

Zaburzenia emocjonalne dzieci i młodzieży

Emotional disorders in children and adolescents

IRENA NAMYSŁOWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *W pracy omówiono najważniejsze zagadnienia związane ze specyfiką rozpoznawania nerwic wieku dziecięcego i młodzieżowego oraz postępowania w takich przypadkach (red.).*

SUMMARY. *Crucial issues of the specificity of diagnosing and treating neuroses in children and adolescents are discussed in the paper (ed.).*

Słowa kluczowe: zaburzenia emocjonalne / nerwice / dzieci i młodzież

Key words: emotional disorders / neuroses / children and adolescents

Grupa diagnostyczna określana dawniej jako zaburzenia nerwicowe dzieci i młodzieży podzieliła los nerwic osób dorosłych i przestała istnieć w klasyfikacji ICD-10 [8]. Dla twórców powyższej klasyfikacji była to z pewnością decyzja trudna, zaś dla wielu pozostaje ona decyzją kontrowersyjną. W przypadku nerwic dzieci i młodzieży kontrowersyjność tej decyzji wydaje się być mniejsza niż w przypadku nerwic osób dorosłych, ponieważ nerwice dzieci i młodzieży nigdy nie stanowiły jasno odgraniczonej kategorii diagnostycznej opartej o jednolite kryteria klasyfikacyjne. Warto też zauważyć, że twórcy klasyfikacji ICD-10 w odniesieniu do okresu rozwojowego konsekwentnie pomijają dawną terminologię i określenia takie jak nerwica, zespół nerwicowy itd., bardziej niż ma to miejsce w odniesieniu do zaburzeń osób dorosłych.

SPECYFIKA ZABURZEŃ U DZIECI I MŁODZIEŻY

W omawianej klasyfikacji jej autorzy podejmują próbę udowodnienia, że relacja pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych pozostaje

niejasna, przytaczając na dowód następujące argumenty.

Po pierwsze, nie ma ciągłości pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi okresu rozwojowego a nerwicami dorosłych. Większość dzieci i młodzieży z tą właśnie diagnozą wyrasta na zdrowych dorosłych [21].

Po drugie, objawy nerwicowe dzieci i młodzieży stanowią jakby przerysowanie normalnych tendencji rozwojowych, a nie zjawiska jakościowo różne jak w przypadku dorosłych. Najłatwiej zrozumieć to na przykładzie jednostki klasyfikacyjnej, jaką stanowi lęk separacyjny u dzieci. Różnicuje go od rozwojowo-normatywnego lęku separacyjnego jedynie natężenie, trwałość, a także fakt, iż powoduje on znaczące problemy w funkcjonowaniu społecznym dziecka. Sama istota odczuć emocjonalnych pozostaje ta sama. Podobna sytuacja dotyczy dziecięcych fobii i lęków, które występują w specyficznych okresach rozwojowych, a tylko w pewnych warunkach przestają być normą.

Po trzecie, dominuje przekonanie, że mechanizmy psychiczne odpowiedzialne za zaburzenia emocjonalne dzieci i młodzieży są różne od mechanizmów nerwic osób dorosłych. W sposób skrajny wyraziła to w swoich

poglądach Suchariewa (1965) przyjmując, że nerwice dziecięce to ostre, podostre i przewlekłe stany reaktywne, a więc stany, w których główną rolę odgrywają bieżące czynniki stresowe, a nie konflikt wewnętrzpsychiczny, jak w przypadku nerwic dorosłych.

I *po czwarte*, jak wspomniano powyżej, objawy dzieci i młodzieży są bardziej różnorodne i rzadko tworzą charakterystyczne dla dorosłych zespoły. Częściowo związane jest to z trudnościami w odczuwaniu określonych emocji oraz precyzyjnym opisie swoich odczuć przez dziecko.

Klasyczne zespoły nerwicowe, takie jak np. zespół natręctw, pojawiają się dopiero u dorastającej młodzieży. Objawy nerwicowe dzieci i młodzieży nie tylko są zmienne, przechodzą jedne w drugie, ale sądzi się także, że w mniejszym stopniu pełnią funkcję redukcji lęku, niż podobne objawy u ludzi dorosłych.

