Polish Psychological Forum/Polskie Forum Psychologiczne
2025, vol./tom 30, no./nr 4, p./s. 136–163
DOI: 10.34767/PFP.2025.04.07

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne o wczesnym początku – analiza postępowania diagnostycznego na podstawie studium przypadku dziecka w wieku przedszkolnym

Izabela Grzankowska[1], Adam Kumor[2]

Streszczenie

Wprowadzenie: Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD) u dzieci stanowią istotne wyzwanie diagnostyczne, szczególnie w wieku przedszkolnym, gdy rytuały rozwojowe mogą maskować objawy kliniczne. Wczesne rozpoznanie ma kluczowe znaczenie dla rokowania, gdyż wczesny początek i długotrwałe utrzymywanie się objawów wiąże się z większym ryzykiem przewlekłego przebiegu oraz współwystępowania innych zaburzeń.

Metoda: Badaną była 3,5-letnia dziewczynka, wychowywana w pełnej rodzinie, której towarzyszyły bardzo nasilone uporczywe niefunkcjonalne zachowania dezorganizujące codzienne życie dziecka i całej rodziny. Problemem badawczym było określenie charakteru nasilonych nieadaptacyjnych zachowań oraz ich znaczenia klinicznego. W hipotezach badawczych zakładano, że należy rozstrzygnąć, czy występujące zachowania spełniają kryteria normatywnych rytuałów lub cech zaburzeń o podłożu neurorozwojowym, stanowią wczesnodziecięcą postać OCD czy też pełnią funkcję regulacyjną związaną z nadmiernym stresem dziecka. Zastosowano baterię metod diagnostycznych do oceny rozwoju i weryfikacji charakteru objawów kierowanych do opiekunów i do samego dziecka. Zalecono również konsultację neurologiczną.

Wyniki: Stwierdzono prawidłowy rozwój poznawczy i językowy przy dysharmonii w zakresie samoregulacji emocjonalnej. Wykluczono ASD i ADHD, choć potwierdzono cechy impulsywności i sztywności zachowań. Rytuały nie mieściły się w granicach normy rozwojowej. Miały charakter uporczywy, dezorganizujący

[1] Izabela Grzankowska, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii, ORCID: 0000-0003-2278-8620, e-mail: i.grzankowska@ukw.edu.pl

[2] Adam Kumor, Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy, ORCID: 0009-0004-0992-5816

funkcjonowanie i związany z istotnym dystresem. Wyniki CY-BOCS wskazały na znaczne nasilenie kompulsji u badanej.
Konkluzje: Zachowania dziewczynki spełniają kryteria wczesnodziecięcej postaci OCD o umiarkowanym nasileniu. Objawy nasilają się w kontekście stresu i obciążenia samoregulacyjnego, a czynniki rodzinne częściowo modulują ich intensywność. Wyniki podkreślają znaczenie wczesnej, wieloaspektowej diagnozy oraz konieczność wdrożenia ukierunkowanej interwencji terapeutycznej.

Słowa kluczowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, diagnoza psychologiczna, wiek przedszkolny, wczesne rozpoznanie

Early-Onset Obsessive–Compulsive Disorder – Analysis of the Diagnostic Procedure Based on a Case Study of a Preschool-Aged Child

