

Czynniki organiczne i zaburzenia psychiczne rozwojowe u dzieci (od 7 do 14 lat) i młodzieży (od 15 do 19 lat) z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych

Organic factors and developmental disorders in neurotic children (aged 7-14) and adolescents (aged 15-19)

ELIZA PUŻYŃSKA, HANNA ŚREDNIAWA, IRENA NAMYSŁOWSKA, HANNA WITKOWSKA-ULATOWSKA

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

STRESZCZENIE. Porównano częstość występowania czynników organicznych, zaburzeń psychicznych rozwojowych i zaburzeń psychicznych wśród krewnych w 2 grupach pacjentów w wieku 7-14 lat i 15-19 lat. Patologię ciąży i porodu oraz czynniki organiczne w okresie niemowlęcym stwierdzono istotnie częściej w grupie dzieci młodszych, natomiast w okresie szkolnym w grupie młodzieży. Zaburzenia psychiczne rozwojowe występowały istotnie częściej w grupie dzieci w wieku od 7 do 14 lat, były to zaburzenia łaknienia, zaburzenia funkcji zwieraczy, nadpobudliwość psychoruchowa, deficyty fragmentaryczne i zaburzenia zachowania. Rodzinne występowanie zaburzeń psychicznych obserwowano istotnie częściej w grupie młodzieży, natomiast nadużywanie alkoholu i uzależnienie wśród rodzin dzieci młodszych.

SUMMARY. Prevalence of organic factors, developmental mental disorders, and mental disorder rates among relatives were compared in two groups of patients aged 7-14 and 15-19 years. Pathology of pregnancy and delivery, as well as organic factors in infancy were found significantly more often in the younger age group, while organicity in the school age was more frequent in the adolescent group. Developmental mental disorders (including eating disorders, sphincter dysfunction, psychomotor hyperactivity, fragmentary deficits, and behavior disorders) were significantly more frequent in the 7-14 age group. Familial incidence of mental disorders was significantly more often noted in adolescents, while alcohol abuse and dependence tended to run in families of the younger children.

Słowa kluczowe: zaburzenia nerwicowe / dzieci / młodzież / czynniki organiczne / zaburzenia rozwojowe
Key words: neurotic disorders / children / adolescents / organic factors / developmental disorders

Poglądy na temat genezy zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży pozostają nadal różnorodne i uwzględniają w etiopatogenezie szeroki zakres czynników od predyspozycji biologiczno-konstytucjonalnych począwszy, a skończywszy na czynnikach psychospołecznych (2, 3, 8, 15, 16, 17).

Cechą większości teoretycznych modeli kształtowania się zaburzeń nerwicowych jest ich alternatywny charakter w traktowaniu znaczących dla etiologii czynników. Tylko

część badaczy, wśród których ważne miejsce zajmuje Kępiński (3), zakłada współistnienie czynników biologicznych i psychospołecznych w etiopatogenezie nerwic. Autorzy tacy jak Spionek (16) i Scott (cyt. za Konopnickim) (4) oraz inni (1, 9, 12) także sądzą, że dyskretne uszkodzenia OUN nabyte w okresie życia płodowego, porodu i w okresie wczesnego dzieciństwa są czynnikami usposabiającymi do powstania reakcji nerwicowych, zwłaszcza u dzieci.

Tezę tę potwierdziły badania autorów takich, jak Stomma (18) i Bomba (2). Ten ostatni autor podkreśla jednak, że czynniki natury biologicznej nie mogą być odpowiedzialne za występowanie nerwicy, a jedynie powodują trudniejsze radzenie sobie z problemami natury psychologicznej i społecznej.

Obuchowska wyraża pogląd, że geneza nerwicy ma zawsze charakter wielopłaszczyznowy i obejmuje czynniki psychiczne i biologiczne. Stwierdza wprost, że: *Nie ma pojedynczych, w izolowany sposób działających czynników generujących nerwicę* (7). Większość autorów zgadza się, że nerwice dzieci i osób dorosłych wykazują pewną odrębność (10, 13, 14, 15, 17). Nerwice u młodzieży bliższe są nerwicom tej drugiej grupy. Różnice te wyrażają się między innymi w odrębnościach terminologii. O ile w odniesieniu do dzieci stosuje się liczne terminy, takie jak: zachowanie nerwicowe, neurotyzm, neurotyczność, nerwica, to w odniesieniu do młodzieży autorzy posługują się już określonymi zespołami nerwicowymi, tak jak u osób dorosłych. Również autorzy dziesiątej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (6) zwracają uwagę na tradycyjnie uznane różnice pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi specyficznymi dla okresu rozwojowego a zaburzeniami nerwicowymi osób dorosłych. Wymieniają 4 podstawowe przyczyny takich różnic.