Istnieje więc sporo argumentów za tym, że mamy do czynienia w pewnej mierze z odmiennymi grupami klasyfikacyjnymi.

Koncepcje teoretyczne dotyczące powstawania zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży są podobne do koncepcji dotyczących „nerwic” osób dorosłych. Zaliczyć do nich można klasyczną psychoanalizę, teorię związków z obiektem oraz teorie behawioralno-poznawcze. Przede wszystkim jednak w rozumieniu powstawania objawów zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży istotną rolę odgrywa myślenie systemowe. Systemowe rozumienie tych zaburzeń wskazuje na decydującą rolę systemów, w których funkcjonuje dziecko oraz dorastający w powstawaniu i utrzymywaniu się objawów, nie tylko zresztą objawów nerwicowych.

Szczególnie istotną rolę przypisuje się systemowi rodzinnemu, wobec oczywistej zależności dziecka od rodziny. Przechodzenie rodziny z jednej fazy cyklu życia do drugiej i podejmowanie nowych zadań charakteryzujących każdą z nich stwarza szczególne zagrożenie powstawaniem objawów. Zarówno bowiem dziecko lub dorastający, jak i cała rodzina mogą być do tego przejście nieprzygotowani, a powstające objawy dają

systemowi rodzinnemu czas na uporanie się z zadaniami kolejnej fazy. Nie będziemy jednak szerzej zajmować się systemowym rozumieniem nerwic, gdyż temu zagadnieniu poświęcony jest w całości osobny artykuł Marii Orwid [w tym zeszycie].

Nie ulega wątpliwości, że czynniki ogólnie określane jako psychospołeczne, odgrywają kluczową rolę w powstawaniu zaburzeń emocjonalnych wieku rozwojowego, podobnie jak ma to miejsce w przypadku nerwic osób dorosłych. Jednak wielu autorów upatruje większą rolę czynników biologicznych, głównie związanych z niedojrzałością ośrodkowego układu nerwowego w tworzeniu się tych zaburzeń u dzieci i młodzieży.

I tak np. Shaffer (1983) stwierdził, że zaburzenia emocjonalne w okresie dorastania charakteryzujące się lękiem i trudnościami społecznymi spotykano głównie u młodzieży z mikrouszkodzeniami mózgu, a Behar (1984) i Rapaport (1981) stwierdzili poznawcze deficyty u dzieci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym, co wraz z nieprawidłowymi wynikami tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego mózgu może sugerować biologiczne podłoże przynajmniej części przypadków tego schorzenia.

Stwierdzenie, że zaburzenia nerwicowe częściej występują u dzieci z zaburzeniami w obrębie o.u.n., nie wyjaśnia natury związku pomiędzy tymi stanami. Rutter (1985) wyraża przekonanie, że niekorzystne czynniki społeczne, rodzinne, stygmatyzacja społeczna, trudności w uczeniu się, ale także przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych i specyficzne cechy temperamentu mają charakter zmiennych pośredniczących.

Mamy tu do czynienia niewątpliwie z zależnościami o cyrkularnym charakterze. Wielu autorów [3, 5, 9, 11, 12, 13, 20] podkreśla ostatecznie, że cechy dziecka w bardzo istotny sposób modyfikują jego relację z rodzicami i jego bezpośrednim otoczeniem. Te cechy dziecka – to w równym stopniu jego wyposażenie biologiczne, przede wszystkim właściwości ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.), jak i jego cechy psychiczne. Np.

pewne cechy reaktywności o.u.n. lub jego niedojrzałość mogą wpływać na kształtowanie się szczególnych postaw rodzicielskich. Te zaś z kolei wyznaczają specyficzne miejsce dziecka w systemie rodzinnym, mogą sprzyjać wystąpieniu u niego zaburzeń emocjonalnych. Niektórzy autorzy, tacy jak Leff (1997) sądzą także, że poważne zaburzenia relacji matka – dziecko, zwłaszcza te o charakterze deprywacji we wczesnym okresie życia dziecka, mogą wywierać wpływ na rozwój jego mózgu. Tak więc w odniesieniu do etiologii zaburzeń emocjonalnych u dzieci trudno mówić o wyłączności czynników psychogennych, a raczej o ich stosunkowo większym znaczeniu w porównaniu z czynnikami ogólnie zwanymi biologicznymi, z którymi pozostają w interakcji.

