zostały opisane znacznie później niż zaburzenia psychiczne dorosłych. Pierwszy kongres psychiatrów dziecięcych odbył się w 1938 r. w Paryżu. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży, w postaci zaledwie kilku podstawowych kategorii, pojawiły się w ósmej edycji ICD (1967 r.) oraz w pierwszej edycji DSM (1952 r.) [6]. Niemniej już wcześniej istniały próby opisanie specyfiki tych zaburzeń i nadania im formy klasyfikacji. Do najbardziej znanych i obszernych należała psychoanalityczna klasyfikacja Anny Freud (1965 r.) [6, 7]. Jednak dalszy rozwój psychiatrii dziecięcej zmierzał do fenomenologicznego opisu wzorców psychopatologii, odchodząc od teoretyczno-etologicznych założeń [6, 8]. Podejście to znalazło swój wyraz w dziewiątej edycji ICD (1978 r.) [6, 8, 9] oraz III edycji DSM (1980 r.) [10]. Umożliwiło ono osiągnięcie zgody między psychiatrami o różnej orientacji teoretycznej oraz przyczyniło się do intensywnego rozwoju wiedzy. Klasyfikacja DSM-III (1980 r.) i jej kolejne wersje używały kryteriów diagnostycznych celem ujednoczenia rozpoznań stawianych przez różnych klinicystów. Podobny system wprowadziło WHO w klasyfikacji ICD-10 (1992 r.) [8, 11].

Utworzenie systemów klasyfikacyjnych z określeniem kryteriów diagnostycznych stało się jednak źródłem kolejnych pytań, zwłaszcza w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży [6, 12, 13, 14]. Zarówno poszczególne jednostki klasyfikacyjne, jak i kryteria diagnostyczne formułowane były przez grupy ekspertów w sytuacji braku dostatecznej ilości badań, aby możliwa była ich weryfikacja empiryczna. Nieznana była zatem (i często pozostaje nadal) trafność i rzetelność statystyczna dla poszczególnych kryteriów i pełnych rozpoznań. Co więcej, w świetle badań okazało się, że wraz z malejącym wiekiem pacjentów maleje również stabilność diagnoz. Rodząca się zatem na nowo psychiatria dzieci i młodzieży okazała się pełna białych plam i niejasności. W dyskusji dotyczącej klasyfikacji zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży spierano się o wartość diagnostyczną poszczególnych kryteriów, o arbitralny bądź empiryczny charakter rozpoznań, o różnicowanie wymiarów i kategorii, wreszcie o uwzględnienie zmienności ekspresji poszczególnych objawów w zależności od wieku, płci i czynników kulturowych. Niektórzy z badaczy zalecali tzw. rozwojową orientację diagnostyczną, a pojedyncze badania traktowali jak „obraz migawkowy” w szerszej trajektorii rozwoju [15].

WPLYW CZYNNIKÓW KULTUROWYCH I SPOŁECZNYCH NA KLASYFIKOWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

W naszej pracy pragnęlibyśmy poszukiwać jednak tych aspektów klasyfikacji zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, które mają charakter bardziej płynny, uwarunkowany kulturowo, które zmieniają się w czasie wraz z przemianami dokonującymi się w obrębie społeczeństwa. Ciekawą analizę tych procesów przedstawili Coll, Akerman i Cicchetti [16]. Autorzy zwrócili uwagę, że niejednokrotnie czynniki społeczne, ekonomiczne, polityczne i kulturowe mogą mieć silniejszy wpływ na rozwój psychologii i psychopatologii jako nauki, niż postęp wiedzy naukowej jako taki. Autorzy ci wyróżnili trzy zasadnicze okresy w rozwoju psychopatologii dzieci i młodzieży. Kulminację charakterystycznych cech tych okresów można zaobserwować w 30-letnich interwałach. W swojej pracy przeanalizowali literaturę psychologiczną dotyczącą dzieci i młodzieży z lat trzydziestych, sześćdziesiątych i dziewięćdziesiątych.

Zdaniem Coll i wsp. w latach trzydziestych istotny wpływ na rozwój psychologii i psychopatologii dzieci i młodzieży wywarł wielki kryzys ekonomiczny, I wojna światowa, rozwój przemysłu i technologii. Badacze i teoretycy tego okresu odwołują się w swoich pracach do wartości ogólnoludzkich, odczuwają potrzebę ogarnięcia panującego chaosu poprzez poszukiwanie uniwersaliów, przejawia się to w tendencji do porządkowania i klasyfikowania zjawisk.

