

Rozpoznawanie organicznych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży - na podstawie badań własnych¹

Assessment of organic brain disorders in children and adolescents - research report

AGNIESZKA GMTROWICZ, JOLANTA RABE-JABŁOŃSKA

Z II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Łodzi

STRESZCZENIE. *Autorki podjęły próbę opracowania schematu postępowania przy rozpoznawaniu patologii mózgowej i organicznych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. W tym celu przeprowadzona została dwustopniowa weryfikacja różnych wskaźników organicznego uszkodzenia OUN.*

SUMMARY. *An attempt was made by the authors to develop a diagnostic procedure for the assessment of cerebral pathology and mental disorders resulting from brain damage in children and adolescents. For this purpose a two-stage verification of various indices of brain damage was carried out.*

Słowa kluczowe: organiczne uszkodzenie OUN / rozpoznawanie

Key words: organic CNS damage / diagnosis

Lipowski (wg 13) określił zaburzenia psychiczne uwarunkowane organicznym uszkodzeniem OUN (ouOUN) mianem "kopciuska" psychiatrii amerykańskiej. Przeglądając piśmiennictwo (1-12, 14-75) dotyczące problematyki tych zaburzeń, natrafia się na podobny stan rzeczy. Panuje właściwie dowolność, jeżeli chodzi o kryteria rozpoznawania patologii mózgowej, ustalanie czynników uszkadzających OUN oraz ich wpływu na powstawanie różnych zaburzeń psychicznych, a jednocześnie podważane są tradycyjne poglądy na obraz kliniczny zaburzeń psychicznych uwarunkowanych ouOUN. Najostrzej zarysowuje się to w piśmiennictwie dotyczącym psychiatrii dzieci i młodzieży.

Dość powszechnie przyjmuje się, że diagnoza psychiatryczna w okresie rozwojowym powinna mieć charakter dynamiczny, uwzględniający pełny rozwój osobniczy (w tym także obciążenia przed-, około- i poporodowe) oraz wielopłaszczyznowy, uwzględniający również stan somatyczny, trudności

szkolne, funkcjonowanie społeczne i relacje rodzinne. Możliwości takiego ujęcia daje podręcznik diagnostyki i statystyki psychiatrycznej opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (w skrócie DSM III - 12) oraz rzadziej stosowana wieloosiowa klasyfikacja Ruttera, Shaffera i Shepherd (64).

Autorzy DSM III, poza ścisłymi kryteriami diagnostycznymi (patrz zał. 1, 2, 3), dają jednak tylko ogólne wskazówki dotyczące określenia "specyficznego czynnika organicznego" przy rozpoznawaniu organicznych zaburzeń psychicznych, a i jego obecność nie jest zawsze przez nich wymagana.

CEL BADAŃ

Chcąc zmienić istniejący stan rzeczy, autorki podjęły próbę opracowania schematu postępowania przy rozpoznawaniu organicznego uszkodzenia OUN i organicznych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

¹ - Temat opracowany w ramach Resortowego Programu Badawczo-Rozwojowego MZ.V. (R.24.2)

OSOBY BADANE I METODA BADAŃ

Przebadano kompleksowo (ustrukturalizowane pełne badanie psychiatryczne, rutynowe badanie neurologiczne poszerzone o testy Duffy'ego, pełne badanie psychologiczne, eeg, standaryzowany wywiad i in.) łącznie 432 osoby w wieku 15-21 lat. Połowę z nich stanowili pacjenci oddziału młodzieżowego II Kliniki Psychiatrycznej AM w Łodzi, leczeni w latach 1986-1988. Resztę stanowili uczniowie różnych szkół ponadpodstawowych dobrani losowo i proporcjonalnie (grupa kontrolna).

U wszystkich poszukiwano różnych wskaźników ouOUN, ustalonych w badaniach wstępnych², na podstawie opinii ekspertów. Wykorzystanie metody ekspertów pozwoliło na wyłonienie najmniej kontrowersyjnych i najbardziej przydatnych wskaźników ouOUN. Były one podstawą zoperacjonalizowanego rozpoznawania patologii mózgowej u badanych.

Przy opracowywaniu materiału posłużono się komputerem IBM PC/AT (bazą danych i specjalnie skonstruowanym programem). W efekcie wyłoniono z grupy pacjentów osoby z patologią mózgową (grupa I, N = 106) oraz wykluczono z grupy kontrolnej 14 osób ze stwierdzonym ouOUN.

Następnie porównywano występowanie poszczególnych wskaźników ouOUN u wszystkich młodocianych ze stwierdzoną patologią mózgową (grupa I) oraz u młodocianych z grupy kontrolnej bez patologii mózgowej (grupa 2, N = 202).

Dla zbadania, czy istnieje zależność statystyczna pomiędzy poszczególnymi cechami, zastosowano test χ^2 . Jeżeli stwierdzono istotnie statystyczną zależność, wówczas jej siłę określano przy pomocy współczynnika współzależności Cramera (V).

WYNIKI BADAŃ

W wywiadach chorobowych dotyczących przebadanych osób z grupy I najczęściej powtarzały się utraty przytomności - u 63 osób (59.4%) oraz specyficzne zaburzenia rozwojowe - u 56 osób (58.3%), w dalszej kolejności występowały dane o patologicznym przebiegu ciąży i porodu - u 50 osób (47.1%).

Ogniskowe objawy neurologiczne były obecne u 12 osób, tzn. u 11.3% badanych należących do analizowanej grupy młodocianych z ouOUN, natomiast tzw. miękkie objawy neurologiczne stwierdzono u ponad połowy osób z tej grupy (50.9%).

Zaburzenia wegetatywne występowały u 88 młodocianych z ouOUN (83%).

Charakterystyczne objawy psychopatologiczne w sferze poznawczej i emocjonalnej, które m. in. wchodziły w zakres zoperacjonalizowanej diagnozy ouOUN wystąpiły u ponad 90 badanych z grupy I (blisko 90%).

