

Halina Kądziela-Olech

Profil zaburzeń psychicznych na podstawie psychiatrii konsultacyjnej u pacjentów hospitalizowanych w wielospecjalistycznym dziecięcym szpitalu klinicznym

The profile of mental disorders based on consultation psychiatry in patients of the multidisciplinary children's teaching hospital

Oddział Dzienny Psychiatryczny, Klinika Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny, Białystok, Polska. Dyrektor: dr n. med. Janusz Pomaski

Adres do korespondencji: Dr n. med. Halina Kądziela-Olech, ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok, Polska, tel.: +48 85 745 07 88, faks: +48 85 745 06 44, e-mail: halina.kadziela-olech@umb.edu.pl

Day Care Psychiatric Unit, Department of Paediatrics and Developmental Disorders, Medical University of Białystok, Poland

University Children's Teaching Hospital, Białystok, Poland. Head: Janusz Pomaski, MD PhD

Correspondence: Halina Kądziela-Olech, MD, PhD, Waszyngtona 17, 15-274 Białystok, Poland, tel.: +48 85 745 07 88, fax: +48 85 745 06 44, e-mail: halina.kadziela-olech@umb.edu.pl

Streszczenie

Psychiatria konsultacyjna zajmuje ważne miejsce w medycynie wieku rozwojowego. Pojęcie psychiatrii konsultacyjnej obejmuje problematykę psychiatrii w medycynie ogólnej dotyczącą świadczeń klinicznych, wsparcia i pomocy w rozwiązywaniu psychiatrycznych, psychologicznych czy psychospołecznych trudności pacjenta. Psychopatologia dziecka, wynikająca z oddziaływania czynników biologicznych i psychospołecznych, może przejawiać się kategorialnymi zaburzeniami psychicznymi, które mogą współwystępować ze schorzeniami somatycznymi, jak również być odpowiedzią wtórną na chorobę somatyczną. W sytuacji leczenia szpitalnego dezorganizacja zachowania pacjentów w okresie rozwojowym może wynikać również z reakcji na chorobę czy hospitalizację. Z drugiej strony zaburzenia psychiczne mogą znacząco utrudniać proces leczenia choroby somatycznej. Celem podjętej pracy były ustalenie spektrum psychopatologii oraz analiza przyczyn kierowania na konsultacje psychiatryczne pacjentów hospitalizowanych w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym. Badaniami objęto okres 9 lat, podczas których udzielono 741 konsultacji psychiatrycznych. Uzyskane wyniki badań wykazały, że zaburzenia lękowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, były najczęściej (30,5%) stwierdzaną kategorią zaburzeń wśród konsultowanych dziewcząt (30,0%) i chłopców (31,5%). Dużą grupę pacjentów stanowiły osoby z mieszanymi zaburzeniami zachowania i emocji (22,8%), które istotnie częściej ($p = 0,02$) były rozpoznawane w populacji badanych chłopców (31,0%). Zaburzenia odżywiania stwierdzono u 17% konsultowanych. Kategoria zaburzeń odżywiania, obejmująca jadłowstręt psychiczny, anoreksję atypową, bulimie, istotnie częściej ($p < 0,001$) dotyczyła dziewcząt (23,9%) niż chłopców (3,6%). Odmowa jedzenia (24,4%) obok celowego zażycia środków farmakologicznych (21,7%) była najczęstszym powodem kierowania pacjentów na konsultacje psychiatryczne w badanej grupie.

Słowa kluczowe: psychiatria konsultacyjna, okres rozwojowy, zaburzenia psychiczne, szpital wielospecjalistyczny

Abstract

Consultation psychiatry plays an important role in developmental medicine. The concept of consultation psychiatry in general medicine includes diagnosis, support and assistance in solving psychiatric, psychological or psychosocial problems of the patient. Child psychopathology, which results from the interaction of biological and psychosocial factors, may be manifested by categorical psychiatric disorders, which may coexist with somatic diseases, and may also be a secondary reaction in response to other illnesses. The disorganisation of behaviour in patients at the developmental period may also result from the response to the disease or hospitalisation. On the other hand, mental disorders can significantly hamper the treatment of somatic diseases. The objective of this study was to determine the spectrum of psychopathology and to analyse the reasons for psychiatric consultation on the multidisciplinary wards of the University Children's Teaching Hospital. During 9 years, 741 psychiatric consultations were carried out. The results obtained indicate that anxiety, stress-related and somatoform disorders were the most common category of mental disorders (30.5%) observed in consulted girls (30.0%) and boys (31.5%). Emotional and conduct disorders were found in 22.8% of the consulted children. There was a significant

