

F.98.3 *Pica w niemowlęctwie lub w dzieciństwie*

- A. „Utrwalone lub powtarzające się co najmniej dwukrotnie w tygodniu zjadanie substancji niespożywczych(niejadalnych).
- B. Czas trwania zaburzenia wynosi co najmniej 1 miesiąc (do niektórych celów badawczych można wybrać minimalny okres trwania obejmujący 3 miesiące).
- C. Dziecko nie przejawia żadnych innych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania według klasyfikacji ICD-10 (innych niż upośledzenie umysłowe, F70-F79).
- D. Wiek kalendarzowy i umysłowy dziecka wynosi co najmniej 2 lata.
- E. Zachowanie związane z jedzeniem nie jest częścią praktyki uznanej kulturowo” (ICD-10, 2007 s. 150).

Leczenie

Psychoedukacja rodziców na temat szkodliwości pokrykania przez dziecko substancji niejadalnych; terapia rodzinna, indywidualna, wykorzystuje się również techniki behawioralne, które mają zniechęcić lub powstrzymać dziecko od jedzenia substancji niejadających się do spożycia (Bryńska, 2005).

Bibliografia

- Bryńska, A. (2005). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- ICD10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. *Badawcze kryteria diagnostyczne*. Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 2007.
- Popek, L. (2005). *Zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i w dzieciństwie*. W: T. Wołańczyk (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwa Lekarskie PZWL.

Zaburzenia depresyjne, próby samobójcze i samouszkodzenia

Kluczowym zagadnieniem związanym z problematyką depresji dziecięcej jest jej obraz kliniczny. Praktyka kliniczna pozwala formułować poglądy, że depresja u dziecka manifestuje się w podobny sposób, jak depresja osoby dorosłej. Wskazuje się przy tym na występowanie symptomów specyficznych dla określonego wieku rozwojowego dziecka. Manifestowanie się depresji dziecięcej jest problemem badawczym budzącym wiele kontrowersji. Wielu badaczy twierdzi, że fenomen depresji dziecięcej polega na tym, że przebiega ona pod postacią zespołu objawów, które nie są diagnostyczne dla depresji dorosłych. Dopiero od okresu adolescencji depresja dziecięca przyjmuje obraz kliniczny depresji osób dorosłych. Przy czym u adole-

scentów zaobserwowano znacznie częściej obecność myśli i czynów samobójczych, podczas gdy u dorosłych dominowało przede wszystkim obniżenie nastroju.

U młodszych dzieci obraz kliniczny depresji ogranicza się do objawów somatycznych, tendencji do nieuwasadnionych, przesadnych skarg natury fizycznej, zmniejszenia aktywności psychomotorycznej i problemów skarg społecznej. Dzieci w wieku przedszkolnym dotknięte depresją nie mówią o obniżonym nastroju, ale zamiast tego wyglądają na przygnębione. Mc Cornville, Boag i Purohit (1973, za: Barker, 1995) wyróżniają trzy typy zaburzeń depresyjnych diagnozowanych u dzieci.

Pierwszy typ – afektywny, dotyczy dzieci od 6.-8. r.ż., w którym osiowe symptomy stanowią smutek, poczucie bezradności i beznadziejności. Kolejny wyróżniony rodzaj to typ poznawczy, dominujący u dzieci powyżej 8. r.ż. z obniżoną samooceną i nasilonymi myślami samobójczymi. Natomiast u dzieci powyżej 11. r.ż., w trzecim wyszczególnionym typie, osiowym objawem jest poczuciem winy. Wyszczególnione rodzaje depresji są ściśle powiązane z osiągniętym przez dziecko poziomem rozwoju.

Problematyka depresji dotyczy pierwszej fazy rozwoju dziecka – okresu niemowlęctwa. Najbardziej znane badania dotyczące depresji niemowląt (depresji analitycznej) były prowadzone przez Spitz (1955). Spitz, na przykładzie dzieci przebiegających w przywiezienych żłobkach zaobserwował, że depresja u niemowląt przebiega w trzech fazach: aktywnego protestu, rozpaczki i w fazie depresyjnego zubożenia. Depresyjny nastrój u niemowląt manifestował się wyraźnym pogorszeniem stanu fizycznego, regresem w procesie rozwoju, zaburzeniami odżywiania i snu oraz stuporem. Pojawiały się również następujące symptomy: stereotypie, za-