Patologiczny wynik w teście Bentona otrzymano u 96 badanych z ouOUN (90.5%), natomiast znaczącą różnicę między skalą słowną i bezsłowną w teście Wechslera stwierdzono tylko u 48 młodocianych z tej grupy (45.2%).

Nieprawidłowy zapis eeg wystąpił u 102 badanych z ouOUN (96.2%). Przy czym najczęściej występowały zmiany zlokalizowane (u 65% osób), w dalszej kolejności zaś zmiany napadowe i uogólnione.

Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, że wszystkie oceniane wskaźniki ouOUN występowały istotnie częściej w grupie młodocianych ze stwierdzonym ouOUN niż w grupie kontrolnej bez ouOUN, jednak siła poszczególnych związków mierzona współczynnikiem Cramera (V) była różna.

Silny związek ($V > 0,5$) wystąpił w przypadku następujących wskaźników: charakterystyczne zaburzenia sfery emocjonalnej, poznawczej i dążeńiowej, patologiczne wyniki w teście Bentona, utraty przytomności oraz tzw. miękkie objawy neurologiczne. Bardzo

²- Patrz poprzedni artykuł ("wskaźniki organicznego uszkodzenia OUN u dzieci i młodzieży - w opinii ekspertów")

słaby związek ($V < 0,2$) natomiast dotyczył: bólów głowy, neuroinfekcji i zlokalizowanych zmian w zapisie eeg. W pozostałych przypadkach istniały związki o różnej mocy ($0,2 < V < 0,5$), przy czym odnośnie zaburzeń rozwojowych oraz patologii ciąży i porodu, siła związku tych wskaźników z ouOUN była umiarkowana.

Z różnych konfiguracji poszczególnych wskaźników ouOUN, które były podstawą rozpoznawania u badanych ouOUN, zdecydowanie najczęściej (w 46 przypadkach) powtarzał się układ następujących wskaźników: obciążający wywiad chorobowy, utraty przytomności, patologiczne wyniki w teście Bentona, nieprawidłowy zapis eeg oraz charakterystyczne objawy psychopatologiczne (przede wszystkim męczliwość i chwiejność afektywna). Inne konfiguracje wskaźników występowały równie rzadko.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

W celu ustalenia wskaźników ouOUN, które można by przyjąć jako podstawę rozpoznania patologii mózgowej u osób młodocianych, przeprowadzono badania wstępne. Posłużono się w nich metodą ekspertów.

W oparciu o statystyczną weryfikację rezultatów badania ankietowego ekspertów wyłoniono zestawy wskaźników ouOUN, które decydowały następnie o rozpoznaniu patologii mózgowej w przeprowadzonych badaniach. Wśród nich dominowały następujące objawy psychopatologiczne ze sfery poznawczej: męczliwość, zaburzenia koncentracji uwagi, obniżenie zdolności uczenia się i ograniczenie zdolności planowania oraz ze sfery emocjonalno-dążeńowej: chwiejność emocjonalna, drażliwość, nietrzymanie afektu, załeganie afektu, nieumotywowane wybuchy złości, działania impulsywne. Objawy te w większości nawiązują do różnych opisów następstw ouOUN, a w szczególności do "specyficznej symptomatyki mózgowej" podanej przez Gollnیتza (21) i egzogenego zespołu

psychoorganicznego Lemppa (42) oraz do zespołu deficytu uwagi opisanego w DSM III.

Fakt silnego związku wymienionych objawów psychopatologicznych z ouOUN potwierdzony został w naszych badaniach. Izolowane występowanie tych objawów psychopatologicznych stwierdzono tylko u nielicznych badanych z grupy kontrolnej, bez patologii mózgowej.

Nie potwierdza to opinii Shaffera (61), Krugera, Haubitza (37) i in. o małym znaczeniu objawów psychopatologicznych dla rozpoznania ouOUN.

Następnymi wskaźnikami, które przyjęto m.in. jako podstawę rozpoznania ouOUN, były patologiczne wyniki uzyskane w badaniach: psychologicznym (przeprowadzonym testem Wechslera i testem Bentona), neuropsychologicznym oraz eeg.

Na dużą przydatność w diagnostyce ouOUN testów inteligencji i wizualno-przestrzennych wskazują m.in. Rutter (59) i Rydzyński (66). Część autorów (Hunger - 26, Hartje - 24, Poeck i in. - 54) jednak znacznie większą wartość przypisuje badaniom neuropsychologicznym, chociaż czasochłonność tych badań uniemożliwia ich rutynowe zastosowanie.

Porównanie występowania patologicznych wyników w teście Bentona i teście Wechslera u wszystkich badanych z ouOUN z występowaniem ich w grupie kontrolnej u osób bez cech ouOUN wykazało, że patologiczne wyniki testu Bentona częściej potwierdzały u badanych ouOUN, niż znacząca różnica między skalą słowną i bezsłowną w teście Wechslera.

Patologiczne wyniki w zapisie eeg wystąpiły u prawie wszystkich badanych z patologią mózgową (u 96%), natomiast w grupie kontrolnej u osób bez ouOUN u ponad połowy badanych (u 57%), przy czym najslabiej statystycznie różnicował te dwie grupy badanych zapis eeg ze zlokalizowaną patologią. Dane te najbardziej zbliżone są do wyników uzyskanych przez Gollnیتza (21) i Rydzyńskiego (66).

Na uwagę zasługuje fakt częstego występowania patologicznych wyników eeg u osób z grupy kontrolnej bez ouOUN. W analogicznych badaniach Vol'tfogle (74) nieprawidłowy zapis eeg wypadł tylko u 12% młodocianych z grupy kontrolnej.

