

ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĄT

PRAKTYCZNY PRZEWODNIK DLA LEKARZY:

regulacja, relacja, bezpieczeństwo i pierwsze decyzje kliniczne



Autorzy: Małgorzata Ayverdi, Klaudia Wątor, Wiktoria Krasowska,
Natalia Morawiec, Barbara Zajączkowska, Małgorzata Lenartek

Opieka merytoryczna w zakresie psychologii klinicznej:
dr Anna Brandt-Salmeri

PROJEKT BOBAS

ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĄT

Droży Lekarze,

oddajemy w Państwa ręce e-book „Zdrowie psychiczne niemowląt - praktyczny przewodnik dla lekarzy: regulacja, relacja, bezpieczeństwo i pierwsze decyzje kliniczne”, który powstał z myślą o specjalistach mających kontakt z najmłodszymi dziećmi i ich rodzinami w gabinecie lekarskim.

Poświęcony jest on zdrowiu psychicznemu niemowląt - obszarowi, który zyskuje coraz większe znaczenie w praktyce klinicznej, choć wciąż pozostaje niedostatecznie dostrzeganym elementem rutynowej opieki. W niniejszym materiale koncentrujemy się przede wszystkim na okresie niemowlęcym, natomiast obszar Infant and Early Childhood Mental Health (IECMH) obejmuje szerzej zdrowie psychiczne dzieci od urodzenia do 3.-5. roku życia.

Nie jest to podręcznik diagnostyczny ani zbiór gotowych rozstrzygnięć klinicznych. Materiał ma wspierać lekarzy w dostrzeganiu wczesnych sygnałów mogących wskazywać na trudności rozwojowe, regulacyjne lub relacyjne oraz w podejmowaniu decyzji o potrzebie dalszej obserwacji, pogłębienia diagnostyki lub skierowania rodziny do odpowiedniego specjalisty. To właśnie gabinet lekarski jest często pierwszym miejscem, w którym opiekunowie dzielą się obawami dotyczącymi codziennego funkcjonowania dziecka, w tym snu, karmienia, płaczu, regulacji pobudzenia oraz kontaktu społecznego.

Jesteśmy przekonani, że uwzględnianie zdrowia psychicznego niemowlęcia już od pierwszych miesięcy życia stanowi istotny element wspierania harmonijnego rozwoju dziecka, wzmacniania więzi z opiekunami oraz budowania poczucia bezpieczeństwa w rodzinie.

Zespół Projektu BOBAS



Kilka słów o Projekcie BOBAS...

Projekt BOBAS realizowany jest przez zespół badawczy Instytutu Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Koncentruje się na zdrowiu psychicznym niemowląt oraz wczesnym wykrywaniu sygnałów mogących świadczyć o trudnościach w rozwoju emocjonalnym i społecznym dziecka. Projekt prowadzony jest przez psychologów klinicznych z Instytutu we współpracy z badaczami z Francji i Danii. Swoim zasięgiem objął wybrane placówki głównie na terenie Śląska.

Jego celem jest adaptacja narzędzi pomiaru zdrowia psychicznego niemowląt do warunków polskich, identyfikacja grup ryzyka oraz analiza związków między zdrowiem psychicznym dziecka i rodzica. Badania prowadzono zarówno w wybranych placówkach, jak i podczas organizowanych w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Śląskiego spotkań badawczych pod nazwą BOBOSOBOTY.

Zespół prowadzi działania psychoedukacyjne oraz aktywnie upowszechnia wiedzę o zdrowiu psychicznym niemowląt, uczestnicząc w konferencjach naukowych, wydarzeniach popularnonaukowych i festiwalach nauki.

SŁOWNICZEK POJĘĆ

RELACJA	Wzajemny sposób odnoszenia się do siebie i oddziaływania na siebie osób. W tym materiale termin odnosi się przede wszystkim do relacji między niemowlęciem a jego opiekunem lub opiekunami.
DIADA	Para pozostających w relacji osób; w tym materiale najczęściej niemowlę i jego główny opiekun.
DIADYCZNY	Odnoszący się do funkcjonowania i wzajemnego oddziaływania dwóch osób, w tym przypadku niemowlęcia i jego opiekuna.
REGULACJA EMOCJI	Stopniowo rozwijająca się zdolność dziecka do radzenia sobie z pobudzeniem, emocjami i stresem. U niemowlęcia odbywa się głównie przy wsparciu opiekuna, który pomaga mu się uspokoić i odzyskać poczucie bezpieczeństwa.
SYNCHRONIA W RELACJI	Dynamiczne i behawioralne dopasowywanie się niemowlęcia i opiekuna podczas interakcji, obejmujące m.in. naprzemiennność, reagowanie na sygnały oraz dostosowywanie tempa i intensywności kontaktu. Synchronia nie oznacza stałego, idealnego dostrojenia: naturalną częścią relacji są również chwilowe niedopasowania i ich naprawianie.
DOSTĘPNOŚĆ EMOCJONALNA	Zdolność opiekuna do bycia uważnym na sygnały dziecka, zauważania jego emocji i potrzeb oraz odpowiadania na nie w sposób spokojny, adekwatny i dostosowany do sytuacji. Obejmuje także gotowość do kontaktu z dzieckiem bez nadmiernego narzucania się ani wycofywania.
WSPÓŁREGULACJA	Proces, w którym opiekun poprzez swoją obecność, sposób trzymania, głos, mimikę i dostosowaną reakcję pomaga niemowlęciu regulować pobudzenie, emocje i stres. Współregulacja nie oznacza pełnej synchronii układów nerwowych ani konieczności natychmiastowego uspokojenia dziecka.
JAKOŚĆ INTERAKCJI Z OPIEKUNEM	Sposób, w jaki dziecko i opiekun wzajemnie reagują na swoje sygnały podczas kontaktu. Obejmuje m.in. zdolność opiekuna do zauważania i adekwatnego odczytywania sygnałów niemowlęcia, dostosowywania czasu i intensywności reakcji do jego potrzeb, a także sposób, w jaki dziecko odpowiada na obecność i wsparcie opiekuna. Ważnymi elementami jakości interakcji są responsywność, naprzemiennność, dostrojenie oraz możliwość odzyskania kontaktu po chwilowym niedopasowaniu.
RESPONSYWNOŚĆ	Zdolność do zauważania sygnałów drugiej osoby, ich możliwie trafnego odczytywania oraz reagowania w sposób dostosowany do sytuacji i etapu rozwoju dziecka.

ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĄT

ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĘCIA (ANG. *INFANT MENTAL HEALTH - IMH*) ROZUMIANE JEST JAKO ROZWIJAJĄCA SIĘ ZDOLNOŚĆ DZIECKA, ADEKWATNA DO ETAPU ROZWOJU DO:



WCHODZENIA W KONTAKT, TWORZENIA BLISKICH I BEZPIECZNYCH RELACJI Z OPIEKUNAMI, STOPNIOWEGO ZAINTERESOWANIA INNYMI OSOBAMI



DOŚWIADCZANIA I WYRAŻANIA EMOCJI



REGULACJI POBUDZENIA, SNU, KARMIENTA I SYGNALIZOWANIA SWOICH POTRZEB



UCZENIA SIĘ I POZNAWANIA ŚWIATA

PROCES ROZWIJANIA TYCH ZDOLNOŚCI ZALEŻY OD ŚRODOWISKA RODZINNEGO, SPOŁECZNEGO I KULTUROWEGO, W JAKIM ZNAJDUJE SIĘ DZIECKO.

Czynnikami wpływającymi na zdrowie psychiczne niemowląt są:

- przebieg ciąży/porodu, w tym zdrowie psychiczne matki w tym okresie,
- stan zdrowia i rozwój dziecka,
- temperament dziecka - w tym predyspozycje do występowania u niego określonych stanów emocjonalnych,
- postępująca w miarę rozwoju zdolność dziecka do regulacji swoich emocji i uczuć,
- zdrowie obojga opiekunów,
- jakość interakcji,
- warunki życia, zasoby i kontekst społeczny.

U NIEMOWLĘCIA RYZYKO TRUDNOŚCI NAJCZĘŚCIEJ POJAWIA SIĘ NAJPIERW JAKO TRUDNOŚĆ REGULACYJNA, RELACYJNA LUB FUNKCYJNALNA, ZANIM SPEŁNIONE SĄ KRYTERIA ROZPOZNANIA.

Podstawą myślenia o zdrowiu psychicznym najmłodszych dzieci jest tzw. **perspektywa relacyjna**, a więc skupienie się nie tylko na zachowaniach lub objawach samego dziecka czy rodzica, ale raczej na interakcjach, wymianie zachodzącej pomiędzy nimi. Perspektywa relacyjna uzupełnia ocenę somatyczną, neurologiczną i rozwojową, ale ich nie zastępuje. Celem interwencji w jej obszarze jest osiągnięcie i utrzymanie przez dziecko prawidłowego rozwoju, czego podstawa to bezpieczna relacja z responsywnym opiekunem.

DLACZEGO TO WAŻNE?

**WCZESNE ZAUWAŻENIE
UTRZYMUJĄCYCH SIĘ TRUDNOŚCI MOŻE
UŁATWIĆ SZYBSZE DOBRANIE
ODPOWIEDNIEGO WSPARCIA**

BADANIA POKAZUJĄ, ŻE WCZESNE ROZPOZNANIE TRUDNOŚCI I UDZIELENIE ODPOWIEDNIEGO WSPARCIA MOŻE OGRANICZYĆ ICH NARASTANIE ORAZ POPRAWIĆ CODZIENNE FUNKCJONOWANIE.



Pierwsze lata życia – w tym zwłaszcza **okres niemowlęcy** – to czas bardzo intensywnego rozwoju mózgu i kształtowania się kluczowych umiejętności.

Jest to etap dużej **wrażliwości** na oddziaływanie czynników biologicznych i środowiskowych, ale również **intensywnego rozwoju** i znacznej **plastyczności** układu nerwowego.



Dlatego właśnie wczesne lata życia wymagają **szczegółnej uwagi i uważnej obserwacji** rozwoju dziecka — im **wcześnie** podejmowane są **działania wspierające**, tym **większa szansa** na **ograniczenie** późniejszych **trudności** w obszarze zdrowia psychicznego.

**DLA LEKARZA IMH OZNACZA TO, ŻE PODEJŚCIE OPARTE NA: „POCZEKAJMY KILKA MIESIĘCY”
NIE ZAWSZE JEST NEUTRALNĄ DECYZJĄ.**

LEPIEJ ZASTĄPIĆ JE ZASADĄ AKTYWNEJ OBSERWACJI:

- CO MONITORUJEMY,
- TERMIN KONTROLI,
- OBJAWY WYMAGAJĄCE WCZEŚNIEJSZEGO ZGŁOSZENIA.

**JEŚLI TRUDNOŚĆ UTRZYMUJE SIĘ, NASILA, WYSTĘPUJE W RÓŻNYCH SYTUACJACH LUB
ZNACZĄCO OBCIĄŻA DZIECKO I RODZINĘ, NALEŻY POGŁĘBIĆ OCENĘ I ROZWAŻYĆ
WCZEŚNIEJSZE WSPARCIE.**

ZNACZENIE RELACJI I CODZIENNYCH INTERAKCJI

Co ma dziecko/
jak się rozwija?



Co dzieje się w danej
relacji i jak oddziałuje to
na funkcjonowanie
dziecka?

ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĘCIA POWINNO BYĆ ROZUMIANE W **RELACJI Z OPIEKUNEM** - TO W NIEJ DZIECKO UCZY SIĘ, JAK SIĘ REGULOWAĆ, JAK NAWIĄZYWAĆ PIERWSZE KONTAKTY.

SPOSÓB FUNKCJONOWANIA DZIECKA W RELACJI Z OPIEKUNEM JEST WAŻNYM ELEMENTEM OCENY, ALE NIE MOŻE BYĆ ROZPATRYWANY W ODERWANIU OD STANU SOMATYCZNEGO, ROZWOJU, TEMPERAMENTU I WARUNKÓW ŻYCIA RODZINY.

ZDOLNOŚĆ NIEMOWLĘCIA DO SAMODZIELNEJ REGULACJI POBUDZENIA I EMOCJI JEST OGRANICZONA I **ROZWIJA SIĘ STOPNIOWO**. W PIERWSZYCH MIESIĄCACH ŻYCIA DZIECKO W DUŻYM STOPNIU KORZYSTA ZE **WSPÓŁREGULACJI Z OPIEKUNEM**, ALE POSIADA TEŻ WCZESNE STRATEGIE REGULACYJNE, TAKIE JAK SSANIE, ODWRACANIE WZROKU, OGRANICZANIE AKTYWNOŚCI CZY POSZUKIWANIE PRZEWIDYWALNYCH BODŹCÓW. ICH SKUTECZNOŚĆ ZALEŻY OD WIEKU, TEMPERAMENTU I WSPARCIA OPIEKUNA.

DRAŻLIWOŚĆ, TRUDNOŚCI W KARMIENIU, ZABURZENIA SNU LUB WYCOFANIE MOGĄ WYNIKAĆ Z WIELU WZAJEMNIE POWIĄZANYCH PRZYCZYN: STANU SOMATYCZNEGO, BÓLU, ROZWOJU NEUROLOGICZNEGO, CECH TEMPERAMENTU, PRZECIĄŻENIA BODŹCAMI, WARUNKÓW ŚRODOWISKOWYCH ORAZ DOSTĘPNEGO WSPARCIA OPIEKUNA. DLATEGO WYMAGAJĄ OCENY W SZERSZYM KONTEKŚCIE.



ZNACZENIE RELACJI I CODZIENNYCH INTERAKCJI

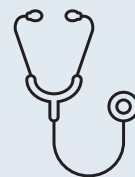


Ocena zdrowia psychicznego niemowlęcia **rozpoczyna się** od: obserwacji jego **rozwoju, regulacji, kontaktu społecznego, poczucia bezpieczeństwa i codziennego funkcjonowania**, a nie od poszukiwania rozpoznania psychiatrycznego.



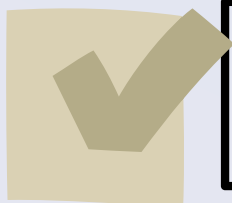
Dziecko może prezentować **objawy**, które – **bez uwzględnienia kontekstu relacji z opiekunem** – mogą być **błędnie** interpretowane jako **zaburzenia neurorozwojowe, sensoryczne czy temperamentalne**.

OBJAW U NIEMOWLĘCIA
NALEŻY INTERPRETOWAĆ
Z UWZGLĘDNIENIEM
TRZECH OBSZARÓW:
**DZIECKA, OPIEKUNA ORAZ
SZERSZEGO KONTEKSTU
RODZINNEGO
I ŚRODOWISKOWEGO.** NIE
ZWALNIA TO Z PEŁNEJ
OCENY SOMATYCZNEJ I
ROZWOJOWEJ.

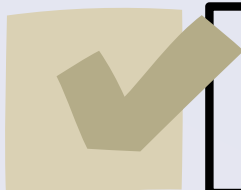


Lekarz POZ
(w tym pediatra)
często widzi **pierwsze
sygnały ryzyka** wcześniej
niż specjalista zdrowia
psychicznego:

- w płaczu,
- w śnie,
- w karmieniu,
- w kontakcie,
- w ukojeniu
- w reakcji opiekuna na potrzeby dziecka.



Obserwacja interakcji stanowi ważne
uzupełnienie badania medycznego.