W latach sześćdziesiątych standardy zachowania, normy i dominujące postawy zostają zakwestionowane i podlegają przewartościowaniu. Pojawiają się dążenia emancypacyjne grup dotychczas marginalizowanych i represjonowanych – dotyczy to młodzieży, kobiet i Czarnych. Krytyce podlegają zwłaszcza instytucje i systemy organizacji życia społecznego. Efektem tego jest podkreślanie udziału czynników społecznych w etiologii zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży oraz odejście od statycznego, „normatywnego”, pedagogizującego wzorca psychopatologii.

W latach dziewięćdziesiątych w „epoce postmodernizmu” uniwersalia zostają zakwestionowane, prawa jednostki stają się ważniejsze niż prawa określonych grup społecznych, „w psychopatologii pojawia się napięcie pomiędzy systematycznym klasyfikowaniem a podejściem opisowym”, sam opis dotyczy bardziej kontekstu, jest płynny, odzwierciedla adaptacyjne ujmowanie rozwoju człowieka i jego psychopatologii. Pojawiają się pojęcia kontekstualizmu, deprywacji kulturowej, przewartościowaniu ulegają rozumienie adaptacji i dezadaptacji. W społeczeństwach obserwuje się takie zmiany jak „obniżenie moralności” czy „upadek wartości rodzinnych” [16].

KLASYFIKACJE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE

Polskie klasyfikacje zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, tylko po części odzwierciedlają główne kierunki przemian zarysowane przez Coll, Akermana i Cicchetiego. Jednym z pierwszych podręczników psychiatrii dzieci i młodzieży była publikacja profesora UJ Leona Wachholza z 1927 r. „O zaburzeniach umysłowych dzieci i młodzieży”

[17]. Klasyfikacja Wachholza dobrze oddaje charakterystyczne dla wczesnej fazy rozwoju psychiatrii dzieci i młodzieży powiązanie psychiatrii z pedagogiką. W okresie obejmującym pierwszą połowę XX w. takie powiązanie wydawało się podstawowe i naturalne. Operowano wtedy takimi pojęciami jak psychiatria szkolna, pedagogika lecznicza, pedopsychiatria czy higiena wychowawcza. Wachholz wyróżniał trzy grupy zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego: psychopatię dzieci i młodzieży, przywary wieku dziecięcego oraz choroby umysłowe dzieci i młodzieży. W zakres psychopatii włączał takie zaburzenia jak: lęk nocny dzieci, lunatyzm, afekt wściekłości, afekt smutku i przygnębienia, samobójstwo, śmierć nagłą z wrażenia psychicznego, hipochondrię dzieci, obłąkanie moralne, nałogi (opilstwo, środki odurzające, szulerstwo), zaburzenia popędów (popęd do ustawicznej zabawy, do zbierania, włóczęgostwa, kradzieży, wzniesienia pożarów) i opętanie chorobliwe. Wyróżnił dwa typy psychopatii – typ schizoidyczny (w jego zakres wchodziły: autyzm i myślenie autystyczne, mizantropia, urojenie, zrzędnosć, negatywizm, podatność woskowa i automatyczna powolność na rozkazy) oraz typ cykloidyczny (tj. hiperthymia i hypothyria). Wśród przywar tego okresu wymieniał: pociąg do brudu, koprophilię, odrazę, próżność, nieuczynność, poządlliwość, skąpstwo, rozrzutność, zawiść i zazdrość, przychlebstwo, gniewliwość, zuchwalstwo, nieposłuszeństwo, popęd niszczenia, kłamliwość, nieszczerosć i skrytosć. Choroby umysłowe to: uposledzenie rozwoju umysłowego, padaczka, histeria, neurastenia, płasawica, wczesne otępienie umysłu (schizofrenia) oraz obłąkanie maniakalno-depresywne.

Okres poprzedzający wybuch II wojny światowej charakteryzuje się intensywnym rozwojem psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce. Pomimo iż główne podręczniki psychiatrii tego okresu nie wyróżniały zazwyczaj oddzielnych kategorii diagnostycznych w zakresie psychopatologii rozwojowej [18, 19, 20], to jednak pojawiały się próby klasyfikacji tych zaburzeń psychicznych. Gustaw Bychowski [21] w bardzo nowoczesnej jak na owe czasy książce pt. „O psychicznym leczeniu dziecka” opisuje przypadki psychoterapii dzieci i młodzieży w oparciu o klasyfikację psychoanalityczną. K. Dąbrowski [22] wprowadza za E. Bleulerem [23] i A. Homburgerem (E. Erikson) [24] pojęcie nerwowości dzieci i młodzieży wyróżniając jej określone typy. Oba przykłady to tylko niektóre z licznych prób tworzenia nozologii i klasyfikacji zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. Łączy je stopniowe odchodzenie od kategorii pedagogicznych, poprzez zastępowanie ich myśleniem psychoterapeutycznym.