Summary
Introduction: Obsessive–compulsive disorder (OCD) in children constitutes a significant diagnostic challenge, particularly in the preschool period, when developmentally normative rituals may mask clinical symptoms. Early identification is crucial for prognosis, as early onset and long-term persistence of symptoms are associated with a higher risk of a chronic course and comorbidity with other disorders.
Method: The subject of the study was a 3.5-year-old girl, raised in a two-parent family, who exhibited highly intense, persistent, non-functional behaviours that significantly disrupted the daily functioning of both the child and the entire family. The research problem involved determining the nature of the pronounced maladaptive behaviours and their clinical significance. The research hypotheses assumed the need to determine whether the observed behaviours met the criteria for normative developmental rituals, neurodevelopmental disorders, an early childhood form of OCD, or whether they served a regulatory function related to excessive stress experienced by the child. A battery of diagnostic methods was employed to assess development and to verify the nature of the symptoms, including tools directed at caregivers as well as those administered directly to the child. A neurological consultation was also recommended.
Results: The results indicated normal cognitive and language development, accompanied by disharmony in the domain of emotional self-regulation. Autism spectrum disorder (ASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) were excluded, although features of impulsivity and behavioural rigidity were confirmed. The rituals did not fall within the range of developmental norms; they were persistent, functionally disruptive, and associated with significant distress. Scores on the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) indicated a marked severity of compulsions.
Conclusions: The girl's behaviours meet the criteria for an early childhood form of OCD of moderate severity. Her symptoms intensify in the context of stress and increased self-regulatory load, while family-related factors partially modulate their intensity. The findings underscore the importance of early, multi-faceted diagnosis and the necessity of implementing a targeted therapeutic intervention.

Keywords: obsessive–compulsive disorder, psychological diagnosis, preschool age, early identification

Wprowadzenie

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (*obsessive-compulsive disorder,* OCD), nazywane pierwotnie w polskim piśmiennictwie nerwicą natręctw, cechują się występowaniem niechcianych, nawracających, utrzymujących się w czasie myśli o charakterze natrętnym i/lub czynności przymusowych – kompulsji (Radziwiłłowicz, 2020). Zaburzenie OCD występuje globalnie, niezależnie od czynników socjo-kulturowych, co jest związane z jego neurobiologiczną etiopatogenezą. Występowanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (*obsessive-compulsive disorder,* OCD) szacuje się na około 2–3% w całej populacji włączając dzieci, adolescentów i dorosłych (Walitza i in., 2011; Piacentini i in.,2018; Radziwiłłowicz, 2020; Carmi i in., 2022), natomiast w populacji pediatrycznej – na 1–3% (Walitza i in., 2011). Specyfika objawów, ich trwałość oraz znaczna współwystępowalność innych zaburzeń w przebiegu tego zaburzenia przyczyniają się do znacznego obniżenia jakości życia osób nim dotkniętych (Lochner i in., 2014).

Zaburzenie często ma swój początek w okresie dzieciństwa lub adolescencji. Szacuje się, że w przybliżeniu jedna trzecia do połowy pacjentów deklaruje początek objawów w okresie dzieciństwa (Rasmussen, 1990 za: Nakatani i in., 2011). U znacznego odsetka dzieci i młodzieży ponad 40% do 56%, ma przewlekły przebieg (Stewart i in., 2008; Walizta i in., 2011; Micali i in., 2010; Piacentini i in., 2018). U dzieci objawy zaburzenia o wczesnym początku (EO-OCD) ujawniają się najczęściej na przełomie wieku młodszego szkolnego i adolescencji, tzn. między 7,5 a 12 rokiem życia (Grünblatt i in., 2017; Piacentini i in., 2018; Brezinka i in., 2020), ze średnią wieku wystąpienia między 10.3 a 11 rokiem życia (Geller, 2006; Taylor, 2011). Znacznie rzadziej zdarzają się u dzieci w wieku przedszkolnym (Brezinka i in., 2020), a nawet poniżej 3 roku życia (Coskun i in., 2012). Wiadomo, że wystąpienie zaburzenia u bardzo małych dzieci oraz dłuższy czas utrzymywania się objawów wiąże się ze zwiększonym nasileniem zaburzenia w ciągu życia, co wskazuje na jego cięższy podtyp (Grünblatt i in., 2017; Brezinka i in., 2020). Wobec obciążeń, które wynikają z wystąpienia zachorowania na wczesnym etapie rozwoju wczesne rozpoznanie i leczenie zaburzenia może mieć kluczowe znaczenie w zapobieganiu jego przewlekłości i wtórnym psychopatologicznym skutkom (Fineberg i in., 2019).