Po pierwsze: większość dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi nie ma zaburzeń nerwicowych w późniejszym wieku, natomiast wielu pacjentów z rozpoznaniem nerwicy, która rozpoczęła się w wieku dorosłym, nie wykazuje zaburzeń nerwicowych w okresie dzieciństwa. Tak więc w większości przypadków występuje wyraźny brak ciągłości między zaburzeniami emocjonalnymi występującymi w dzieciństwie i w wieku dorosłym.

Po drugie: wiele zaburzeń emocjonalnych okresu rozwojowego ma raczej charakter zmian ilościowych w zakresie normalnych tendencji i faz rozwojowych niż jakościowo różnych zaburzeń psychopatologicznych.

Po trzecie: są teoretyczne podstawy do przyjęcia, że mechanizmy psychiczne odpowiedzialne za zaburzenia emocjonalne u dzieci są inne niż te, które warunkują powstawanie nerwic osób dorosłych.

Po czwarte: zaburzenia emocjonalne występujące w okresie dzieciństwa - to bardzo często zespoły mieszane, zaś rozpoznanie nozologiczne nie jest możliwe. Dysponujemy danymi empirycznymi, które dowodzą, że zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa wykazują lepszą prognozę.

W zaburzeniach nerwicowych młodszych dzieci podkreślany jest także wyraźniejszy udział czynników biologicznych takich, jak obecność dyskretnych czynników organicznych związanych z patologią ciąży, porodu i okresu wczesnego dzieciństwa. W zaburzeniach okresu młodzieńczego i nerwicach dorosłych większy nacisk kładzie się na konflikty wewnętrzpsychiczne i interpersonalne związane z relacjami emocjonalnymi z osobami najbliższymi (2, 3, 15).

Wyniki badań katamnesticznych również potwierdzają odrębność nerwic dziecięcych i nerwic u osób dorosłych (5, 10, 13, 19). Większość dzieci z zaburzeniami nerwicowymi zdrowieje przed osiągnięciem dorosłości. Jeżeli jednak objawy utrzymują się do okresu dorastania, zachodzi duże prawdopodobieństwo, że przekształcą się w określoną postać nerwicy lub depresji u osób dorosłych (5). Zeitlin (19) twierdzi, że formalna diagnoza nerwicy w dzieciństwie jest mniej istotnym czynnikiem prognostycznym niż poszczególne objawy. Na uwagę zasługuje według tego autora fakt, iż objawy obsesyjno-kompulsyjne w dzieciństwie lub wczesnej fazie dorastania mają duże znaczenie prognostyczne dla występowania nerwicy obsesyjno-kompulsyjnej w późniejszych okresach dorastania lub dorosłości.

Na podstawie przytoczonych we wstępie danych z literatury sformułowano następującą hipotezę badawczą: czynniki organiczne i zaburzenia psychiczne rozwojowe występują w grupie z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych częściej u pacjentów młodszych niż u młodzieży.

GRUPY BADANE

W latach 1982-1985 przebadano 50 dzieci w wieku od 7 do 14 lat (średnia wieku 10 lat) hospitalizowanych z powodu zaburzeń nerwicowych w różnych oddziałach psychiatrii dziecięcej na terenie Polski (w ramach programu naukowego realizowanego przez IPiN). Większość pacjentów stanowili chłopcy (44 pacjentów - 88%).

Od 1989 roku w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN prowadzone są m.in. badania dotyczące obciążeń organicznych i zaburzeń psychicznych rozwojowych występujących u hospitalizowanej młodzieży (11). Z grupy badanych pacjentów wyłoniono 24 osoby (14 chłopców i 10 dziewcząt) w wieku od 15 do 19 lat (średnia wieku 17 lat) z rozpoznaniem różnego rodzaju zaburzeń nerwicowych (tabl. 1).

W grupie dzieci młodszych, aż u 35 pacjentów (70%) nie udało się sprecyzować postaci nerwicy, zastępując je rozpoznaniem "zaburzeń emocjonalnych", natomiast w grupie mło-

dzieży rozpoznanie "zespołu nerwicowego" ustalono u 8 pacjentów (33%). Jest to zgodne z poglądami autorów X Wersji Klasyfikacji Chorób, którzy podkreślają trudności w wyodrębnianiu poszczególnych postaci nerwic w wieku rozwojowym. Analizę porównawczą przeprowadzono więc u 74 pacjentów z obu grup wiekowych.