W początkach lat pięćdziesiątych swobodne kształtowanie się myślenia nozologicznego i klasyfikacji zostaje zahamowane wraz z wprowadzeniem zasad pawłowizmu i próbami wyrugowania psychoterapii oraz metod psychologicznych z psychiatrii [25]. Po okresie odwilży pojawiają się publikacje, które z jednej strony nawiązują do umacniającej się klasyfikacji międzynarodowej, z drugiej strony są kontynuacją „urwanych ścieżek” myśli lat trzydziestych [26, 27]. Poszerzający się obszar badań w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz rosąca liczba danych empirycznych i obserwacji znajduje wyraz w klasyfikacjach coraz szerzej uwzględniających problematykę rozwojową i specyfikę zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży [28, 29].

Współcześni autorzy [30, 31, 32] odwołują się zazwyczaj do obowiązujących klasyfikacji ICD-10 lub DSM-IV, umieszczając je jednak w kontekście rozwojowym i uzupełniając je o szerszy kontekst społeczny, rodzinny, biologiczny, dynamiczny czy poznawczy. W tym sensie podstawą pozostaje ta sama klasyfikacja, choć rozumienie zaburzeń może odwoływać się do różnych kontekstów. Postawa taka daje możliwość dyskusji, porównywania wyników badań, przy zachowaniu różnic teoretycznych, traktując te różnice jako odmienne konteksty tego samego zjawiska.

Niektórzy polscy badacze wskazują na niewystarczalność aktualnych systemów klasyfikacyjnych i postulują wprowadzenie nowych jednostek, tworząc kategorie, które poddawane są, lub dopiero w przyszłości będą poddane, weryfikacji empirycznej. Do kategorii tych zaliczyć można „depresję młodzieńczą” opisaną przez J. Bombę [33], „wczesną i późną postać autyzmu” opisane przez H. Jaklewicz [34] czy „podtypy (psychotyczny, borderline i neurotyczny) jadłowstrętu psychicznego” opisane przez I. Namysłowską i wsp. [35].

Warto dodać, że poza psychiatrycznymi klasyfikacjami zaburzeń psychicznych (ICD i DSM) istnieją inne klasyfikacje, wywodzące się z odmiennych założeń teoretycznych [36]. Klasyfikacją wywodzącą się z terapii behawioralno-poznawczej może stać się tzw. podejście transdiagnostyczne, które grupuje zaburzenia psychiczne w oparciu o wspólne mechanizmy podtrzymujące [37]. Z kolei psychodynamiczną próbą klasyfikacji zaburzeń psychicznych jest opracowany przez ekspertów głównych towarzystw psychoanalitycznych „PDM”, czyli „Psychodynamic Diagnostic Manual” [38]. PDM zawiera rozbudowany rozdział poświęcony zaburzeniom psychicznym dzieci i młodzieży.

WSPÓLCHOROBOWOŚĆ

W dyskusjach dotyczących klasyfikacji zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży istotne miejsce zajmuje pojęcie współchorobowości (*comorbidity*). Powszechnie przyjętą definicją współchorobowości jest definicja podana przez Feinsteina [39]. Chorobą współwystępującą określa ona „każdą oddzielną, dodatkową, kliniczną jednostkę, która istnieje lub może wystąpić w czasie przebiegu choroby podstawowej (*index disease*)”. Chodzi zatem o współwystępowanie w jednym czasie dwóch lub więcej chorób albo zaburzeń, które w systemach klasyfikacyjnych wyodrębnione byłyby jako oddzielne jednostki kliniczne.

W dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży liczba publikacji dotyczących *comorbidity* wzrosła od 1 w 1986 r. do 143 w 1997 r. wg PsychINFO [40]. W 1992 r. Kendall i Clarin [41] uznali, że badania nad *comorbidity* wydają się „głównym wyzwaniem dla profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego w latach dziewięćdziesiątych”.

Liczne badania z zakresu epidemiologii potwierdzają wysoki stopień współwystępowania zaburzeń psychicznych w okresie dzieciństwa i adolescencji [42, 43, 44, 45, 46]. Caron i Rutter [47] autorzy metaanalizy prac dotyczących *comorbidity* w psychiatrii dzieci i młodzieży uważają to zjawisko za „ekstremalnie częste”. Volkmar i Woolston [48] twierdzą, iż *comorbidity* u dzieci i młodzieży jest raczej zasadą niż wyjątkiem. Z badań prowadzonych nad współwystępowaniem zaburzeń lękowych z zespołem deficytu

uwagi (ADD) wynika, iż *comorbidity* jest tu ponad dwukrotnie wyższa, niż można by oczekiwać na podstawie częstości występowania obu zaburzeń w populacji [42]. Podobne wyniki dwu- lub trzykrotnie wyższej *comorbidity* uzyskano w badaniach innych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży [48].

Wysoka częstość współwystępowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży skłania wielu autorów do prób wyjaśnienia tego zjawiska [8, 40, 47, 48, 49, 50].