Wśród kompulsywnych zachowań u dzieci można wyróżnić dwie główne grupy czynności: sprawdzanie oraz czyszczenie lub mycie. Oba rodzaje działań znajdują uzasadnienie w tym, że mają na celu zapobieganie subiektywnie doświadczanemu poczuciu zagrożenia. Wskazuje to na silny związek opisanych objawów z lękiem, co znajduje odzwierciedlenie w klasyfikacji ICD–10 (WHO, 1997), gdzie OCD umieszczono w kategorii *Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoformiczne).* W klasyfikacji ICD–11 (WHO, 2019) ujęto zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne jako odrębną, wewnętrznie zróżnicowaną kategorię zaburzeń, w której zawierają się poszczególne postaci ujawniania się OCD wraz z możliwością oceny stopnia wglądu dotyczącego myśli i przekonań związanych

z objawami, co jest istotne ze względu na ich powiązanie z nieracjonalnymi treściami pojawiającymi się w myśleniu (Gaebel i in., 2017; Radziwiłłowicz, 2020). Zgodnie z klasyfikacją diagnostyczną ICD–11 do zdiagnozowania OCD niezbędne jest występowanie w obrazie klinicznym pacjenta obsesji i/lub kompulsji, które są czasochłonne – zajmują ponad godzinę w ciągu dnia – albo w konsekwencji których obecny jest istotny klinicznie dystres lub upośledzenie funkcji spełnianych w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub innych istotnych płaszczyznach funkcjonowania. Objawy lub zachowania nie są przejawem innego stanu chorobowego i nie wynikają z działania substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy, w tym skutków odstawienia. Co istotne, podkreśla się również, że jeżeli względnie prawidłowe funkcjonowanie jest zachowane, jest ono osiągane tylko poprzez znaczny dodatkowy wysiłek (WHO, 2019).

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i pokrewne wyodrębniono podobnie, jako niezależną dużą grupę, w Klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa (DC:0–5)(Zero To Three, 2018). Wobec dzieci w wieku przedszkolnym rytuały oraz zachowania o charakterze pozornie kompulsywnym nierzadko charakteryzują proces normatywnego rozwoju. Zachowania przypominające OCD manifestują się u małych dzieci najczęściej w okolicach 3 roku życia (Leonard i in., 1990). Czynności i zachowania związane między innymi z potrzebą powtarzalności czy utrzymywania działań rutynowych, szczególnie podczas zabawy, trwania posiłków czy przygotowywania do snu są rozwojowo właściwe. Autorzy kryteriów diagnostycznych DC:0–5 akcentują, że tym co wyznacza różnicę między zachowaniami rozwojowo typowymi, a zachowaniami klinicznie istotnymi jest ich dotkliwość dla dziecka, czas jaki jest im poświęcany w ciągu dnia oraz dystres do jakiego się one przyczyniają oraz ich negatywny wpływ na całościowe funkcjonowanie systemu rodzinnego. Liczne konsekwencje w postaci zdezorganizowania codziennych czynności całej rodziny są na ogół ważną przesłanką do poszukiwania pomocy i diagnozy na wczesnym etapie rozwoju dziecka (DC:0–5; Piacentini i in., 2018).

W celu odróżnienia rytuałów jako zachowań normatywnych od chorobowo nasilonych kompulsji w klasyfikacji DSM–5 również zwrócono uwagę na stopień zakłócającego wpływu zachowań kompulsywnych na funkcjonowanie dziecka i jego rodziny. Jest to ważne kryterium oceny oraz istotny wskaźnik zaburzenia w diagnozie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych u dzieci. Klasyfikacja DSM–5.0 dodaje, że od małych dzieci nie jest możliwie uzyskanie relacji na temat motywacji i celów zachowań, co pozwala skoncentrować się w opisie objawów jedynie na kompulsjach (APA, 2015).

