

Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}, Agnieszka Gawęda¹, Agata Cichoń-Lenart¹,
Małgorzata Klecka^{2,3}, Irena Krupka-Matuszczyk²

Manifestacja kliniczna zespołu depresyjnego u dziecka z poalkoholowym uszkodzeniem płodu

Clinical manifestation of depression in a child with fetal alcohol effects

¹ Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec

² Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice

³ Pracownia Psychoedukacji i Terapii, ul. Hołdunowska 70 A, 43-143 Łędziny

Correspondence to: Małgorzata Janas-Kozik, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, tel.: 32 720 77 60, faks: 32 720 77 60, tel. kom.: 606 820 812, e-mail: mjkozik@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (*fetal alcohol spectrum disorder*, FASD) występuje u dzieci matek spożywających alkohol w okresie ciąży. Ostatnie wspólne oświadczenie NOFAS (National Organization of Fetal Alcohol Syndrome) i FASD Center of Excellence w Waszyngtonie z 15 kwietnia 2004 roku brzmi następująco: „*Fetal alcohol spectrum disorders* (FASD) jest ogólnym terminem opisującym całe spektrum skutków rozwojowych występujących u potomstwa matek pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się; mogą trwać przez całe życie. Termin FASD nie jest terminem przeznaczonym do wykorzystania w diagnostyce klinicznej”. Na skutek intoksykacji alkoholowej w okresie płodowym dochodzi do uszkodzenia na poziomie komórkowym, co skutkuje wadami rozwojowymi ośrodkowego układu nerwowego i narządów wewnętrznych. Najgroźniejszym w skutkach uszkodzeniem poalkoholowym wchodzącym w skład FASD jest alkoholowy zespół płodowy (*fetal alcohol syndrome*, FAS). Zaburzenia rozwojowe dzieci z FASD dotyczą różnych obszarów. Wśród nich wymienia się: zaburzenia zdolności poznawczych (zapamiętywania, myślenia przyczynowo-skutkowego, zdolności uogólniania, planowania, przewidywania i opanowywania czynności, deficyt uwagi, objawy nadpobudliwości), trudności emocjonalne, głównie w sytuacjach społecznych (wycofanie lub agresja, skłonność do kradzieży, kłamstwa, unikanie odpowiedzialności, łatwowierność i nadmierna ufność oraz bezrefleksyjność). Rozpowszechnione obecnie kryteria diagnostyczne wciąż opierają się na triadzie objawów klinicznych:

1. charakterystyczne cechy dymorficzne,
2. opóźnienie wzrostu,
3. objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego.

Skutki teratogenne (toksycznego dla płodu) wpływu alkoholu zależą od:

- Dawki alkoholu (Uwaga! Nawet bardzo mała dawka alkoholu może być w pewnych warunkach niebezpieczna).
- Okresu ciąży – w każdym trymestrze ciąży może dojść do specyficznych uszkodzeń typowych dla danego etapu rozwoju płodu. W pierwszym trymestrze pod wpływem alkoholu może dojść do opóźnienia wzrostu i rozwoju dysmorfii, w drugim i trzecim najbardziej narażony jest ośrodkowy układ nerwowy i ma miejsce zaburzona produkcja neurotransmiterów.
- Kondycji zdrowotnej matki (stan odżywienia, wyposażenie genetyczne, układ odpornościowy).

Dzieci pijących matek, które nie prezentowały wszystkich objawów uszkodzenia (dysmorfia), opisywane były pierwotnie jako dzieci z FAE (poalkoholowe uszkodzenie płodu). Celem pracy jest przeanalizowanie obrazu klinicznego depresji na podstawie prezentacji przypadku 12-letniego chłopca z alkoholowym uszkodzeniem płodu (FAE). Autorki przedstawiają

objawy prezentowane przez niego, rozumienie jego problematyki w kontekście indywidualnym i relacji z matką, jak również omawiają rysunek jego autorstwa i proponują postępowanie psychoterapeutyczne.