Autorzy większości metaanaliz podkreślają wagę nozologii zarówno w projektowaniu badań, jak i rozumieniu zjawiska. Zauważają, że nozologia może być przyczyną zarówno niedoszacowania, jak i przeszacowania *comorbidity* u dzieci i młodzieży [47]. Angold, Costello i Erkanli [40] analizując terminologię używaną w badaniach nad *comorbidity* u dzieci i młodzieży. Autorzy ci zauważają, że podstawową przeszkodą w prowadzeniu badań jest fakt, że kryteria i definicje zaburzeń są mniej precyzyjnie określone w psychiatrii, niż w innych dziedzinach medycyny (np. opisowe kryteria diagnostyczne, częste zmiany kryteriów i kategorii). Określenie objawów diagnostycznych oraz stopnia ich nasilenia jest w znacznym stopniu arbitralne. W takim przypadku ocena „*comorbidity*” w dobrze lub słabo zdefiniowanych zaburzeniach, będzie różnić się znacząco. Wydaje się, że określenie kryteriów diagnostycznych w zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży jest mniej precyzyjne, niż w chorobach i zaburzeniach psychicznych osób dorosłych. Dopiero w przyszłości przy zbiorze dobrze określonych zaburzeń możliwa będzie ocena i wyjaśnienie przyczyn *comorbidity* [40].

W początkach lat dziewięćdziesiątych Carron i Rutter [47] dokonali metaanalizy badań dotyczących współwystępowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. W swojej pracy wprowadzili kategorię prawdziwej *comorbidity* (*true comorbidity*) oraz przedstawili możliwe wyjaśnienia tego zjawiska. Do dziś praca Carron i Ruttera [47] pozostaje jednym z klasycznych opisów, a przedstawiony model wyjaśnienia współwystępowania zaburzeń psychicznych jest z niewielkimi modyfikacjami cytowany powszechnie [10, 14, 40, 48, 51].

W przypadku „prawdziwej *comorbidity*” Carron i Rutter [47] proponują następujące wyjaśnienia tego zjawiska:

1. oba zaburzenia mają wspólne czynniki ryzyka,
2. istnieje powiązanie pomiędzy oddzielnymi czynnikami ryzyka,
3. wzorzec współwystępowania chorób i zaburzeń psychicznych konstytuuje odrębną jednostkę,
4. jedno zaburzenie stwarza większe ryzyko wystąpienia drugiego.

Zdaniem autorów, hipotezy te mogą stać się przedmiotem badań tzw. wzorców współwystępowania zaburzeń psychicznych [47]. Niewątpliwie jednak, zjawisko współchorobowości istotnie wpływa na trudności diagnozowania zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży.

ICD, DSM – SYSTEMY KLASYFIKACYJNE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

Przyjrzyjmy się zatem cechom obu głównych systemów klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży. Oba systemy klasyfikacji (ICD-10 i DSM-IV) posiadają następujące cechy [52, 53]:

- opierają się na podejściu opisowym – grupują zaburzenia wg kryterium „podobieństwa ich zasadniczej tematyki i opisowego podobieństwa”,
- są tymczasowe zakładając, że stan wiedzy w zakresie psychiatrii ulega stałej ewolucji, dochodzą nowe fakty, znane są inaczej interpretowane, a przede wszystkim wzrasta wiedza o funkcjonowaniu mózgu i jego związkach z powstawaniem zaburzeń psychicznych,
- wprowadzają pojęcie zaburzenia zamiast pojęcia choroby czy też nerwicy lub psychozy, wymagającego istnienia objawów lub zachowań i wynikającego z nich subiektywnego cierpienia,
- wprowadzają kryteria wykluczenia oraz hierarchiczność zaburzeń: rozpoznajemy cięższe, poważniejsze zaburzenie, np. w schizofrenii nie rozpoznajemy zaburzeń lękowych lub zaburzeń zachowania.

Oba systemy klasyfikacyjne [49, 54] są systemami wieloosiowymi, choć w Polsce nie ma obowiązku rozpoznawania innych niż pierwszej osi dotyczących niepełnosprawności i kontekstu, w jakim powstaje dane zaburzenie.

Mimo wyraźnej rywalizacji pomiędzy oboma systemami klasyfikacyjnymi i różnic w zakresie terminologii i subkategorii w zakresie zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży te systemy są bardziej podobne niż różne. Może największe różnice występują w zakresie klasyfikacji dotyczącej zaburzeń hiperkinetycznych w ICD-10 i ADHD w DSM-IV. W tym obszarze diagnostycznym oba systemy wychodzą z różnych założeń dotyczących dominującej symptomatologii. Może to mieć istotne skutki nie tylko dla oceny epidemiologii, ale także leczenia.