Aktualne wytyczne diagnozy klinicznej OCD u małych dzieci w sposób szczególny podkreślają potrzebę szerokiego podejścia w procesie diagnostycznym uwzględniającego obok ujęcia klinicznego także perspektywę rozwojową, rodzinną, środowiskową, jak i szczegółową diagnozę różnicową (Avasthi, Sharma i Grover, 2019; Pringsheim i in., 2024). Konieczna jest więc ocena kontekstu rozwojowego

w przebiegu występowania objawów (Nazeer i in., 2020). Ryzyko wystąpienia OCD ma znaczące podłoże genetyczne, dziedziczność mieści się w przedziale 45%–65% (Pauls i in., 1995), zasadne jest więc zebranie historii zachorowań w najbliższej rodzinie pacjenta (Avasthi, Sharma i Grover, 2019). U niewielkiej części dzieci gwałtowne pojawienie się ciężkich objawów OCD może świadczyć o wpływie czynników biologicznych lub środowiskowych takich jak infekcje paciorkowcem. Patologiczna reakcja autoimmunologiczna skutkuje czasami atypową ścieżką rozwoju zaburzenia (Jaspers-Fayer i in., 2017; Zych i in. 2024). Mając na uwadze zwiększone prawdopodobieństwo współwystępowania innych zaburzeń neurorozwojowych niezbędne jest uwzględnienie szczegółowej historii rozwojowej i zdrowotnej, począwszy już od okresu przedporodowego (Bryńska, Lipińska, Matelska, 2011). Ważne jest zdobycie informacji dotyczących funkcjonowania dziecka w środowisku przedszkolnym/szkolnym, systemie rodzinnym, gdyż ekspresja i intensywność objawów OCD może być inna w zależności od otoczenia. Niezbędna jest więc wielopłaszczyznowa ocena funkcjonowania dziecka (Avasthi, Sharma i Grover, 2019). Trzeba ocenić czas poświęcany na rytuały, ich interferencję z życiem dziecka i rodziną ze względu na zjawisko tzw. „akomodacji rodzinnej", czyli zweryfikować, w jakim stopniu rodzina wspiera lub podtrzymuje objawy dziecka (Nazeer i in., 2020). Postępowanie diagnostyczne psychologa wymaga więc również uważności i uwzględniania diagnozy medycznej w procesie wnioskowania. W wielu przypadkach dzieci z OCD mają inne współwystępujące zaburzenia (np. lękowe, tikowe), które komplikują obraz kliniczny i obciążają funkcjonowania dziecka i rodziny. Należy je uwzględniać w diagnozie, aby adekwatnie planować terapię dziecka i pomoc rodzinie (Avasthi, Sharma i Grover, 2019). Wczesna interwencja może poprawić rokowanie – im wcześniej zidentyfikowany problem, tym lepsze efekty (Pringsheim i in., 2024).

U dzieci poniżej 8 roku życia rozpowszechnienie zaburzenia może być niedoszacowane z powodu ograniczonych umiejętności dzieci do werbalizacji doświadczanych symptomów oraz cierpienia. Dzieci często podejmują nieudane próby stłumienia obsesyjnych myśli, a także powstrzymania przymusu powtarzania czynności, zgodnie ze zinternalizowanymi regułami (Freeman i in., 2012). W diagnozie różnicowej znaczną przeszkodą jest jednocześnie ograniczony wgląd małych dzieci w bieg i treść ich własnych przeżyć i myśli (Radziwiłłowicz, 2020). Ocena charakteru i nasilenia objawów sprawia więc tym większą trudność im dziecko jest młodsze.