Słowa kluczowe: poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych, zespół depresyjny, depresyjność, depresja młodzieńcza, psychoterapia

Summary

Fetal alcohol spectrum disorder (FASD) occurs in children of mothers consuming alcohol during pregnancy. The recent statement of NOFAS (National Organization of Fetal Alcohol Syndrome) and FASD Center of Excellence in Washington DC of April 15th, 2004 has the following wording: "Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) is a broad term describing a wide range of developmental outcomes among individuals with prenatal alcohol exposure. The outcomes may include physical, mental, cognitive and behavioural anomalies; and they may persist across the lifespan. The term FASD is not intended for use as a clinical diagnosis". As a result of alcohol intoxication during the prenatal development the fetus is damaged at the cellular level, which results in a malformation of the central nervous system and internal organs. The most dangerous consequence of the prenatal alcohol damage is fetal alcohol syndrome (FAS). Developmental disorders of children with FASD occur in different areas. These include: abnormal cognitive development (problems with memory, hyperactivity, planning, anticipation, skills learning), problems with emotions, especially in social situations (withdrawal or aggression, a tendency to steal and lie, avoidance of responsibility, credulity, over-confidence and lack of reflection). Currently used diagnostic criteria are still based on the triad of the following clinical symptoms:

1. characteristic facial features;
1. growth deficiency;
1. central nervous system abnormalities.

The outcomes of the teratogenic (toxic for fetus) impact of alcohol exposure depend on the following:

- Amount of alcohol (Note! Even a very small amount of alcohol may in certain circumstances be dangerous).
- Phase of pregnancy – in each trimester some specific damage typical for a given moment of fetus development may take place. In the first trimester alcohol exposure can lead to growth retardation and development of dysmorphia, in the second and third trimester the central nervous system is mostly vulnerable and there is a disturbed neurotransmitters production.
- Mother's general health condition (nutritional status, genetic predisposition, immune system).

Children of drinking mothers who did not present all the symptoms of damage (dysmorphia) were initially described as the FAE children (fetal alcohol effects). The aim of this study is to analyse the clinical picture of depression on the basis of the case of a 12-year-old boy. The authors describe the symptoms presented by him and give understanding of the patient in the individual context, as well as in relationship with his mother, and discuss his drawing. They propose a psychotherapy treatment.

Key words: fetal alcohol effects, depression syndrome, depressiveness, adolescent depression, psychotherapy

CO TO JEST POALKOHOLOWE SPEKTRUM ZABURZEŃ ROZWOJOWYCH (FASD)?

Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (*fetal alcohol spectrum disorder*, FASD) występuje u dzieci matek spożywających alkohol w okresie ciąży. Na skutek intoksykacji alkoholowej w okresie płodowym dochodzi do uszkodzenia na poziomie komórkowym, co skutkuje wadami rozwojowymi ośrodkowego układu nerwowego i narządów wewnętrznych. Najgroźniejszym w skutkach uszkodzeniem poalkoholowym wchodzącym w skład FASD jest alkoholowy zespół płodowy (*fetal alcohol syndrome*, FAS), na który składają się: niska waga urodzeniowa, charakterystyczne cechy dysmorficzne, cechy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i potwierdzenie ekspozycji na alkohol w okresie ciąży. FAS to zaledwie 10% wszystkich uszkodzeń poalkoholowych, pozostałe 90% klasyfikuje się jako: poalkoholowe uszkodzenie płodu (*fetal alcohol effects*, FAE), poalkoholowe zaburzenia neuroroz-

wojowe (*alcohol-related neurodevelopmental disorder*, ARND), poalkoholowe wady wrodzone (*alcohol-related birth defects*, ARBD), częściowy FAS (*partial FAS*, pFAS) i prenatalna ekspozycja na alkohol (*prenatal alcohol exposure*, PAE). Nie ma dotychczas danych statystycznych dotyczących występowania FAS oraz innych poalkoholowych zaburzeń^(1,2).