Decydującymi o rozpoznaniu ouOUN danymi z wywiadu były następujące wskaźniki: przewlekły przebieg zaburzeń psychicznych oraz obniżenie zdolności adaptacyjnych. Obecność w wywiadzie specyficznych zaburzeń rozwojowych stwierdzono u ok. 60% wszystkich badanych z ouOUN, podczas gdy w grupie kontrolnej u osób bez ouOUN tylko u ok. 15%. Wyniki te świadczą o dość silnym związku specyficznych zaburzeń rozwojowych z patologią mózgową. Podobne wyniki otrzymała Klepel (36) badając dzieci z klas wyrównawczych. Stwierdziła ona u 60% tych dzieci różne przejawy MBD.

Przeprowadzone badania wykazały również, że wszyscy badani ze stwierdzonym ouOUN istotnie statystycznie częściej obciążeni byli danymi o patologicznym przebiegu ciąży i porodu, niż badani z grupy kontrolnej bez ouOUN. Wyniki te korespondują z doniesieniami m.in. Rydzyńskiego (66), Lemppa (42), Kucery (39) podkreślającymi istotny wpływ patologii ciąży i porodu na powstawanie następstw wczesnodziecięcego uszkodzenia (WUM).

Wśród pozostałych wskaźników mogących mieć bezpośredni związek z ouOUN zdecydowanie najczęściej występowały utraty przytomności. Zrozumiałe w tej sytuacji jest duże zainteresowanie psychiatrów (m.in. Rutter i Shaffer - 59 oraz Lehmkuhl - 40) właśnie następstwami długotrwałych utrat przytomności głównie spowodowanych urazami czaszki. Rutter (53) stwierdził trzykrotnie wyższy wskaźnik zaburzeń psychicznych w grupie dzieci po długotrwałych utratkach przytomności powstałych w wyniku urazów czaszki. Lehmkuhl i Thoma (40) również wskazali na duże ryzyko wystąpienia zaburzeń psychi-

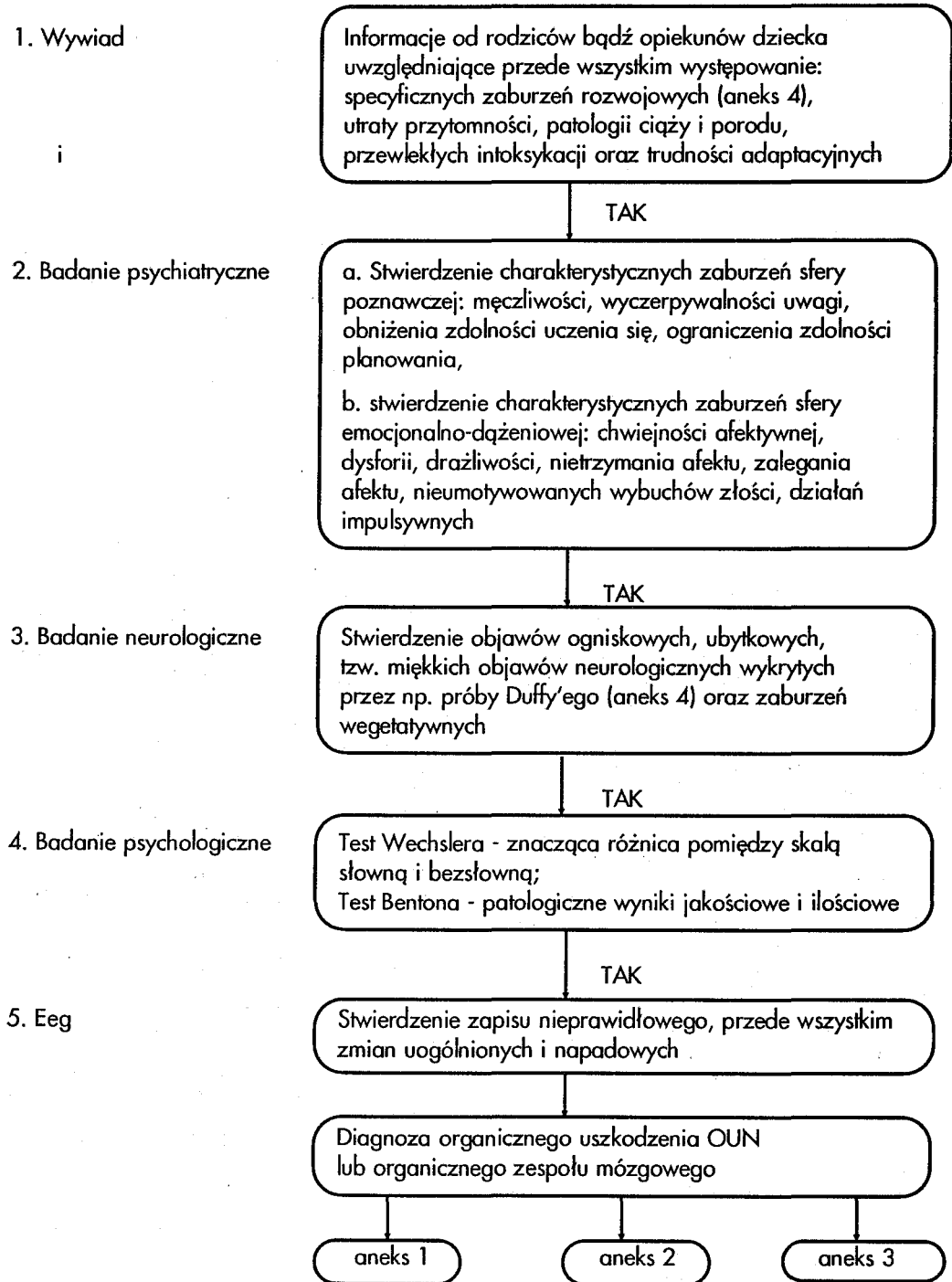
cznych związane z długotrwałymi pourazowymi utratami przytomności. W badanej przez nich grupie młodocianych wynosiło ono 69%, podczas gdy w grupie kontrolnej tylko 13%.