Tabela. 1. Zmiany rozwojowe w zakresie symptomatologii depresji dziecięcej

Okres rozwojowy	Objawy depresyjne.
Niemowlęctwo	Smutek
Dzieciństwo	Placliwość, skłonność do irytacji, smutek, żal, objawy wegetatywne (utrata apetytu, bezsenność), zaburzenia zachowania (nadpobudliwość, napady wściekłości, nieobecność zabawy w aktywności dziecka)
Młodszy wiek szkolny	Depresyjny styl poznawczy, problemy szkolne typu fobia szkolna, poczucie winy i wstydu, nasilone poczucie beznadziejności po 8. r.ż., obniżona samoocena, samokrytycyzm, tendencje autodestrukcyjne
Adolescencja	Zaburzenia obrazu własnego ciała, ucieczka w sen, zmiana wagi ciała, nadużywanie substancji psychoaktywnych, wycofywanie się z kontaktów społecznych, obraz kliniczny depresji typowy dla osób dorosłych

Źródło: opracowanie na podstawie *Assessment and treatment of depression In children and adolescents*, Clarizio, 1994.

chowania autoerotyczne, apatia. Zdaniem Spitz'a depresja niemowląt powiązana jest bezpośrednio z brakiem wsparcia dla rozwoju emocjonalnego dziecka w skutek nieobecności matki lub opiekuna ją zastępującego.

Szczególnie użyteczna dla rozumienia depresji dziecięcej, jest analiza zmian rozwojowych w zakresie symptomów depresyjnych (por. tabela 1.).

Zmieniymi różnicującymi rodzaj manifestowanych symptomów są wiek i płęć dziecka. Zab obserwowano interesująca zależność, że wraz z życiem dziecka następowało nasilenie następujących objawów depresyjnych t.j. anhedonia, poczucie bezradności i beznadziejności, zahamowanie motoryczne. Natomiast wraz ze wzrostem wieku życia stopniowo zmniejszało się nasilenie dolegliwości somatycznych, depresyjnego wygładu oraz niskiej samooceny. W okresie preadolescencji nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między dziewczętami a chłopcami w liczbie manifestowanych symptomów depresji. Natomiast w okresie adolescencji dziewczęta manifestowały dwa lub trzy razy więcej objawów niż chłopcy.

Jak pokazuje tabela 1. manifestacja objawów depresyjnych w okresie adolescencji jest wyraźnie bogatsza niż w okresie dzieciństwa. W obrazie zaburzeń u młodzieży dominuje uczucie niepokoju, zmienność nastroju, anhedonia i zachowania autoagresywne. W procesie diagnozy epizodu depresji u adolescentów należy uwzględnić możliwość występowania „drażliwości” zamiast „nastroju depresyjnego”. Około 90% nastolatków doświadczających epizodu depresyjnego mówi o obniżonym nastroju.

W przypadku depresji dziecięcej istnieje często konieczność dokonywania diagnozy różnicowej. Wynika to z faktu, że co najmniej 20–50% dzieci i adolescentów uzyskuje podwójną diagnozę. Depresji często współtowarzyszą takie zaburzenia, jak: zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, fobia szkolna, syndrom chronicznego zniechęcenia.

Zaburzenie depresyjne u dziecka przebiegające z zaburzeniami zachowania, stanowią dobry wskaźnik prognostyczny do nadużywania substancji psychoaktywnych i tendencji do łamania prawa. W świetle wyników badań depresja dziecięca wraz z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania koreluje ze zmniejszonym trykiem nawrotu depresji w toku życia. Zależności tego typu nie zauważono w przebiegu depresji u dzieci bez towarzyszących zaburzeń zachowania. Obecność w obrazie klinicznym depresji dziecięcej tak wielu towarzyszących jej symptomów skłania do konieczności myślenia o depresji jako o zjawisku kompleksowym. Taka sytuacja implikuje problemy z prawidłowym diagnozowaniem depresji w populacji dzieci i młodzieży.

Etiopatogeneza zaburzeń depresji dzieci i młodzieży dotyczy czynników natury biologicznej i psychospołecznej.