difference ($p = 0.02$) between boys (31%) and girls (18.3%). Eating disorders were identified in 17% of the examined group. This category, which includes anorexia nervosa, atypical anorexia and bulimia, was significantly more frequently ($p < 0.001$) observed in girls (23.9%) than boys (3.6%). A refusal to eat (24.4%) was, next to deliberate intake of pharmacological agents (21.7%), the most common reason for psychiatric consultations in the examined group.

Key words: consultation psychiatry, developmental period, mental disorders, multidisciplinary hospital

WSTĘP

Współczesne badania oraz wzrastająca liczba doniesień potwierdzających zaangażowanie m.in. procesów zapalnych, metabolicznych czy endokrynnych w powstawanie zaburzeń poznawczych i behawioralnych uzasadniają rosnące znaczenie psychiatrii w medycynie ogólnej. W holistycznym ujęciu sfery psychiczna oraz somatyczna nie są oddzielnymi układami, lecz mogą stanowić różne drogi poznawania ludzkiej egzystencji. Podejście to zakłada, że przyczyną wszystkich chorób jest wieloczynnikowa konstelacja uwarunkowań biologicznych i społecznych. Związki psychiatrii z medycyną ogólną znalazły swój wyraz w psychiatrii konsultacyjnej, której rozwój został zapoczątkowany w pierwszej połowie XX wieku w Stanach Zjednoczonych, gdzie również funkcjonowali pierwsi konsultanci szpitali ogólnych⁽¹⁾.

Pojęcie psychiatrii konsultacyjnej zgodnie z definicją może oznaczać problematykę psychiatrii w medycynie ogólnej (*consultation psychiatry*) dotyczącą świadczeń klinicznych, wsparcia i pomocy w rozwiązywaniu psychiatrycznych, psychologicznych czy psychospołecznych trudności pacjenta. Może być również określeniem współzależności psychiatrii z medycyną (*liaison psychiatry*), jako zależności somatopsychicznej i psychosomatycznej. W tym zakresie obejmuje edukację lekarzy innych specjalności oraz personelu niepsychiatrycznego służby zdrowia, tworzenie i rozwijanie współpracy z nimi, a także integrowanie wiedzy z zakresu nauk biologicznych, psychologicznych i społecznych w obszarze psychiatrii oraz medycyny somatycznej^(2,3). Przenikanie zakresów tych dwóch znaczeń wydaje się zachodzić w medycynie wieku rozwojowego. Dynamika i specyficzność procesów rozwojowych kształtują nieco odmienny charakter psychiatrii konsultacyjnej w obszarze dotyczącym zdrowia dziecka. Ta odmienność uwarunkowana jest zależnością dziecka od osoby dorosłej oraz trwającym rozwojem poznawczym, emocjonalnym i społecznym. W sytuacji leczenia szpitalnego dezorganizacja zachowania pacjentów wieku rozwojowego może wynikać nie tylko z istniejącej psychopatologii, ale również z reakcji na chorobę czy hospitalizację. Z drugiej strony zaburzone relacje z rodzicami i personelem mogą utrudniać proces leczenia. Oczekiwania stawiane konsultującemu psychiatrze obejmują ocenę stanu psychicznego, opanowanie pobudzenia, ustalenie rozpoznania, udzielenie porady, zaproponowanie dalszej diagnostyki i/lub terapii, ewentualnie skierowanie chorego na leczenie w szpitalu psychiatrycznym⁽⁴⁾.

INTRODUCTION

Contemporary studies and an increasing number of reports that confirm the involvement of, among others, inflammatory, metabolic or endocrine processes in cognitive and conduct disorders justify the increasing relevance of psychiatry in general medicine. In a holistic approach, mental and somatic areas are not separate, but can be different ways to understanding the human existence. This approach assumes that the cause of all diseases is a multifactorial constellation of biological and social factors. The association of psychiatry and general medicine is expressed in consultation psychiatry, the development of which was initiated in the first half of the 20th century in the United States where the first consultants worked in general hospitals⁽¹⁾.