OBJAWY KLINICZNE U DZIECI I MŁODZIEŻY Z FASD

Dzieci z FASD jako niemowlęta mogą być niespokojne, mieć zaburzony odruch ssania i słabą koordynację wzrokowo-ruchową, problemy ze snem, spowolnione reakcje i małą rozpiętość uwagi. Objawy neurobehawioralne, m.in. pod postacią zaburzenia uwagi i koncentracji, nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzeń dotyczących kontaktów społecznych, pojawiają się i nasilają w wieku przedszkolnym i szkolnym. U osób z FAS niemal zawsze występują zaburzenia emocjonalne oraz niewłaściwe

zachowanie. Poziom intelektualny u dzieci z FAS może być prawidłowy, ale może także występować opóźnienie rozwoju umysłowego w stopniu od lekkiego do głębokiego. Tylko 25% osób z FAS i mniej niż 10% z FAE kwalifikuje się do kształcenia specjalnego i opieki instytucjonalnej. Ich trudności w nauce i funkcjonowaniu w szkole są o wiele poważniejsze, niż wynikałoby to z testów. Dzieci z FAS mają trudności z gromadzeniem, wiązaniem, zapamiętywaniem i wykorzystywaniem informacji, właściwą oceną i rozwiązywaniem problemów, koncentracją uwagi, pamięcią, myśleniem przyczynowo-skutkowym i abstrakcyjnym, kontrolą impulsów. Są bardzo wrażliwe na odrzucenie. Zaburzenia rozwojowe dzieci z FAS/FAE dotyczą różnych obszarów: zdolności poznawczych (zapamiętywania, myślenia przyczynowo-skutkowego, zdolności uogólniania, deficytu uwagi, objawów nadpobudliwości, planowania, przewidywania i opanowywania czynności) i emocji, głównie w sytuacjach społecznych (wycofanie lub agresja, skłonność do kradzieży, kłamstwa, unikanie odpowiedzialności, łatwowierność i nadmierna ufność oraz bezrefleksyjność). Zaburzone reakcje fizjologiczne dotyczą odczuwania bólu, głodu lub sytości, czucia głębokiego, orientacji przestrzennej, kontroli równowagi i zborności ruchowej, odczuwania temperatur⁽³⁻⁴⁾.

OBRAZ KLINICZNY DEPRESJI U DZIECI I MŁODZIEŻY

Nastroj depresyjny to stan emocjonalno-motywacyjny charakteryzujący się treściami takimi jak: przygnębienie, smutek, apatia, niepokój, a także spadkiem poziomu natężenia motywacji. Stan ten działa modyfikująco i selektywnie na przebieg pozostałych procesów psychicznych – „wyolbrzymianie” zjawisk i przeżyć oraz sytuacji przykrych, selektywne spostrzeganie, przypomnianie, myślenie o rzeczach i sytuacjach przykrych⁽⁵⁾. Rozpoznając depresję, zwracamy uwagę na: charakterystyczny obraz kliniczny, stopień nasilenia objawów, długość utrzymywania się zaburzeń, stopień upośledzenia dotychczasowego funkcjonowania chorego i skuteczność farmakoterapii i/lub psychoterapii. W klasyfikacji ICD-10 nie ma odrębnych wskazówek diagnostycznych dla rozpoznania depresji u dzieci i młodzieży. Aby rozpoznać depresję, niezbędne jest zaburzone funkcjonowanie w obszarach nastroju, motoryki i rytmów biologicznych w stopniu upośledzającym prawidłowe funkcjonowanie. Czas ich trwania wynosi co najmniej 14 dni⁽⁶⁾. Do obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży należą: liczne, zmienne, niespecyficzne skargi somatyczne, np. bóle głowy, ciągłe zmęczenie, gorsze wyniki w nauce, które nierzadko idą w parze z częstą nieobecnością w szkole, wybuchy płaczu, niczym nieuzasadnione rozdrażnienie, znużenie, chętnie omijanie wysiłku, słaba komunikacja z rówieśnikami lub izolacja od grona rówieśników, obawa przed śmiercią, nadwrażliwość na odrzucenie, rezygnacja z dotychczasowych przyjemności i zainteresowań oraz zachowania ryzykowne. U dużego odsetka dzieci i młodzieży spotyka się zaniżoną samoocenę, negatywną ocenę przyszłości oraz terażniejszości i przeszłości. U wielu dzieci i młodzieży dorastającej dominującym nastrojem jest drażliwość. Pojawiają się zaburzenia snu (bezsennność lub skrócenie czasu snu z przedwczesnym budzeniem się), a także utrata apetytu. W przypad-