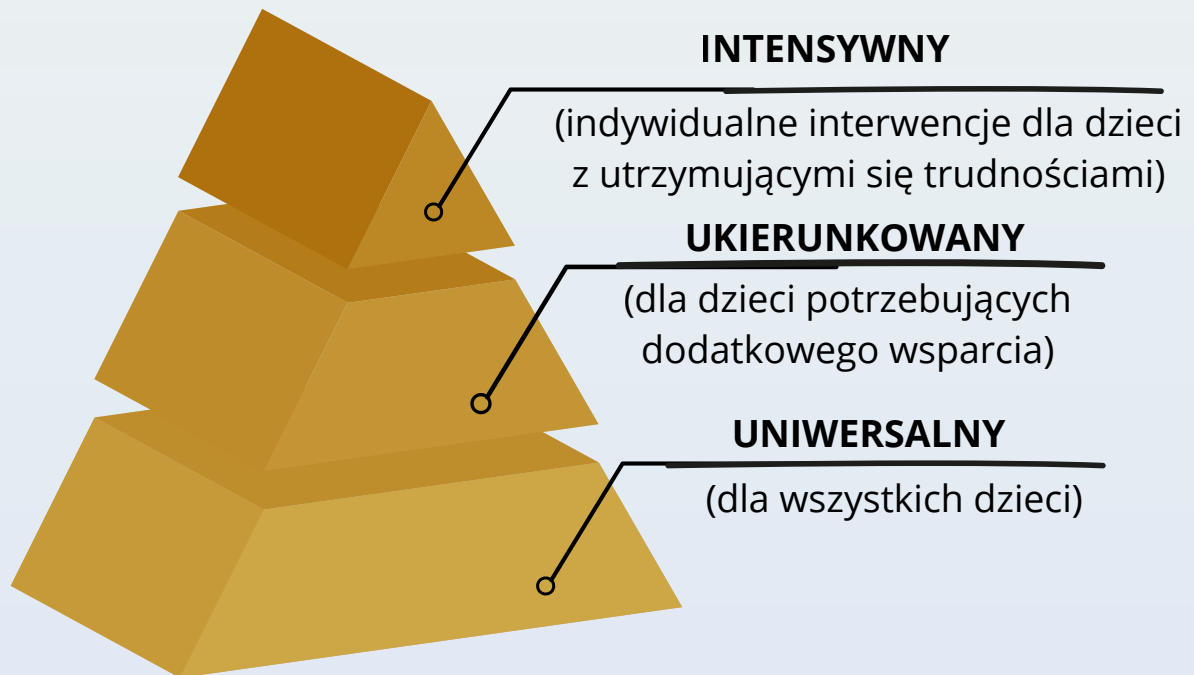
Wywiad powinien obejmować rozwój i stan
zdrowia dziecka, codzienne funkcjonowanie
rodziny, dobrostan psychiczny opiekunów, ich
obciążenia oraz dostępne źródła wsparcia.



Jeżeli trudności dotyczą regulacji lub interakcji,
wsparcie powinno, gdy jest to zasadne i możliwe,
uwzględniać zarówno potrzeby dziecka, jak i opiekuna
oraz sposób ich codziennego funkcjonowania razem.

MODEL PIRAMIDOWY

STRUKTURA MODELU PRZYPOMINA PIRAMIDĘ Z TRZEMA POZIOMAMI WSPARCIA, W KTÓREJ KAŻDY KOLEJNY POZIOM JEST BARDZIEJ SPECJALISTYCZNY I SKIEROWANY DO MNIEJSZEJ GRUPY DZIECI:



AUTORZY MODELU PODAJĄ, ŻE GDY POŚWIĘCI SIĘ UWAGĘ NIŻSZYM SZCZEBŁOM PIRAMIDY, MOŻNA WYELIMINOWAĆ WYKAZYWANIE TRUDNYCH ZACHOWAŃ U OKOŁO 90% DZIECI.

WARTO WIEDZIEĆ

W badaniach ekonomicznych Jamesa Heckmana nad wysokiej jakości programami wczesnodziecięcymi dla dzieci znajdujących się w niekorzystnej sytuacji oszacowano zwrot z inwestycji publicznych na około 7-10% rocznie, a w przypadku kompleksowych programów obejmujących okres od urodzenia do 5. roku życia - nawet około 13% rocznie. Pokazuje to, że wczesne wsparcie może przynosić korzyści nie tylko dziecku i rodzinie, ale również całemu społeczeństwu.

MODEL PIRAMIDOWY

LEKARZ JEST WAŻNYM ELEMENTEM SYSTEMU WCZESNEGO ROZPOZNAWANIA I KIEROWANIA DO WSPARCIA!

PODSTAWĄ PIRAMIDY SĄ WSZYSCY SPECJALIŚCI, KTÓRZY MAJĄ KONTAKT Z MAŁYMI DZIEĆMI.

Poziom ten obejmuje:

- system opieki i wsparcia na szczeblu państwowym, regionalnym i społecznym,
- obserwację rozwoju, regulacji i relacji,
- wzmacnianie kompetencji rodzica,
- promowanie działań, które pozwolą dzieciom na prawidłowy rozwój.

KOLEJNY SZCZEBEL PIRAMIDY OBEJMUJE DZIECI, U KTÓRYCH WIDOCZNE JEST ZWIĘKSZONE RYZYKO TRUDNOŚCI, GDZIE WAŻNĄ ROLĘ ODGRYWA ZASTOSOWANIE KRÓTKOTERMINOWYCH KONTROLI, BADAŃ PRZESIEWOWYCH, PSYCHOEDUKACJI I WSPARCIA RODZICA.

Opiera się na relacjach pełnych opieki i wrażliwości.

Do niego także należy środowisko zapewniające wysokiej jakości wsparcie, w którym ważne jest, by każdy miał zapewnione swoje potrzeby.

DALEJ ZNAJDUJE SIĘ UKIERUNKOWANE WSPARCIE SPOŁECZNE I EMOCJONALNE, GDZIE ZAPEWNIĄ SIĘ ODDZIAŁYWANIA SPOŁECZNO-EMOCJONALNE TYM DZIECIOM, KTÓRE ICH NAJBARDZIEJ POTRZEBUJĄ.

Poziom ten stosuje się przy utrwalonych trudnościach z pomocą np. psychologa dziecięcego, psychiatry dziecięcego, wczesnej interwencji czy poradni specjalistycznej.

NA SZCZYCIE PIRAMIDY SĄ SPECJALISTYCZNE ZINDYWIDUALIZOWANE INTERWENCJE, PROJEKTOWANE PRZEZ DOROSŁYCH, BY ZAPOBIEGAĆ TRUDNYM ZACHOWANIOM DZIECI, UCZYĆ JE NOWYCH UMIEJĘTNOŚCI, A TAKŻE POMAGAĆ DOROSŁYM REAGOWAĆ INACZEJ W PRZYPADKU TRUDNOŚCI.*

*Niezależnie od poziomów modelu, w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa konieczna jest pilna interwencja i rozpoczęcie odpowiednich procedur ochronnych oraz, zależnie od sytuacji, powiadomienie ośrodka interwencji kryzysowej, policji, sądu rodzinnego czy pogotowia ratunkowego.

ROLA LEKARZA

LEKARZ POZ MA UNIKALNĄ POZYCJĘ KLINICZNĄ: WIDZI NIEMOWLĘ **WIELOKROTNIE**, W **RÓŻNYCH STANACH FIZJOLOGICZNYCH**, ZAWSZE W KONTEKŚCIE **RELACJI Z OPIEKUNEM**. DZIĘKI TEMU MA REALNĄ MOŻLIWOŚĆ UCHWYCENIA WCZESNYCH NIEPRAWIDŁOWOŚCI W OBSZARZE REGULACJI EMOCJONALNEJ, RELACJI I ROZWOJU, ZANIM STANĄ SIĘ ONE PEŁNOOBJAWOWYM ZABURZENIEM.

TO SPRAWIA, ŻE ODGRYWA WAŻNĄ ROLĘ WE WCZESNYM ROZPOZNAWANIU SYGNAŁÓW RYZYKA, RÓŻNICOWANIU MOŻLIWYCH PRZYCZYN ORAZ KIEROWANIU DZIECKA I RODZINY DO ODPOWIEDNIEGO WSPARCIA.

DLACZEGO WAŻNE JEST, BY LEKARZ WIDZIAŁ ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĘCIA?

W okresie niemowlęcym trudności psychologiczne i rozwojowe często nie tworzą jeszcze jednoznacznego obrazu diagnostycznego/klinicznego.

Znacznie częściej przyjmuje postać subtelnych nieprawidłowości w:

- **regulacji** (sen, karmienie, pobudzenie),
- **relacji** (responsywność, synchronia, kontakt),
- **codziennym funkcjonowaniu** (adaptacja do zmian, odporność na stres).

Ich znaczenie zależy od wieku dziecka, czasu trwania, nasilenia, współwystępujących objawów oraz wpływu na funkcjonowanie dziecka i rodziny.

Z perspektywy klinicznej oznacza to, że ryzyko pojawia się wcześniej niż rozpoznanie i wcześniej niż klasyczne kryteria diagnostyczne. Jednak nie każdy wczesny sygnał oznacza rozwijające się zaburzenie.

ZGODNIE Z ZALECENIAMI AAP - AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (DEVELOPMENTAL SURVEILLANCE) ROZWÓJ DZIECKA POWINIEN BYĆ UWAŻNIE MONITOROWANY PODCZAS KAŻDEJ WIZYTY PROFILAKTYCZNEJ. NIE CHODZI PRZY TYM O WYKONYWANIE ZA KAŻDYM RAZEM FORMALNEGO TESTU, LECZ O POŁĄCZENIE KILKU PROSTYCH ELEMENTÓW: WYSŁUCHANIA OBAW RODZICA, ZEBRANIA INFORMACJI O DOTYCHCZASOWYM ROZWOJU, OBSERWACJI DZIECKA ORAZ UWZGLĘDNIENIA CZYNNIKÓW, KTÓRE MOGĄ WSPIERAĆ JEGO ROZWÓJ LUB GO UTRUDNIAĆ.

BADANIE PRZESIEWOWE, CZYLI SCREENING ROZWOJOWY, JEST CZYMŚ BARDZIEJ SFORMALIZOWANYM — POLEGA NA ZASTOSOWANIU WYSTANDARDYZOWANEGO NARZĘDZIA W OKREŚLONYCH TERMINACH** ALBO WTEDY, GDY W CZASIE ZWYKŁEGO MONITOROWANIA POJAWIA SIĘ NIEPOKOJĄCY SYGNAŁ. PODWYŻSZONY WYNIK NIE OZNACZA JESZCZE ROZPOZNANIA, ALE WSKAZUJE, ŻE **ROZWÓJ DZIECKA WYMAGA DOKŁADNIEJSZEJ OCENY LUB KONSULTACJI SPECJALISTYCZNEJ**.

**W ZALECENIACH AAP RUTYNOWY SCREENING OGÓLNEGO ROZWOJU PRZEWIDZIANO PODCZAS WIZYT W 9., 18. I 30. MIESIĄCU ŻYCIA. W PRAKTYCE NALEŻY UWZGLĘDNIĆ RÓWNIEŻ OBOWIĄZUJĄCE W POLSCE ZASADY OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ ORAZ DOSTĘPNOŚĆ ODPOWIEDNICH NARZĘDZI.

ROLA LEKARZA

LEKARZ NIE TYLKO „OBSERWUJE ROZWOJ”.

W PRAKTYCE WIDZI:

- SPOSÓB, W JAKI DZIECKO REGULUJE POBUDZENIE I REAGUJE NA STRES,
- JAK DZIECKO I OPIEKUN REAGUJĄ NA SIEBIE PODCZAS KONTAKTU,
- PIERWSZE SYGNAŁY TRUDNOŚCI ROZWOJOWYCH, ZANIM UTWORZĄ ONE JEDNOZNACZNY OBRAZ KLINICZNY.

Monitorowanie rozwoju, zachowania i funkcjonowania psychospołecznego powinno być elementem każdej wizyty profilaktycznej.

Wystandaryzowany screening wykonuje się zgodnie z zalecanymi terminami oraz zawsze wtedy, gdy obserwacja lekarza lub obawy rodzica wskazują na możliwe trudności.

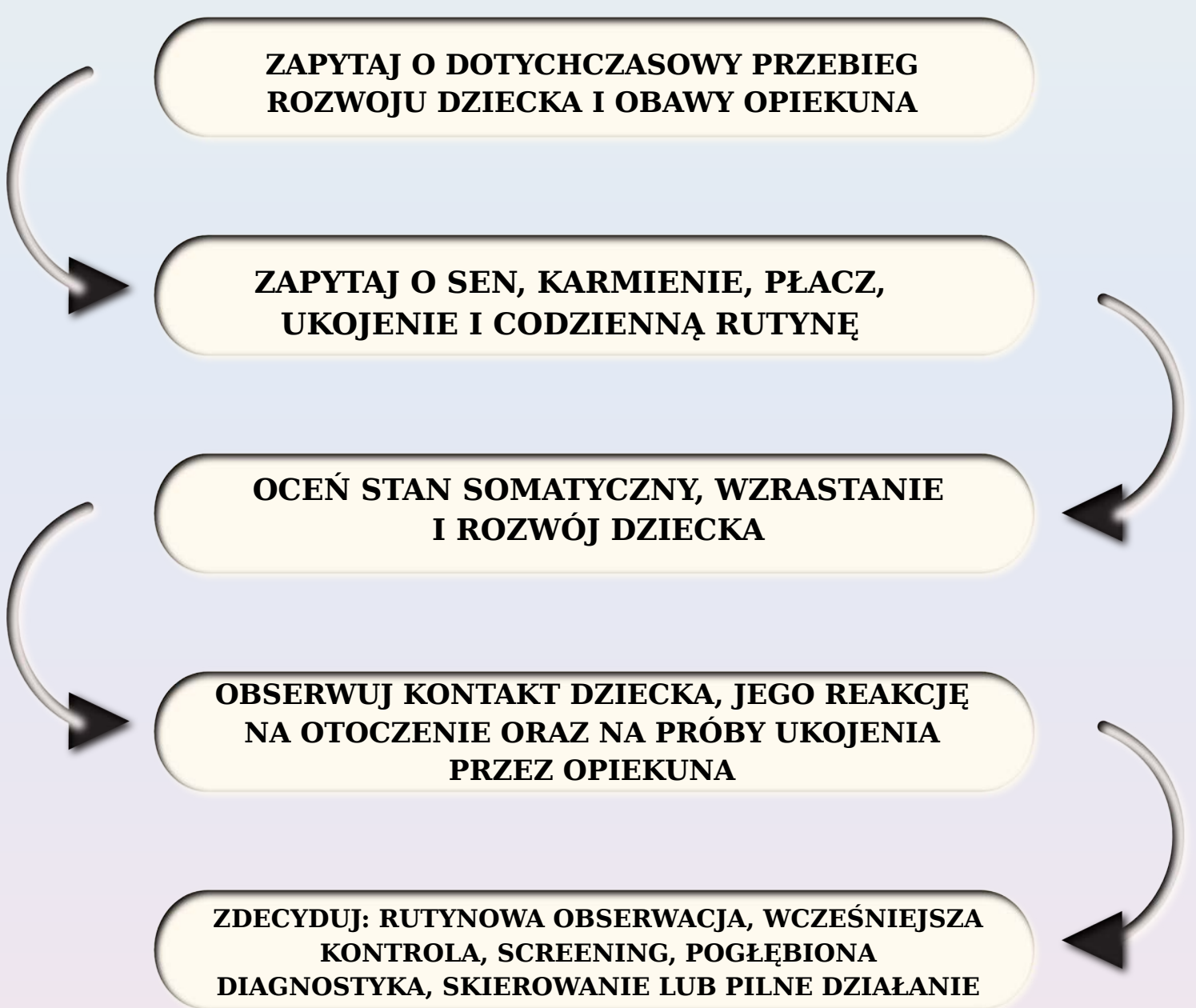


Tzw. skan rozwojowo-relacyjny to krótka, powtarzalna obserwacja rozwoju, regulacji i relacji dziecka przy każdej wizycie.