According to its definition, consultation psychiatry may include the problems of psychiatry in general medicine concerning diagnosis, support and assistance in solving psychiatric, psychological or psychosocial problems of the patient. It may also denote the interdependence of psychiatry and medicine (*liaison psychiatry*) as a somatopsychic or psychosomatic interrelation. In this aspect, it involves education of physicians specialising in other fields of medicine and non-psychiatric health care professionals as well as creating and developing cooperation with them. It also means integrating the knowledge of biological, psychological and social sciences into psychiatry and somatic medicine^(2,3). The blending of these two meanings seems to occur in developmental medicine. The dynamics and specificity of developmental processes shape a different character of consultation psychiatry in paediatric health care. This difference results from the dependence of children on adults and an ongoing cognitive, emotional and social development. The disorganisation of behaviour in patients at the developmental age may not only result from existing psychopathology, but also from the response to the disease or hospitalisation. On the other hand, disturbed relationships with parents and medical staff may hinder the treatment process. A consulting psychiatrist is expected to assess the mental condition, control agitation, establish a diagnosis, give advice, propose further diagnostic steps and/or therapy or, if necessary, refer the patient to a psychiatric hospital⁽⁴⁾.

The aim of the paper was to analyse the spectrum of psychopathologies found in patients consulted by psychiatrists and to determine the most common reasons for such consultations in a multidisciplinary paediatric hospital.

Celem pracy były analiza spektrum psychopatologii występującej wśród pacjentów konsultowanych psychiatrycznie oraz ustalenie najczęstszych przyczyn skierowań na konsultacje psychiatryczne w wielospecjalistycznym szpitalu pediatricznym.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto okres 9 lat (październik 2005 – październik 2014 roku) funkcjonowania Oddziału Dziennego Psychiatrycznego Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego i zakres udzielonych w tym czasie konsultacji psychiatrycznych. Pacjenci pochodzili z czterech klinik pediatricznych (nefrologii, gastroenterologii i alergologii, kardiologii i endokrynologii, pediatrii i zaburzeń rozwoju), kliniki neurologii, rehabilitacji, oddziałów zabiegowych (ortopedycznego, chirurgicznego, laryngologicznego), szpitalnego oddziału ratunkowego, oddziału intensywnej opieki medycznej. Przekrój badanych obejmował dzieci i młodzież (724 osoby) obojga płci: 476 dziewcząt (65,7%) oraz 248 chłopców (34,3%), w wieku od 2 do 20 lat (średnia wieku – 14,6 roku; $SD = 3,2$). Konsultacje odbywały się na prośbę lekarzy prowadzących za zgodą rodziców/opiekunów, a w przypadku młodzieży również za zgodą nastoletnich pacjentów. Analizę kategoryjną zaburzeń przeprowadzono, opierając się na obowiązującej klasyfikacji ICD-10⁽⁵⁾. Zespoły kliniczne powiązano ze zgłaszanymi przyczynami konsultacji. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej z użyciem programu STATISTICA 10.0 PL, StatSoft. Normalność rozkładu weryfikowano testami Kołmogorowa–Smirnowa z poprawką Lillieforsa. Nie stwierdzono normalności rozkładu analizowanych zmiennych. Analizę współzależności między cechami typu jakościowego przedstawiono w tabelach korelacyjnych. Oceny istotności dokonano, stosując test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera, w zależności od rozkładu liczebności w tabeli. W przypadku cech typu ilościowego przeciętny poziom i zróżnicowanie wyników opisano z wykorzystaniem średniej arytmetycznej oraz odchyłeń standardowych. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na występowanie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

WYNIKI

W ciągu 9 lat przeprowadzono 741 konsultacji psychiatrycznych; średnia liczba konsultacji wyniosła 7 w ciągu miesiąca, co daje 1–2 konsultacje w tygodniu. Z powodu powtarzania konsultacji u niektórych pacjentów w analizie statystycznej uwzględniono dane 724 badanych. Stwierdzono istotne różnice ($p < 0,001$) między wiekiem konsultowanych dziewcząt (średnia – 15,03 roku; $SD = 2,47$ roku) i chłopców (średnia – 13,63 roku; $SD = 4,07$). Kategoryjne rozpoznania zgodne z obowiązującą klasyfikacją ICD-10 w badanej populacji przedstawia tab. 1. Zaburzenia lękowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, były najczęściej (30,5%) stwierdzaną kategorią zaburzeń zarówno w populacji dziewcząt (30,0%), jak i chłopców (31,5%) (tab. 1 i 2).