Do czynników biologicznych zalicza się podatność na zranienie, związaną z uwarunkowaniem genetycznym lub urazami okolicyrodowymi. U dzieci chorych na depresję stwierdzono także nieprawidłowości funkcjonowania osi przysadka-podwzgórze-nadnercza, które powoduje wadliwe działanie neuroprzekazników, w tym wydzielanie zbyt małej ilości serotoniny, odpowiedzialnej za regulację nastroju. Depresja może również towarzyszyć chorobom somatycznym, uszkodzeniom OUN,

zaburzeniem neurologicznym i endokrynologicznym. W literaturze opisano wiele czynników psychospołecznych, które zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Jako główny czynnik środowiskowy podaje się depresję rodzica. Depresja u młodzieży pojawia się dodatkowo w konsekwencji trudności zadań rozwojowych okresu adolescencji. W literaturze wymienia się także zadania, jak: rozwiązanie zależności emocjonalnej od rodziców, proces formowania adekwatnej samooceny oraz nawiązanie bliskich, intymnych kontaktów z osobami płci przeciwnej. Duże znaczenie przypisuje się także sytuacji rodzinnej, chorobom somatycznym i psychicznym rodziców. Liczne wyniki badań wskazują na związek pomiędzy depresją a niskim statusem dziecka w grupie. Dzieci mają większe problemy z podejmowaniem decyzji oraz trudności o charakterze interpersonalnym, co powoduje też problemy w funkcjonowaniu szkolnym.

ICD-10 nie zawiera odrębnych kryteriów rozpoznawania zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. Jedynym wyróżnikiem epizodu depresyjnego jest występowanie objawu rozdrażnienia zamiast obniżenia nastroju oraz brak oczekiwanych przyrostów masy ciała zamiast spadku wagi. Epizod depresji trwa zwykle od 3–10 miesięcy, przy minimalnym depresyjnym nastroju utrzymującym się przez większość dnia i prawie codziennie, niezależnie od okoliczności. Jako kolejne objawy wymienia się anhedonię i zwiększoną męczliwość. Kolejne symptomy to utrata wiarę w siebie, nadmierne i niezasadnione poczucie winy, problemy z koncentracją uwagi, niezdeterminowanie oraz symptomy o charakterze somatycznym: zmiany łaknienia oraz związane z tym zmiany masy ciała, zaburzenia snu wszelkiego typu oraz spowolnienie lub pobudzenie psychomotoryczne.

Epizody depresyjne mogą zostać rozpoznane jako: łagodne, umiarkowane i ciężkie. Łagodny epizod depresyjny diagnozuje się, gdy symptomy nie wpływają znacząco na funkcjonowanie dziecka i jest ono w stanie z pewnym trudem wypełniać codzienne obowiązki. Epizod umiarkowany charakteryzuje występowanie większej liczby objawów depresyjnych (liczba całkowita – co najmniej sześć), co przyczynia się do wyraźnych trudności pacjenta z pełnieniem obowiązków oraz częstsze objawy somatyczne powodujące np. absencję szkolną. W epizodzie ciężkim występują wszystkie główne objawy charakterystyczne dla depresji oraz co najmniej cztery inne; niekiedy występują omany, urojenia i stupor depresyjny.

Kolejnym z diagnozowanych zaburzeń afektu jest *dystymia*. Jest to stale lub stale nawracające obniżenie nastroju, które trwa co najmniej przez okres jednego roku, bez epizodów hipomanii. W tym zaburzeniu okresy normalnego nastroju rzadko trwają dłużej niż kilka tygodni i osoba nie spełnia kryteriów łagodnej postaci depresji nawracającej. Aby zdiagnozować dystymię, muszą wystąpić co najmniej trzy spośród następujących objawów: ograniczenie aktywności lub obniżenie poziomu energii, bezsenność, utrata wiary w siebie i uczucie braku nadziei, trudności z koncentracją, anhedonia i utrata zainteresowania seksen. Osobę cierpiącą z powodu dystymii charakteryzuje pesymizm dotyczący przyszłości oraz tendencja do rozpańietywania przeszłości, wycofanie z kontaktów społecznych i związana z tym zmniejszona rozmowność oraz dostrzegana nieumiejętność radzenia sobie ze zwykłymi obowiązkami dnia codziennego.