Utrudnieniem w ustaleniu rozpoznania jest także to, że także inne zaburzenia u dzieci wiążą się z występowaniem objawów o charakterze kompulsji lub obsesji, choć mają odmienne podłoże. Zachowania kontrolne i zabezpieczające mogą sprawiać wrażenie rytuałów będąc jednak wyrazem innych postaci zaburzeń lękowych, jak choćby usztywniania zachowań z powodu lęku separacyjnego (Lebowitz i in., 2020), czy mechanizmu unikania w fobiach (Radziwiłłowicz, 2020). Przewlekłe reakcje tikowe, ruchowe i wokalne, również mają powtarzalny charakter,

jednak występują bez komponentu poznawczego i obsesyjnego poczucia przymusu (McGuire i in. 2018). Powtarzalne zachowania i sztywność rutynowa w obrazie klinicznym spektrum autyzmu mogą wyglądać jak kompulsje, wynikają jednak z potrzeby przewidywalności i stymulacji sensorycznej, a nie z redukcji lęku związanego z obsesją (van Steensel i in. 2011). Wczesne i kompleksowe traumy wczesnodziecięce mogą również uruchamiać zachowania kontrolne i rytualne – w tym wypadku pełniąc funkcję regulacji emocji, bez elementu przymusu (Scheeringa, 2018). Problemy z koncentracją uwagi, szczególnie nasilone w ADHD mogą prowadzić do powtarzania tych samych błędów czy impulsywnych reakcji, co na poziomie behawioralnym może budzić skojarzenia związane z OCD (Abramovitch i in. 2019). Także aspekt poznawczy w postaci natarczywych myśli związanych z martwieniem się w GAD (Beesdo-Baum i in., 2020), czy ruminacjami w depresji (Watkins, 2018), a nawet nadmierna koncentracja na kontrolowaniu czynności jedzenia mająca swój wyraz w obsesyjnym myśleniu na ten temat w zaburzeniach odżywiania wydawać się mogą objawami OCD (Mandelli i in,. 2020, Levinson i in., 2019).

Zróżnicowanie charakteru objawów wymaga zweryfikowania w procesie diagnostycznym każdej z wymienionych wyżej możliwości wyjaśnienia.

Z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym w okresie dzieciństwa powiązane jest również podwyższone ryzyko występowania wymienionych zaburzeń psychicznych lub rozwojowych, co dotyczy ponad 60% w tej grupie (Smárason i in., 2024). Oznacza to prawdopodobne tzw. "nakładanie się" objawów, które mogą równocześnie być sygnałem różnych trudności. Współwystępowalność wymaga również weryfikacji w procesie diagnostycznym.

Wymienione założenia uwzględniono w diagnozie psychologicznej dziecka w wieku przedszkolnym, które zostało zgłoszone do konsultacji psychologicznej z powodu występowania znacznie nasilonych niefunkcjonalnych zachowań o powtarzalnym charakterze i zróżnicowanym natężeniu oraz czasochłonnych rytuałów. Nasilone dysfunkcyjne zachowania od kilku miesięcy utrudniają funkcjonowanie dziecka i całej jego rodziny.

Poniżej zaprezentowana zostanie analiza poszczególnych etapów postępowania diagnostycznego w formie studium przypadku.

Metoda

Charakterystyka osoby badanej

Zosia, jest dziewczynką w wieku 3 lata i 6 miesięcy, wychowuje się w pełnej rodzinie ze starszym bratem z rozpoznaniem autyzmu atypowego. Rodzice z wyższym wykształceniem deklarują dobre warunki bytowe i wspierające środowisko wychowawcze. W opiece pomagają dziadkowie. Matka opisuje córkę jako aktywną, sumienną i chętną do współpracy.

Dziewczynka urodziła się w 38. tygodniu ciąży przez cesarskie cięcie, uzyskując 10 punktów Apgar. Rozwój dziecka zdaniem rodziców do tej pory przebiegał zgodnie z normami. Zosia prezentuje czasochłonne rytuały, m.in. zakładanie i zdejmowanie odzieży czy jedzenie w ściśle określonej kolejności. Przerwanie czynności skutkuje gwałtownymi reakcjami: protestem, płaczem, a nawet bezdechem. Na ogół dziewczynka śpi regularnie, choć emocje czasem zakłócają porę zasypiania.

Najsilniejsze napięcie występuje po powrocie z przedszkola – Zosia płacze, szuka wsparcia u matki, jednocześnie opierając się jej pomocy. W przedszkolu natomiast funkcjonuje dobrze: jest posłuszna, bawi się z dziećmi i nie prezentuje rytuałów.