Oceniając występowanie u wszystkich badanych młodocianych z ouOUN znaczących objawów neurologicznych otrzymano zbliżone dane do wyników Klepel (36). Obecność tych objawów stwierdzono u 11% badanych z ouOUN, podczas gdy w grupie kontrolnej (u osób bez ouOUN) tylko u 0.5%.

Występowanie tzw. miękkich objawów neurologicznych w sposób istotny różnicowało wszystkich badanych młodocianych z ouOUN i badanych z grupy kontrolnej bez ouOUN. W pierwszym przypadku obecność tzw. miękkich objawów neurologicznych stwierdzono u 50% badanych z ouOUN. Jest to wynik zbliżony do danych uzyskanych przez Rabe-Jabłońską (57) w grupie dzieci z wczesnodziecięcym uszkodzeniem mózgu. Natomiast w przypadku grupy kontrolnej (bez ouOUN) obecność tych objawów stwierdzono tylko u 5% badanych, podobnie jak w badaniach Wolffa - 3.8% (75). Uzyskane odsetki są jednak zdecydowanie niższe od przytaczanych przez Ruttera, Shaffera, Adamsa i in. (wg 33), którzy wykazując obecność miękkich objawów neurologicznych aż u 10-14% zdrowych dzieci, traktują ostrożnie przydatność tych objawów w diagnostyce ouOUN.

PODSUMOWANIE

W oparciu o piśmiennictwo psychiatryczne i przeprowadzoną dwustopniową weryfikację różnych wskaźników organicznego uszkodzenia OUN opracowano następujący schemat postępowania przy rozpoznawaniu organicznego uszkodzenia OUN i organicznych zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.



WNIOSKI

1. Wywiad u badanych ze stwierdzoną patologią mózgową częściej niż u badanych z grupy kontrolnej obciążony był informacjami o występowaniu utrat przytomności oraz specyficznych zaburzeń rozwojowych.
2. U badanych ze stwierdzoną patologią mózgową najczęściej powtarzał się układ 4 wskaźników: utraty przytomności w wywiadzie, patologiczne wyniki w teście Bentona, nieprawidłowy zapis eeg oraz męczliwość i chwiejność afektywna.
3. Bóle głowy, przebyte neuroinfekcje, zlokalizowane zmiany w eeg nie miały w badanej grupie chorych istotnego związku ze stwierdzoną patologią mózgową.

PIŚMIENNICTWO

1. Bauer A.: Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer 1986.
2. Bellini L. et al.: Neuropsychological assessment of functional central nervous system disorders. Hemispheric functioning characteristics in schizophrenia and affective illness. *Acta Psychiatr. Scand.* 1988, 78, 242-246.
3. Bidzan L.: Przegląd ważniejszych skal ocen w geriatric. *Psychiatr. Pol.* 1986, XX, 6, 489-496.
4. Bilikiewicz A.: Kwantyfikacja objawów psychopatologicznych. *Psychiatr. Pol.* 1973, 7/4, 397-402.
5. Bilikiewicz T.: *Psychiatria kliniczna*. PZWL, Warszawa 1979.
6. Boake C., Adams R.L.: Clinical utility of the Background Interference Procedure for the Bender-Gestalt Test. *J. Clin. Psychol.* 1982, 38/3, 627-631.
7. Boll T.J.: Neuropsychological assessment of the child: myths, current status and future prospects. In: Walker E.C., Roberts M.C. (ed.): *Handbook of clinical child psychology*. Wiley, New York 1983, 186-208.
8. Bond M.: The psychiatry of closed head injury. In: Brooks N. (ed.): *Closed head injury*. Oxford University Press 1984, 148-178.
9. Cammann R., Cammann G., Meyer-Probst.: Wpływ zagrożenia psycho-socjalnego na dojrzewanie mózgu u dzieci z minimalnym uszkodzeniem mózgu. *Pamiętnik IX Sympozjum Psychiatrów Dzieci i Młodzieży Krajów Socjalistycznych*, Kraków 1988, 57.
10. Clements S.: Minimal brain dysfunction in children. *US Dep. HEW*, Washington 1966.
11. Corboz R.: Die Bedeutung des psychoorganischen Syndroms für die Delikte des Kindes und des Jugendlichen. In: Haesler W.T. (Hrsg) *Die Beziehungen des infantilen psychoorganischen Syndroms zur Kriminalität*. Ruegger, Diessenhofen 1979, 17-44.
12. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition. DSM-III. The American Psychiatric Association, Washington 1980.
13. Dubin W.R., Weiss K.J., Zeccardi J.A.: Organic Brain Syndrome. *JAMA* 1983, 249, 60-62.
14. Dubin W.R. et al.: Organic Brain Syndrome: Diagnostic Value of the EEG. *JAMA* 1983, 250, 34-35.
15. Fahndrich E. et al.: Zum Problem der Diagnosesicherung des himorganischen Psychosyndroms. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 1981, 229, 239-248
16. Faust C.: Die Bedeutung geriatrischen Spätsymptomatik für die Wiedereingliederung Schädel-Hirn-Verletzter. In: Faust C., Müller E.: *Die Prognose und Rehabilitation des Schädel-Hirn-Traumas*. Thieme, Stuttgart, New York 1980, 65-70.
17. Gallassi R. et al.: Neuropsychological assessment of mental deterioration: purpose of a brief battery and probabilistic definition of "normality" and "non-normality". *Acta Psychiatr.* 1986, 74, 62-67.
18. Gearheart B.R.: *Teaching the learning disabled*. The C.V. Mosby Company, Saint Louis 1976.
19. Goebel R.A.: Detection of faking on the Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. *J. Clin. Psychol.* 1983, 39/5, 731-742.
20. Gollnitz G.: Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Thieme, Leipzig 1954.
21. Gollnitz G.: *Neuropsychiatrie des Kindes - und Jugendalters*. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1975.
22. Graham P., Rutter M.: The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child. *Br. J. Psychiatry* 1968, 114, 581-592.
23. Graichen J.: Die Bedeutung Leichtgradiger zentraler Hirnstörungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Padiatrie und Pathologie. Supp. Springer*, Wien 1972, 1, 82-84.
24. Hrtje W.: Neuropsychologische Diagnose cerebraler Funktionsbeeinträchtigungen. *Nervenarzt* 1981, 52, 649-654.
25. Herbert A. Fox.: The DSM III Concept of Organic Brain Syndrom. *Brit. J. Psychiatry.* 1983, 142, 419-421.
26. Hunger J., Leplow B., Kleim J.: Zur Struktur des himorganischen Psychosyndroms. *Nervenarzt* 1987, 58, 603-609.
27. Isaev D. et al.: Age and infections psychoses in children and adolescents. *Zh. Nervopatol. Psikiatr.* 1983, 83/2, 267-271.
28. Jarema M., Kramarz E., Warnecka-Przybylska M.: Próba zastosowania skali objawów organicznego uszkodzenia mózgu w diagnostyce zespołu psychoorganicznego. *Psychiatr. Pol.* 1984, XVIII, 5, 451-456.
29. Jarema M.: Zespoły psychoorganiczne u pacjentów z symetrycznymi zanikami mózgu w tomografii komputerowej. *Psychiatr. Pol.* 1985, XIX, 3, 194-201.
30. Jarema M.: Badanie elektroencefalograficzne w ocenie objawów organicznego uszkodzenia mózgu. *Psychiatr. Pol.* 1977, 11, 4, 437-443.