GRUPY DIAGNOSTYCZNE

Jest rzeczą oczywistą, że zmiana nazewnictwa nie pociąga za sobą automatycznie zniknięcia pewnej grupy klasyfikacyjnej. Spróbujmy się więc przyjrzeć, w jaki sposób klasyfikacja ICD-10 [8] porządkuje grupę zaburzeń emocjonalnych wieku rozwojowego.

W grupie: *zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie* (F93) mieszczą się następujące podgrupy: lęk separacyjny (F93.0), zaburzenia lękowe w postaci fobii w dzieciństwie (F93.1), lęk społeczny w dzieciństwie (F93.2), zaburzenia związane z rywalizacją w rodzeństwie (F93.3) oraz inne zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa (F93.8). Ta grupa w pewnym sensie odpowiada klasycznym nerwicom dziecięcym.

Do grupy zaburzeń emocjonalnych występujących zwykle w dzieciństwie klasyfikacja ICD-10 zalicza także: *inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym* (F98), takie jak: moczenie mimowolne nieorganiczne (F98.0), zanieczyszczanie się kałem nieorganiczne (F98.1), zaburzenia odżywiania się w niemowlęctwie i dzieciństwie (F98.2), pica w niemowlęctwie lub w dzieciństwie (F98.3), stereotypie ruchowe (F98.4) i jaka-

nie się (F98.5) oraz inne. Ta druga grupa jest bardziej heterogenna niż poprzednia, w skład jej wchodzi zaburzenia o dobrze odgraniczonych zespołach oraz inne, które stanowią tylko zbiór objawów. Obie grupy wyczerpują kategorię nerwic dziecięcych z poprzednich systemów kwalifikacyjnych.

Ponieważ celem tego artykułu nie jest powtórzenie opisów zawartych w klasyfikacji ICD-10 wymieniamy jedynie łącznie kryteria diagnostyczne dla opisanych powyżej dwu grup.

1. *Lęk o różnym nasileniu i różnym czasie trwania.* U młodszych dzieci lęki dotyczą przede wszystkim aktualnych zdarzeń, w bezpośrednim otoczeniu dziecka, pod wpływem rozwoju fantazji i wyobrażeń dziecka, lęki stają się bardziej symboliczne. Także, im młodsze dziecko, tym bardziej lęk przybiera postać lęku separacyjnego, obaw o to, że coś stanie się najbliższym, że opuszczą dziecko i już nie wrócą lub że zdarzenia losowe rozdzielią je z rodzicami.
2. *Zaburzenia nastroju różnego stopnia* – przygnębienie, smutek, czucie się nieszczęśliwym, płacz, ale także złość i apatia. U młodszych dzieci werbalizacja smutku jest dużo trudniejsza niż u dorosłych, a diagnoza polega na obserwacji zachowania dziecka i relacjach na temat jego zmian od najbliższych.
3. *Objawy somatyczne*, takie jak: bóle brzucha, głowy, nudności, biegunki, zaburzenia łaknienia, zaburzenia snu. Te objawy są bardzo częste u dzieci i często wysuwają się na plan pierwszy w obrazie zaburzeń emocjonalnych.
4. *Zaburzenia funkcji, które powinny być opanowane ze względu na wiek dziecka lub które zostały już opanowane* – tak jak ma to miejsce w moczeniu nieorganicznym i zanieczyszczaniu się kałem, nieprawidłowości w innych funkcjach takich jak mowa. Wszystkie te nieprawidłowości wynikają głównie z przyczyn emocjonalnych, choć dyskretne przyczyny organiczne

mogą sprzyjać takiej, a nie innej symptomatologii.

5. *Różne formy unikania*, takie jak: fobia szkolna, wycofywanie się z relacji z rówieśnikami, nadmierne obawy przed dorosłymi, nieśmiałość powodująca trudności w społecznym funkcjonowaniu.

W klasyfikacji ICD-10 niejasna jest pozycja jeszcze jednej grupy (F94) – *zaburzenia społecznego funkcjonowania rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub okresie dorastania*. W grupie tej mieszczą się: mutyzm wybiórczy (F94.0), reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie (F94.1) i zaburzenia selektywności przywiązania w dzieciństwie (F94.2).