Z biegiem czasu niektóre zachowania ustępują, zostają zastąpione przez nowe. Zosia odczuwa silną frustrację związaną ze swoimi rytuałami. Dziewczynka na ogół poszukuje uwagi i aprobaty otoczenia, jest śmiała w kontaktach społecznych. Na co dzień spędza dużo czasu ze starszym bratem, czasami naśladuje jego zabawy. Często sama również bawi się własnymi zabawkami, których ma bardzo dużo – lalkami, książeczkami. Dziewczynka chętnie koloruje w konturach i zamalowuje je dokładnie i starannie. Spontanicznie rysuje mniej, jest przy tym żywiołowa, z przyjemnością obserwuje ślad kredki na kartce, pozostając na poziomie przypadkowego realizmu w wykonaniu rysunków (Chermet-Carroy, 2005).

Dane z obserwacji

Zosia jawi się jako dziecko behawioralnie aktywne, chętnie się bawi, swobodnie rozmawia z innymi. Dziewczynka mówi płynnie, również pełnymi zdaniami. W wielu sytuacjach jest spokojna, dostosowuje się do otoczenia. Potrafi bawić się samodzielnie, koncentruje się na podejmowanej aktywności, angażuje się w nią i utrzymuje zainteresowanie własnym działaniem. Jest wówczas pogodna, zadowolona. W sytuacji silnego pobudzenia reaguje rozdrażnieniem, staje się opozycyjna, zmienia decyzje, płacze, krzyczy.

Procedura

W odpowiedzi na zgłoszenie dziecka przez rodziców podjęto kontakt diagnostyczny z rodziną z zachowaniem zasad prowadzenia diagnozy wobec małego dziecka. Zaplanowano dwa spotkania z dziewczynką oraz jej rodzicami w domu rodzinnym dziewczynki, gdzie miejsce miała obserwacja funkcjonowania dziecka w kontekście rodzinnym oraz próba nawiązania kontaktu z dziewczynką. Spotkanie przebiegało w konwencji zapowiedzianej wizyty psychologa. Indywidualny kontakt diagnostyczny z dzieckiem kontynuowano w warunkach laboratoryjnych podczas dwóch kolejnych półtoragodzinnych sesji diagnostycznych, w których towarzyszyła dziewczynce mama. Po zakończeniu procesu diagnostycznego rodzice otrzymali ustną i pisemną informację zwrotną wraz z zaleceniami do postępowania z dzieckiem.

Etyka

Badanie przeprowadzono zgodnie z zasadami etyki badań psychologicznych małych dzieci.

Cel badania

Celem podjętego badania była diagnoza zachowań prezentowanych przez 3. letnią dziewczynkę z perspektywy rozwojowej oraz funkcjonalnej, aby sformułować ostatecznie diagnozę różnicową ze względu na trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka i jego rodziny. Zaplanowano postępowanie diagnostyczne zgodnie z aktualnymi standardami diagnozowania małych dzieci w psychologii klinicznej. Uzyskane wyniki miały posłużyć do rozpoznania charakteru objawów występujących u dziecka, znaczenia czynników rodzinnych i środowiskowych dla ich występowania oraz sformułowania planu terapeutycznego adekwatnego do podłoża występowania objawów i wieku badanej.