Nie jest diagnozą ani pełnym badaniem psychologicznym. Jest klinicznym filtrem bezpieczeństwa: czy mogę spokojnie obserwować, czy potrzebuję rutynowej obserwacji, wcześniejszej kontroli albo skierowania.

ROLA LEKARZA

Skan rozwojowo-relacyjny. **w 5 krokach**



```
graph TD; A[ZAPYTAJ O DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG ROZWOJU DZIECKA I OBAWY OPIEKUNA] --> B[ZAPYTAJ O SEN, KARMIENIE, PŁACZ, UKOJENIE I CODZIENNĄ RUTYNĘ]; B --> C[OCENŃ STAN SOMATYCZNY, WZRASTANIE I ROZWÓJ DZIECKA]; C --> D[OBSERWUJ KONTAKT DZIECKA, JEGO REAKCJĘ NA OTOCZENIE ORAZ NA PRÓBY UKOJENIA PRZEZ OPIEKUNA]; D --> E[ZDECYDUJ: RUTYNOWA OBSERWACJA, WCZEŚNIEJSZA KONTROLA, SCREENING, POGŁĘBIONA DIAGNOSTYKA, SKIEROWANIE LUB PILNE DZIAŁANIE];
```

ZAPYTAJ O DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG ROZWOJU DZIECKA I OBAWY OPIEKUNA

ZAPYTAJ O SEN, KARMIENIE, PŁACZ, UKOJENIE I CODZIENNĄ RUTYNĘ

OCENŃ STAN SOMATYCZNY, WZRASTANIE I ROZWÓJ DZIECKA

OBSERWUJ KONTAKT DZIECKA, JEGO REAKCJĘ NA OTOCZENIE ORAZ NA PRÓBY UKOJENIA PRZEZ OPIEKUNA

ZDECYDUJ: RUTYNOWA OBSERWACJA, WCZEŚNIEJSZA KONTROLA, SCREENING, POGŁĘBIONA DIAGNOSTYKA, SKIEROWANIE LUB PILNE DZIAŁANIE

ROLA LEKARZA

CO JAKO LEKARZ OBSERWUJĘ W INTERAKCJI DZIECKA Z OPIEKUNEM?

Czy opiekun zauważa aktualne sygnały dziecka?

W jaki sposób próbuje odpowiedzieć na płacz, napięcie, zmęczenie lub wycofanie dziecka?

Czy reakcja opiekuna jest dostosowana do wieku dziecka i aktualnej sytuacji?

Czy dziecko reaguje na głos, dotyk, mimikę lub obecność opiekuna?

Czy po reakcji opiekuna pobudzenie dziecka zmniejsza się, zwiększa czy pozostaje bez zmian?

Czy w kontakcie pojawia się naprzemiennność, wzajemne zainteresowanie lub chwilowa przyjemność z kontaktu?

Czy dziecko sygnalizuje potrzebę przerwy, a opiekun potrafi na nią odpowiedzieć?

Czy sposób reagowania którejkolwiek ze stron budzi obawy dotyczące przeciążenia lub bezpieczeństwa?



- Czy istnieje pilna kwestia somatyczna lub neurologiczna?
- Czy rozwój jest zgodny z wiekiem i czy nie występuje regres?
- Jak wygląda karmienie, wzrastanie, sen, słuch, wzrok i stan neurologiczny?
- Jak dziecko reguluje się w różnych sytuacjach i z różnymi opiekunami?
- Jak wygląda interakcja i sytuacja psychospołeczna rodziny?

ROLA LEKARZA

CO LEKARZ REALNIE MOŻE ZAUWAŻYĆ W GABINECIE?

- trzy przykłady mikrosygnali i możliwe interpretacje

PONIŻSZE OBSERWACJE NIE SĄ DIAGNOZĄ I SAME W SOBIE NIE ŚWIADCZĄ O ZABURZENIU. MOGĄ JEDNAK WSKAZYWAĆ NA POTRZEBĘ POGŁĘBIENIA WYWIADU, BADANIA SOMATYCZNEGO I ROZWOJOWEGO ORAZ DAJSZEJ OBSERWACJI DZIECKA.

DZIECKO MAŁO AKTYWNE, SŁABO REAGUJĄCE NA BODŹCE LUB TRUDNE DO ZAANGAŻOWANIA W KONTAKT	PODCZAS WIZYTY OPIEKUN JEST SILNIE ZAABSORBOWANY ROZMOWĄ LUB WŁASNYM NAPIĘCIEM I NIE ZAUWAŻA NIEKTÓRYCH AKTUALNYCH SYGNAŁÓW DZIECKA	DZIECKO SILNIE REAGUJE NA ZMIANĘ, BADANIE LUB NOWE BODŹCE I POTRZEBUJE DUŻO CZASU ALBO WSPARCIA, ABY ZMNIEJSZYĆ POBUDZENIE
trudność w aktywacji (rozpoczynaniu kontaktu/aktywności) i responsywności (odpowiedzi) styl wycofany/zahamowany (unikanie kontaktu, bierność, obniżona ekspresja emocji, słaba reakcja na opiekuna) obniżona reaktywność (np. apatia, niska aktywność, obniżona ekspresja emocji) zaburzenia sensoryczne lub neurologiczne ból/infekcja/odwodnienie/ niedożywienie/anemia/ działanie leków/wcześnieństwo/ inna przyczyna somatyczna	niedostrojenie diady*** (np. trudność w odczytywaniu/ odpowiadaniu na wzajemne stany psychiczne i potrzeby) ***NIE DIAGNOZOWAĆ NIEDOSTROJENIA DIADY NA PODSTAWIE JEDNEJ WIZYTY! przeciążenie emocjonalne opiekuna szytywne atrybucje**** („On zawsze tak ma.”, „Ona taka już jest.”, „Dziecko robi na złość.”, „On to robi specjalnie.”, „Ona wymusza/manipuluje.”)	trudności regulacyjne (temperamentalne lub rozwojowe) nadreaktywność układu nerwowego przeciążenie środowiskowe/przebudzowanie ból/przyczyna somatyczna trudność we współregulacji ze strony opiekuna
KLUCZ KLINICZNY: SPOKOJNE ZACHOWANIE SAMO W SOBIE NIE JEST NIEPOKOJĄCE. <u>POGŁĘBIENIA OCENY WYMAGA UTRZYMUJĄCA SIĘ MAŁA REAKTYWNOŚĆ, UBOGA MIMIKA, OGRANICZONA AKTYWNOŚĆ LUB SŁABA ODPOWIEDŹ NA BODŹCE SPOŁECZNE I FIZYCZNE.</u>	MOŻLIWE WYJAŚNIENIA: przeciążenie, zmęczenie lub silny lęk opiekuna; koncentracja na przekazaniu lekarzowi ważnych informacji; trudność w odczytywaniu sygnałów dziecka; różnice kulturowe lub indywidualne w sposobie opieki; utrwalone negatywne przekonania o zachowaniu dziecka. <u>POJEDYNCZA OBSERWACJA W GABINECIE NIE POZWALA OCENIĆ CAŁEJ RELACJI.</u> <u>WARTO ZAPYTAĆ, JAK PODOBNE SYTUACJE WYGLĄDAJĄ W DOMU I CO ZAZWYCZAJ POMAGA DZIECKU.</u>	W PRAKTYCE JEST TO OBJAW NIESWOISTY. MOŻE WIĄZAĆ SIĘ M.IN. Z BÓLEM, CHOROBA, ZMĘCZENIEM, DUŻĄ REAKTYWNOŚCIĄ DZIECKA, PRZECIĄŻENIEM BODŹCAMI LUB TRUDNOŚCIĄ W ODZYSKIWANIU RÓWNOWAGI. <u>JEGO ZNACZENIE ZALEŻY M.IN.: OD WIEKU DZIECKA, CZASU TRWANIA, OBJAWÓW TOWARZYSZĄCYCH, WYMAGA OCENY CAŁEGO OBRAZU KLINICZNEGO.</u>

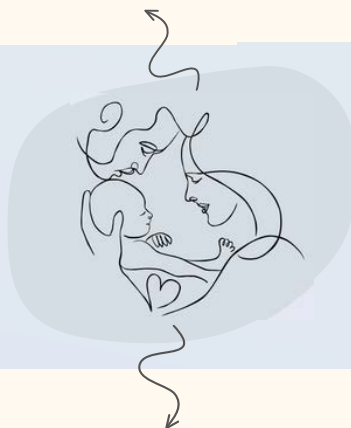
****atrybucja – nieelastyczne i nawykowe przypisywanie przyczyn, cech lub wartości do konkretnych zachowań, zjawisk lub działań. Atrybucja nie jest z definicji błędna: niepokojące są natomiast szytywne, skrajnie negatywne i nieadekwatne do wieku interpretacje.

STAN PSYCHICZNY OPIEKUNA A REGULACJA EMOCJONALNA DZIECKA

STAN PSYCHICZNY OPIEKUNA MOŻE WPŁYWAĆ NA JEGO DOSTĘPNOŚĆ, SPOSÓB REAGOWANIA NA SYGNAŁY DZIECKA ORAZ MOŻLIWOŚĆ ZAPEWNIANIA MU WSPÓŁREGULACJI.

ZALEŻNOŚĆ TA NIE JEST JEDNAK PROSTA ANI JEDNOKIERUNKOWA; TRUDNOŚCI DZIECKA MOGĄ RÓWNIEŻ ZWIĘKSZAĆ OBCIĄŻENIE OPIEKUNA.

AAP ZALECA RUTYNOWY SCREENING DEPRESJI MATKI PODCZAS WIZYT PROFILAKTYCZNYCH DZIECKA W 1., 2., 4. I 6. MIESIĄCU ŻYCIA. OCENA DOBROSTANU DRUGIEGO OPIEKUNA RÓWNIEŻ MOŻE BYĆ ISTOTNA, SZCZEGÓLNIIE GDY LEKARZ DOSTRZEGA OBJAWY KRYZYSU LUB ZNACZĄCEGO PRZECIĄŻENIA.



W PRAKTYCE OZNACZA TO POTRZEBĘ:

- OCENY OBCIĄŻENIA PSYCHICZNEGO I ZASOBÓW OPIEKUNA,
- DOSTRZEGANIA ODDZIAŁYWANIA STANU EMOCJONALNEGO RODZICA NA ZDOLNOŚĆ DO KOREGULACJI,
- RUTYNOWEGO SCREENINGU DEPRESJI POPORODOWEJ (NP. EPDS – EDYNBURSKA SKALA DEPRESJI POPORODOWEJ).



EPDS

EPDS JEST NARZĘDZIEM PRZESIEWOWYM, A NIE DIAGNOSTYCZNYM. INTERPRETACJA WYNIKU POWINNA OPIERAĆ SIĘ NA ZASADACH PRZYJĘTYCH DLA UŻYWANEJ WERSJI JĘZYKOWEJ I WARUNKÓW KLINICZNYCH. **PODWYŻSZONY WYNIK** WYMAGA POGŁĘBIENIA WYWIADU I ZAPEWNIENIA ODPOWIEDNIEJ ŚCIEŻKI KONSULTACJI.

STAN PSYCHICZNY OPIEKUNA A REGULACJA EMOCJONALNA DZIECKA

SKALA EDYNBURSKA DEPRESJI POPORODOWEJ (EDPS)

Jak się miewasz? Jak się czuć/czujesz przez ostatnie 7 dni? Możesz wykorzystać pytania ze Skali EDPS. Ta skala jest po to, żeby wyłapać potencjalne objawy depresji poporodowej. Zaznacz odpowiedzi w pytaniach i policz punkty. Sprawdź potem swój wynik. To narzędzie do badania przesiewowego, nie jest to narzędzie diagnostyczne. Jeśli czujesz, że dzieje się z Tobą coś niepokojącego, skorzystaj z pomocy psychologa lub psychiatry.

W ciągu ostatnich 7 dni

PRZYKŁAD 1. Byłam/em w stanie śmiać się i dostrzegać zabawne strony różnych wydarzeń i rzeczy

Tak często jak zawsze ...0
Niezupełnie tak często jak zawsze ...1
Zdecydowanie rzadziej niż zwykle ...2
W ogóle teraz tego nie czuję ...3

Czyli: Zdecydowanie rzadziej niż zwykle byłam/em w stanie śmiać się i dostrzegać zabawne strony różnych wydarzeń i rzeczy (2 punkty)

1. Byłam/em w stanie śmiać się i dostrzegać zabawne strony różnych wydarzeń i rzeczy		6. Rzeczy mnie przerażały	
Tak często jak zawsze	...0	Tak, w ogóle sobie nie radziłam/em	...3
Niezupełnie tak często jak zawsze	...1	Tak, czasami sobie nie radziłam/em tak jak zwykle	...2
Zdecydowanie rzadziej niż zwykle	...2	Nie, przez większość czasu radziłam/em sobie	...1
W ogóle teraz tego nie czuję	...3	Nie, radziłam/em sobie dobrze, jak zawsze	...0
2. Myśląc o przyszłości czułam/am zadowolenie		7. Czuję/am się tak nieszczęśliwa, że miałam/em trudności ze snem	
Tak często jak zawsze	...0	Tak, przez większość czasu	...3
Niezupełnie tak często jak zawsze	...1	Tak, czasami	...2
Zdecydowanie rzadziej niż zwykle	...2	Niezupełnie często	...1
W ogóle teraz tego nie czuję	...3	Nie, wcale	...0
3. Obwinałam/am się niepotrzebnie, gdy coś nie szło dobrze		8. Czuję/am się smutna/y lub nieszczęśliwa/y	
Tak, przez większość czasu	...3	Tak, przez większość czasu	...3
Tak, przez jakiś czas	...2	Tak, czasami	...2
Niezupełnie często	...1	Niezupełnie często	...1
Nie, wcale	...0	Nie, wcale	...0
4. Czuję/am niepokój i zmartwienie bez wyraźnego powodu		9. Było mi tak źle, że płakałam/em	
Nie, wcale	...0	Tak, przez większość czasu	...3
Prawie wcale	...1	Tak, czasami	...2
Tak, czasami	...2	Niezupełnie często	...1
Tak, bardzo często	...3	Nie, wcale	...0
5. Czuję/am strach lub panikę bez wyraźnego powodu		10. Zdarzało się, że myślałam/em o zrobieniu sobie krzywdy.	
Tak, dość często	...3	Tak, przez większość czasu	...3
Tak, czasami	...2	Tak, czasami	...2
Rzadziej niż zwykle	...1	Niezupełnie często	...1
Wcale tego nie czuję/am	...0	Nie, wcale	...0

SUMA _____

Jeśli uzyskałaś/eś 12 punktów lub więcej lub na pytanie dziesiąte twoja odpowiedź była twierdząca, możliwe, że cierpisz na zaburzenie ze spektrum depresji - w takiej sytuacji skontaktuj się z psychologiem lub psychiatrą, możesz porozmawiać ze swoim lekarzem ginekologiem, lekarzem rodzinnym, położną środowiskową, farmaceutą w apteczce lub kimś bliskim. Pamiętaj, że to tylko badanie przesiewowe, więc zdecydowanie nie określa czy dana choroba występuje, jedynie daje wskazówkę, kiedy warto poszukać pomocy specjalisty.