METODA

W aktualnych badaniach posłużono się:

1. Inwentarzem danych dotyczących poszczególnych faz rozwojowych z uwzględnieniem tzw. "obciążeń organicznych" (11)
2. Indeksami zaburzeń psychicznych rozwojowych (szczegółowym i zbiorczym)
3. Informacjami dotyczącymi rodzinnego występowania chorób psychicznych i problemów alkoholowych.

W celu porównania danych dotyczących czynników organicznych i zaburzeń rozwojowych w obu badanych grupach uwzględniono

Tablica 1. *Rozpoznanie postaci zaburzeń nerwicowych w dwóch grupach badanych, różniących się wiekiem, z uwzględnieniem płci.*

Diagnoza	Grupa wiekowa			
	dzieci młodsze (7-14 lat) (N=50)		Młodzież (15-19 lat) (N=24)	
	chłopcy (n=44)	dziewczeta (n=6)	chłopcy (n=14)	dziewczeta (n=10)
Nerwica hipochondryczna	2 (4%)	-	-	2 (8%)
Nerwica lękowa	5 (10%)	1 (2%)	-	-
Nerwica natręctw	1 (2%)	1 (2%)	5 (20.8%)	-
Nerwica depresyjna	2 (4%)	-	5 (20.8%)	2 (8.3%)
Nerwica neurasteniczna	3 (6%)	-	-	-
Tiki	-	-	2 (8.3%)	-
Zaburzenia emocjonalne nerwicowe	31 (62%)	4 (8%)	-	-
Zespoły nerwicowe nieokreślone	-	-	2 (8.3%)	6 (25%)

analogiczne parametry stosowane w aktualnych i poprzednich narzędziach badawczych. W zakresie czynników organicznych były to informacje dotyczące patologii ciąży i porodu, okresu noworodkowego, okresu niemowlęcego, wczesnego dzieciństwa, okresu przedszkolnego oraz okresu szkolnego.

Informacje na temat patologii ciąży obejmowały: zagrażające poronienie, zatrucia ciążowe, przebyte choroby, konflikt Rh, a ponadto stosowanie leków, palenie tytoniu i picie alkoholu. Pytano również matki badanych o istotne obciążenia fizyczne i psychiczne podczas trwania ciąży.

Ryzyko uszkodzenia OUN spowodowane nieprawidłowym porodem dotyczyło takiej patologii jak: konieczność rozwiązania porodu cesarskim cięciem, poród zabiegowy oraz poród przedwczesny lub po terminie.

W okresie noworodkowym uwzględniono punkty skali Apgar oraz masę ciała po urodzeniu, konieczność przebywania w inkubatorze, obecność wad wrodzonych (dane z książeczki zdrowia), występowanie ciężkich lub przewlekłych chorób somatycznych, pobyty w szpitalu, urazy i drgawki. W pozostałych okresach rozwojowych analogicznie jak poprzednio zbierano dane na temat ciężkich i przewlekłych chorób somatycznych, pobytów w szpitalu, urazów i drgawek. W okresie szkolnym

dodatkowe informacje o badanych dotyczyły picia alkoholu i palenia papierosów, przyjmowania narkotyków i wążania chemikaliów.

W ocenie zaburzeń psychicznych rozwojowych uwzględniono: zaburzenia rozwoju psychoruchowego, łaknienia, snu, rozwoju mowy oraz funkcji zwieraczy, lęki nocne, nadpobudliwość psychoruchową, tiki, zaburzenia zachowania i deficyty fragmentaryczne.

Do statystycznej analizy wyników użyto testu χ^2 .

WYNIKI

Porównanie wskaźników obciążeń organicznych w obu badanych grupach pacjentów wykazało, że różnice istotne statystycznie dotyczą patologii okresu niemowlęcego i szkolnego. W okresie niemowlęcym różnego rodzaju czynniki organiczne występowały istotnie częściej w grupie pacjentów w wieku od 7 do 14 lat, natomiast w okresie szkolnym w grupie pacjentów młodzieżowych. Patologię ciąży i okresu noworodkowego stwierdzano częściej w grupie młodszych pacjentów, natomiast u młodzieży w wieku od 15 do 19 lat częściej występowały w okresie przedszkolnym różnego rodzaju nieprawidłowości. Różnice te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej (tabl. 2).