MATERIAL AND METHODS

The study carried out in the Day Care Psychiatric Unit of the University Children's Teaching Hospital involved the period of 9 years (from October 2005 to October 2014) and was based on an analysis of the scope of psychiatric consultations conducted in this period. The patients were treated in four paediatric departments (nephrology, gastroenterology and allergology, cardiac and endocrine diseases, paediatrics and developmental disorders), neurology department, rehabilitation clinic, surgical units (orthopaedic, surgical and laryngological), emergency department and intensive care unit. In total, 724 children and adolescents, boys and girls, were examined: 476 girls (65.7%) and 248 boys (34.3%), aged 2–20 (mean age – 14.6; $SD = 3.2$). The consultations were requested by attending physicians. The parents/guardians and, in the case of adolescents, teenagers themselves gave their consent to such consultations. The categorical analysis of disorders was conducted on the basis of current ICD-10 classification⁽⁵⁾. Clinical syndromes were connected with the reasons for consultations. The results obtained were analysed statistically in the STATISTICA 10.0 PL, StatSoft system. Normality of the distribution was verified with the Kolmogorov–Smirnov test with the Lilliefors correction. Normality of the distribution of the analysed variables was not observed. The analysis of interrelationship between the qualitative parameters was presented in correlation tables. Statistical significance was calculated with the chi-square test or Fisher's exact test depending on the frequency distribution in the table. In the case of quantitative parameters, the average level and diversity of the results were described with the use of arithmetic mean and standard deviations. The p -value less than 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS

During 9 years, 741 psychiatric consultations were conducted. The average number of consultations carried out monthly was 7, which translates into 1–2 consultations weekly. Since several patients needed repeated consultations, the statistical analysis includes the data of 724 patients. The age of consulted girls (mean age – 15.03; $SD = 2.47$ years) and boys (mean age – 13.63; $SD = 4.07$ years) differed in a statistically significant way ($p < 0.001$). The categorical diagnoses in the examined population were based on the current ICD-10 classification and are presented in Tab. 1. Anxiety, stress-related and somatoform disorders were the most common category of mental disorders (30.5%) both in consulted girls (30.0%) and boys (31.5%) (Tabs. 1 and 2). In 22.8% of the consulted children, mixed emotional and conduct disorders were found. They were significantly more frequently observed ($p < 0.05$) in boys (31%). Eating disorders were identified in 17% of the examined group. This category, which includes anorexia nervosa, atypical anorexia and bulimia, was significantly more frequently ($p < 0.001$)

Kategorie zaburzeń <i>Categories</i>	Liczba pacjentów <i>Number of patients</i>	
	<i>n</i>	%
Zaburzenia lękowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną <i>Anxiety disorders, stress-related disorders and somatoform disorders</i>	221	30,5
Zaburzenia zachowania i emocji <i>Emotional and conduct disorders</i>	165	22,8
Zaburzenia odżywiania <i>Eating disorders</i>	123	17,0
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych <i>Mental and conduct disorders caused by intake of psychoactive substances</i>	57	7,9
Zaburzenia afektywne <i>Affective disorders</i>	56	7,7
Zaburzenia psychotyczne <i>Psychotic disorders</i>	44	6,1
Całościowe zaburzenia rozwojowe <i>Pervasive developmental disorders</i>	28	3,9
Upośledzenie umysłowe <i>Mental retardation</i>	30	4,1
Ogółem <i>Total</i>	724	100,0

Tab. 1. Kategorie zaburzeń psychicznych stwierdzane u konsultowanych pacjentów

Tab. 1. Categories of mental disorders diagnosed in the consulted patients

Dużą grupę pacjentów stanowiły osoby z mieszanymi zaburzeniami zachowania i emocji (22,8%), które istotnie częściej ($p < 0,05$) były rozpoznawane wśród badanych chłopców (31,0%). Zaburzenia odżywiania stwierdzono u 17% konsultowanych. Kategoria ta, obejmująca jadłowstręt psychiczny, anoreksję atypową, bulimię, istotnie częściej ($p < 0,001$) dotyczyła dziewcząt (23,9%) niż chłopców (3,6%) (tab. 2). Odmowa jedzenia (24,4%) obok celowego zażycia środków farmakologicznych (21,7%) była najczęstszym powodem kierowania pacjentów na konsultacje psychiatryczne w badanej grupie (tab. 3).

observed in girls (23.9%) than boys (3.6%) (Tab. 2). A refusal to eat (24.4%) was, next to deliberate intake of pharmacological agents (21.7%), the most common reason for psychiatric consultations in the examined group (Tab. 3).