Skala EDPS przetłumaczona i opracowana przez Karolinę Morze na podstawie:

Cox, J.L., Holden, J.M. and Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.

MGR FARMACJA KAROLINA MORZE
LAKTACEUTA.PL

LAKTACEUTA
Kobięta i dzieci w ciąży

EPDS

W PYTANIU 10 KAŻDA ODPOWIEDŹ INNA NIŻ „NIE, WCALE” (POZYCJA DOTYCZĄCA MYŚLI O ZROBIENIU SOBIE KRZYWDY) **WYMAGA BEZPOŚREDNIEJ OCENY** AKTUALNYCH MYŚLI, ZAMIARU, PLANU, DOSTĘPU DO ŚRODKÓW ORAZ BEZPIECZEŃSTWA RODZICA I DZIECKA. W ZALEŻNOŚCI OD WYNIKU OCENY MOŻE BYĆ KONIECZNA PILNA KONSULTACJA PSYCHIATRYCZNA LUB INTERWENCJA KRYZYSOWA.

STAN PSYCHICZNY OPIEKUNA A REGULACJA EMOCJONALNA DZIECKA

PRZYKŁADOWE OBSERWACJE WYMAGAJĄCE POGŁĘBIENIA WYWIADU

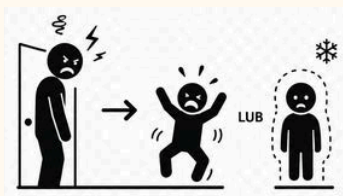


OGRANICZONA REAKCJA OPIEKUNA NA WYRAŹNY SYGNAŁ DZIECKA

Dziecko płacze lub jest przerażone a rodzic nie reaguje, patrzy w telefon lub mówi do dziecka szorstkim, mechanicznym głosem.

SILNE POBUDZENIE OPIEKUNA I DZIECKA

Opiekun jest wyraźnie silnie zaniepokojony, rozdrażniony lub przeciążony, a dziecko również prezentuje duże pobudzenie albo wycofanie. Taka współzmiennność nie dowodzi związku przyczynowego, ale może uzasadniać pytania o przebieg podobnych sytuacji w domu i o dostępne wsparcie.



NIEPOKOJĄCA REAKCJA NA POSZUKIWANIE BLISKOŚCI PRZEZ DZIECKO

Dziecko szuka schronienia u opiekuna, ale opiekun odpycha je, sztywnieje przy uścisku lub unika kontaktu wzrokowego.

UNIEWAŻNIANIE EMOCJI

Opiekun zawstydza dziecko za jego strach przed badaniem (np. „Nie rycz.”, „Przestań się mazać.”, „Natychmiast masz być cicho.”).



STAN PSYCHICZNY OPIEKUNA A REGULACJA EMOCJONALNA DZIECKA

OCENA STANU PSYCHICZNEGO SAMEGO OPIEKUNA

(m.in. depresja - w tym poporodowa, np. apatia, brak lub uboga ekspresja mimiczna; zaburzenia lękowe)



DYSTANSOWANIE SIĘ EMOCJONALNE

Opiekunowie w coraz mniejszym stopniu angażują się we wspólne aktywności, zabawę i kontakt emocjonalny z dzieckiem (dziećmi), ograniczając swoją rolę głównie do zaspokajania jego podstawowych potrzeb.

WYCZERPANIE FIZYCZNE I PSYCHICZNE

Przejawy przemęczenia w postaci, np. bólu głowy, nieustannego poczucia zmęczenia, bezsenności, zwiększonej podatności na zachorowania, braku ochoty na jedzenie, wzmożonej irytacji oraz frustracji. Już sama myśl o tym, że musi zająć się dzieckiem (dziećmi) i codziennymi zajęciami, wywołuje u rodzica niechęć do działania i uczucie przytłoczenia. Występuje przekonanie o braku zasobów do poradzenia sobie z obowiązkami.



Dopytaj o dobrostan rodzica, przeciążenie, wsparcie, które otrzymuje, myśli o skrzywdzeniu siebie lub dziecka i bezpieczeństwo.

OBJAWY SOMATYCZNE U DZIECKA



np. przewlekłe problemy ze snem i zasypianiem, częste, niewyjaśnione bóle (objawy psychosomatyczne), trudności z karmieniem i odmowa jedzenia w obecności opiekuna.

WAŻNE JEST, ABY UNIKAĆ ROZPOZNAĆ NA PODSTAWIE JEDNEJ SYTUACJI!

Alternatywami wyjaśnień dla danych obserwacji mogą być m.in. stres wizyty, zmęczenie, choroba, lęk czy różnice kulturowe.

STAN PSYCHICZNY OPIEKUNA A REGULACJA EMOCJONALNA DZIECKA

**DOBROSTAN PSYCHICZNY OPIEKUNA JEST WAŻNYM ELEMENTEM OCENY SYTUACJI
NIEMOWLĘCIA I RODZINY.**

**NIE NALEŻY JEDNAK AUTOMATYCZNIE WYJAŚNIAĆ OBJAWÓW DZIECKA STANEM
PSYCHICZNYM RODZICA ANI TRAKTOWAĆ TRUDNOŚCI RODZICA JAKO DOWODU
NIEPRAWIDŁOWEJ OPIEKI.**

PODSUMOWANIE KLUCZOWYCH OBSZARÓW OBSERWACJI I DZIAŁAŃ KLINICZNYCH

OBSZAR	CO OBSERWUJĘ?	CO MOŻE ZNACZYĆ?	CO ROBIĘ?
 DZIECKO	kontakt wzrokowy, mimika, wokalizacja, pobudzenie, ukojenie	regulacja, wycofanie, przeciążenie, ból, problem neurorozwojowy	DOPYTAJ, ZBADAJ, OBSERWUJ, ROZWAŻ: SCREENING/SKIEROWANIE
 OPIEKUN	dostępność, responsywność, język o dziecku	przeciążenie, depresja, lęk, niedostrojenie, sztywne atrybucje	ZAPYTAJ O SAMOPOCZUCIE, WSPARCIE, BEZPIECZEŃSTWO
 RELACJA	timing (rytm/naprzemiennność), wzajemność, przyjemność, napięcie	jakość współregulacji, ryzyko relacyjne	NAZWIJ NEUTRALNIE, ZAPROPONUJ WSPARCIE
 BEZPIECZEŃSTWO	urazy, zaniedbanie, chaos, wrogość, strach	przemoc, zaniedbanie, kryzys	DZIAŁAJ PILNIE ZGODNIE Z PROCEDURĄ

STAN PSYCHICZNY OPIEKUNA A REGULACJA EMOCJONALNA DZIECKA

PRZEWLEKŁA DYSREGULACJA W DIADZIE*****

(NP. WYSOKI POZIOM STRESU OPIEKUNA + BRAK ADEKWATNEJ KOREGULACJI) MOŻE **ZWIĘKSZAĆ RYZYKO** DŁUGOTRWALEJ AKTYWACJI REAKCJI STRESOWEJ, **ZWŁASZCZA PRZY WSPÓŁWYSTĘPOWANIU** INNYCH PRZECIWNOCI I BRAKU WYSTARCZAJĄCEGO WSPARCIA OCHRONNEGO

*****Pojęcie dotyczy silnej lub przewlekłej aktywacji reakcji stresowej bez wystarczającego wsparcia ochronnego; znaczenie mają czas trwania, nasilenie, kumulacja przeciwności oraz dostępność przynajmniej jednego stabilnego opiekuna; pojedyncze trudne interakcje i okresowe niedopasowania są częścią normalnego życia rodzinnego.

TOXIC STRESS

- DLACZEGO CZAS MA ZNACZENIE?

kluczowe mechanizmy

! długotrwałe i silne pobudzenie organizmu w odpowiedzi na stres, m.in. poprzez aktywację osi HPA

! możliwy wpływ na rozwój układu nerwowego, regulację pobudzenia i funkcjonowanie organizmu

! zwiększone ryzyko trudności emocjonalnych i behawioralnych w późniejszym rozwoju

ZWLEKANIE NIE JEST NEUTRALNE - MOŻE SPRZYJAĆ UTRWALANIU SIĘ TRUDNOŚCI!

RODZAJ WSPARCIA POWINIEN WYNIKAĆ Z ROZPOZNANYCH POTRZEB. MOŻE OBEJMOWAĆ POMOC SOCJALNĄ, LECZENIE PSYCHIATRYCZNE LUB PSYCHOLOGICZNE OPIEKUNA, OCHRONĘ DZIECKA, WSPARCIE RODZINY, LECZENIE SOMATYCZNE DZIECKA ORAZ INTERWENCJE SKONCENTROWANE NA RELACJI OPIEKUN-DZIECKO.

DC: 0-5

DC: 0-5 (KLASYFIKACJA DIAGNOSTYCZNA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH I ROZWOJOWYCH OKRESU NIEMOWLĘCTWA I WCZESNEGO DZIECIŃSTWA) NIE JEST JEDYNIEM KLASYFIKACJĄ ZABURZEŃ.

W PRAKTYCE KLINICZNEJ STANOWI PRZED W SZYSTKIM MODEL, KTÓRY POMAGA PRZEPROWADZIĆ DIAGNOZĘ U NIEMOWLĘCIA W SPOSÓB WIELOWYMIAROWY/WIELOOSIOWY.

OZNACZA TO, ŻE NIE SPRAWDZAMY TYLKO OBJAWÓW U SAMEGO DZIECKA, ALE PRZYGLĄDAMY SIĘ RÓWNIEŻ JEGO RELACJI Z OPIEKUNAMI, JEGO ŚRODOWISKU I STRESOROM, KTÓRE NA NIE ODDZIAŁUJĄ.

OŚ I	OŚ II	OŚ III	OŚ IV	OŚ V
ZABURZENIA KLINICZNE	KONTEKST RELACYJNY	STAN ZDROWIA FIZYCZNEGO ORAZ UWARUNKOWANIA ROZWOJOWE	STRESORY PSYCHOSPOŁECZNE	KOMPETENCJE ROZWOJOWE
Rozpoznanie kliniczne formułowane na podstawie kryteriów DC:0-5, z uwzględnieniem sposobu, w jaki objawy przejawiają się u niemowląt i małych dzieci	Jakość interakcji opiekun-dziecko (synchronia, responsywność, zdolność do koregulacji, mentalizacja*****, styl opieki)	Czynniki biologiczne (choroby somatyczne, zaburzenia neurologiczne, wcześniactwo, ból, deficyty sensoryczne)	Warunki środowiskowe (np. przewlekły stres opiekuna, depresja poporodowa, przemoc, ubóstwo, brak wsparcia, chaos środowiskowy)	Aktualny poziom osiągnięć rozwojowych (motoryka, komunikacja, regulacja emocji, kompetencje społeczne)
<u>Objawy obserwowane w gabinecie i zgłaszane przez opiekunów stanowią podstawę oceny, ale nie są jeszcze samodzielnym rozpoznaniem.</u>	<u>Kontekst relacyjny może wpływać na obraz kliniczny dziecka, ale nie powinien być traktowany jako jego automatyczne wyjaśnienie.</u>	<u>Kluczowa dla różnicowania: objaw relacyjny vs objaw organiczny (często współwystępują).</u>	<u>Oś często „niewidoczna klinicznie”, ale fundamentalna dla regulacji dziecka.</u>	<u>Nie tylko „kamienie milowe”, ale jakość ich osiągania (stabilność, elastyczność, regulacja).</u>

***** mentalizacja – zdolność opiekuna do rozumienia emocji i potrzeb dziecka oraz adekwatnego reagowania na jego zachowanie.

DC: 0-5

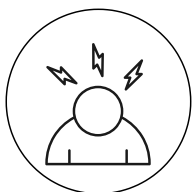
NIE DIAGNOZUJ JEDNOOSIOWO: 5 pytań lekarza przed decyzją



NIE PYTAJ TYLKO

CO MA DZIECKO / JAK SIĘ ROZWIJA?

PYTAJ TEŻ:



JAKIE OBJAWY
PREZENTUJE
DZIECKO I OD
KIEDY?



JAKI JEST JEGO
STAN
SOMATYCZNY,
NEUROLOGICZNY
I ROZWOJOWY?



JAK DZIECKO
FUNKCJONUJE
Z OPIEKUNAMI
I W RÓŻNYCH
SYTUACJACH?



JAKIE STRESORY
I ZASOBY
WYSTĘPUJĄ
W RODZINIE?



CZY ROZWÓJ
POSTĘPUJE,
ZATRZYMAŁ SIĘ,
CZY WYSTĄPIŁ
REGRES?

**DC:0-5 JEST WIELOOSIOWYM
SYSTEMEM OCENY FUNKCJONOWANIA
DZIECKA - OPISUJE SIĘ JE NA KILKU
OSIACH KLINICZNYCH, KTÓRE
WZAJEMNIE SIĘ PRZENIKAJĄ.**



**DC: 0-5 nie jest
screeningiem ani
instrukcją szybkiej
diagnozy.**

**TRUDNOŚCI W INTERAKCJI, PROBLEMY SOMATYCZNE
I ZABURZENIA NEURORÓZWOJOWE MOGĄ WSPÓŁWYSTĘPOWAĆ.**

**ROZPOZNANIE JEDNEGO PROBLEMU NIE ZWALNIA Z OCENY INNYCH
MOŻLIWYCH PRZYCZYN I OBSZARÓW FUNKCJONOWANIA DZIECKA.**



**równoległa ocena dziecka,
relacji, biologii i środowiska**



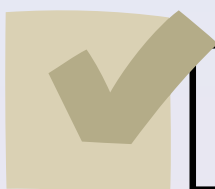
myślenie wieloczynnikowe

(objaw może mieć kilka współwystępujących przyczyn)

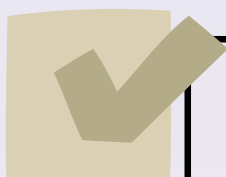


**wczesne rozpoznawanie sygnałów
wymagających monitorowania,
diagnostyki lub wsparcia**

**OBJAW U NIEMOWLĘCIA NALEŻY
INTERPRETOWAĆ
Z UWZGLĘDNIENIEM WIEKU, STANU
SOMATYCZNEGO, ROZWOJU, CZASU
TRWANIA, NASILENIA ORAZ KONTEKSTU
RODZINNEGO I ŚRODOWISKOWEGO.**



**dziecko nie jest
„izolowanym pacjentem”**



**objaw nie jest
„jednowymiarowy”**



**diagnoza powinna być
wieloobszarowa**

CZYNNIKI, KTÓRE MOGĄ ZWIĘKSZAĆ OBCIĄŻENIE RODZINY I WSKAZYWAĆ NA POTRZEBĘ ZAPYTANIA O DOSTĘPNE WSPARCIE

W CZASIE WIZYTY LEKARZ MOŻE OCENIĆ JEDNAK KILKA
OBSZARÓW DAJĄCYCH WGLĄD W KONDYCJĘ PSYCHICZNĄ
DZIECKA I JEGO RELACJĘ Z OPIEKUNEM.