Epizod maniakalny u dzieci i młodzieży rozpoznaje się na podstawie obecności kryteriów obowiązujących przy diagnozowaniu osób dorosłych. Symptomatyka manii obejmuje takie objawy, jak: wzmożony, ekspansywny i drażliwy nastrój, uroje- nia i nastawienia wielkościowe, zmniejszenie liczby godzin snu i powiązana z tym wzmożona aktywność i problemy z koncentracją uwagi. Jako specyficzne objawy manii u dzieci i młodzieży wymienia się krótki czas trwania objawów, trwających czasem poniżej 7 dni, co nie pozwala według kryteriów ICD-10 na pełne rozpozna- nie manii. W związku z tym częściej rozpoznaje się podtyp II choroby afektywnej dwubiegunowej lub cyklotymię. Powszecznym zjawiskiem jest również zjawisko szybkiej zmiany faz. U dzieci z manią obserwuje się przejściowe pobudzenie psycho- ruchowe, często drażliwy nastrój, zachowania buntownicze i ryzykowne. Pojawiają się problemy szkolne, bójkki, używanie substancji psychoaktywnych i ryzykowne zachowania o charakterze zaburzenia seksualnym. U adolescentów z manią czę- ściej niż u dorosłych występują objawy psychotyczne, mieszane zaburzenia nastroju (jednoczesne objawy depresji oraz manii) i wyraźne pogorszenie funkcjonowania.

Dziecko z podejrzeniem depresji powinno zostać zdiagnozowane przez zespół specjalistów: psychiatrę dziecięcego oraz psychologa. Leczenie zaburzeń depresyj- nych obejmuje psychoterapię (indywidualną, grupową i rodzinną), psychoedukację dziecka i rodziców oraz leczenie farmakologiczne. Istotne znaczenie ma również często podjęcie terapii własnych zaburzeń psychicznych, diagnozowanych u rodzi- ców chorego dziecka t.j.: depresja czy uzależnienia. Wskazaniem do hospitalizacji są zaburzenia depresyjne, które znacząco upośledzają funkcjonowanie dziecka. Doty- czy to przebiegu depresji z epizodami psychotycznymi, nasilonymi myślami samo- bójczymi, poważnie zaburzonych relacji rodzinnych, wykluczających możliwość leczenia ambulatoryjnego.

Samobójstwa i samouszkodzenia

Z problematyką zaburzeń afektywnych u dzieci i młodzieży ściśle związana jest kwestia samobójstwa, myśli samobójczych, prób samobójczych oraz samoookaleceń. Myśli samobójcze pojawiają się najczęściej w momencie przeciążenia stresem, sy- tuacji kryzysowej o różnicowanej etiologii. Myśli samobójcze nie muszą prowadzić do podejmowania prób samobójczych, ale są sygnałem alarmowym, że dziecko po- winno otrzymać wsparcie i specjalistyczną psychologiczną pomoc. Myśli samobójcze są często powiązane ze snuciem fantazji samobójczych, tworzeniem konkretnych planów i metod samobójczych. Myśli samobójcze pojawiają się u ok. 2/3 dzieci w wieku przedszkolnym, we wczesnym wieku szkolnym i w okresie dorastania. 25% dzieci z diagnozą epizodu depresyjnego w młodszym wieku szkolnym, doświadczała myśli samobójczych.

Pojawienie się myśli samobójczych wiąże się z ryzykiem podjęcia próby samobój- czej. *Próby samobójcze* stanowią wszystkie świadome zachowania autodestrukcyjne zagrożające życiu, poparte przekonaniem o działaniu zagrożającym życiu.

Jak pokazują liczne badania liczba czynów samobójczych wzrasta między 15.-19. r.ż. (prawie u 70% młodzieży w tym wieku odnotowuje się nasilenie prób samobój- czych) i później po 20. roku życia. Według klinicystów próby samobójcze podjęło 14% dzieci z diagnozą epizodu depresyjnego w stosunku do 5% dzieci z diagnozą dystymii. W grupie dzieci z diagnozą depresji, czyry samobójcze odnotowano jed- naście razy częściej niż w przypadku dzieci bez diagnozy depresji. Istnieją istotne różnice w zakresie czynów samobójczych podejmowanych przez dzieci powyżej 12. roku życia. Chłopcy przewyższają dziewczęta, jeśli chodzi o samobójstwa zakończo- ne śmiercią, a dziewczęta stosunków częściej niż chłopcy podejmują próby samobój- cze. W Polsce śmiertelność z powodu samobójstw w populacji młodzieży powyżej 15. r.ż. jest mniejsza niż wśród dorosłych (najwyższy wskaźnik samobójstw dotyczy osób 31.-50. r.ż.). Współczynnik zgonów wskutek samobójstwa dla grupy wiekowej 5.-14. r.ż. wynosi 1/100000. Niepokój budzi fakt, że od początku drugiej połowy ubiegłego stulecia, badacze obserwują wzrost częstotliwości samobójstw w populacji dzieci i młodzieży. Wzrost ten współwystępował wraz ze zwiększoną tendencją do zachorowań na depresję oraz rosnącą liczbą rozwodów.