ku depresji u adolescenta ryzyko podjęcia próby samobójczej jest wysokie, nawet jeżeli wydaje się, że objawy mają charakter manipulacyjny. Im młodsze dziecko, tym więcej objawów somatycznych w obrazie klinicznym depresji. Symptomy podane w kategoriach klasyfikacyjnych ICD-10 dotyczące depresji zawsze należy odnosić do wieku młodego człowieka⁽⁷⁾.

DEPRESYJNOŚĆ

O depresyjności mówimy wtedy, gdy symptomy depresyjne nie układają się w obraz zespołu depresyjnego, ale pozostają na poziomie pojedynczych objawów, nierzadko towarzysząc innemu, podstawowemu zaburzeniu natury psychicznej. Należy pamiętać, że aby można było rozpoznać depresję o nasileniu od łagodnego do ciężkiego, muszą być spełnione określone kryteria diagnostyczne w klasyfikacji ICD-10. Depresyjności okresowo doświadcza większość dorastających i jest ona konsekwencją intensyfikacji życia emocjonalnego w okresie dorastania. Depresyjność przy dużym nasileniu objawów oraz zaburzeń funkcjonowania może osiągnąć poziom kliniczny wymagający leczenia. Wskaźnikiem depresyjności jest obecność objawów zaliczanych do symptomów depresyjnych w odczuciu badanych. Można przyjąć, iż depresję u badanych można stwierdzić przy silnym nasileniu depresyjności w badaniu klinicznym⁽⁸⁾. Do mechanizmów „fizjologicznej depresyjności” u adolescentów zalicza się: poczucie utraty wyobrażenia „idealnego, omnipotentnego rodzica”, stopniową rezygnację z psychicznej i praktycznej opieki rodzica, co wiąże się z opuszczaniem rodziców jako pierwotnych obiektów miłości i autorytetu. To także pojawiające się poczucie winy za wzmagające się impulsy popędowe (konflikt między ego a superego), lęk dotyczący własnych kompetencji połączony z poczuciem bezradności i objawy dysmorfofobii (zaburzenia obrazu ciała), przeżywanie swojego ciała jako niedoskonałego, będącego źródłem lęków i niepokojów. Adolescent to ktoś, kto w swych świadomych przeżyciach obawia się, że będzie niedoskonałym dorosłym, a w nieświadomości oplačuje utracone dzieciństwo. Do kolejnych przejawów depresyjności w okresie dorastania należą: egzystencjalne rozmyślanie na temat sensu życia, śmierci, poczucia własnej wartości przejawiające się także w pisaniu wierszy i słuchanej muzyce. To również czasowe wycyfowanie się z interakcji społecznych, przechodzenie od aroganckiej złości i poczucia wielkości do poczucia bezradności i pragnienia zależności oraz prowokacyjny sposób zachowania, ubierania się, podejmowanie działań ryzykownych. Wśród klinicznych przejawów depresyjności u adolescencji wymienia się myśli i próby samobójcze, samouszkodzenia, uzależnienia, zaburzenia zachowania, anoreksję i objawy bulimiczne⁽⁹⁻¹⁰⁾.