W TRAKCIE OCENY NALEŻY PAMIĘTAĆ O UWZGLĘDNIENIU
WIEKU DZIECKA I JEGO ETAPU ROZWOJOWEGO - TO,
CO MOŻE NIEPOKOIĆ W DANYM CZASIE, W INNYM
MOŻE BYĆ ZACHOWANIEM TYPOWYM DLA WIEKU ROZWOJOWEGO.

**WARTO PAMIĘTAĆ, ŻE OBJAW REGULACYJNY U NIEMOWLĘCIA CZĘSTO
JEST OBJAWEM NIESWOISTYM.**

PŁACZ, TRUDNOŚCI ZE SNEM, DRAŻLIWOŚĆ, WYCOFANIE MOGĄ OZNACZAĆ:

- BÓL
- REFLUKS
- ALERGIĘ
- INFЕКCJĘ
- ZABURZENIA NEUROLOGICZNE
- ZABURZENIA SŁUCHU/WZROKU
- INDYWIDUALNE CECHY TEMPERAMENTU I WRAŻLIWOŚĆ NA BODŹCE
- TRUDNOŚCI W CODZIENNEJ WSPÓŁREGULACJI
- DUŻE OBCIĄŻENIE PSYCHICZNE OPIEKUNA
- NIEKORZYSTNE WARUNKI ŚRODOWISKOWE
- PRZEMOC LUB ZANIEDBANIE.

ICH ZNACZENIE **ZAŁEŻY OD** WIEKU DZIECKA, CZASU TRWANIA, NASILENIA, WPŁYWU NA
FUNKCJONOWANIE ORAZ OBJAWÓW TOWARZYSZĄCYCH.

PRZED PRZYPISANIEM ICH TRUDNOŚCIOM REGULACYJNYM LUB RELACYJNYM NALEŻY UWZGLĘDNIĆ
MOŻLIWE PRZYCZYNY SOMATYCZNE, NEUROLOGICZNE, SENSORYCZNE I ROZWOJOWE.

CZYNNIKI, KTÓRE MOGĄ ZWIĘKSZAĆ OBCIĄŻENIE RODZINY I WSKAZYWAĆ NA POTRZEBĘ ZAPYTANIA O DOSTĘPNE WSPARCIE

**ZNACZENIE KLINICZNE OBJAWU ZALEŻY OD WIEKU
DZIECKA, NASILENIA OBJAWU, CZASU JEGO
TRWANIA, OBECNOŚCI OBJAWÓW
TOWARZYSZĄCYCH ORAZ WPŁYWU NA CODZIENNE
FUNKCJONOWANIE.**



**POJEDYNCZY OBJAW LUB CHWILOWE OPÓŹNIENIE ROZWOJU
W JEDNEJ SFERZE NIE MUSI ŚWIADCZYĆ O NIEPRAWIDŁOWOŚCIACH,
PONIEWAŻ ROZWÓJ KAŻDEGO DZIECKA PRZEBIEGA INDYWIDUALNIE.
JEDNAK WSPÓŁWYSTĘPOWANIE KILKU SYGNAŁÓW ZWIĘKSZA NIEPOKÓJ
KLINICZNY. RÓWNIEŻ POJEDYNCZA CZERWONA FLAGA, NP. REGRES
ROZWOJOWY, MOŻE WYMAGAĆ SZYBKIEGO POGŁĘBIENIA OCENY.**

**SYGNAŁY, KTÓRE, JEŚLI SĄ
UTRWALONE/NASILONE/NIEADEKWATNE DO WIEKU LUB
WSPÓŁWYSTĘPUJĄ Z INNYMI OBJAWAMI, MOGĄ WYMAGAĆ
POGŁĘBIENIA OCENY, TO MIĘDZY INNYMI:**

CZYNNIKI, KTÓRE MOGĄ ZWIĘKSZAĆ OBCIĄŻENIE RODZINY I WSKAZYWAĆ NA POTRZEBĘ ZAPYTANIA O DOSTĘPNE WSPARCIE

A. DOTYCZĄCE DZIECKA:



- **PROBLEMY ZE SNEM (u dzieci w około 9.-12. miesiącu życia):**

- BRAK STAŁEGO RYTMU OKOŁODOBOWEGO;
- NIEZASYPIANIE W CIĄGU 30 MINUT W PRZYPADKU NIESTOSOWANIA PRZEZ OPIEKUNA SZCZEGÓLNYCH ŚRODKÓW, BY DZIECKO ZASNĘŁO (NP. KOŁYSANIA NA RĘKACH LUB W WÓZKU);
- NIEPRZERWANY SEN TRWAJĄCY MNIEJ NIŻ 3 GODZINY.

- **PROBLEMY Z KARMIENIEM:**

- TRUDNOŚCI Z SSANIEM, POŁYKANIEM LUB KOORDYNACJĄ SSANIE-POŁYKANIE-ODDYCHANIE;
- KRZTUSZENIE SIĘ, KASZEL, SINIENIE LUB DUSZNOŚĆ PODCZAS KARMIENIA;
- UTRZYMUJĄCA SIĘ ODMOWA PRZYJMOWANIA POKARMU LUB WYRAŻNE NAPIĘCIE PODCZAS WIĘKSZOŚCI KARMIEŃ;
- KONIECZNOŚĆ NAMAWIANIA DZIECKA DO JEDZENIA;
- CZĘSTE LUB NASIŁONE WYMIOTY, BÓL ALBO INNE OBJAWY SOMATYCZNE;
- NIEPRAWIDŁOWE PRZYROSTY MASY CIAŁA, SPADEK MASY LUB OZNAKI ODWODNIENIA;
- KARMIENIE TRWAJĄCE WYRAŹNIE DŁUGO I ZNACZĄCO OBCIĄŻAJĄCE DZIECKO LUB OPIEKUNA.

- **REAKTYWNOŚĆ I EKSPRESJA EMOCJONALNA:**

- OBNIŻONA/UBOGA EKSPRESJA MIMICZNA;
- WYRAŹNIE OGRANICZONE ZAINTERESOWANIE KONTAKTEM SPOŁECZNYM W STOSUNKU DO WIEKU I DOTYCHCZASOWEGO FUNKCJONOWANIA;
- DŁUGOTRWAŁA LUB NASIŁONA DRAŻLIWOŚĆ, KTÓRA WYRAŹNIE UTRUDNIA SEN, KARMIENIE LUB CODZIENNE FUNKCJONOWANIE;
- PŁACZ O NAGŁYM POCZĄTKU, NIETYPOWYM BRZMIENIU LUB WSPÓŁWYSTĘPUJĄCY Z OBJAWAMI SOMATYCZNYMI;
- WYRAŻNA ZMIANA DOTYCHCZASOWEJ REAKTYWNOŚCI DZIECKA.

CZYNNIKI, KTÓRE MOGĄ ZWIĘKSZAĆ OBCIĄŻENIE RODZINY I WSKAZYWAĆ NA POTRZEBĘ ZAPYTANIA O DOSTĘPNE WSPARCIE

A. DOTYCZĄCE DZIECKA:



• ZACHOWANIE:

- POWTARZALNE ZACHOWANIA SAMOSTYMULUJĄCE/SAMOREGULACYJNE, JEŚLI SĄ BARDZO NASILONE, UTRWALONE, DZIWACZNE, NIETYPOWE DLA WIEKU LUB OGRANICZAJĄ INNE FORMY AKTYWNOŚCI DZIECKA NP. KOŁYSANIE SIĘ, POCIERANIE;
- REGRES, CZYLI UTRATA WCZEŚNIEJ NABITYCH UMIEJĘTNOŚCI;
- WYRAŻNA ASYMETRIA RUCHÓW, NIEPRAWIDŁOWE NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE LUB OGRANICZENIE SPONTANICZNEJ AKTYWNOŚCI, W TYM OGRANICZENIA RUCHÓW GŁOWY, TUŁOWIA I KOŃCZYN;
- NAGŁE, NIESPODZIEWANE, POWTARZAJĄCE SIĘ RUCHY MOGĄCE SUGEROWAĆ NAPADY LUB INNY PROBLEM NEUROLOGICZNY;
- OPÓŹNIONA LUB UTRZYMUJĄCA SIĘ MAŁA REAKCJA NA DŹWIĘK, TWARZ, UŚMIECH LUB DOTYK;
- OGRANICZONA WOKALIZACJA, GAWORZENIE, GESTY LUB INNE ZACHOWANIA KOMUNIKACYJNE W STOSUNKU DO WIEKU;
- MAŁE ZAINTERESOWANIE OTOCZENIEM, W TYM ZABAWKAMI, I EKSPLOACJĄ W STOSUNKU DO MOŻLIWOŚCI RUCHOWYCH DZIECKA;
- TRUDNOŚĆ W NAWIĄZANIU LUB PODTRZYMANIU KONTAKTU SPOŁECZNEGO, UTRZYMUJĄCA SIĘ W RÓŻNYCH SYTUACJACH, NP. BRAK GAWORZENIA, GESTÓW, MIMIKI W CELU INICJOWANIA KONTAKTU
- SKRAJNIE SILNE REAKCJE NA BODŹCE LUB ZMIANY, KTÓRE ZNACZĄCO UTRUDNIAJĄ CODZIENNE FUNKCJONOWANIE;
- BRAK OCZEKIWANEGO POSTĘPU ROZWOJOWEGO LUB OBECNOŚĆ OBAW OPIEKUNA DOTYCZĄCYCH ROZWOJU;
- DUŻY NIEPOKÓJ FIZYCZNY, NADMIERNA RUCHLIWOŚĆ.

CZYNNIKI, KTÓRE MOGĄ ZWIĘKSZAĆ OBCIĄŻENIE RODZINY I WSKAZYWAĆ NA POTRZEBĘ ZAPYTANIA O DOSTĘPNE WSPARCIE

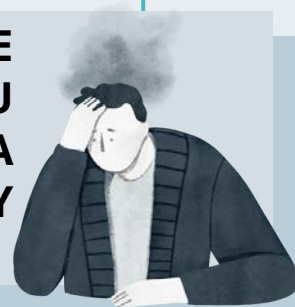
B. W INTERAKCJACH RODZIC-DZIECKO:



- DZIECKO POZOSTAJE SILNIE POBUDZONE MIMO RÓŻNYCH, DOSTOSOWANYCH DO JEGO POTRZEB PRÓB UKOJENIA; NALEŻY WÓWCZAS OCENIĆ MOŻLIWY BÓL, CHOROBE, GŁÓD, ZMĘCZENIE, PRZECIĄŻENIE BODŹCAMI ORAZ DOTYCHCZASOWY SPOSÓB REGULACJI DZIECKA;
- SZORSTKIE, NIEDELIKATNE TRAKTOWANIE DZIECKA;
- NIEREALISTYCZNE LUB NIEADEKWATNE DO WIEKU OCZEKIWANIA, NP. WYMAGANIE OD KILKUMIESIĘCZNEGO DZIECKA PRZESYPANIA CAŁEJ NOCY, SAMODZIELNEGO USPOKAJANIA SIĘ ALBO CELOWEGO KONTROLOWANIA PŁACZU;
- POWTARZAJĄCA SIĘ TRUDNOŚĆ W ZAUWAŻANIU WYRAŻNYCH SYGNAŁÓW GŁODU, ZMĘCZENIA, BÓLU LUB POTRZEBY PRZERWY W KONTAKCIE;
- POWTARZAJĄCE SIĘ NARZUCANIE DZIECKU KONTAKTU MIMO WYRAŻNYCH SYGNAŁÓW PRZECIĄŻENIA, ODWRACANIA GŁOWY, PŁACZU LUB POTRZEBY PRZERWY;
- RODZIC OPISUJE DZIECKO W SPOSÓB SKRAJNIE NEGATYWNY, SZTYWNY, NIEPRZYSTAJĄCY DO OBSERWACJI NP. UŻYWANIE ETYKIET - NIEZDARNY, NIEGRZECZNY ITP.;
- PRZYPISYWANIE DZIECKU ZŁYCH INTENCJI, NEGATYWNYCH CECH CHARAKTERU (NP. „JEST ZŁOŚLIWY/CHCE SPROWOKOWAĆ MNIE PŁACZEM”);
- IGNOROWANIE PŁACZU, NP. W CZASIE SZCZEPIENIA/NIEPOPPRAWNE PRZEKONANIA O PŁACZU DZIECKA, NP. PŁACZ SŁUŻY MANIPULACJI;
- NIEWYJAŚNIONE OBRAŻENIA JAMY USTNEJ LUB OKOLICY UST, KTÓRE NIE SĄ ZGODNE Z PODANYM MECHANIZMEM URAZU LUB MOŻLIWOŚCIAMI ROZWOJOWYMI DZIECKA.

CZYNNIKI, KTÓRE MOGĄ ZWIĘKSZAĆ OBCIĄŻENIE RODZINY I WSKAZYWAĆ NA POTRZEBĘ ZAPYTANIA O DOSTĘPNE WSPARCIE

C. PONIŻSZE CZYNNIKI NIE ŚWIADCZĄ SAME W SOBIE O NIEPRAWIDŁOWEJ OPIECE ANI ZABURZENIU RELACJI. MOGĄ NATOMIAST WSKAZYWAĆ NA POTRZEBĘ ZAPYTANIA O OBCIĄŻENIA, ZASOBY I DOSTĘPNE WSPARCIE:



- DEPRESJA, SILNY LĘK, TRAUMA LUB INNE PROBLEMY ZDROWIA PSYCHICZNEGO OPIEKUNA;
- UZALEŻNIENIE LUB NADUŻYWANIE SUBSTANCJI;
- PRZEMOC W RODZINIE;
- MYŚLI O SKRZYWDZENIU SIEBIE LUB DZIECKA;
- POWAŻNY KRYZYS ŻYCIOWY, ŻAŁOBA LUB CHOROBA W RODZINIE;
- BRAK PRAKTYCZNEGO I EMOCJONALNEGO WSPARCIA;
- BARDZO DUŻE ZMĘCZENIE I BRAK MOŻLIWOŚCI ODPOCZYNKU;
- TRUDNE LUB TRAUMATYCZNE DOŚWIADCZENIA OKOŁOPORODOWE;
- WYSTĘPUJĄ TRUDNOŚCI KARMIEŃIA, ALE BEZ OBJAWÓW WYMAGAJĄCYCH PILNEJ DIAGNOSTYKI, TAKICH JAK DUSZNOŚĆ, SINIENIE, ODWODNIENIE, ZNACZNE OSŁABIENIE LUB NIEPRAWIDŁOWE WZRASTANIE;
- NIESTABILNOŚĆ MIESZKANIOWA, UBÓSTWO LUB BRAK DOSTĘPU DO PODSTAWOWEJ OPIEKI;
- IZOLACJA SPOŁECZNA, MIGRACJA LUB DŁUGOTRWAŁA NIEOBECNOŚĆ WAŻNEGO OPIEKUNA;
- BARDZO MŁODY WIEK RODZICA, JEŚLI ŁĄCZY SIĘ Z BRAKIEM WSPARCIA I ZASOBÓW.

PODSUMOWANIE

OBSERWUJ I PYTAJ W CZASIE KOLEJNEJ WIZYTY

- przejściowe trudności z ustaleniem rutyn, w tym stałych pór snu i karmienia,
- zgłaszane przez rodzica pojedyncze obawy w stosunku do dziecka,
- łagodne trudności związane ze snem,
- płacz, w tym nerwowa reakcja na nową/niecodzienną sytuację - wizytę lekarską.