31. Jaklewicz H., Zubrzycka-Pykat E.: Badania katamnesticzne dzieci z charakteropatią wczesnodziecięcą, rozpoznaną w 3 r.ż. Abstracts VII Kongresu Europejskiej Unii Psychiatrów Dzieci i Młodzieży, Lozanna 1983.
32. Jaklewicz H.: Badania katamnesticzne nad dysleksją - dysortografią. Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdańsk 1980.
33. Kalverboer A.F., Praag H.M., Mendelewicz J.: Minimal Brain Dysfunction: Fact or Fiction. *Advances in Biological Psychiatry*. Basel, New York, Karger 1978.
34. Kane R.L., Sweet J.J.: Comparative accuracy of the Haldstead - Reitan and standardized Luria-Nebraska neuropsychological batteries in a mixed psychiatric and brain damage population. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1981, 49/3, 484-485.
35. Kleinpeter U.: Folgezustände nach Schadel-Hirn-Traumen im Kindesalter und deren Begutachtung. VEB, Tieme, Leipzig 1979.
36. Klepel H., Reinhard H., Nitzschmann L., Wenk D.: Ergebnisse einer Analyse des Kindeneuropsychiatrisch - psychologischen Aufnahmeverfahrens für die Ausgleichsklassen der Polytechnischen Oberschulen in der Stadt Magdeburg. *Z. Gesamte Hyg.* 1983, 29, 221-222.
37. Kruger G., Haubitz I.: Classification of Organic Brain Syndromes by Cluster Analysis. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 1980, 228, 229-315.
38. Kruger G., Haubitz I., Hoyer S.: Organic Psychiatric Disease in Young Adults and Aged Patients. *Experimental Brain Research, Supp. 5*, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg 1982.
39. Kucera O.: Psychopatologiczne przejawy lekkich dziecięcych encefalopatii. Pamiętnik Sympozjum Psychiatrii Dziecięcej Krajów Socjalistycznych, Szczecin 1965, PTP, Gdańsk 1966, 37.
40. Lehmkuhl G., Thoma W.: Gibt es ein spezifisches hirngorganisches Psychosyndrom nach Schadel-Hirn-Trauma im Kindes - und Jugendalter? *Nervenarzt.* 1980, 60, 106-114.
41. Lempp R.: Organische Psychosyndrome. In: Bachmann D., Ewertbeck H., Joppich G.: *Pediatric in Praxis und Klinik*. Ed. III Fisher, Stuttgart und Thieme, Stuttgart, New York 1980, 1970-1975.
42. Lempp R.: Die organischen Psychosyndrome. In: Harbauer H. (Hrsg) *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1980, 321-377.
43. Lipowski Z.J.: Organic brain syndromes: New classification, concepts and prognosis. *Can. J. Psychiatry* 1984, 29, 198-24.
44. Luria A.: *Podstawy neuropsychologii*. PZWL, Warszawa 1980.
45. Małacka-Bańska E.: Zespół minimalnego uszkodzenia mózgu. *Biuletyn IPN*, Warszawa 1975, 1/16, 92-104.
46. Matile P.A., Bettschart W.: Description d'une population d'enfants et d'adolescents handicapés mentaux. *Schweiz. Arch. Neurol. Psych.* 1987, 138, 2, 21-33.
47. Mc Evoy J.P.: Organic Brain Syndromes. *Annals of Internal Medicine* 1981, 95, 212-220.
48. Mc Evoy J.P.: Organic Brain Syndromes. *Am. J. Psychiatry* 1981, 138/1, 124-125.
49. Meyer-Probst B.: Ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung encephalopathie - typischen Verhaltens. *Psychiatr. Neurol. Med. Psychol.* 1978, 30, 150-159.
50. Nartowska H.: *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo*. PZWS, Warszawa 1972.
51. Nizel-Simińska W.: Samobójstwa jako przejaw dezadaptacji społecznej u młodocianych encefalopatii. *Zdrowie Psychiczne* 1970, 1-2, 113-120.
52. O'Donnell W., Reynolds D.M.: Neuropsychological Impairment Scale (NIS): initial validation study using Trainmaking Testand WAIS Digit Symbol/scaled score in a mixed grouping of psychiatric, neurological and normal patients. *J. Clin. Psychol.* 1983, 39/5, 746-748.
53. Orwid M.: *Psychiatria młodzieżowa*. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 1987, t.1, 397-426.
54. Poeck K.: Neurologische und neuropsychologische Aspekte der Hirnleistungs insuffizienz. *Therapiewoche* 1983, 33, 1540-1549.
55. Popielarska A. (red.): *Psychiatria wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa 1989.
56. Poustka F., Schwarzbach H., Hennicke K.: *Mannheimer epidemiologisches Elterninterview*. Unveroff, Manuskript, Mannheim 1977.
57. Rabe-Jabłońska J.: Ocena przydatności niektórych testów neurologicznych w diagnostyce wczesnodziecięcego uszkodzenia mózgu. *Materiały VI Czechosłowacko-Polskiej Konferencji Psychiatrów Dziecięcych i Młodzieżowych*. Praga 1982, 34-37.
58. Remschmidt H., Schmidt M. (red.): *Multiaxiales Klassifikationschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes - und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge*. Huber, Bern 1986.
59. Rutter M.: Psychological Sequelae of Brain Damage in Children. *Am. J. Psychiatry* 1981, 138/12, 1533-1544.
60. Rutter M.: Developmental psychiatry: concepts, issues and problems. *J. Clin. Neuropsychol.* 1982, 4, 91-115.
61. Rutter M., Chadwick D., Shaffer D.: Head injury. In: Rutter M. (red.): *Developmental neuropsychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1984, 83-111.
62. Rutter M., Graham P.: The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child. *Br. J. Psychiatr.* 81/968, 114, 563-579.
63. Rutter M., Hersov L.: *Child Psychiatry. Modern Approaches*. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1977.
64. Rutter M., Shaffer D., Shepherd M.: *Multiaxial Classification of Child. Psychiatric Disorders*. WHO, Genewa 1975.
65. Rydyński Z.: Własne badania nad późnymi następstwami porodowego urazu mózgu. *Biul. WAM* 1963, supl. II.
66. Rydyński Z.: *Następstwa uszkodzeń mózgu we wczesnym dzieciństwie*. PZWL, Warszawa 1976.
67. Rydyński Z.: *Problemy adaptacyjne dzieci z zaburzeniami psychicznymi w świetle doświadczeń In-*