Do „mocnych stron” klasyfikacji należą ich następujące aspekty:

- poznawcze, podstawowe dla nauki porządkowanie zjawisk – w tym przypadku nie do końca osiągnięte – brak jest bowiem jasnej, jednoznacznej i ostatecznej koncepcji patogenezy większości zaburzeń psychicznych, stąd krytyka wielu autorów współczesnych systemów klasyfikacyjnych w psychiatrii;
- praktyczne – ułatwiają porozumiewania się pomiędzy klinicystami, naukowcami w zakresie włączania do badań analogicznych grup pacjentów, stwarzają podstawy do tworzenia modeli postępowania klinicznego, a więc tak ważnych standardów terapeutycznych; mają także znaczenie dla celów statystycznych, co z kolei umożliwia ocenę rozmiaru danego zaburzenia, a w konsekwencji planowania organizacji opieki zdrowotnej;
- dydaktyczne – ważnym wydaje się także znaczenie współczesnych klasyfikacji w procesie kształcenia osób zajmujących się opieką zdrowotną.

W psychiatrii dzieci i młodzieży wymienione powyżej wady i zalety klasyfikacji zaburzeń psychicznych pomnożone są o dodatkowy niezmiernie istotny czynnik, jakim są kontrowersje wobec zagadnienia związku zaburzeń tego okresu z fazą rozwoju człowieka i ich swoistości [55]. W efekcie tych kontrowersji, ogół zaburzeń okresu rozwojowego został podzielony na zaburzenia rozwoju psychicznego F80-F89, w której to grupie mieszczą się całościowe zaburzenia rozwoju oraz zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i wieku młodzieńczym F90-F98.

Pozostałe zaburzenia, które rozpoczynają się w wieku rozwojowym, są diagnozowane zgodnie z kryteriami dla osób dorosłych. W odniesieniu do tych ostatnich przyjęto założenie, że niektóre cechy obrazu klinicznego i przebiegu mogą być odmienne, ale sama istota zaburzeń głównie w zakresie patogenezy jest taka sama, jak u dorosłych. To, że w tej grupie znalazły się m.in. schizofrenia i choroby afektywne budzi mniej wątpliwości niż takie zaburzenia jak jadłowstręt psychiczny, którego związek z fazą cyklu życia nastolatki i rodziny, jaką jest adolescencja wydaje się bezsporny zarówno w zakresie związku objawów z tą fazą, jak i standardów postępowania (terapia rodzin).

JAKIE POWINNY BYĆ KRYTERIA DOBREJ KLASYFIKACJI (TAKSONOMII)

Według Szatmari [56] i Quaya [57] do cech dobrej klasyfikacji należą:

Rzetelność dotycząca zarówno wielu oceniających, jak i oceny w czasie, a także (co wydaje się być szczególnie ważne w odniesieniu do dzieci) oceny pochodzącej z różnych źródeł.

Wewnętrzna zgodność (kowariancja elementów) – nie wszystkie objawy muszą być stale obecne, ale pewna ich liczba jest konieczna. W DSM-IV i ICD-10 do rozpoznania potrzebna jest pewna liczba objawów z ogólnej liczby; jeśli taka lista jest zbyt długa, a koniecznych objawów niewiele, dzieci lub młodzież z tą samą diagnozą może charakteryzować zupełnie inny obraz kliniczny i wewnętrzna zgodność będzie niska.

Specyficzność – elementy diagnozy powinny mówić nie tylko czym jest dane zaburzenie, ale także czym nie jest; W psychiatrii dzieci i młodzieży punktem odniesienia w klasyfikacji jest raczej dziecko zdrowe, a nie dziecko z inną diagnozą. Co więcej na specyficzność klasyfikacji dzieci i młodzieży niezwykle silny wpływ ma współchorobowość. Dobrymi przykładami małej specyficzności są zaburzenia hiperkinetyczne i zaburzenia zachowania oraz zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe.

Zewnętrzna trafność (validity). Bez niej diagnoza jest pozbawioną znaczenia etykietą. Musi ona dostarczać informacji na temat epidemiologii, ale przede wszystkim etiologii prognozy i leczenia. Wiele podłużnych badań, np. badania Eggersa [58] młodzieży chorej na schizofrenię, Weissa i Hechtmana [59] nad dziećmi z ADHD, oraz inne wyraźnie wskazują na niewielką wartość prognostyczną diagnoz w psychiatrii rozwojowej. Z kolei nasze własne badania nad czynnikami rokowniczymi w grupie psychoz ze spektrum schizofrenii wykazały, że rozpoznanie przy przyjęciu schizofrenii miało wyraźne znaczenie dla wczesnego rokowania.