DISCUSSION

This is one of few studies regarding consultation psychiatry of the developmental age. On one hand, the multidisciplinary character of the University Children's Teaching Hospital seems to determine the frequency of psychiatric

Kategorie zaburzeń <i>Categories</i>	Dziewczęta <i>Girls</i> <i>n = 476</i>		Chłopcy <i>Boys</i> <i>n = 248</i>		<i>p (χ²)</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Zaburzenia lękowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną <i>Anxiety disorders, stress-related disorders and somatoform disorders</i>	143	30,0	78	31,5	0,71
Zaburzenia zachowania i emocji <i>Emotional and conduct disorders</i>	87	18,3	77	31,0	0,02*
Zaburzenia odżywiania <i>Eating disorders</i>	114	23,9	9	3,6	<0,001*
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych <i>Mental and conduct disorders caused by intake of psychoactive substances</i>	33	6,9	24	9,7	0,25
Zaburzenia afektywne <i>Affective disorders</i>	43	9,0	13	5,2	0,09
Zaburzenia psychotyczne <i>Psychotic disorders</i>	26	5,5	18	7,3	0,42
Całościowe zaburzenia rozwojowe <i>Pervasive developmental disorders</i>	11	3,7	17	6,9	0,05
Upośledzenie umysłowe <i>Mental retardation</i>	19	2,8	12	4,8	0,61

* Różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) między chłopcami i dziewczętami.
* Statistically significant differences ($p < 0,05$) between boys and girls.

Tab. 2. Kategorie zaburzeń psychicznych w populacji konsultowanych dziewcząt i chłopców

Tab. 2. Categories of mental disorders in consulted girls and boys

Powody konsultacji <i>Reasons for consultation</i>	n (%)	Zespoły kliniczne <i>Clinical syndromes</i>	n (%)
Odmowa jedzenia <i>Refusal to eat</i>	177 (24,4)	Anorexia nervosa	102 (57,6)
		Całościowe zaburzenia rozwojowe <i>Pervasive developmental disorders</i>	19 (10,7)
		Upośledzenie umysłowe <i>Mental retardation</i>	18 (10,2)
		Anoreksja atypowa <i>Atypical anorexia</i>	12 (6,8)
		Psychoza <i>Psychosis</i>	11 (6,2)
		Emetofobia <i>Emetophobia</i>	7 (3,9)
		Fagofobia <i>Phagophobia</i>	5 (2,8)
		Depresja <i>Depression</i>	3 (1,7)
Celowe zażycie środków farmakologicznych <i>Deliberate intake of pharmacological agents</i>	157 (21,7)	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji <i>Mixed emotional and conduct disorders</i>	69 (43,9)
		Reakcja na stres <i>Response to stress</i>	30 (19,1)
		Zaburzenia zachowania <i>Conduct disorders</i>	26 (16,6)
		Epizod depresyjny <i>Depressive episode</i>	24 (15,3)
		Zaburzenia schizoaffective <i>Schizoaffective disorders</i>	5 (3,2)
		Upośledzenie umysłowe <i>Mental retardation</i>	3 (1,9)
Stany pobudzenia z agresją <i>Agitation and aggression</i>	73 (10,1)	Zaburzenia zachowania <i>Conduct disorders</i>	28 (38,4)
		Upośledzenie umysłowe <i>Mental retardation</i>	17 (23,3)
		Psychoza <i>Psychosis</i>	17 (23,3)
		Całościowe zaburzenia rozwojowe <i>Pervasive developmental disorders</i>	11 (15,0)
Samookaleczenia <i>Self-harm</i>	61 (8,4)	Zaburzenia zachowania <i>Conduct disorders</i>	25 (41,0)
		Mieszane zaburzenia zachowania i emocji <i>Mixed emotional and conduct disorders</i>	8 (13,1)
		Zaburzenia kompulsyjne <i>Compulsive disorders</i>	6 (9,8)
		Po użyciu alkoholu <i>After alcohol intake</i>	5 (8,2)
		Upośledzenie umysłowe <i>Mental retardation</i>	3 (4,9)
		Psychoza <i>Psychosis</i>	2 (3,3)
		Bulimia	2 (3,3)
		Po użyciu alkoholu i benzodiazepin <i>After alcohol and benzodiazepine intake</i>	2 (3,3)
		Całościowe zaburzenia rozwojowe <i>Pervasive developmental disorders</i>	2 (3,3)
		PTSD	2 (3,3)
		Epizod depresyjny <i>Depressive episode</i>	2 (3,3)
		Anorexia nervosa	1 (1,6)
Zaburzenia lękowo-depresyjne <i>Anxiety-depressive disorders</i>	1 (1,6)		