ZAPLANUJ KONTROLĘ/SCREENING

- objaw utrzymuje się, nasila lub występuje w różnych sytuacjach,
- utrudnia sen, karmienie, kontakt lub codzienne funkcjonowanie,
- opiekun zgłasza powtarzające się obawy dotyczące rozwoju,
- występuje uboga reaktywność, wycofanie lub ograniczony kontakt społeczny,
- występują trudności karmienia bez objawów bezpośredniego zagrożenia,
- dziecko ma nieprawidłowe lub niejasne tempo rozwoju,
- opiekun jest znacząco przeciążony, ale nie ma oznak bezpośredniego kryzysu wymagającego pilnej interwencji,
- obserwacja interakcji budzi obawy wymagające weryfikacji w czasie,

oraz **większość sygnałów podanych powyżej.**

Działania, które możesz podjąć:

- pogłębiony wywiad,
- badanie somatyczne i rozwojowe,
- odpowiednie narzędzie przesiewowe,
- wcześniejsza kontrola lub konsultacja specjalistyczna.

DZIAŁAJ PILNIE

- regres lub utrata wcześniej nabytych umiejętności,
- zaburzenia świadomości, drgawki, wiotkość, znacząca senność lub trudność w wybudzeniu,
- oznaki odwodnienia, niedożywienia lub istotnego zahamowania wzrastania,
- duszność, sinienie, krztuszenie się lub inne objawy zagrożenia podczas karmienia,
- nagły, nietypowy lub przenikliwy płacz z objawami somatycznymi,
- niewyjaśnione urazy, siniaki u dziecka niemobilnego, oparzenia lub podejrzenie urazu głowy,
- podejrzenie przemocy lub poważnego zaniedbania,
- zagrożenie bezpieczeństwa dziecka,
- myśli, plan lub zamiar skrzywdzenia siebie lub dziecka zgłaszane przez opiekuna,
- ciężki stan psychiczny opiekuna uniemożliwiający bezpieczną opiekę.

BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST – BPSC

BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST (BPSC) JEST KRÓTKIM NARZĘDZIEM PRZESIEWOWYM PRZEZNACZONYM DO OCENY FUNKCJONOWANIA EMOCJONALNEGO I BEHAVIORALNEGO MAŁYCH DZIECI. STANOWI CZĘŚĆ KWESTIONARIUSZA SURVEY OF WELL-BEING OF YOUNG CHILDREN (SWYC). BPSC OBEJMUJE TRZY OBSZARY:



DRAŻLIWOŚĆ,



TRUDNOŚCI ZWIĄZANE Z RUTYNAMI I REGULACJĄ,



MAŁĄ ELASTYCZNOŚĆ W REAGOWANIU NA ZMIANY.

KWESTIONARIUSZ WYPEŁNIA RODZIC LUB INNY GŁÓWNY OPIEKUN DZIECKA. ODPOWIEDZI NIE ZASTĘPUJĄ WYWIADU, OBSERWACJI DZIECKA ANI BADANIA PEDIATRYCZNEGO.

POLSKIE TŁUMACZENIE BPSC ZOSTAŁO PRZYGOTOWANE I JEST PUBLIKOWANE ZA ZGODĄ AUTORÓW NARZĘDZIA. KORZYSTANIE Z BPSC JEST BEZPŁATNE ZGODNIE Z ZASADAMI OKREŚLONYMI PRZEZ JEGO TWÓRCÓW. BADANIA NAD WŁAŚCIWOŚCIAMI PSYCHOMETRYCZNYMI POLSKIEJ WERSJI SĄ OBECNIE W TOKU. Z TEGO WZGLĘDU WYNIKI NALEŻY INTERPRETOWAĆ OSTROŻNIE, Z UWZGLĘDNIENIEM WIEKU DZIECKA, JEGO STANU SOMATYCZNEGO, ROZWOJU, SYTUACJI RODZINNEJ ORAZ OBSERWACJI KLINICZNEJ.

PODWYŻSZONY WYNIK BPSC NIE STANOWI ROZPOZNANIA ZABURZENIA. WSKAZUJE, ŻE DANY OBSZAR FUNKCJONOWANIA DZIECKA WYMAGA POGŁĘBIENIA W WYWIADZIE, OBSERWACJI PODCZAS KOLEJNYCH WIZYT LUB – ZALEŻNIE OD CHARAKTERU TRUDNOŚCI – KONSULTACJI SPECJALISTYCZNEJ.



BPSC:

1 miesiąc, 0 dni do 17 miesięcy, 31 dni
V1.07, 4-1-17

Imię dziecka:

Data urodzenia:

Dzisiejsza data:

PEDIATRYCZNA LISTA KONTROLNA OBJAWÓW U NIEMOWLĄT (BPSC)

Poniższe pytania dotyczą zachowania dziecka. Zastanów się, czego oczekiwał(a)byś od innych dzieci w tym samym wieku i opisz, w jakim stopniu każde stwierdzenie odnosi się do Twojego dziecka.

	Wcale	Trochę	Bardzo
Czy Twojemu dziecku przeszkadza obecność nowych ludzi?	0	1	2
Czy Twojemu dziecku trudno jest przebywać w nowych miejscach?	0	1	2
Czy Twoje dziecko trudno znosi zmiany?	0	1	2
Czy Twojemu dziecku przeszkadza bycie na rękach u innych osób?	0	1	2
Czy Twoje dziecko często płacze?	0	1	2
Czy Twoje dziecko ma trudności z uspokojeniem się?	0	1	2
Czy Twoje dziecko jest marudne lub rozdrażnione?	0	1	2
Czy Twoje dziecko trudno jest pocieszyć?	0	1	2
Czy Twoje dziecko ma trudności z utrzymaniem harmonogramu lub rutyny?	0	1	2
Czy Twoje dziecko trudno jest uśpić?	0	1	2
Czy trudno jest Ci się wyspać z powodu Twojego dziecka?	0	1	2
Czy Twoje dziecko ma problemy z utrzymaniem snu?	0	1	2



CO POWIEDZIEĆ?

-
wynik testu przesiewowego



GDY WYNIK SCREENINGU JEST PODWYŻSZONY:

„Wynik kwestionariusza nie oznacza rozpoznania. Pokazuje, że w obszarze [nazwa obszaru] warto zebrać więcej informacji. Chciał(a)bym zapytać o konkretne sytuacje, w których pojawia się ta trudność, oraz wspólnie ustalić dalszy plan”.

GDY WYNIK JEST NISKI, ALE LEKARZ LUB RODZIC NADAL MA OBAWY:

„Wynik kwestionariusza nie wskazuje obecnie na podwyższone ryzyko, ale nie unieważnia Państwa obaw ani mojej obserwacji. Dlatego proponuję dalsze monitorowanie lub dodatkową konsultację”.



GDY RODZIC NIE ZGADZA SIĘ Z OBSERWACJĄ:



„Możliwe, że podczas wizyty dziecko zachowuje się inaczej niż w domu. Nie musimy dziś rozstrzygać, która obserwacja jest właściwa. Ustalmy, jakie zachowania warto obserwować i kiedy ponownie je omówimy”.

PYTANIA DO RODZICA

MOŻE SIĘ ZDARZYĆ TAK, ŻE NIEKTÓRE Z ZADAWANYCH W CZASIE WIZYTY PYTAŃ WYWOŁAJĄ U OPIEKUNA **NIEPOKÓJ** LUB **OPÓR**. DLATEGO WARTO NA POCZĄTEK WYJAŚNIĆ ICH CEL, NP.:

„Chciał(a)bym zadać kilka pytań o codzienne funkcjonowanie dziecka i Państwa samopoczucie. Pytam o to, ponieważ te informacje pomagają mi lepiej ocenić potrzeby dziecka i rodziny.”

„Podobne pytania zadajemy rutynowo rodzicom małych dzieci, ponieważ samopoczucie opiekuna i codzienne funkcjonowanie rodziny są ważną częścią opieki nad dzieckiem.”

„Chciał(a)bym teraz zadać Pani/Panu kilka pytań, które pomogą mi dokładniej zrozumieć Pani/Pana sytuację oraz rozwój dziecka. I choć mogą wydać się szczegółowe lub osobiste, to wszystkie są ważne. W każdej chwili można powiedzieć, że odpowiedź jest trudna: wtedy zatrzymamy się i wyjaśnię, dlaczego o to pytam”.

**GDY POJAWIĄ SIĘ NIEPRZYJEMNE EMOCJE, TJ. STRACH,
NIEPOKÓJ, LĘK PRZED OCENĄ:**

„TE PYTANIA MOGĄ BRZMIĆ NIEPOKOJĄCO, ALE ICH CELEM NIE JEST STAWIANIE DIAGNOZY NA WYROST. CHCĘ LEPIEJ ZROZUMIEĆ, JAK [IMIĘ DZIECKA] FUNKCJONUJE I CZY JEST COŚ, CO WARTO UWAŻNIEJ OBSERWOWAĆ LUB DODATKOWO WESPRZEĆ.”

„ZACHOWANIE DZIECKA MOŻE WYGLĄDAĆ INACZEJ W DOMU I W GABINECIE, DLATEGO CHCĘ POŁĄCZYĆ PAŃSTWA OBSERWACJE Z TYM, CO WIDZĘ PODCZAS WIZYTY. MOJE PYTANIA POMAGAJĄ SPOJRZEĆ NA FUNKCJONOWANIE DZIECKA Z SZERSZEJ PERSPEKTYWY.”

„ZALEŻY MI, ABY CZULI SIĘ PAŃSTWO ZAOPIEKOWANI. NIE PYTAM PO TO, ŻEBY OCENIAĆ PAŃSTWA JAKO RODZICÓW, ALE ŻEBY LEPIEJ ZROZUMIEĆ, CO DZIEJE SIĘ Z DZIECKIEM I JAKIEGO WSPARCIA MOŻE POTRZEBOWAĆ CAŁA RODZINA.”

PYTANIA DO RODZICA

**WARTO NAZYWAĆ ZAUWAŻONE EMOCJE W SPOSÓB
OSTROŻNY I NIEOCENIAJĄCY**

„MAM WRAŻENIE, ŻE TO PYTANIE WYWOŁAŁO NAPIĘCIE. CZY DOBRZE TO ODCZYTUJE?
CHCIAŁ(A)BYM, ABYŚMY BYLI PARTNERAMI W DBANIU O ZDROWIE DZIECKA.”

„WYOBRAŻAM SOBIE, ŻE ODPOWIEDZI NA NIEKTÓRE PYTANIA MOGĄ BYĆ DLA
PANI/PANA TRUDNE. NIE SŁUŻĄ ONE OCENIE PAŃSTWA JAKO RODZICÓW. CHCĘ LEPIEJ
ZROZUMIEĆ SYTUACJĘ [IMIĘ DZIECKA] ORAZ SPRAWDZIĆ, CZY DZIECKO LUB PAŃSTWO
POTRZEBUJĄ DODATKOWEGO WSPARCIA.”

**EMPATIA POWINNA OPIERAĆ SIĘ NA TYM, CO OPIEKUN
RZECZYWIŚCIE POWIEDZIAŁ.**

ZAMIAST AUTOMATYCZNEGO „ROZUMIEM” MOŻNA
POWIEDZIEĆ:

„Słyszę, że to jest dla Pani/Pana bardzo trudne.”
„Widzę, że ta sytuacja budzi dużo napięcia.”
„Chciał(a)bym lepiej zrozumieć, co jest teraz najtrudniejsze.”
„Dziękuję, że Pani/Pan o tym mówi.”



PYTANIA DO RODZICA (PRZYKŁADY)

*Jak Pan/Pani czuje się
w roli rodzica?*

*Czy otrzymuje Pan/Pani wsparcie?
(jeśli tak, to od kogo i jakie - liczy się
także wsparcie finansowe)*

*Czy w rodzinie wydarzyły się ostatnio
trudne sytuacje?
(choroba, strata, konflikt itd.)*

*Czy coś Pana/Panią niepokoi
w zachowaniu i rozwoju dziecka?*

*Czy interakcje z dzieckiem są
przyjemne dla obu stron?*

INTERAKCJE SPOŁECZNE I KOMUNIKACJA	REGULACJA EMOCJI I TEMPERAMENT	FUNKCJE BIOLOGICZNE	RADZENIE SOBIE Z TRUDNYMI EMOCJAMI DZIECKA
<i>Czy dziecko odwzajemnia uśmiech?</i>	<i>Jak łatwo udaje się uspokoić dziecko, gdy płacze?</i>	<i>Jak wyglądają pory karmienia?</i>	<i>Jak się Pan/Pani czuje, kiedy dziecko bardzo się złości lub boi i nie może się uspokoić?</i>
<i>Czy dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy?</i>	<i>Czy dziecko wydaje się niezwykle spokojne, ciche lub „zbyt grzeczne” (rzadko płacze, nie domaga się uwagi)?</i>	<i>Czy dziecko ma trudności z zasypianiem lub często się budzi bez związku z karmieniem?</i>	<i>Co Pan/Pani wtedy robi?</i>
<i>Jak dziecko reaguje na swoje imię lub głos opiekuna?</i>	<i>Jak dziecko reaguje na nowe osoby lub sytuacje?</i>	<i>Czy jest nadwrażliwe na dotyk, światło lub dźwięki?</i>	<i>Czy zauważa Pani/Pan, że w dniach większego zmęczenia lub stresu trudniej jest Państwu wzajemnie odzyskać spokój?</i>
<i>Czy dziecko wyciąga rączki, by je podnieść?</i>			<i>Jak udaje się Państwu wyciszyć dziecko przed snem?”</i>

PYTANIA, KTÓRYCH NIE NALEŻY POMIJAĆ, GDY WYSTĘPUJĄ SYGNAŁY KRYZYSU.

- Czy czuje się pani/pan bezpiecznie w domu?
- Czy ktoś panią/pana lub dziecko krzywdzi, straszy albo kontroluje?
- Czy zdarza się pani/panu czuć, że nie daje już rady?
- Czy pojawiają się myśli o zrobieniu krzywdy sobie lub dziecku?
- Czy jest teraz ktoś, kto może przejąć opiekę i zapewnić dziecku bezpieczeństwo?



CO POWIEDZIEĆ RODZICOWI, GDY NIE MA JESZCZE DIAGNOZY?

W PRACY Z NIEMOWLĘCIEM LEKARZ CZĘSTO OBSERWUJE SYGNAŁY, KTÓRE NIE TWORZĄ JESZCZE JEDNOZNACZNEGO OBRAZU DIAGNOSTYCZNEGO. W TAKIEJ SYTUACJI WAŻNE JEST JASNE PRZEKAZANIE, CO ZOSTAŁO ZAOBSERWOWANE, CZEGO JESZCZE NIE WIEMY I JAKIE BĘDĄ DALSZE KROKI.

SPOSÓB PRZEKAZANIA NIEPEWNOŚCI MOŻE WPŁYWAĆ NA POZIOM LĘKU RODZICA, JEGO ZAUFANIE DO LEKARZA I GOTOWOŚĆ DO DALSZEJ OBSERWACJI LUB KONSULTACJI.

CELEM ROZMOWY NIE JEST ANI **USPOKAJANIE „ZA WSZELKĄ CENĘ”**, ANI **ESKALOWANIE LĘKU**, LECZ **UTRZYMANIE CZUJNOŚCI KLINICZNEJ** PRZY JEDNOCZESNYM **BUDOWANIU WSPÓŁPRACY**.



„Wyrośnie z tego.”



„To tylko temperament.”