Użyteczność. Jest to specyficzny rodzaj zewnętrznej wartości, która po prostu mówi, jaki mamy pożytek z diagnozy, np., jeśli jakaś diagnoza stymuluje rozwój badań naukowych, m.in. rozwój psychofarmakologii, to staje się użyteczna niezależnie od tego, czy jej rzetelność jest duża. Główna jednak użyteczność diagnozy to jej przydatność przede wszystkim dla klinicystów, ale także rodziców i młodzieży. Być może dlatego psychiatrzy rozwojowi nie

kochają diagnozy, ponieważ wyjaśnia ona zbyt mało w praktycznej pracy klinicysty.

W chwili obecnej można powiedzieć, że jest niewiele terapii, które są specyficzne dla diagnozy – zaliczyć do nich można psychostymulanty w ADHD, blokery dopaminy w tikach i zespole Tourette’a, programy behawioralne dla poprawy wagi w jadłowstręciu psychicznych i niektóre procedury behawioralne w zaburzeniach lękowych. Z kolei skrajnie odwrotnym przykładem braku specyficzności leczenia w stosunku do diagnozy są zaburzenia zachowania – choć ostatnio pojawiają się doniesienia, że trening umiejętności rodzicielskich jest jedynym leczeniem z wyboru w tej kategorii zaburzeń. Większość metod leczniczych jest objawowa i niekompletna, pozostawiając klinicystę borykającego się z działaniami wobec różnych systemów ważnych dla nastolatka. W tej potyczce gubi się sens i wartość diagnozy [60].

Jakkolwiek psychiatria dorosłych boryka się z podobnymi trudnościami, w psychiatrii dzieci i młodzieży znaczenie klasyfikacji staje się jeszcze bardziej wątpliwe – choć w żadnej mierze nie chcemy go negocjować.

Spróbujmy jednak przyrzeć się dlaczego tak się dzieje, opierając się głównie na doświadczeniach naszej pracy klinicznej i koncentrując się na problematyce psychiatrii młodzieżowej.

KLASYFIKOWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH DZIECI I MŁODZIEŻY – KONTEKST ROZWOJOWY

Kontekst rozwojowy dla pracy psychiatry młodzieżowego wydaje się być podstawowy, podczas gdy diagnoza pozostaje statyczna. Ten kontekst rozwojowy, a w szczególności skomplikowane zadania adolescencji jako fazy cyklu życia rodziny, a tym samym i pacjenta jako jej członka, a głównie proces separacji i indywidualizacji powodują, że postawienie diagnozy staje się niezwykle trudne, błędne lub wręcz niepotrzebne. Nie ma pewnie wśród psychiatrów dzieci i młodzieży osoby, której nie zdarzyło się gwałtowne poszukiwanie diagnozy, do której należy dopasować pacjenta z jego skomplikowanymi problemami osobistymi i rodzinnymi. Na szczęście twórcy klasyfikacji pozostawili nam „zaburzenia adaptacyjne” jako niewiele znaczące pancerium na tego typu wątpliwości.

W naszej pracy klinicznej zbieramy informacje z trzech źródeł – od pacjenta, jego rodziców i często szkoły. Wątpliwości rodzą się, kiedy istnieją zasadnicze różnice pomiędzy tymi trzema źródłami informacji. Niedawno rodzina pacjenta udzieliła informacji, po których diagnoza schizofrenii wydawała się nie budzić żadnych wątpliwości. Rozmowa z chłopcem ujawniła osobę uwikłaną w konflikty rodzicielskie, reagującą na nie tzw. załamaniem linii życiowej, agresją na przemian ze smutkiem, nastawieniami urojeniowymi wobec rodziców. W ich obecności pasowała do niego diagnoza psychozy, kiedy zaś został sam, przestał być chorym na schizofrenię.

Niestabilność diagnozy w czasie, w zaburzeniach psychicznych okresu adolescencji stawia nas przed ważnymi i trudnymi dylematami diagnostycznymi. Zaburzenie, które w czasie pierwszej hospitalizacji diagnozujemy jako psychozę z grupy schizofrenii, w trakcie kolejnych, nie budzi wątpliwości, że mamy do czynienia z chorobą afektywną dwubiegunową i odwrotnie. Często skłaniamy się w naszych dyskusjach do stwierdzenia, że rozpoznanie „psychozy wieku dorastania” byłoby dobrym rozwiązaniem tych dylematów.

Innym minusem klasyfikacji jest to, że do pewnego stopnia niszczy ona naszą ciekawość pacjenta jako osoby, a nie jako lepiej lub gorzej zdefiniowanego przypadku. Ciekawość zaś traktujemy jako niezwykle ważny warunek pracy klinicznej. Ciekawość jest tym co pobudza nas także do widzenia wielu znaczeń, pozwala być nastawionym na odkrywanie różnych punktów widzenia, na słuchanie i słyszenie różnych historii czy też narracji. Rozpoznanie przeciwnie. Powoduje, że uciekamy się do generalizacji cech klinicznych, czy też prognostycznych związanych z tą właśnie jednostką chorobową, nie szukając indywidualnych, niepowtarzalnych cech charakteryzujących pacjenta jako osobę. Zaklasyfikowanie pacjenta do jednej z kategorii diagnostycznych nie wyklucza widzenia w nim „Osoby” z jej specyficznymi problemami rodzinnymi, trudnościami w separacji czy też indywidualizacji, ale niewątpliwie to utrudnia.