Tablica 2. *Wskaźniki obciążeń organicznych u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi w dwóch grupach, różniących się wiekiem.*

Wskaźniki obciążeń organicznych	Wiek 7-14 lat (N=50)		Wiek 15-19 lat (N=24)		Test χ^2
	N	%	N	%	
Patologia ciąży	21	43	7	29	$\chi^2 = 0,84$ (nieistotne)
Okres noworodkowy	8	16	3	12	$\chi^2 = 0,16$ (nieistotne)
Okres niemowlęcy	21	42	3	12	$\chi^2 = 6,52$ $p < 0,05$
Okres przedszkolny	18	36	10	42	$\chi^2 = 0,22$ (nieistotne)
Okres szkolny	17	34	16	67	$\chi^2 = 5,87$ $p < 0,05$

Tablica 3. Przejawy patologii rozwojowej u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi - w dwóch grupach różniących się wiekiem.

Rodzaj zaburzeń rozwojowych	Grupa 7-14 lat (N=50)		Grupa 15-19 lat (N=24)		Test chi ²
	N	%	N	%	
Zaburzenia w rozwoju psychoruchowym	9	18	2	8	$\chi^2=0,35$ (nieistotne)
Zaburzenia łaknienia	18	36	2	8	$\chi^2=6,29$ p<0.05 p~0.01
Zaburzenia snu	16	32	4	17	$\chi^2=1,93$ (nieistotne)
Zaburzenia rozwoju mowy	20	40	8	33	$\chi^2=0,3$ (nieistotne)
Zaburzenia zwieraczy	17	34	3	12	$\chi^2=3,8$ p = 0.05
Lęki nocne	7	14	3	12	$\chi^2=0,19$ (nieistotne)
Nadpobudliwość psychoruchowa	21	42	4	17	$\chi^2=4,65$ p<0.05
Deficyty fragmentaryczne	31	62	5	21	$\chi^2=11,0$ p<0.001
Tiki	9	18	3	12	$\chi^2=0,36$ (nieistotne)
Zaburzenia zachowania	17	34	1	5	$\chi^2=7,84$ p<0.01

Parametry dotyczące zaburzeń rozwojowych różnicują w sposób istotny statystycznie obie badane grupy pacjentów w zakresie: zaburzeń łaknienia, patologii funkcji zwieraczy, objawów nadpobudliwości psychoruchowej, deficytów fragmentarycznych i zaburzeń zachowania. Zaburzenia te występują istotnie częściej w grupie pacjentów od 7 do 14 roku życia. Dotyczy to zwłaszcza deficytów fragmentarycznych, które stwierdzono aż u 62% młodszych pacjentów. Pozostałe zaburzenia rozwojowe takie jak: zaburzenia rozwoju psychoruchowego, zaburzenia snu, rozwoju mowy oraz lęki nocne i tiki obserwowano również częściej u młodszych pacjentów, ale różnice te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej (tabl. 3).

Kolejnym etapem analizy porównawczej była ocena rodzinnego występowania zabu-

żeń psychicznych i problemów związanych z alkoholem w obu badanych grupach. Okazało się, że zaburzenia te występują istotnie częściej u krewnych pacjentów w wieku od 15 do 19 lat, a alkoholizm w rodzinach dzieci młodszych. (tabl. 4).

OMÓWIENIE

Uzyskane wyniki badań potwierdzają wstępną hipotezę badawczą oraz są zgodne z danymi z literatury wskazującymi na większą rolę czynników biologicznych związanych z patologią ciąży, okresu noworodkowego i okresu niemowlęcego w etiopatogenezie zaburzeń nerwicowych dzieci młodszych. Pojawienie się niekorzystnych czynników biologicznych w późniejszym okresie rozwojowym wydaje się sprzyjać wystąpieniu zaburzeń nerwicowych u młodzieży. Tak więc nie same obciążenia biologiczne są ważne dla wystę-

Tablica 4. *Częstość występowania obciążeń genetycznych u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi - w dwóch grupach różniących się wiekiem.*

Rodzaj obciążeń	Grupa 7-14 lat (N=50)		Grupa 15-19 lat (N=24)		Test χ^2	
	N	%	N	%		
Choroby psychiczne	6	12	11	46	$\chi^2=10,59$	$p\sim 0.001$
Alkoholizm	23	46	5	21	$\chi^2=4,36$	$p<0.05$

powania zaburzeń nerwicowych, ale również czas ich działania w stosunku do fazy rozwojowej. Wyniki naszej pracy potwierdzają także słuszność poglądów autorów ICD-10, którzy wskazują na niejednorodność zaburzeń nerwicowych występujących we wcześniejszym okresie rozwojowym i u pacjentów starszych. Obraz kliniczny różnicuje obie grupy zaburzeń nerwicowych, w grupie dzieci młodszych aż u 35 pacjentów (70%) nie udało się ustalić postaci nerwicy, natomiast w grupie młodzieży rozpoznanie "zespół nerwicy" ustalono jedynie u 8 osób (33% pacjentów). Częste występowanie problemów alkoholowych wśród rodzin dzieci młodszych może wskazywać na słuszność koncepcji o reaktywnym charakterze zaburzeń nerwicowych tej grupy wiekowej (8, 12, 13, 14), może też być rozpatrywane jako obciążający czynnik biologiczny (polimorfizm fenotypowy genu, upośledzenie odżywiania w okresie ciąży i w dzieciństwie).