Sami autorzy klasyfikacji przyznają, że jest to raczej heterogenna grupa zaburzeń, których wspólną cechą są trudności w społecznym funkcjonowaniu, nie obejmujące jednak wszystkich dziedzin życia, tak jak ma to miejsce np. w autyzmie. Czynniki środowiskowe pełnią istotną, wręcz zasadniczą rolę w powstawaniu zaburzeń tej grupy.

Tradycyjnie, niektóre wymienione powyżej zaburzenia, takie jak mutyzm wybiórczy, zaliczane były przez niektórych autorów do zaburzeń nerwicowych, przez innych klasyfikowane były jako zaburzenia bliższe grupie zaburzeń reaktywnych u dorosłych. Dwie pozostałe są nowymi kategoriami diagnostycznymi, które trudno jednoznacznie zaliczyć do nerwic dziecięcych. Dominujące w nich zaburzenia relacji z najbliższymi przemawiałyby za taką decyzją, z kolei zaś głębokość zaburzeń wykracza poza ramy zaburzeń nerwicowych. Podkreśla się, że zaburzenia te niewątpliwie dają się zaobserwować u niektórych dzieci szczególnie deprywowanych emocjonalnie, zaniedbanych lub wykorzystywanych seksualnie lub maltretowanych fizycznie, lub dzieci wychowywanych w instytucjach, zwłaszcza w sytuacji częstych ich zmian. Z tego powodu, podobnie jak mutyzm wybiórczy, przypominają reakcje na ciężki stres oraz reakcje przystosowawcze dorosłych, poprzez swój jasny

związek z czynnikami traumatycznymi, które w przypadku dorosłych są diagnozowanymi w grupie F43, tj. w grupie zaburzeń nerwicowych. Jednak istnieją znaczne wątpliwości dotyczące kryteriów diagnostycznych, zakresu tych zaburzeń oraz przynależności nozologicznej. Autorzy klasyfikacji nie ukrywają, że zostały one wyodrębnione ze względu na ich znaczenie dla zdrowia publicznego.

Osobnym zagadnieniem jest miejsce *fobii szkolnej* w nowej klasyfikacji. Jest to zaburzenie, które do tej pory chętnie rozpoznawali psychiatry dzieci i młodzieży. Odnosiło się ono do tych dzieci lub młodzieży, u których przed pójściem do szkoły występowały żywe reakcje lękowe z towarzyszącymi objawami somatycznymi, takimi jak nudności, wymioty, bóle brzucha. Objawy te zwykle doprowadzały do odmowy chodzenia do szkoły i były stosunkowo częstą przyczyną szukania pomocy u psychologów lub psychiatrów. Oba główne systemy klasyfikacyjne ICD-10 i DSM-IV [1] nie uwzględniają takiej kategorii diagnostycznej. Główną przyczyną jest fakt, iż fobia szkolna jest zespołem heterogennym, o różnej etiologii, psychopatologii, prognozie i leczeniu. Hersov (1985), a za nim większość zachodnich autorów proponuje wprowadzenie terminu „odmowa uczęszczania do szkoły” (*school refusal*). Termin ten, powszechnie już przyjęty w piśmiennictwie zachodnim, powinien przyjąć się także w polskim piśmiennictwie psychiatrycznym. Inni autorzy, tacy jak Steinberg (1987) sadzą, że niechodzenie do szkoły jako pewną klasę zachowań należy podzielić na wagarowanie i odmowę chodzenia do szkoły. Ta pierwsza grupa zachowań jest raczej bliższa zaburzeniom zachowania niż zaburzeniom nerwicowym i zwykle związana jest z wyraźną, społeczną patologią rodziny, a przede wszystkim brakiem dozoru nad dzieckiem, niespójnym systemem wychowawczym, a także z różnego typu zaburzeniami procesu nauczania i funkcjonowania szkoły. Wagarowiczów charakteryzuje znacznie częściej zaburzone zachowanie niż objawy nerwicowe, zwłaszcza takie jak lęk lub depresja.