Klasyfikacja stwarza psychiatrze dzieci i młodzieży trudność jak pomieścić w niej kontekst rodzinny zaburzeń i ich systemowe rozumienie. Czy depresja pełniąca wyraźną funkcję w systemie rodzinnym, np. odwracająca uwagę rodziny od bezrobocia ojca i stwarzająca mu szansę i sens życia w postaci opieki nad smutnym synem to „umiarkowany epizod depresyjny”, czy coś więcej, czy mniej? I kolejne pytanie. Czy w tym przypadku to rozpoznanie, skądinąd słuszne, ma jakąś użyteczność etiologiczną, prognostyczną, czy wreszcie, co najważniejsze, terapeutyczną?

Klasyfikacja często przedwczesna lub niepewna pozostaje znaczną interwencją w systemie rodzinnym, tak ważnym dla pacjenta. Wszyscy jego członkowie muszą mieć czas, aby uporać się z diagnozą, jej konsekwencjami społecznymi, psychologicznymi i życiowymi, przede wszystkim dotyczącymi szkoły.

I ostatni dylemat dotyczący klasyfikacji zaburzeń psychicznych okresu adolescencji. Jak diagnozować trafiających do nas pacjentów, których ewidentne i często bardzo poważne problemy są problemami „życia”, dysfunkcyjnej rodziny, przemocy, deprywacji psychicznej i fizycznej. Czy mimo ewidentnego cierpienia, zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego są „przypadkami psychiatrycznymi”, czy też nie. Zwłaszcza, że często (choć jeszcze rzadko w Polsce) radzą sobie z nimi lepiej inne instytucje niż psychiatria.

Pozostaje podstawowe pytanie, czy mamy coś w zamyśle, np. zaburzenia psychiczne okresu dorastania. Jakie byłyby plusem takiej przejściowej diagnozy?