Tab. 3. Przyczyny kierowania pacjentów na konsultacje psychiatryczne

Tab. 3. Reasons for psychiatric consultation

Powody konsultacji <i>Reasons for consultation</i>	n (%)	Zespoły kliniczne <i>Clinical syndromes</i>	n (%)
Zatrucie alkoholem <i>Alcohol poisoning</i>	33 (4,6)	Zaburzenia zachowania <i>Conduct disorders</i>	19 (57,6)
		Mieszane zaburzenia zachowania i emocji <i>Mixed emotional and conduct disorders</i>	14 (42,4)
Zatrucie substancjami psychoaktywnymi <i>Poisoning with psychoactive substances</i>	25 (3,5)	Zaburzenia zachowania <i>Conduct disorders</i>	12 (48,0)
		Epizod depresyjny <i>Depressive episode</i>	9 (36,0)
		Zaburzenia szizoafektywne <i>Schizoaffective disorders</i>	4 (16,0)
Uporczywe dolegliwości somatyczne <i>Persistent somatic symptoms</i>	57 (7,9)	Zaburzenia somatyzacyjne/psychosomatyczne <i>Somatization/psychosomatic disorders</i>	35 (61,4)
		Zaburzenia lękowe <i>Anxiety disorders</i>	22 (38,6)
Choroba nowotworowa <i>Cancer</i>	48 (6,6)	Zaburzenia adaptacyjne <i>Adjustment disorders</i>	23 (47,9)
		Zaburzenia lękowe <i>Anxiety disorders</i>	12 (25,0)
		Epizody depresyjne <i>Depressive episode</i>	8 (16,7)
		Mieszane zaburzenia zachowania i emocji <i>Mixed emotional and conduct disorders</i>	5 (10,4)
Mukowiscydoza <i>Cystic fibrosis</i>	32 (4,4)	Zaburzenia lękowe <i>Anxiety disorders</i>	15 (46,9)
		Zaburzenia lękowo-depresyjne <i>Anxiety-depressive disorders</i>	8 (25,0)
		Zaburzenia adaptacyjne <i>Adjustment disorders</i>	7 (21,9)
		Zaburzenia depresyjne <i>Depressive disorders</i>	2 (6,2)
Zespół jelita drażliwego <i>Irritable bowel syndrome</i>	12 (1,7)	Zaburzenia lękowe <i>Anxiety disorders</i>	7 (58,3)
		Zaburzenia depresyjno-lękowe <i>Depressive-anxiety disorders</i>	5 (41,7)
Uraz <i>Trauma</i>	16 (2,2)	Zaburzenia adaptacyjne <i>Adjustment disorders</i>	13 (81,2)
		Reakcje lękowe <i>Anxiety reactions</i>	3 (18,8)
Trudności z oddychaniem <i>Breathing difficulties</i>	18 (2,5)	Zaburzenia konwersyjne <i>Conversion disorders</i>	12 (66,7)
		Lęk paniczny <i>Panic disorders</i>	6 (33,3)
Powtarzające się omdlenia <i>Recurrent syncope</i>	15 (2,1)	Zaburzenia konwersyjne <i>Conversion disorders</i>	15 (100)

Tab. 3. Przyczyny kierowania pacjentów na konsultacje psychiatryczne (cd.)

Tab. 3. Reasons for psychiatric consultation (cont.)