OPIS PRZYPADKU

Aby zobrazować objawy depresyjności i depresji manifestujące się głównie zaburzoną zachowaniem, autorzy przedstawiają przypadek 12-letniego chłopca z FAE. Chłopiec został przyjęty na Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Centrum Pediatrii w Sosnowcu z rozpoznaniem

wstępnym FAE i mieszanych zaburzeń zachowania i emocji oraz podejrzeniem upośledzenia umysłowego. Była to druga hospitalizacja psychiatryczna. Główne problemy występujące u pacjenta, zgłaszane przez matkę, to agresja i impulsywność. Od 5. roku życia chłopiec pozostawał pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży z powodu nadruchliwości, zaburzeń koncentracji i uwagi. Od pół roku prezentował się jako płaczący, łatwo się męczył, narastały problemy z nauką. W emocjach dominowała drażliwość, pojawiły się myśli rezygnacyjne, zachowania opozycyjno-buntownicze wobec matki, agresja werbalna i czynna wobec rówieśników. W wywiadzie uzyskanym od matki stwierdzono, iż w związku z przemocą ze strony ojczyzna oraz bezradnością matki chłopiec przez 6 lat był wychowywany przez „dziadków” (rodzice matki) w ramach rodziny zastępczej. W tym czasie matka rozstała się z partnerem. Chłopiec wrócił pod opiekę matki do domu mniej więcej rok przed przyjęciem na Oddział; zamieszkał wraz z nią i dwójką młodszego rodzeństwa. Na Oddziale funkcjonował jako nadruchliwy i impulsywny. Nie przestrzegał norm, przejawiał duże trudności w adaptowaniu się do zasad, prezentował zachowania prowokacyjne i niedostosowane, reagował agresją na stawiane mu granice, miał niski poziom odporności na frustrację. Obserwowano chłodny charakter relacji pomiędzy matką a chłopcem, jak również pomiędzy nim a młodszym rodzeństwem. Matka według opinii „dziadków” faworyzuje młodsze rodzeństwo. Widoczne były ciepłe relacje pomiędzy chłopcem a „dziadkami”. Wykonane testy psychologiczne L. Bendera i A. Bentona wskazywały na brak wtórnego upośledzenia procesów poznawczych spowodowanego mikrouszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Wykonana tomografia komputerowa głowy nie wykazała odchylenia od normy.

ROZUMIENIE OBJAWÓW WYSTĘPUJĄCYCH U CHŁOPCA ORAZ PROBLEMATYKI RELACJI MATKA – SYN

Opisane wcześniej problemy chłopca należy rozumieć jako brak jasnych i czytelnych granic stawianych chłopcu przez matkę, a jego deficyty rozwojowe wynikały z nieodpowiedniej stymulacji rozwoju dziecka. Matka ma trudności w realizacji kompetencji rodzicielskich. W sytuacjach trudnych odwołuje się do pomocy „dziadków”, umniejszając tym samym swoją pozycję i oddając innym odpowiedzialność za opiekę nad synem. W poczuciu bezradności stosuje metody przemocowe wobec chłopca, uciekając się do przemocy werbalnej, a w skrajnych sytuacjach również do fizycznej. U pacjenta występuje deficyt pozytywnych doświadczeń w relacji z matką. Nie rozumie ona potrzeb chłopca, a wiele sytuacji neutralnych interpretuje na jego niekorzyść. Wszelkie przejawy zainteresowania ze strony matki (np. odwiedziny w trakcie jego pobytu w szpitalu) chłopiec odbierał jako nakazane przez „dziadków”, a nie wynikające z jej chęci bycia z synem.

W ramach diagnostyki psychologicznej relacji wewnątrzrodzinnych chłopca zaproponowano mu narysowanie rysunku pt. „Rodzina zwierząt” (rys. 1).



Rys. 1. „Rodzina zwierząt”

Chłopiec narysował samotnego ptaka, którego nazwał „złym ptakiem”, opisując ze szczegółami, w jaki sposób ów ptak niszczy wszystko i wszystkich, których spotyka na swojej drodze. Pierwotnie „zły ptak” był pozbawiony możliwości ruchu i percepcji rzeczywistości, nie miał nóg, oczu ani dzioba. W trakcie pracy – dopytywany o przyczynę takiego stanu rzeczy – chłopiec nie odpowiadał, tylko z entuzjazmem dorysowywał brakujące elementy. Jak wynikało z dalszej relacji, ptak – przez to, że był taki zły – był również samotny, czasem smutny i bezradny. Obok chłopiec narysował drzewo owocowe, tłumacząc, że „zły ptak” żywi się jego owocami, które jednak w dużej mierze są zatrute. Na samym końcu dorysował czerwone serce, które połączył ostro zakończoną strzałką z grzbietem ptaka, twierdząc, iż ten balon w kształcie serca unosi ptaka w powietrzu, ale jednocześnie zadaje mu ból.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