Do czynników ryzyka samobójstwa zalicza się: wielokrotnie ponawiane próby sa- mobójcze, doświadczenia przemocy fizycznej, psychicznej, wykorzystanie seksualne. Istotne znaczenie przypisuje się także problemom dzieci z kontrolą zachowania, ni- skiej samoocenie, poczuciu samotności i izolacji. Ryzyko samobójstwa wzrasta, gdy osoba dodatkowo cierpi z powodu zaburzeń nastroju, psychozy schizofrenicznej lub uzależnienia do środków psychoaktywnych. Ponadto w wywiady rodzime wskazują na występowanie problemu samobójstw i prób samobójczych wśród najbliższych krewnych dziecka. Nastroje samobójcze mogą także znacznie nasilać się z powodu samobójczej śmierci przyjaciela lub informacji o samobójstwie w mediach.

W literaturze przedmiotu wymienia się różne symptomy świadczące o motywacji do popełnienia samobójstwa. Dziecko zaczyna snuć fantazje samobójcze, rozważania na temat śmierci, nawiązuje do tematu samobójstwa w różnych rozmowach z rodzi- cami, czy rodzeństwem. Sygnałem świadczącym o możliwości samobójstwa jest także fakt rozdawania swoich rzeczy przez dziecko, nadmierne zainteresowanie tematem samobójstw w literaturze, czy internecie. Komunikaty dziecka o chęci popełnienia samobójstwa zawsze należy traktować poważnie. Istnieje fałszywe przekonanie, że osoby, które mówią o samobójstwie nie popełniają czynów samobójczych. Osoby z otoczenia dziecka (np. nauczyciele, rówieśnicy), które zauważą symptomy suicydal- ne, mają obowiązek poinformowania o tym fakcie rodziców dziecka.

Skuteczna pomoc dziecku i młodzieży zagrożonej problemem samobójstwa po- winna polegać na ocenie stanu psychicznego osoby badanej. Specjaliści powinni oszacować ryzyko ponownej próby samobójczej oraz ustalić czynniki wyzwalające zachowania samobójcze. Ważna też jest diagnoza stanu zdrowia dziecka pod kon- tem współistniejących zaburzeń psychicznych takich jak: depresja, zaburzenia lę- kowe i zaburzenia zachowania czy osobowość typu borderline.

Istnieje kilka wariantów postępowania terapeutycznego po próbie samobójczej. W terapii ambulatoryjnej stosuje się psychoedukację rodziny dotyczącą problema-

tyki samobójstwa, terapię rodzinną oraz leczenie zaburzeń psychicznych zdiagnozowanych u dziecka. Ważnym etapem postępowania bywa też hospitalizacja psychiatryczna, która pomaga w ustaleniu diagnozy i dalszego planu terapeutycznego. Celem pobytu w szpitalu jest dodatkowo izolacja dziecka od czynników wyzwalających zachowania samobójcze. Hospitalizacja powinna być zakończona rodzajem „kontraktu” z pacjentem, który zobowiązuje się do zaniechania kolejnych prób samobójczych oraz do informowania lekarza o ewentualnych pojawiających się myślach samobójczych.

Samouszkodzenie w literaturze definiuje się jako akt polegający na celowym zadawaniu bólu lub ran swojemu ciału, pozbawiony intencji samobójczej. Zjawisko samookaleceń jest postrzegane jako wyraz skłonności autodestrukcyjnych. Przy czym akcentuje się ich adaptacyjną funkcję. Samouszkodzenia pełnią funkcję mechanizmu redukcji napięcia. Akty te dokonywane są na ogół pod wpływem „wewnętrznego impulsu”, gdy osoba nie jest w stanie dłużej znieść stanu chronicznej dysforii. Zadawany sobie ból fizyczny pełni rolę adaptacyjną, gdyż intensywność jego odczuwania odwraca uwagę od trudnych emocjonalnych doświadczeń. Zadawany sobie ból, a później odczuwana ulga aktywizuje mechanizm błędnego koła i samouszkodzenia zyskują charakter przymusu.