OMÓWIENIE

Jest to jedno z nielicznych badań z obszaru psychiatrii konsultacyjnej populacji wieku rozwojowego. Wielospecjalistyczny charakter Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego wydaje się determinować częstość konsultacji psychiatrycznych, a z drugiej strony wskazuje, że zaburzenia psychiczne współwystępują z zaburzeniami somatycznymi albo są rozpoznawane w sytuacji, gdy pierwotna przyczyna hospitalizacji wynika ze stanu somatycznego. Psychopatologia dziecka stanowi wypadkową czynników biologicznych

consultations, and on the other, it indicates that mental disorders coexist with somatic conditions or that they are diagnosed when the primary reason for hospitalisation results from the somatic condition. Child psychopathology is a result of biological and psychosocial factors, among which family plays an important role. Impaired psychosocial functioning, which is reflected in conduct and emotional disorders, was identified in 22.8% of the consulted patients. Behaviours associated with intentional self-harm included: deliberate intake of pharmacological agents (21.7%), self-mutilation (8.4%), alcohol poisoning (4.6%) and poisoning

i psychospołecznych, wśród których środowisko rodzinne zajmuje istotne miejsce. Zaburzone funkcjonowanie psychospołeczne, przejawiające się w postaci zaburzeń zachowania oraz emocji, stwierdzono u 22,8% konsultowanych pacjentów. Zachowania z obszaru zamierzonych samouszkodzeń obejmowały: celowe zażycie środków farmakologicznych (21,7%), samookaleczenia (8,4%), zatrucie alkoholem (4,6%), zatrucie substancjami psychoaktywnymi (3,5%). Reakcja na stres była związana z zamierzonym zatruciem u 19% dzieci i młodzieży. Stany pobudzenia z agresją najczęściej stwierdzano u konsultowanych pacjentów z zaburzeniami zachowania (38,4%), upośledzeniem umysłowym (23,3%), zaburzeniami psychotycznymi (23,3%) oraz u dzieci i młodzieży z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (15,0%). W przypadku zaburzonego rozwoju mowy i komunikacji stany pobudzenia mogą być również wyrazem dyskomfortu dziecka z powodu dolegliwości somatycznych. Przeprowadzona analiza, podobnie jak dane z piśmiennictwa potwierdzają, że zaburzenia psychiczne mogą współwystępować równolegle ze schorzeniami somatycznymi, ale mogą być również reakcją psychopatologiczną wtórną na chorobę podstawową⁽⁴⁻⁹⁾. Zależność psychosomatyczną, w której objawy psychiczne doprowadziły do powikłań somatycznych w klinicznym obrazie jadłowstrętu psychicznego, ujawniło 57,6% badanych odmawiających spożywania posiłków. *Anorexia nervosa* według innych badań stanowi najczęstsze rozpoznanie konsultacji psychiatrycznych w oddziałach dziecięcych⁽¹²⁾. Pierwotny proces psychiczny przejawiający się objawami somatycznymi stwierdzono u 12,5% badanych. Najczęściej rozpoznawane kliniczne zespoły psychopatologiczne w tej grupie pacjentów obejmowały zaburzenia lękowe, napady paniki, zaburzenia konwersyjne oraz pod postacią somatyczną. Następstwami obecności, leczenia i powikłań przewlekłej choroby somatycznej były w znacznym odsetku (46,9%) zaburzenia lękowe w przypadku mukowiscydozy, zaburzenia adaptacyjne (47,9%) w sytuacji choroby nowotworowej. W populacji konsultowanych psychiatrycznie dorosłych pacjentów zaburzenia lękowe stwierdza się u około 30% osób ze schorzeniami somatycznymi⁽⁴⁾. W przypadku chorób nowotworowych częstość występowania zaburzeń lękowych wynosi 17-46%⁽¹³⁾. Choroby nowotworowe są u dorosłych częstą przyczyną występowania zespołów depresyjnych. Zaburzenia afektywne stwierdzono u 56% dorosłych leczonych onkologicznie⁽¹⁴⁾. W badanej grupie konsultowanych dzieci zaburzenia depresyjne wystąpiły u 16,7% pacjentów onkologicznych oraz u 6,2% chorych na mukowiscydozę. Jakkolwiek potrzebne są dalsze badania, kształtowanie się procesów poznawczych w okresie rozwojowym wydaje się mieć istotne znaczenie w percepcji własnego ciała, dolegliwości i całego obrazu klinicznego u dziecka z przewlekłą chorobą somatyczną.

WNIOSKI

1. Objawy psychopatologiczne w okresie rozwojowym mogą wskazywać na istnienie pierwotnego lub wtórnego kategoryjnego zaburzenia psychicznego.

with psychoactive substances (3.5%). A response to stress was associated with intentional poisoning in 19% of children and adolescents.