Dysponując danymi z wywiadu od matki, obserwacjami dziecka w warunkach oddziału szpitalnego całodobowego, niezbędnymi badaniami diagnostycznymi, wdrożono postępowanie psycho-terapeutyczne skierowane indywidualnie do chłopca, jak również do matki i syna równocześnie. Zastosowano psychoedukację połączoną z interpretacją zachowań syna. Wzmocniono matkę w jej pozycji rodzicielskiej, wytłumaczono jej reakcje i objawy syna, jak również wskazano konieczność konsekwentnego postępowania wobec niego. Równocześnie postawiono chłopcu jasne granice z konsekwencjami w przypadku ich przekroczenia, odwołując się do modelu terapii behawioralno-poznawczej. W rozumieniu autorów jedynie relacja oparta na zaufaniu, miłości, ale również rozumieniu zachowań może zaowocować poprawą w funkcjonowaniu chłopca i wzajemnej relacji matka – syn.

PODSUMOWANIE

Dzieci z FASD (w jego różnych postaciach) bardzo często prezentują objawy opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania, które mogą być maską depresji. Wynika to z faktu, iż w najwcześniejszym okresie życia doświadczyły braku bezpiecznego rozwoju więzi, zaniedbania lub nawet przemocy.

Najczęściej są wychowywane w rodzinach zastępczych z powodu braku możliwości sprawowania opieki przez biologicznych rodziców. Dalszy rozwój tych dzieci zależy od wrażliwości i umiejętności patrzenia na dziecko, budowania relacji wzajemnego zaufania i szacunku. Matka po leczeniu z powodu uzależnienia od alkoholu mogła sprawować opiekę nad dziećmi. Z powodu własnego braku kompetencji, bezradności, a może również lęku została otoczona opieką psychoterapeutyczną, podobnie jak jej 12-letni syn. Rozumienie problematyki obojga – matki i dziecka – może pomóc w kształtowaniu satysfakcjonującego związku matka – syn, aby był on korzystny dla obu stron i pozwalał im na dalszy rozwój i budowanie prawidłowych relacji w życiu bez lęku czy poczucia winy.

PIŚMIENNICTWO:
BIBLIOGRAPHY:

1. Astley S.J.: Comparison of the 4-Digit Diagnostic Code and the Hoyme diagnostic guidelines for fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics* 2006; 118: 1532-1545.
2. Astley S.J.: Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code, 3rd edition. University of Washington Publication Services, Seattle WA. (4 MB).
3. Klecka M.: FAScynujące dzieci. Wydawnictwo św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2007.
4. Streissguth A., Barr H., Kogan J., Bookstein F.: Primary and secondary disabilities in fetal alcohol syndrome. W: Streissguth A., Kanter J. (red.): *The Challenge of Fetal Alcohol Syndrome. Overcoming Secondary Disabilities*. University of Washington Press, Seattle 1997: 25-39.
5. Aleksandrow D., Korzybski T., Kostrzewski J.K. i wsp.: *Polski słownik medyczny*. PZWL, Warszawa 1981: 701.
6. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków-Warszawa 1998: 141-143.
7. Rabe-Jabłońska J.: Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL, Warszawa 2004: 324-336.
8. Bomba J., Modrzejewska R.: Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w późnej fazie dorostania. *Psychiatr. Pol.* 2006; 4: 695-706.
9. Blos E.: *The Adolescent Passage*. Int. Univ. Press, New York 1979.
10. Janas-Kozik M., Albert J.: Jak zrozumieć adolescenta? Adolescencja jako przełomowa faza rozwoju człowieka w ujęciu analitycznym. W: *Adolescencja – szanse i zagrożenia*. Praca zbiorowa. Dąbrowa Górnicza 2008: 173-183.

Szanowni Prenumeratorzy

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków prenumerata czasopisma „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.