Najczęściej spotykaną formą samookaleceń jest nacinanie skóry (głównie na obszarze przedramienia i ramienia, rzadziej nóg). Do innych sposobów zadawania sobie ran należy drapanie, gryzienie, pocieranie. Rzadziej spotykane formy samo-uszkodzeń to wyrywanie włosów i rzęs oraz intensywne szorowanie skóry, doprowadzające do zardęcia naskórka. Do samookaleceń zalicza się też pokłnięcia ostrych przedmiotów, zdecydowanie rzadziej poparzenia wodą, zadawanie sobie ciosów lub obijanie się o ściany.

Samouszkodzenia stanowią alternatywę do zachowań samobójczych, a czasami wręcz przed nim chronią. Są postrzegane jako rodzaj destrukcyjnej regulacji emocji, zwłaszcza w grupie dzieci i młodzieży cierpiących z powodu przemocy psychicznej i fizycznej. Akt autodestrukcji jest próbą uwiarygodnienia doznanej przemocy, która uległa mechanizmowi zaprzeczania z racji zależności dziecka od sprawcy. Akt ten daje możliwość konfrontacji z doznawanym wewnętrznym cierpieniem. Uczuciem najczęściej dochodzącym do głosu według osób okaleczających się jest silna złość. Samookaleczenie w tym kontekście to wyraz niewypowiedzianego gniewu odczuwanego wobec sprawcy przemocy i otoczenia, które nie reagowało na przemoc, bez konieczności konfrontacji z krzywdzącym.

Osoby okaleczające się mają bardzo często niskie poczucie wartości i zadawanie sobie ran, to także wyraz karamia się za niepowodzenia, trudności życiowe i błędy. Nierzadko samo oszkażdanie staje się narzędziem wpływu na zachowania innych ludzi, od których osoba okaleczająca się chce uzyskać pomoc lub opiekę. Nie jest to zazwyczaj zwykła manipulacja otoczeniem, ale często próba zaspokojenia potrzeb w jedyny, dostępny jednostronnie sposób.

Najlepsze rokowanie odnośnie do zaprzestania samouszkodzenia dotyczy dzieci i młodzieży, które wcześniej były dobrze przystosowane i u których samouszkodze-

nie było ostrą reakcją dekompensacyjną w wyniku sytuacji kryzysowej. Czynnikami predysponującymi do powtórzenia samouszkodzenia są: płęć męska, więcej niż jeden epizod, znaczne zaburzenia psychiczne w rodzinie, problemy z przystosowaniem psychospołecznym, i występujące zaburzenia (nadużywanie substancji psychoaktywnych, antysołeczne zaburzenia osobowości oraz typu borderline).

Postępowanie w przypadku celowych samouszkodzeń wiąże się ze zbraniem wywiadu z rodzina dziecka i diagnozie kondycji psychicznej w celu wykluczenia dodatkowych zaburzeń psychicznych. W przypadku, gdy samouszkodzenie jest powiązane z ostrą reakcją na stres, zaleca się wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Czasami istnieje konieczność hospitalizacji w celu dalszej oceny psychiatrycznej i leczenia istniejących zaburzeń psychicznych, np. depresji. Istotną rolę w procesie leczenia odgrywa terapia rodzinna, mająca na celu rozwiązanie problemów rodzinnych i obniżenie poziomu stresu i napięcia u poszczególnych członków.

Bibliografia

- Bomba, J. (2004, 2005). Depresja młodzieńcza. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brzozowska, A., Wolańczyk, T. (2005). Zaburzenia nastroju u dzieci. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brzozowska, A., Czapak, M. (2005). Próby samobójcze i samobójstwa u dzieci. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Cierpiatkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: wydawnictwo Naukowe „SCHOLAR”.
- Clarizio, H.F. (1994). Assessment and treatment of depression in children and adolescent. *Clinical Psychology Publishing*, CO., Brandon, Vermont.
- ICD-10 (2000). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versaluis”.
- Rabe-Jabłońska, J. (2004, 2005). Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Rola, J. (2001). *Depresja u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Sęk, H. (2006). Psychologia zaburzeń afektywnych. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. T.2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Spitz, R.A. (1955). The influence of mother-child relationship and its disturbances. *Mental Health and Infant Development*. London: Kenneth Soddy.