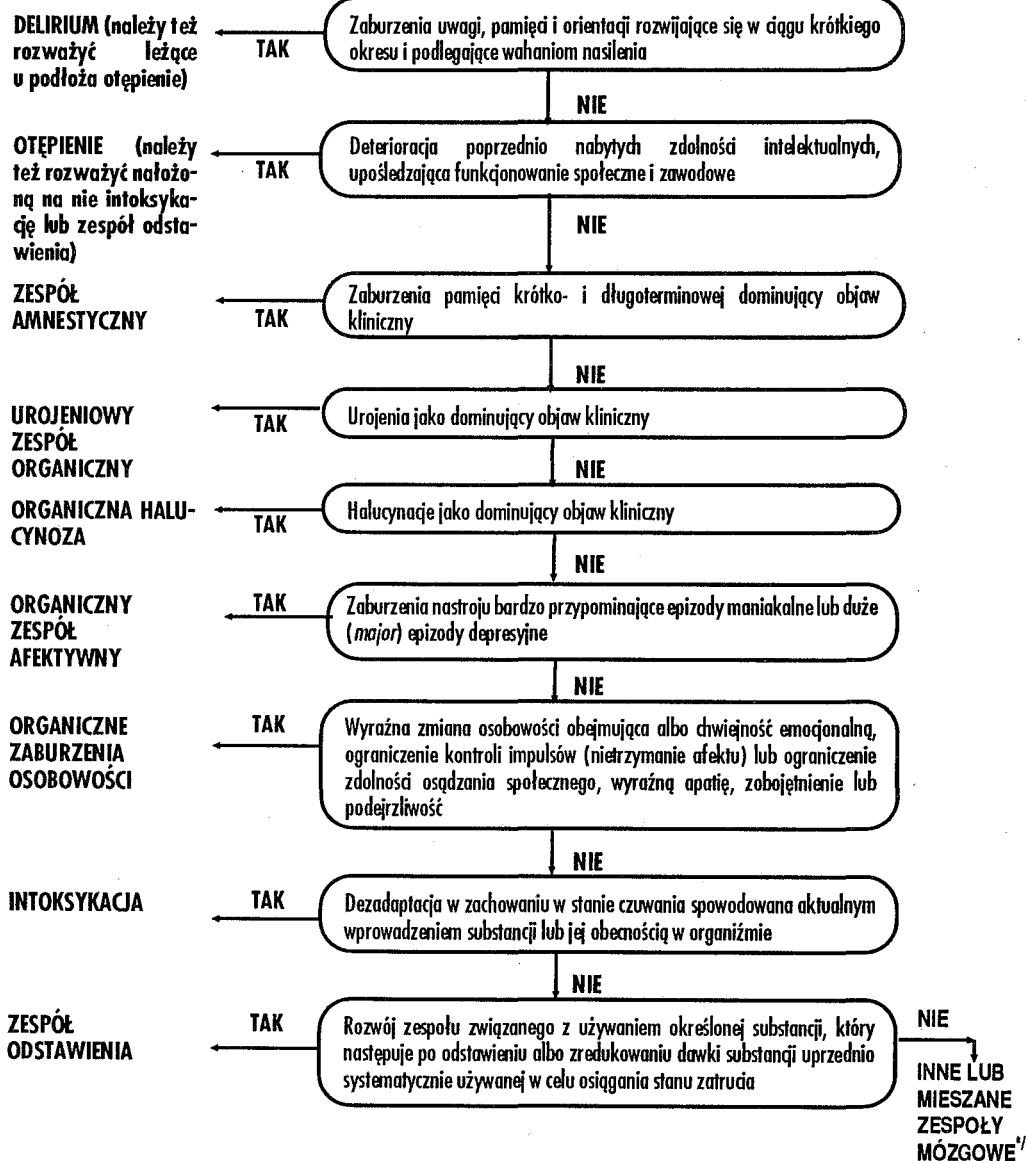
- stytutu Higieny Psychiczej. Pamiętnik IX Sympozjum Psychiatrów Dzieci i Młodzieży, Łódź 1987, t. 1, 1-35.
68. Schmidt H.H. et al.: Bedeutung cerebraler Dysfunktion bei Achtjährigen. Z. Kinder - und Jugendpsychiatr. 1982, 10, 365-377.
69. Seidenberg M.: IQ Level and performance on the Halstead Reitan Neuropsychological Test Battery for Older Childern. J. Consult. Clin. Psychol. 1983, 51/3, 406-413.
70. Shaffer D., Chadwick O., Rutter M.: Psychiatric outcome of localized head injury in children. Ciba Foundation Symposium Elsevier. Amsterdam 1975.
71. Strobl G., Reizner Th., Zeiler K.: Diagnostischer Wert der Kranialen Computertomographie bei exogenen Psychosen und psychischen Störungen im Rahmen von Körperlichen Erkrankungen. Wiener Klinische Wochenschrift 1980, 92, 602-606.
72. Strobl G., Reizner Th., Zeiler K.: Die craniale Computer- Tomographie in der Psychiatrie. Nervenarzt. 1980, 51, 36-40.
73. Tiganov A.S. et al.: Problems of the systematic of mental disorders of an exogenous and exogenous - organic nature. Zh. Nervopatol. Psikhiatr. 1984, 84/2, 222-228.
74. Vol'tfogel A.: Diagnostic signicence of various personality traits on adolescents with psychopathic - like states of residual organic orgin. Zh. Nervopatol. Psikhiatr. 1982, 82/10, 114-117.
75. Wolff P.H., Waber D., Bauermeister M.: The neuropsychological status of adolescent delinquent boys. J. Child. Psychol. Psychiatr. 1982, 23, 267-279.