W odmowie chodzenia do szkoły mieszczą się dwa typy zachowań, klasyfikowane w różnych kategoriach ICD-10 – tj. jako związane z lękiem separacyjnym lub jako związane z fobią. Fobia może dotyczyć szkoły, podróżowania, tłumy itd. Dzieci cierpiące na to zaburzenie są zwykle zależne, pasywne, pełne niepokoju, często depresyjne. Ich rodziny z kolei charakteryzuje wysoki poziom neurotyczności, często żaloba w okresie poprzedzającym odmowę chodzenia do szkoły, a także lęk i zagrażająca wizja świata transmitowana z pokolenia na pokolenie. Cytowany powyżej Steinberg (1987) uważa, że model psychodynamiczny, a zwłaszcza lęk separacyjny najlepiej tłumaczy powstawanie objawów odmowy chodzenia do szkoły, model zaś behawioralny utrwalanie się tych zaburzeń. Naszym zdaniem najbardziej uzasadnione jest systemowe rozumienie odmowy uczęszczania do szkoły. Tylko takie rozumienie pozwala na uwzględnienie wszystkich systemów związanych z dzieckiem lub dorastającym, w tym także szkoły. Równocześnie pozwala ono lepiej planować działania terapeutyczne skierowane na wszystkie wzajemnie ze sobą powiązane systemy, zmniejszając jednocześnie oskarżenia kierowane pod adresem każdego z nich, a zwłaszcza rodziny i szkoły.

Opisane powyżej zaburzenia dotyczą przede wszystkim dzieci i stanowią w pewnym sensie odpowiednik dawnych nerwic dziecięcych, a zwłaszcza nerwicy lękowej i fobii. Natomiast występowanie u dzieci w pełni wyrażonego zespołu obsesyjno-kompulsyjnego pozostaje zagadnieniem kontrowersyjnym. W znanych badaniach epidemiologicznych Ruttera i wsp. (1970) na wyspie Wight niewielka liczba dzieci przejawiała zaburzenia psychiczne z dominującymi w obrazie natręctwami i obsesjami, ale zdradzały one także i inne objawy, jak np. objawy lęku. Nie znaleziono natomiast żadnego przypadku w pełni rozwiniętego zespołu obsesyjno-kompulsyjnego. Klinicyści podkreślają zgodnie, że w zespołach obsesyjno-kompulsyjnych u dzieci, a zwłaszcza u młodzieży domi-

nuje wciągnięcie osób z systemu rodzinnego, zwłaszcza matek, w wykonywanie rytuałów. Stopień kontroli nad rodzicami uzyskiwany dzięki objawom bywa zadziwiająco duży.

Stosunkowo rzadko występują u dzieci w pełni wyrażone zaburzenia konwersyjne. Ich także nie stwierdzono w cytowanych powyżej badaniach na wyspie Wight [19]. Z danych Caplana (1970) i Goodyeara (1981) wynika, że objawami konwersyjnymi najczęściej spotykanymi u dzieci były zaburzenia funkcji kończyn oraz zaburzenia chodu. Inni badacze podkreślają jednak, że więcej niż połowa i tak bardzo rzadkich zaburzeń histerycznych diagnozowanych u dzieci, po upływie czasu okazuje się zaburzeniami uwarunkowanymi organicznie. W przypadku dorastającej młodzieży obraz zaburzeń emocjonalnych staje się coraz bliższy zaburzeniom obserwowanym wśród ludzi dorosłych i w konsekwencji są one klasyfikowane w grupie F40-F48 – jako zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, jeśli oczywiście mamy do czynienia z jasno odgraniczonymi zespołami, spełniającymi kryteria diagnostyczne ICD-10.

TRUDNOŚCI

Z całą pewnością powiedzieć można, że 10 wersja „Międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania” wprowadziła pewien porządek w proces rozpoznawania zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży. Naszym zdaniem, główną zasługą jej twórców jest podkreślenie odrębności nerwic dziecięcych i nerwic ludzi dorosłych w oparciu o przytaczane na wstępie cztery przesłanki. Z drugiej zaś strony obowiązujący system klasyfikacyjny stwarza także pewne trudności diagnostyczne dla psychiatrów rozwojowych. Spróbujmy się im przyjrzeć.