„Poczekajmy kilka miesięcy.”
(jeśli wyraźnie widoczna jest kumulacja ryzyka)



„Samo przejdzie.”



„Spokojne/grzeczne dziecko
to po prostu
spokojne/grzeczne dziecko.”

CO POWIEDZIEĆ RODZICOWI, GDY NIE MA JESZCZE DIAGNOZY?

ROZPOZNANIE KLINICZNE JEST WNIOSEM OPARTYM NA DOSTĘPNYCH DANYCH
I MOŻE WYMAGAĆ WERYFIKACJI WRAZ Z ROZWOJEM DZIECKA.

PLAN DALSZEGO POSTĘPOWANIA SPRZYJA ZAUFANIU I WSPÓŁPRACY.

CO RODZIC POWINIEN WIEDZIEĆ?

- co lekarz zaobserwował,
- jakie są możliwe wyjaśnienia,
- czego na tym etapie nie można jeszcze stwierdzić,
- co należy monitorować,
- kiedy i gdzie odbędzie się kolejna ocena,
- jakie objawy wymagają pilnego zgłoszenia.



**DOBRA KOMUNIKACJA W OBSZARZE ZDROWIA
PSYCHICZNEGO NIEMOWLĄT NIE POLEGA NA „ŁADNYM
USPOKAJANIU”, TYLKO NA TRZECH RÓWNOLEGLYCH
CELACH:**



utrzymaniu relacji
z opiekunem



utrzymaniu
czujności klinicznej



otwarcu przestrzeni
na obserwację w
czasie

BRAK JEDNOZNACZNEGO ROZPOZNANIA NIE OZNACZA BRAKU PLANU.

MOŻLIWE DZIAŁANIA TO:

- określenie obszaru do monitorowania;
- wcześniejsza kontrola;
- zastosowanie odpowiedniego narzędzia przesiewowego;
- pogłębiona diagnostyka;
- krótka psychoedukacja;
- skierowanie do odpowiedniego specjalisty.

JAK REAGOWAĆ?

OTWARCIE OBSERWACJI KLINICZNEJ

1

„Podczas dzisiejszej wizyty zauważyłem/am [konkretna obserwacja]. Sama ta obserwacja nie pozwala jeszcze postawić rozpoznania, ale warto ją sprawdzić ponownie i uzupełnić ocenę.”

„Na tym etapie nie możemy jeszcze jednoznacznie wyjaśnić tych trudności. Proponuję [konkretna działanie], a następnie ocenę ponowną za [termin].”

DLACZEGO PYTAMY O CODZIENNE FUNKCJONOWANIE I INTERAKCJĘ

2

„Oprócz badania stanu zdrowia i rozwoju pytamy też o sen, karmienie, płacz i kontakt z bliskimi osobami, ponieważ te obszary pokazują, jak dziecko funkcjonuje na co dzień.”

„Obserwujemy również, co pomaga dziecku odzyskać spokój i jak reaguje ono na wsparcie bliskiej osoby.”

BALANS MIĘDZY SPOKOJEM A CZUJNOŚCIĄ

3

„Nie chcę Państwa niepotrzebnie niepokoić, ale zależy mi, aby nic ważnego dla rozwoju dziecka nie zostało przeoczone.”

„Na tym etapie chcemy uważnie obserwować dziecko, żeby w razie potrzeby wcześniej zareagować.”

NORMALIZACJA WSPARCIA DZIECKA I OPIEKUNA (JAKO CZĘŚCI OBRAZU KLINICZNEGO)

4

„Pytam o Państwa samopoczucie, ponieważ przeciążenie, brak snu lub obniżony nastrój mogą utrudniać codzienną opiekę. Wsparcie rodzica jest również elementem opieki nad dzieckiem.”

„Wczesne wsparcie nie oznacza, że występuje nieprawidłowość. Oznacza, że wolimy zareagować wcześniej niż zbyt późno.”

„Czasem niewielkie zmiany w codziennych warunkach lub dodatkowe wsparcie rodzica mogą ułatwić dziecku codzienne funkcjonowanie.”

SKALA PRZEMOCY WOBEC NIEMOWLĄT

W POLSCE BRAKUJE JEDNEGO REJESTRU, KTÓRY POZWALAŁBY RZETELNIE OSZACOWAĆ SKALĘ PRZEMOCY WOBEC NIEMOWLĄT. DANE MIĘDZYNARODOWE WSKAZUJĄ JEDNAK, ŻE **NAJMŁODSZE DZIECI SĄ SZCZEGÓLNIE NARAŻONE NA CIĘŻKIE KONSEKWENCJE PRZEMOCY I ZANIEDBANIA**, PONIEWAŻ SĄ CAŁKOWICIE ZALEŻNE OD OPIEKUNÓW, NIE MOGĄ SAMODZIELNIE SZUKAĆ POMOCY I CZĘSTO NIE PREZENTUJĄ JEDNOZNACZNYCH OBJAWÓW. WEDŁUG DANYCH Z USA W 2023 ROKU PONAD **JEDNĄ CZWARTĄ OFIAR PRZEMOCY I ZANIEDBANIA STANOWIŁY DZIECI** DO DRUGIEGO ROKU ŻYCIA.

DANE EPIDEMIOLOGICZNE ZALEŻĄ OD DEFINICJI KRZYWDZENIA, ŹRÓDŁA ZGŁOSZEŃ I SPOSOBU REJESTRACJI. NIE NALEŻY BEZPOŚREDNIO PRZENOSIĆ DANYCH Z INNYCH KRAJÓW NA POPULACJĘ POLSKĄ. NAJWAŻNIEJSZY WNIOSEK KLINICZNY JEST JEDNAK SPÓJNY: **NIEMOWLĘTA NALEŻĄ DO GRUPY NAJBARDZIEJ NARAŻONEJ NA CIĘŻKIE I ŚMIERTELNE SKUTKI PRZEMOCY FIZYCZNEJ ORAZ POWAŻNEGO ZANIEDBANIA.**

SYNDROM DZIECKA POTRZĄSANEGO (ABUSIVE HEAD TRAUMA – AHT) I URAZ GŁOWY WSKUTEK PRZEMOCY

URAZ GŁOWY WSKUTEK PRZEMOCY (ABUSIVE HEAD TRAUMA, AHT) JEST POWAŻNĄ FORMĄ KRZYWDZENIA DZIECKA, KTÓRA MOŻE POWSTAĆ M.IN. WSKUTEK GWAŁTOWNEGO POTRZĄSANIA I/LUB URAZU TĘPEGO.

ROZPOZNANIE AHT OPIERA SIĘ PRZED E WSZYSTKIM NA PILNEJ OCENIE MEDYCZNEJ, OBRAZIE KLINICZNYM, BADANIACH DODATKOWYCH ORAZ OCENIE ZGODNOŚCI WYWIADU Z RODZAJEM URAZU I MOŻLIWOŚCIAMI ROZWOJOWYMI DZIECKA.

RÓWNOLEGLE NALEŻY OCENIĆ BEZPIECZEŃSTWO DZIECKA I INNYCH DZIECI W RODZINIE ORAZ URUCHOMIĆ ODPOWIEDNIE PROCEDURY OCHRONNE.

SYNDROM DZIECKA POTRZĄSANEGO (ABUSIVE HEAD TRAUMA – AHT) I URAZ GŁOWY WSKUTEK PRZEMOCY



wiotkość



zaburzenia
świadomości



wymioty



senność lub drażliwość



trudności w karmieniu



nagle pogorszenie
stanu neurologicznego



drgawki



senność lub
drażliwość



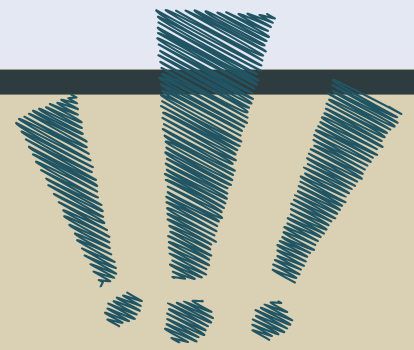
krwawienia wewnątrzczaszkowe
i siatkówkowe



bezdech, duszność lub sinienie

SZCZEGÓLNĄ CZUJNOŚĆ POWINNY WZBUDZIĆ:

- wywiad niezgodny z obrazem urazu;
- zmieniające się lub niespójne wyjaśnienia;
- opóźnienie w zgłoszeniu się po pomoc;
- uraz niewspółmierny do możliwości ruchowych dziecka;
- inne niewyjaśnione obrażenia;
- wcześniejsze epizody o niewyjaśnionej przyczynie.



POSTĘPOWANIE: PODEJRZENIE AHT WYMAGA PILNEGO SKIEROWANIA DO SZPITALA I OCENY PRZEZ ZESPÓŁ POSIADAJĄCY DOŚWIADCZENIE W DIAGNOSTYCE URAZÓW U DZIECI. NIE NALEŻY ODKŁADAĆ DZIAŁANIA DO CZASU PEŁNEGO POTWIERDZENIA PODEJRZENIA.

**PODEJRZENIE AHT WYMAGA WIELODYSCIPLINARNEJ
OCENY MEDYCZNEJ ORAZ RÓWNOLEGŁEJ OCENY
BEZPIECZEŃSTWA DZIECKA I SYTUACJI OPIEKUŃCZEJ.**

ŚCIEŻKI KIEROWANIA

GDZIE KIEROWAĆ OPIEKUNA Z DZIECKIEM?

KRÓTKA PSYCHOEDUKACJA
DOSTOSOWANA DO POTRZEB RODZINY;
OKREŚLENIE, CO NALEŻY OBSERWOWAĆ;
USTALENIE TERMINU KONTROLI;
PRZEKAZANIE INFORMACJI, JAKIE OBJAWY
WYMAGAJĄ WCZEŚNIEJSZEGO
ZGŁOSZENIA.

**ŁAGODNE,
PRZEJŚCIOWE
TRUDNOŚCI BEZ
OBJAWÓW
ALARMOWYCH**

**PODEJRZENIE PRZEMOCY LUB POWAŻNEGO ZANIEDBANIA;
NIEWYJAŚNIONE URAZY LUB PODEJRZENIE AHT;
BEZPOŚREDNIE ZAGROŻENIE ZDROWIA LUB ŻYCIA DZIECKA;
CIĘŻKI STAN SOMATYCZNY LUB NEUROLOGICZNY;
MYŚLI, PLAN LUB ZAMIAR SKRZYWDZENIA SIEBIE ALBO DZIECKA;
OBJAWY PSYCHOZY, ZNACZNE ZABURZENIA KONTAKTU Z
RZECZYWISTOŚCIĄ, SILNE POBUDZENIE LUB INNY POWAŻNY STAN
PSYCHICZNY OPIEKUNA, KTÓRY UNIEMOŻLIWIA BEZPIECZNĄ OPIEKĘ
NAD DZIECKIEM;
PRZEMOC DOMOWA STWARZAJĄCA AKTUALNE ZAGROŻENIE.**

**W STANIE NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA NALEŻY
SKIEROWAĆ DZIECKO DO SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO,
IZBY PRZYJĘĆ LUB WEZWAĆ ZESPÓŁ RATOWNICTWA MEDYCZNEGO.**

**W PRZYPADKU PODEJRZENIA KRZYWDZENIA NALEŻY RÓWNOLEGLIE
ZABEZPIECZYĆ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ, OCENIĆ
BEZPIECZEŃSTWO DZIECKA.**

**SYTUACJE
PILNE**

ŚCIEŻKI KIEROWANIA

GDZIE KIEROWAĆ OPIEKUNA Z DZIECKIEM?

DOMINUJĄ UTRWALONE TRUDNOŚCI W REGULACJI, KONTAKCIE SPOŁECZNYM, INTERAKCJI OPIEKUN-DZIECKO LUB ZNACZĄCE OBCIĄŻENIE PSYCHICZNE RODZINY

Dostępność świadczeń oraz zasady przyjęć mogą różnić się regionalnie. Przed przekazaniem rodzinie informacji warto sprawdzić aktualne zasady funkcjonowania danej placówki.

W ZALEŻNOŚCI OD OBRAZU KLINICZNEGO ROZWAŻ:

- POGŁĘBIONĄ DIAGNOSTYKĘ PEDIATRYCZNĄ;
- NEUROLOGA DZIECIĘCEGO;
- PORADNIĘ PATOLOGII NOWORODKA LUB PORADNIĘ NEONATOLOGICZNĄ;
- PORADNIĘ REHABILITACYJNĄ LUB FIZJOTERAPEUTĘ DZIECIĘCEGO;
- SPECJALISTYCZNĄ OCENĘ KARMIENTA, NP. PEDIATRY, NEUROLOGOPEDY, GASTROENTEROLOGA, DIETETYKA KLINICZNEGO LUB DORADCY LAKTACYJNEGO — ZALEŻNIE OD PROBLEMU;
- OŚRODEK WCZESNEJ INTERWENCJI;
- PORADNIĘ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ W CELU UZYSKANIA OPINII O POTRZEBIE WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU, JEŻELI DZIECKO SPEŁNIA ODPOWIEDNIE KRYTERIA;
- OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY;
- PORADNIĘ ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY;
- PSYCHOLOGA LUB PSYCHOTERAPEUTĘ POSIADAJĄCEGO DOŚWIADCZENIE W PRACY Z NIEMOWLĘTAMI, MAŁYMI DZIEĆMI I RELACJĄ OPIEKUN-DZIECKO;
- PSYCHIATRĘ DZIECIĘCEGO, GDY OBJAWY SĄ NASILONE, ZŁOŻONE LUB WYMAGAJĄ SPECJALISTYCZNEJ DIAGNOSTYKI;
- SPECJALISTĘ ZDROWIA PSYCHICZNEGO DOROSŁYCH, JEŻELI DOMINUJĄ TRUDNOŚCI OPIEKUNA

ŚCIEŻKI KIEROWANIA

KIEDY I DOKĄD KIEROWAĆ?

- **TRUDNOŚCI RELACYJNE / REGULACYJNE** → PSYCHOLOG LUB PSYCHOTERAPEUTA Z DOŚWIADCZENIEM W PRACY Z NIEMOWLĘTAMI I OPIEKUNAMI; OŚRODEK Wczesnej interwencji; OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ; W RAZIE NASILONYCH LUB ZŁOŻONYCH OBJAWÓW - PSYCHIATRA DZIECIĘCY.
- **NIEPOKOJĄCY OBRAZ NEUROLOGICZNY** → NEUROLOG DZIECIĘCY
- **TRUDNOŚCI KARMIENTA** → NAJPIERW OCENA PEDIATRYCZNA, WZRASTANIA, STANU NAWODNIENIA I BEZPIECZEŃSTWA POŁYKANIA. ZALEŻNIE OD OBRAZU: NEONATOLOG, GASTROENTEROLOG DZIECIĘCY, NEUROLOG, ALERGOLOG, NEUROLOGOPEDA, DIETETYK KLINICZNY, DORADCA LAKTACYJNY LUB WIELOSPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ KARMIENIOWY. W PRZYPADKU DUSZNOŚCI, SINIENIA, POWTARZAJĄCEGO SIĘ KRZTUSZENIA, ODWODNIENIA LUB ZAHAMOWANIA WZRASTANIA - PILNA DIAGNOSTYKA.
- **OBJAWY DEPRESJI, LĘKU LUB ZNACZĄCEGO PRZECIĄŻENIA OPIEKUNA BEZ BEZPOŚREDNIEGO ZAGROŻENIA** → LEKARZ POZ, PSYCHOLOG, PSYCHIATRA LUB CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DOROSŁYCH — ZALEŻNIE OD NASILENIA I LOKALNEJ DOSTĘPNOŚCI.
- **MYŚLI SAMOBÓJCZE, PLAN SKRZYWDZENIA SIEBIE LUB DZIECKA, PSYCHOZA ALBO BRAK MOŻLIWOŚCI ZAPEWNIENIA BEZPIECZNEJ OPIEKI** → PILNA OCENA PSYCHIATRYCZNA LUB INTERWENCJA RATUNKOWA; RÓWNOLEGLĘ ZABEZPIECZENIE DZIECKA.
- **PODEJRZENIE PRZEMOCY, POWAŻNEGO ZANIEDBANIA LUB BEZPOŚREDNIE ZAGROŻENIE BEZPIECZEŃSTWA** → PILNA OCENA MEDYCZNA, DOKUMENTACJA, ZABEZPIECZENIE DZIECKA ORAZ URUCHOMIENIE PROCEDUR OCHRONNYCH I PRAWNYCH ODPOWIEDNICH DO SYTUACJI. OŚRODEK INTERWENCJI KRYZYSOWEJ MOŻE BYĆ JEDNYM Z ELEMENTÓW POMOCY, ALE NIE ZASTĘPUJE DZIAŁAŃ MEDYCZNYCH ANI PRAWNEGO OBOWIĄZKU OCHRONY DZIECKA.