*Adres: Dr Agnieszka Gmitrowicz, II Klinika Psychiatryczna AM,
ul. Czechostowacka 8/10, 92-218 Łódź*

Aneks 1

Diagnoza różnicowa organicznych zespołów mózgowych wg DSM III

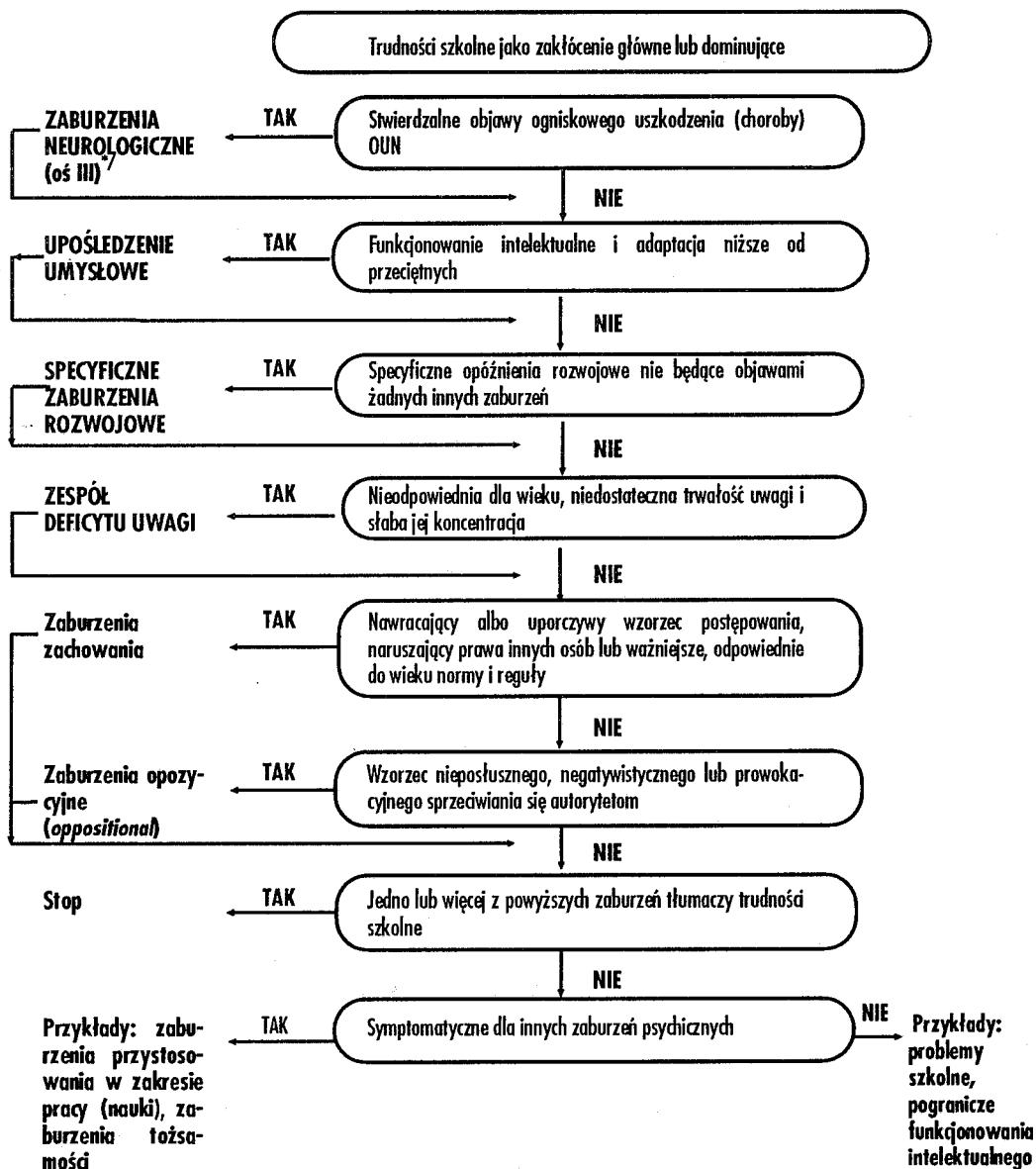
Przesłanki z wywiadu, badania fizykalnego albo z badań laboratoryjnych wskazujące na specyficzny, organiczny czynnik, oceniany jako etiologicznie związany z zaburzeniem



* W przypadku braku dowodów można wnioskować o obecności czynnika organicznego, jeżeli zostały wykluczone inne czynniki nie związane z kategorią organicznych zaburzeń psychicznych i jeżeli zaburzenie odpowiada kryteriom demencji.