Hipotezy diagnostyczne

Zgodnie z wyżej określonym celem badania i na podstawie założeń teoretycznych sformułowano następujące hipotezy diagnostyczne na temat specyfiki zachowań i reakcji występujących u Badanej:

1. **Normatywne rytuały rozwojowe**
   U dziecka występują powtarzalne zachowania charakterystyczne dla wieku przedszkolnego, mieszczące się w granicach typowego rozwoju, ale nasilone lub przedłużające się w czasie.
2. **Zachowania rutynowe i sztywność schematów o podłożu neurorozwojowym**
   Dziewczynka realizuje utrwalone i sztywne wzorce działania wynikające ze spektrum autyzmu lub innych zaburzeń rozwojowych, w tym powtarza czynności z powodu nadmiernego przywiązania do rutyny.
3. **Powtarzalne reakcje wynikające z impulsów lub napięcia neurobiologicznego**
   Zachowania dziecka są związane z impulsywnością, trudnościami w samokontroli (np. ADHD), obecnością tików lub innych automatycznych reakcji ruchowych.
4. **Powtarzane czynności mają funkcję regulacyjną w odpowiedzi na stres sytuacyjny, społeczny.**
   Powtarzalne działania są strategią dziewczynki w radzeniu sobie ze stresem w odpowiedzi na sytuacje trudne i stres społeczny.
5. **Czynności o charakterze kompulsyjnym**
   Powtarzalne działania mają charakter obsesyjno-kompulsyjny a ich funkcją ma być zmniejszenie subiektywnego poczucia zagrożenia dziecka.

Narzędzia badawcze

W odniesieniu do wszystkich hipotez zastosowano:
- pogłębiony wywiad kliniczno-rozwojowy – od obojga rodziców,
- informacja od nauczyciela o funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu,
- obserwacja w warunkach domowych i laboratoryjnych – naturalna i uczestnicząca – wobec dziecka.

Natomiast do szczegółowej weryfikacji hipotez zastosowano następujące metody:

1. **Do oceny poziomu rozwoju dziecka (hipoteza 1):**
   - Krótka Skala Rozwoju Dziecka pod redakcją M. Chrzan-Dętkoś (2018);
   - Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wieku Przedszkolnym *(IDS-P)* autorstwa A. Groba, D. Hagmann-von Arx i A. Hagmann-von Arx (2013), w polskiej adaptacji M. Bogdanowicz, M. Chrzan-Dętkoś i A. Borkowskiej (2019) – podskala: Kompetencje społeczno-emocjonalne;
   - Rysunek Rodziny w adaptacji M. Braun-Gałkowskiej (1981).
2. **Do różnicowania trudności neurorozwojowych (hipoteza 2):**
   - Skale Oceny Spektrum Autyzmu (ASRS) – wersja dla rodzica dziecka w wieku 2–5 lat, autorstwa Sam Goldstein i Jack A. Naglieri, w polskiej adaptacji E. Wrocławska-Warchala, R. Wujcik;
   - Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) według ICD–10 i DSM–IV TR – Wolańczyk, Kołakowski, 2005-2011.
3. **Do oceny indywidualnego profilu temperamentalnego i reaktywności emocjonalnej dziecka (hipoteza 3):**
   - EAS-C, autorstwa A. H. Buss, R. Plomin, w polskiej adaptacji W. Oniszczenko (1997),
   - Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) według ICD–10 i DSM–IV TR – Wolańczyk, Kołakowski, 2005-2011;
   - Rysunek Rodziny w adaptacji M. Braun-Gałkowskiej (1981);
   - konsultacja specjalisty neurologa w celu oceny/wykluczenia neurologicznego podłoża symptomów występujących u dziecka, w tym tików.
4. **W celu identyfikacji źródeł stresu i odporności dziecka w kontekście sytuacyjnym i społecznym (hipoteza 4):**
   - obserwacja w warunkach domowych i laboratoryjnych – naturalna i uczestnicząca – wobec dziecka;
   - Skala Postaw Rodzicielskich – M. Plopa (2008);
   - Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wieku Przedszkolnym (IDS-P) autorstwa A. Groba, D. Hagmann-von Arx i A. Hagmann-von Arx (2013), w polskiej adaptacji M. Bogdanowicz, M. Chrzan-Dętkoś i A. Borkowskiej (2019) – podskala: Kompetencje społeczno-emocjonalne;

– Rysunek Rodziny w adaptacji M. Braun-Gałkowskiej (1981).