Po pierwsze, jeśli u dziecka występują objawy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, pozostaje posługiwanie się kategorią diagnostyczną dla ludzi dorosłych, co nie jest najlepszym rozwiązaniem. Jak już pisaliśmy są to przypadki rzadkie, jednak zdarzają się

i u 7–8-letnich dzieci mogą wystąpić objawy w pełni wyrażonego zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Istnieje wszakże osobna wersja kwestionariusza do badania tych zaburzeń u dzieci, tzw. *Children Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (CHYBOCS). Podobna sytuacja dotyczy objawów konwersyjnych u dzieci. Dostrzec więc można pewną niezgodność z omawianym na wstępie przekonaniem o wyraźnych różnicach pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi dzieci i zaburzeniami nerwicowymi dorosłych.

Po drugie, twórcy klasyfikacji, w ramach zaburzeń lękowych u dzieci, wyróżniają tylko lęk separacyjny i społeczny. Obserwować można natomiast u dzieci objawy lękowe zbliżone w swoim charakterze do zaburzenia lękowego uogólnionego, choć wyrażane i przeżywane nieco inaczej niż u dorosłych. Przeżywanie lęku często nie ma charakteru lęku separacyjnego, a przynajmniej problemy separacyjne nie wysuwają się na plan pierwszy.

Jak wiadomo, nie ma jednak idealnych systemów klasyfikacyjnych, które ujmowałyby całą złożoność problemów zaburzeń psychicznych, zwłaszcza wieku rozwojowego. W tej sytuacji należy przyjąć, że ICD-10 stanowi znaczny postęp w klasyfikowaniu zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży. Warto też podkreślić, że klasyfikacja DSM-IV [1], bardzo podobnie ujmuje grupę zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży.

LECZENIE

Omówienie leczenia zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży przekracza ramy naszego artykułu, stanowiąc zwykle przedmiot osobnych, wielostronicowych, a nawet wielotomowych opracowań. Pozostaje więc nam przytoczenie jedynie ogólnych zasad przedstawionych w opublikowanych w roku 1993 „Zasadach” [15]. Sądzymy, że zasady te mogą być zaakceptowane niezależnie od poglądów teoretycznych na powstawanie nerwic dziecięcych.

Po pierwsze, zaburzenia emocjonalne dzieci i młodzieży powinny być leczone am-

bulatoryjnie. Miejscem leczenia może być poradnia zdrowia psychicznego, poradnia leczenia nerwic, specjalistyczne dzienne oddziały, młodzieżowe ośrodki pomocy psychologicznej lub gabinety prywatne. Tylko w wyjątkowych sytuacjach istnieją wskazania do leczenia szpitalnego. Sprowadzają się one do przypadków poważnej próby samobójczej, znacznych trudności diagnostycznych i terapeutycznych oraz nasilenia objawów uniemożliwiających funkcjonowanie dziecka w domu i szkole. Konieczność hospitalizacji może istnieć w przypadku znacznej dysfunkcji systemu rodzinnego dziecka, zwykle o charakterze patologii społecznej.

Po drugie, podstawowym leczeniem zaburzeń emocjonalnych jest psychoterapia. Wybór technik psychoterapeutycznych zależy od wieku pacjenta, rodzaju objawów nerwicowych, a także preferencji teoretycznych i umiejętności terapeuty. Właściwie zawsze istnieją wskazania do terapii rodzin, zdarza się, że terapia małżeńska rodziców może przynieść poprawę stanu psychicznego dziecka.

Wskazania do stosowania środków psychotropowych w leczeniu zaburzeń emocjonalnych dzieci i młodzieży są względne i dotyczą ograniczonego w czasie podawania anksjolityków w sytuacji nasilonego lęku oraz leków przeciwdepresyjnych, zwłaszcza w zespole obsesyjno-kompulsywnym lub przy współistniejących nasilonych objawach depresji.