Agitation and aggression were usually observed in patients with conduct disorders (38.4%), mental retardation (23.3%), psychotic disorders (23.3%) and in children and adolescents with pervasive developmental disorders (15.0%). In the case of impaired speech and communication, states of agitation may express patient's discomfort due to somatic symptoms. The analysis conducted and literature reports confirm the fact that mental disorders may be concomitant with somatic conditions, but they may also be a psychopathological reaction secondary to the primary disease⁽⁴⁻⁹⁾. A psychosomatic interrelation, in which mental symptoms led to somatic complications in the clinical picture of anorexia nervosa, was observed in 57.6% of patients who refused to eat. According to other studies, anorexia nervosa is the most frequently diagnosed during psychiatric consultations in paediatric units⁽¹²⁾. The primary psychiatric process with resulting somatic symptoms was observed in 12.5% of patients. The most frequent clinical syndromes of psychopathology in this group of patients included anxiety disorders, panic attacks, conversion disorders and somatoform disorders. The frequent consequences of the presence, treatment and complications of chronic somatic diseases were anxiety disorders (46.9%) in cystic fibrosis and adjustment disorders (47.9%) in cancer. In adults consulted by a psychiatrist, anxiety disorders are diagnosed in 30% of patients with somatic diseases⁽⁴⁾. In the case of cancer, the frequency of anxiety disorders ranges from 17% to 46%⁽¹³⁾. Cancer in adults is a common cause of depression symptoms. Affective disorders were diagnosed in 56% of adults with oncological treatment⁽¹⁴⁾. In the group of consulted children, depression was identified in 16.7% of cancer patients and in 6.2% of patients with cystic fibrosis. Although further studies are necessary, it seems that the shaping of cognitive processes in the developmental age is of considerable importance in the perception of one's own body, symptoms and the entire clinical picture in children with a chronic somatic disease.

CONCLUSIONS

1. Psychopathological symptoms in the developmental age may indicate the presence of a primary or secondary categorical mental disorder.
2. Anxiety disorders were the most common in the patients consulted in the multidisciplinary children's hospital.
3. Various forms of self-harm and refusal to eat were the most common causes for psychiatric consultation in the developmental age.

Conflict of interest

The author does not report any financial or personal links with other persons or organizations, which might negatively affect the content of this publication and claim authorship rights to this publication.

2. Grupa zaburzeń lękowych stanowiła najczęstszy obraz kliniczny konsultowanych pacjentów w wielospecjalistycznym szpitalu dziecięcym.
3. Różne formy zamierzonych samouszkodzeń oraz odmowa spożywania posiłków były najczęstszymi przyczynami kierowania pacjentów w okresie rozwojowym na konsultacje psychiatryczne.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo / References

1. Powell RC: Helen Flanders Dunbar (1902–1959) and a holistic approach to psychosomatic problems: I. The rise and fall of a medical philosophy. *Psychiatr Q* 1977; 49: 133–152.
2. Leder S, Brykczyńska C (eds.): *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej. Wybrane zagadnienia psychiatrii konsultacyjnej/liaison*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1999.
3. Blumenfeld M, Tiamson MLA: *Consultation-Liaison Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2003.
4. Rymaszewska J: Zagadnienia i ogólne zasady w psychiatrii konsultacyjnej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2007; 7: 1–7.
5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1997.
6. Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U *et al.*: Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl. 7): 29–38.
7. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y *et al.*: Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl. 7): 54–61.
8. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y *et al.*; International Consensus Group on Depression and Anxiety: Consensus statement on depression, anxiety, and cardiovascular disease. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl. 8): 24–27.
9. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y *et al.*; International Consensus Group on Depression and Anxiety: Consensus statement on depression, anxiety, and oncology. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl. 8): 64–67.
10. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y *et al.*; International Consensus Group on Depression and Anxiety: Consensus statement on depression, anxiety, and functional gastrointestinal disorders. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl. 8): 48–51.
11. Schulberg HC, Katon WJ, Simon GE *et al.*: Best clinical practice: guidelines for managing major depression in primary medical care. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl. 7): 19–28.
12. Gorczyca P, Kapinos-Gorczyca A: Zaburzenia psychiczne wśród konsultowanych dzieci w oddziałach szpitala wielospecjalistycznego. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży* 2001; 1: 244–252.
13. Dejong M, Fombonne E: Depression in paediatric cancer: an overview. *Psychooncology* 2006; 15: 553–566.
14. Gili M, Comas A, García-García M *et al.*: Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 240–245.