Aneks 2

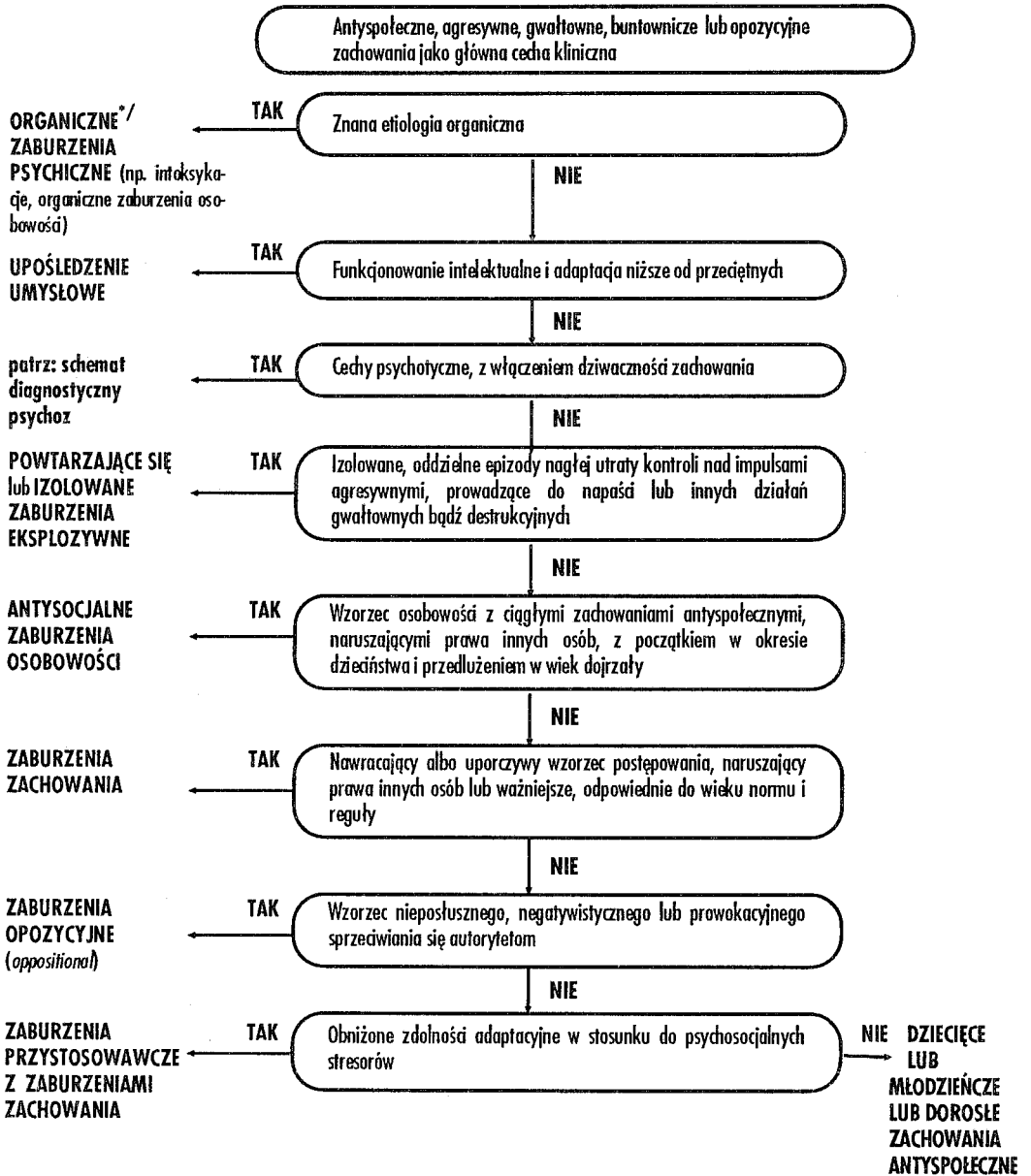
Diagnoza różnicowa trudności szkolnych / uczenia się - wg DSM III



^{7/} Strzałki wracające do pnia drzewa diagnostycznego wskazują na możliwość stawiania różnych diagnoz.

Aneks 3

Diagnoza różnicowa zachowań antyspołecznych, agresywnych, buntowniczych lub opozycyjnych - wg DSM III



*/ Należy wziąć pod uwagę nawracające napady padaczkowe, które mogą być diagnozowane jako objaw organicznych zaburzeń psychicznych.

Aneks 4

Specyficzne zaburzenia rozwojowe:

zespół deficytu uwagi (zespół hiperkinetyczny)

specyficzne trudności w nauce (dysgrafia, dysleksja, dyskalkulia itp.)

moczenie mimowolne

Próby Duffy'ego - testy identyfikujące obecność tzw. miękkich objawów neurologicznych:

1. Test palec - nos
2. Test ruchomego przedmiotu (wodzenie oczami)
3. Test równoczesnych dotyków
4. Test chodzenia (pięta - palce)
5. Test kreślenia liter na ciele (kształtopodobnych)
6. Test ubierania się i rozbierania (badanie koordynacji)
7. Test pięta - kolano
8. Test ust i warg (badanie prakcji)
9. Test wyciągniętych ramion
10. Test kciuka i palców (badanie prakcji rąk)
11. Test naprzemiennych obrotów rąk
12. Test rozpoznawania dotykiem (gnozia dotykowa)