**TRUDNOŚCI SOMATYCZNE, NEURORÓZWOJOWE,
REGULACYJNE I PSYCHOSPOŁECZNE MOGĄ
WSPÓŁWYSTĘPOWAĆ. DLATEGO KONSULTACJE
I INTERWENCJE MOGĄ BYĆ PROWADZONE RÓWNOLEGLĘ.**

ŚCIEŻKI KIEROWANIA

CENTRA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

CZP SĄ FORMĄ ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ DLA OSÓB DOROSŁYCH. W WIELU MIEJSCACH DZIAŁAJĄ PUNKTY ZGŁOSZENIOWO-KOORDYNACYJNE, DO KTÓRYCH MOŻNA ZGŁOSIĆ SIĘ BEZ SKIEROWANIA.

DLA PEDIATRY CZP JEST WAŻNĄ ŚCIEŻKĄ WTEDY, GDY GŁÓWNYM PROBLEMEM JEST KRYZYS PSYCHICZNY RODZICA/OPIEKUNA. ZAPEWNIAJĄ POMOC PSYCHOLOGICZNĄ, A TAKŻE PSYCHIATRYCZNĄ I TERAPEUTYCZNĄ. CZP CHARAKTERYZUJE:

- ✓ ZAZWYCZAJ BRAK KONIECZNOŚCI SKIEROWANIA
- ✓ BRAK KONIECZNOŚCI UMÓWIENIA WIZYT
- ✓ PSYCHIATRA, TERAPEUTA, PSYCHOLOG
- ✓ DOSTĘP W WARUNKACH LOKALNYCH

JEŚLI RODZIC DOŚWIADCZA TRUDNOŚCI PSYCHICZNYCH, JEST TO DOBRE MIEJSCE, GDZIE UDZIELONA ZOSTANIE MU PODSTAWOWA POMOC.

CZP DLA DOROSŁYCH NIE ZASTĘPUJE ŚCIEŻKI POMOCY DLA DZIECKA.

GDY PROBLEM DOTYCZY NIEMOWLĘCIA LUB RELACJI RODZIC-DZIECKO, NALEŻY RÓWNOLEGLE ROZWAŻYĆ POMOC

PSYCHOLOGICZNĄ/PSYCHOTERAPEUTYCZNĄ DLA DZIECI I RODZIN, WCZESNĄ INTERWENCJĘ, NEUROLOGIĘ DZIECIĘCĄ LUB INNE PORADNIE ZALEŻNIE OD OBRAZU KLINICZNEGO.

ŻEBY SPRAWDZIĆ DOSTĘPNOŚĆ CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO, MOŻNA SKORZYSTAĆ:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-zdrowia-psychicznego>

ALGORYTM KOŃCOWY

W PIERWSZEJ KOLEJNOŚCI WYKLUCZ:

STAN NAGŁY, ZABURZENIA ŚWIADOMOŚCI, REGRES ROZWOJOWY,
ODWODNIENIE, NIEDOŻYWIENIE, ISTOTNE ZAHAMOWANIE
WZRASTANIA,
URAZ ORAZ SYTUACJE ZAGRAŻAJĄCE BEZPIECZEŃSTWU DZIECKA.



1. ZOBACZ

zobacz dziecko, opiekuna i ich relację
(obserwuj interakcje opiekuna i dziecka)



2. ZAPYTAJ

zapytaj o sen, karmienie, płacz, ukojenie, obawy opiekuna (nie tylko pytaj o obawy opiekunów, ale też reaguj na nie, odnieś się do nich + uwzględnij historię rozwoju dziecka)

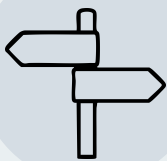


3. NAZWIJ

nazwij obszar ryzyka bez diagnozowania na wyrost



ALGORYTM KOŃCOWY C.D.



4. ZDECYDUJ

o poziomie działania

A. RUTYNOWA OBSERWACJA	B. WCZEŚNIEJSZA KONTROLA LUB SCREENING	C. KONSULTACJA SPECJALISTYCZNA	D. PILNE DZIAŁANIE
ZACHOWANIE ADEKWATNE DO WIEKU; BRAK OBJAWÓW ALARMOWYCH; BRAK WPŁYWU NA WZRASTANIE I OGÓLNE FUNKCJONOWANIE; TRUDNOŚĆ MA CHARAKTER PRZEJŚCIOWY LUB WYKAZUJE POPRAWĘ.	TRUDNOŚĆ UTRZYMUJE SIĘ; OPIEKUN MA POWTARZAJĄCE SIĘ OBAWY; OBJAW WPŁYWA NA SEN, KARMIENIE, KONTAKT LUB FUNKCJONOWANIE RODZINY; BRAK JEDNOZNACZNEGO OBJAWU ALARMOWEGO, ALE OBRAZ WYMAGA POGŁĘBIENIA.	OBJAWY SĄ UTRWALONE, NASILONE LUB ZŁOŻONE; WYSTĘPUJE NIEPRAWIDŁOWE WZRASTANIE LUB ROZWÓJ; TRUDNOŚCI DOTYCZĄ KILKU OBSZARÓW; DOTYCHCZASOWE DZIAŁANIA NIE PRZYNIOSŁY POPRAWY; OPIEKUN JEST ZNACZĄCO PRZECIĄŻONY.	STAN NAGŁY; REGRES; ZAGROŻENIE ZDROWIA LUB ŻYCIA; PODEJRZENIE PRZEMOCY; BRAK MOŻLIWOŚCI ZAPEWNIENIA DZIECKU BEZPIECZNEJ OPIEKI.
DZIAŁANIE: PSYCHOEDUKACJA, USTALENIE OBSZARU DO OBSERWACJI I PLANOWA KONTROLA.	DZIAŁANIE: POGŁĘBIONY WYWIAD, ODPOWIEDNIE NARZĘDZIE PRZESIEWOWE, INDYWIDUALNIE USTALONY TERMIN KONTROLI.	DZIAŁANIE: SKIEROWANIE ZALEŻNIE OD DOMINUJĄCEGO PROBLEMU; KONTYNUOWANIE DIAGNOSTYKI I MONITOROWANIA W POZ.	DZIAŁANIE: PILNA DIAGNOSTYKA MEDYCZNA, INTERWENCJA PSYCHIATRYCZNA LUB PROCEDURA OCHRONNA (ZALEŻNIE OD SYTUACJI). <u>TERMIN KONTROLI DOBIERZ DO WIEKU DZIECKA, RODZAJU OBJAWU, STANU SOMATYCZNEGO, WZRASTANIA, NASILENIA TRUDNOŚCI I MOŻLIWOŚCI RODZINY.</u>



5. USTAL PLAN I ZAPEWNIJ CIĄGŁOŚĆ OPIEKI



- wyjaśnij rodzinie cel skierowania;
- wskaż, gdzie i w jakim trybie ma się zgłosić;
- ustal, kto monitoruje dziecko do czasu konsultacji;
- przekaz objawy wymagające pilnego zgłoszenia;
- w razie potrzeby prowadź kilka ścieżek równolegle;
- sprawdź na kolejnej wizycie, czy rodzina uzyskała pomoc.

AUTORZY

Małgorzata Ayverdi - magister psychologii i członkini zespołu badawczego Projektu BOBAS. Jej zainteresowania zawodowe obejmują psychologię dziecięcą i wsparcie okołoporodowe.

Klaudia Wątor - magister psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach z ukończonym Treningiem Umiejętności Społecznych (TUS) i członkini zespołu badawczego Projektu BOBAS. Jej zainteresowania, zarówno naukowe np. wypalenie rodzicielskie, jak i zawodowe, wiążą się z obszarem psychologii rozwojowej – pracą z dziećmi, młodzieżą i ich rodzinami.

Wiktor Krasowska - magister psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach i członkini zespołu badawczego Projektu BOBAS. Swoją przyszłość zawodową wiąże z obszarem psychologii rozwojowej oraz klinicznej.

Natalia Morawiec - magister psychologii i doktorantka Uniwersytetu Śląskiego. Na co dzień wspiera młodzież jako psycholog szkolny oraz prowadzi konsultacje indywidualne i zajęcia grupowe dla dzieci. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół psychologii okołoporodowej, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego kobiet oraz jego wpływu na relację matka-dziecko i rozwój wczesnodziecięcy.

Barbara Zajączkowska - magister psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach i członkini zespołu badawczego Projektu BOBAS. Jest także certyfikowanym trenerem Treningu Umiejętności Społecznych. Swoją przyszłość zawodową wiąże z pracą z dziećmi, młodzieżą i ich rodzinami.

Małgorzata Lenartek - magister psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach i członkini zespołu badawczego Projektu BOBAS. Swoją przyszłość zawodową wiąże z obszarem psychologii klinicznej oraz rozwojowej.

Dr Anna Brandt-Salmeri jest psychologiem klinicznym, specjalistką psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, badaczką i pracowniczką Instytutu Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. Jako członkini zespołu PREPARE Lab zajmuje się m.in. czynnikami ryzyka i ochronnymi dla dobrostanu rodziców, a także rozwija badania nad zdrowiem psychicznym niemowląt, w tym adaptacją narzędzi do jego oceny i wczesnym rozpoznawaniem sygnałów wymagających wsparcia.

BIBLIOGRAFIA

- Barger, B. D., Rice, C. E., Roach, A. T. (2021). Developmental screening and monitoring are associated with increased preschool special education receipt. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 1342–1352. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01940-4>
- Christian, C. W., Committee on Child Abuse and Neglect. (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 135(5), e1337–e1354. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356>
- Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- DeMaster, D., Bick, J., Johnson, U., Montroy, J. J., Landry, S., Duncan, A. F. (2019). Nurturing the preterm infant brain: Leveraging neuroplasticity to improve neurobehavioral outcomes. *Pediatric Research*, 85(2), 166–175. <https://doi.org/10.1038/s41390-018-0203-9>
- Earls, M. F., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2010). Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*, 126(5), 1032–1039. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2348>
- eMentalHealth.ca. (b.d.). *Infant and early childhood mental health: Information for primary care*. Pobrane 11 czerwca 2026 z: <https://primarycare.ementalhealth.ca/index.php?m=articlePDF&ID=61107>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Florida State University Center for Prevention and Early Intervention Policy. (2015). *Infant and early childhood mental health in primary care*. <https://cpeip.fsu.edu/mma/documents/ECHO%20Pediatrician%20Tip%201%20-%20Infant%20And%20Early%20Childhood%20Mental%20Health%20In%20Primary%20Care.pdf>
- Gleason, M. M., Goldson, E., Yogman, M. W. (2016). Addressing early childhood emotional and behavioral problems. *Pediatrics*, 138(6), e20163025. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3025>
- Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. Wiley.
- Jenny, C., Hymel, K. P., Ritzen, A., Reinert, S. E., Hay, T. C. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 281(7), 621–626. <https://doi.org/10.1001/jama.281.7.621>
- Lazzouni, L., Lepore, F. (2014). Compensatory plasticity: Time matters. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 340. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00340>
- Lipkin, P. H., Macias, M. M., Council on Children With Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2020). Promoting optimal development: Identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 145(1), e20193449. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>
- McNamara, P., Belsky, J., Fearon, P. (2003). Infant sleep disorders and attachment: Sleep problems in infants with insecure-resistant versus insecure-avoidant attachments to mother. *Sleep and Hypnosis*, 5, 17–26.
- Messina, S. (2016). *Not just about food: An attachment perspective on feeding* [rozprawa doktorska, Uniwersytet Teksasu w Austin]. Texas Digital Library. <https://hdl.handle.net/2152/43700>
- Nelson, C. A. 3rd, Zeanah, C. H., Fox, N. A. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plasticity*, 2019, 1676285. <https://doi.org/10.1155/2019/1676285>
- Parks, S. E., Annett, J. L., Hill, H. A., Karch, D. L. (2012). Pediatric abusive head trauma: Recommended definitions for public health surveillance and research. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/child-abuse-neglect/about/pedheadtrauma-a.pdf>
- Roskam, I., Brianda, M. E., Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
- Roskam, I., Mikolajczak, M. (2021). The slippery slope of parental exhaustion: A process model of parental burnout. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 77, 101354. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2021.101354>
- Roskam, I., Raes, M. E., Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 163. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Simpson, T. E., Condon, E., Price, R. M., Finch, B. K., Sadler, L. S., Ordway, M. R. (2016). Demystifying infant mental health: What the primary care provider needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(1), 38–48. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.011>
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *The American Psychologist*, 44(2), 112–119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>
- Tronick, E., Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *American Psychologist*, 66(2), 107–119. <https://doi.org/10.1037/a0021631>
- United States Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2025). *Child Maltreatment 2023*. <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment>
- Victorian Government. (2026). *Identify signs of child abuse in early childhood*. <https://www.vic.gov.au/identify-signs-child-abuse-early-childhood>
- Wisconsin Alliance for Infant Mental Health. (b.d.). *What is the Pyramid Model?* Pobrane 11 czerwca 2026 z: <https://wiaimh.org/pyramid-model-home>
- Wisconsin Alliance for Infant Mental Health. (b.d.). *Learn About Pyramid Model*. Pobrane 11 czerwca 2026 z: <https://wiaimh.org/learn-about-the-pyramid-model>
- Zeanah, C. H. (2009). *Handbook of Infant Mental Health*. The Guilford Press.
- Zeanah, C. H., Carter, A. S., Cohen, J., Egger, H., Gleason, M. M., Keren, M., Lieberman, A., Mulrooney, K., Oser, C. (2016). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0–5: Selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 37(5), 471–475. <https://doi.org/10.1002/imhj.21591>
- Zeanah, C. H., Lieberman, A. (2016). Defining relational pathology in early childhood: The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0–5 approach. *Infant Mental Health Journal*, 37(5), 509–520. <https://doi.org/10.1002/imhj.21590>
- ZERO TO THREE. (2016). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: DC:0–5*. ZERO TO THREE Press.
- ZERO TO THREE (2017). *The basics of Infant and Early Childhood Mental Health: A briefing paper*. <https://www.zerotothree.org/resource/the-basics-of-infant-and-early-childhood-mental-health-a-briefing-paper/>