PIŚMIENNICTWO

- Myerson A. Some trends of psychiatry. 1944. *Am J Psychiatry* 1994; 151 (6 supl): 55–63.
- Gelder M, Freeman H. Adolf Meyer (1866–1950). W: Freeman H, red. *A Century of Psychiatry*. London: Harcourt Publishers Limited; 1999: 103–6.
- Aričs P. Historia dzieciństwa. Dziecko i rodzina w dawnych czasach. Gdańsk: Wyd Marabut; 1995.
- Neve M, Turner T. History of Child and Adolescent Psychiatry. W: Rutter M, Taylor E, red. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Balckwell Science Ltd; 2002: 382–95.
- Delumeau J, Roche D. Historia ojców i ojcostwa. Warszawa: WSiP; 1995.
- Taylor E, Rutter M. Classification: Conceptual Issues and Substantive Findings. W: Rutter M, Taylor E, red. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Balckwell Science Ltd; 2002: 3–18.
- Freud A. Normality and Pathology in Childhood. New York: International Universities Press; 1965.
- Cantwell DP, Rutter M. Classification: Conceptual issues and substantive findings. W: Rutter M, Taylor E, Hersov L, red. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. Oxford: Balckwell Science Ltd; 1994: 3–21.
- World Health Organization. *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization; 1978.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Wyd. 3. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
- World Health Organization. *Mental Disorders: ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Rutter M. Classification and categorization in child psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry* 1965; 6 (2): 71–83.
- Rutter M. Diagnostic validity in child psychiatry. *Adv Biol Psychiatry* 1978; 2: 2–22.
- Rutter M, Plomin R. Opportunities for psychiatry from genetic findings. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 209–19.
- Volkmar FR, Woolston JL. Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents. W: Wetzler S, Sanderson WC, red. *Treatment Strategies for Patients with Psychiatric Comorbidity*. New York: Wiley; 1997: 302–22.
- Coll CG, Akerman A, Cicchetti C. Cultural influences on developmental processes and outcomes: implications for the study of development and psychopathology. *Dev Psychopathol* 2000 Summer; 12 (3): 333–56.
- Wachholz L. O zaburzeniach umysłowych dzieci i młodzieży. Lwów-Warszawa: Książnica-Atlas; 1927.
- Frostig J. *Psychiatria*. Lwów: 1933.
- Bornsztajn M. *Zarys psychiatrii klinicznej*: 1922.
- Mazurkiewicz J. *Wstęp do psychofizjologii normalnej*. Tom II. *Dysolucja aktywności korowo-psychicznej*. Warszawa: PZWL; 1958.
- Bychowski G. *O psychicznym leczeniu dziecka*. Warszawa: Biblioteka Pedagogiki Leczniczej; 1931.
- Dąbrowski K. O wpływie otoczenia na powstawanie i rozwój niektórych form nerwowości u dzieci. Warszawa: Szkoła Specjalna; 1939.
- Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: 1920.
- Homburger A. *Psychopatologie des Kindesalters*. Berlin: 1926.
- Herczyńska G. *Psychiatria i neurologia w Polsce okresu stalinowskiego*. *Post Psychiatr Neurol* 2005; 14 (2): I–VI.
- Dąbrowski K. *Społeczno-wychowawcza psychiatria dziecięca*. Warszawa: PZWL; 1964.
- Szymańska Z. *Psychiatria wieku dziecięcego i młodzieńczego*. Warszawa: PZWL; 1969.
- Popielarska A, red. *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa: PZWL; 1981.
- Sulestrowska H. Wybrane zagadnienia psychiatrii dziecięcej. W: Bilikiewicz T, red. *Psychiatria kliniczna*. Tom III. Warszawa: PZWL; 1989.
- Orwid M, Pietruszewski K. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum; 1993.
- Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004.
- Wolańczyk T, Komender J, red. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: PZWL; 2005.
- Bomba J. *Depresja młodzieńcza*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004: 266–76.
- Jaklewicz H. *Autyzm wczesnodziecięcy*. Diagnostyka, przebieg, leczenie. Gdańsk: GWP; 1993.
- Jakubczyk A, Żechowski C, Namysłowska I. *Jadłowstręt psychiczny – różne postacie, różne terapie*. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 1993: 47–54.
- Rushton JL, Felt BT, Roberts MW. Coding of pediatric behavioral and mental disorders. *Pediatrics* 2002; 110 (1): 1–8.
- Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2004.
- PDM Task Force. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
- Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970; 23: 455–68.
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40 (1): 57–87.
- Kendall PC, Clarkin JF. Introduction to special section: comorbidity and treatment implications. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60 (6): 833–4.
- Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44 (1): 69–76.
- Kashani JH, Beck NC, Hooper EW, Fallahi C, Corcoran CM, McAllister JA, Rosenberg TK, Reid JC. Psychiatric disorders in community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987; 144 (5): 584–9. Erratum in: *Am J Psychiatry* 1987; 144 (8): 1114.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, Sceery W, Shaffer D. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27 (6): 764–71.
- Weissman MM. Psychopathology in the children of depressed parents: distinct interview studies. W: Dunner DL, Gershon ES, Barrett JE, red. *Relatives at risk for mental disorder*. New York: Raven Press; 1988: 143–59.
- Nottelmann ED, Jensen PS. Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. W: Ollendick TH, Prinz RJ, red. *Advances in Clinical Child Psychology: Vol. 17*. New York: Plenum Press; 1995: 109–55.
- Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32 (7): 1063–80.
- Volkmar FR, Woolston JL. Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents. W: Wetzler S, Sanderson WC, red. *Treatment Strategies for Patients with Psychiatric Comorbidity*. New York: Wiley; 1997: 302–22.
- Rutter M, Lebovici S, Eisenberg L, Sneznjevskij AV, Sadoun R, Brooke E, Lin TY. A tri-axial classification of mental disorders in childhood. An international study. *J Child Psychol Psychiatry* 1969; 10 (1): 41–61.

50. Achenbach TM. „Comorbidity” in child and adolescent psychiatry. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1990; 1: 271–8.
51. Wittchen HU. Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996; supl (30): 9–16.
52. Bomba J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004: 68–74.
53. Sorensen MJ, Mors O, Thomsen PH. DSM-IV id ICD-10-DCR diagnoses in child and adolescent psychiatry: does it matter? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14 (6): 335–40.
54. American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
55. Tanguay PE. Child psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 472–80.
56. Szatmari P. A review of the DSM-III-R criteria for autistic disorder. *J Autism Dev Disord* 1992; 22 (4): 507–23.
57. Quay HC. Classification. W: Quay HC, Werry JS, red. *Psychopathological Disorders of Childhood*. New York: Wiley; 1986: 1–34.
58. Eggers C. Course and prognosis of childhood schizophrenia. *J Autism Child Schizophr* 1978; 8 (1): 21–36.
59. Weiss G, Hechtman LT. *Hyperactive Children Grown Up*. New York: Guilford; 1986.
60. Werry JS. Child psychiatric disorders: Are they classifiable? *Br J Psychiatry* 1992; 161: 472–80.

Adres: Dr Cezary Żechowski, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. (22) 4582790, tel./fax: (22) 6421272, e-mail: cezech@poczta.onet.pl