Sądzymy, że celowym jest przytoczenie na koniec ogólnych wskazówek dotyczących psychoterapii dzieci. W odniesieniu do młodzieży zasady te wymagają pewnej modyfikacji. Wg Reissmanna (1973) przedstawiają się one następująco:

1. Terapia powinna opierać się bardziej na wnikliwej ocenie aktualnych mechanizmów, które leżą u podłoża problemów dziecka niż na teorii dotyczącej powstawania tych problemów, wyznawanej przez terapeute.
2. Sytuacja psychoterapeutyczna powinna być ustrukturalizowana w taki sposób,

- aby ułatwić komunikację, a terapeuta powinien stwarzać dziecku pełną szansę wyrażania swoich uczuć i poglądów.
3. Terapeuta powinien przekazywać dziecku, że rozumie jego problemy i że chce mu pomóc.
 4. Terapeuta i dziecko powinni wspólnie określić cele spotkań.
 5. Terapeuta powinien jasno wskazywać na to, co jest nieefektywne i nieodpowiednie w zachowaniu dziecka.
 6. Terapeuta może starać się modyfikować interakcje społeczne dziecka.
 7. Psychoterapia powinna ulec zakończeniu wtedy, kiedy korzyści z jej zakończenia dominują nad korzyściami z jej kontynuowania.
 8. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1997.
 9. Lamb M.: *The Role of the Father in the Child Development*. Wiley and Sons, New York 1979.
 10. Leff J.: Interplay of research and practice in family therapy. Wykład wygłoszony w trakcie Kongresu Terapii Rodzin, Barcelona, 1-4.10.1997 r.
 11. Lerner R., Spanier G. (red): *Child influences on family and marital interactions. A life span perspective*. Academic Press, London 1978.
 12. Małkiewicz-Borkowska M., Namysłowska I., Siewierska A., Pużyńska E., Średniawa H., Żechowski C., Iwanek A., Ruszkowska E.: Cechy rodziny a obciążenia organiczne i przystosowanie hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych. *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 6, 889-906.
 13. Orwid M., Pietruszewski K.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wyd. CM UJ, Kraków 1996.
 14. Popielarska A.: *Zaburzenia nerwicowe*. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red): *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 1987, 339-345.
 15. Pużyński S., Beręsewicz M.: *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*. IPiN, Warszawa 1993.
 16. Rapoport J., Elkins R., Langer D.H., Sleery W., Buchsbaum M., Gilin J.C., Murphy D.L., Sahn T.P., Laker E., Ludlow C., Mendelson W.: *Childhood obsessive-compulsive disorder*. *Am. J. Psychiatry* 1981, 138, 1545-1554.
 17. Reissmann J.: *Principles of Psychotherapy with children*. Wiley and Sons, London 1973.
 18. Rutter M., Hersov L. (red): *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. Blackwell Scientific Pub., Oxford 1985.
 19. Rutter M., Tizard J., Whitmore K. (red): *Education, Health and Behaviour*. Krieger, Huntington, New York 1981.
 20. Shaffer D., O'Connor P., Shaffer S.Q., Prupis S.: *Neurological „soft signs”, its origin and significance for behaviour*. W: Rutter M.: *Developmental Neuropsychiatry*. Guilford Press, New York 1983, 144-163.
 21. Steinberg D.: *Basic Adolescent Psychiatry*. Blackwell Scientific Pub., Oxford 1987.
 22. Suchariewa G.: *Stany reaktywne i psychopatie w klinice dziecięcej*. PZWL, Warszawa 1965.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition - DSM-IV*. Washington D.C. 1994.
2. Behar D., Rapaport C.J., Berg C.J., Denckla M.B., Mann L., Cox C., Fedio P., Zahn T., Wolfman M.G.: *Computerized tomography and neuropsychological test measures in children with obsessive-compulsive disorder*. *Am. J. Psychiatry* 1984, 141, 362-368.
3. Belsky J.: *The determinants of parenting - a process model*. *Child Dev.* 1984, 55, 83-96.
4. Caplan H.L.: *Histerical „conversion” symptoms in childhood*. M. Phil. Dissertation, University of London 1970.
5. Dunn J.: *Patterns of early interactions: continuities and consequences*. W: Schaffer H. (red): *Studies in Mother - Child Interactions*. Academic Press, London 1977, 457-473.
6. Goodyear I.: *Hysterical conversion reaction in childhood*. *J. Child. Psychol. Psychiat.* 1981, 22, 179-188.
7. Hersov L.: *Emotional disorders*. W: Rutter M., Hersov L. (red): *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1987, 368-381.