Niewątpliwie ważnym byłoby prześledzenie losów dzieci młodszych z zaburzeniami nerwicowymi, u których stwierdzono obciążające czynniki organiczne w wywiadzie, jak i tych bez takich obciążeń. Odpowiedź na pytanie o rolę tych czynników w obrazie i przebiegu zaburzeń emocjonalnych, wymaga jednakże dodatkowych badań katamnesty-

WNIOSKI

Porównanie częstości występowania czynników organicznych i zaburzeń psychicznych rozwojowych oraz obciążeń genetycznych u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi w dwóch grupach wiekowych (7-14 lat i 15-19 lat) wykazało, że:

1. Czynniki organiczne działające w okresie niemowlęcym stwierdza się istotnie częściej w grupie pacjentów nerwicowych w wieku od 7 do 14 lat, natomiast czynniki działające w okresie szkolnym - istotnie częściej w grupie pacjentów młodzieżowych.
2. Przejawy zaburzeń psychicznych rozwojowych występują u młodszych pacjentów częściej w zakresie wszystkich badanych wskaźników, ale różnice istotne statystycznie dotyczą takich objawów jak: zaburzenia łaknienia, zaburzenia funkcji zwieraczy, nadpobudliwość psychoruchowa, deficyty fragmentaryczne, zaburzenia zachowania.
3. Rodzinne występowanie chorób psychicznych obserwowano istotnie częściej w grupie pacjentów starszych, natomiast alkoholizmu - wśród rodzin dzieci młodszych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bell R.D., Mc Laughlin B., Halverson C.F.: Newborn minor physical anomalies predict short attention-span, peer-aggression and impulsivity at age 3. *Science* 1978, 109, 563-565.

2. Bomba J., Mamrot E., Orwid M.: Nerwice. W: Orwid M. (red.): Zaburzenia psychiczne u młodzieży. PZWL, Warszawa 1981, s. 150-163.
3. Kępiński A.: Psychopatologia nerwic. PZWL, Warszawa 1973.
4. Konopnicki J.: Niedostosowanie społeczne. PWN, Warszawa 1971.
5. Michael C., Morris D., Soroker F.: Follow-up studies of the shy withdrawn children. *Amer. J. Orthopsychiatry* 1975, 27, 331-337.
6. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Ve-salius", Kraków 1994.
7. Obuchowska I.: Dynamika nerwic. PWN, Warszawa 1976.
8. Popielarska A.: Reakcje nerwicowe, nerwice i zespoły nerwicowe u dzieci i młodzieży. W: Popielarska A. (red.): Psychiatria wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1989, s. 80-97.
9. Poznański E.O.: Children with excessive fears. *Amer. J. Orthopsychiatry* 1973, 43, 428-438.
10. Pritchard M., Graham P.: An investigation of a group of patients who have attended both the child and adult departments of the same psychiatric hospital. *Brit. J. Psychiat.* 1966, 112, 603-612.
11. Pużyńska E., Witkowska-Ulatowska H., Iwanek A., Namysłowska I.: Obciążenia organiczne i psychopatologia rozwojowa w grupie 100 hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych. *Psychiatr. Pol.* 1993, 23, 4, 443-452.
12. Rutter M., Graham P., Birch H.G.: Interrelations between the choreiform syndrome, reading disability and psychiatric disorder in children 8-11 years. *Develop. Med. Child Neurol.* 1966, 8, 149-159.
13. Rutter M.: Relationship between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 1972, 48, 3-12.
14. Rutter M.: *Helping Troubled Children*. Plenum, New York 1972.
15. Rutter M., Hersov L. (red.): *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1985, s. 368-381.
16. Spionek H.: Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne. PWN, Warszawa 1973.
17. Steinberg D.: *Basic Adolescent Psychiatry*. Blackwell Scientific Publication, Oxford, London 1987.
18. Stomma D., Witkowska-Ulatowska H., Grzegorzczak J., Niedzielska A., Pużyńska E.: Charakterystyka rozwoju i stanu psychicznego rodzeństw dzieci nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1990, 6, 19-25.
19. Zeitlin H.: The natural history of psychiatric disorder in childhood M.D. Thesis. University of London 1983.

Adres: Dr Eliza Pużyńska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii, 02-957 Warszawa, Al. Sobieskiego 1/9