5. **Do oceny nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych (hipoteza 5):**
   – Dziecięca Skala Obsesji i Kompulsji Yale–Brown (CY-BOCS) (Brezinka, i in., 2020) w polskiej adaptacji A. Rynkiewicz, M. Janas-Kozik, J. Rogozińska, T. Wolańczyk, T. (2010).

Metoda analizy danych

Jako metodę analizy danych przyjęto studium przypadku, które pozwala na zintegrowanie wiedzy uzyskanej z wielu źródeł i syntetyczną analizę wyników pozyskanych z badania różnymi metodami.

Wyniki badania

Analizę uzyskanych wyników badań przeprowadzono adekwatnie do sformułowanych hipotez i etapów pozyskiwania danych w badaniu.

Powtarzające się zachowania dziecka jako normatywne rytuały rozwojowe

W analizie uwzględniono:

1. Dane z wywiadu z rodzicami – prezentowane przez dziecko powtarzalne zachowania są znacznie nasilone, uporczywe, nie poddają się modyfikacji; powodują przy tym istotny dystres dziecka i jego rodziców, negatywnie oddziałują na funkcjonowanie rodziny.
2. Dane z informacji od nauczyciela przedszkola – wynika z nich, że Zosia sprawnie zaadoptowała się do sytuacji życia przedszkolnego, realizuje wymagania nauczyciela z zaangażowaniem; w przedszkolu nie zaobserwowano niefunkcjonalnych rytuałów w zachowaniu dziewczynki.
3. Krótka Skala Rozwoju Dziecka dla dzieci trzyletnich – w przesiewowej ocenie ogólnego poziomu rozwoju wyniki wyniosły w punktacji ogólnej 22 punkty (norma – min. 23 punkty); w poszczególnych sferach funkcjonowania rozwój dziecka został oceniony następująco:
   a. Rozwój motoryczny – 6 na 7 punktów (90%);
   b. Rozwój poznawczy – 6 na 7 punktów (90%);
   c. Rozwój emocjonalny – 6 na 9 punktów (60%);
   d. Rozwój mowy – 4 na 4 punkty (100%).

Równocześnie rozpoznano jedną „czerwoną flagę" czyli dysfunkcyjne reakcje w obszarze funkcjonowania emocjonalno-społecznego – bardzo częste występowanie ataków złości, podczas których dziecko traci nad sobą kontrolę i staje się agresywne wobec innych i/lub niszczy przedmioty.

Ze względu na sygnały trudności obecnych w emocjonalno-społecznym funkcjonowaniu badanej ujawnione w KSRD poszerzono diagnozę tego obszaru funkcjonowania z wykorzystaniem odpowiednich podskal IDS-P.

4. Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wieku Przedszkolnym (IDS-P) – Kompetencje społeczno-emocjonalne – uzyskane wyniki wskazują na wysokie dla wieku Zosi umiejętności rozpoznawania emocji (podskala Rozpoznawanie emocji – liczba punktów: 4/4p.) i rozumienia sytuacji społecznych (Rozumienie sytuacji społecznych – liczba punktów: 25/28 p. – wartość przeliczona: <17(18)19>); dziewczynka ma wiedzę na temat różnych stanów emocjonalnych i rozumie większość prostych zależności przyczynowo-skutkowych w sytuacjach społecznych.
5. Rysunek Rodziny w adaptacji M. Braun-Gałkowskiej – dziewczynka w odpowiedzi na instrukcję "Narysuj rodzinę" chętnie wypełniła kartkę rysując długą rozmachową kreską liczne koliste nakładające się wzajemnie linie faliste w różnych kolorach identyfikując je w rozmowie o rysunku przypadkowo i zamiennie jako poszczególnych członków własnej rodziny. Na pytania zawarte w rozmowie o rysunku nie udzieliła odpowiedzi – wskazuje to na przypadkowy realizm w realizacji tematu, więc aktywność zrealizowaną na poziomie adekwatnym dla wieku, ale uniemożliwiającym analizę treściową wytworu.

Rozwój dziecka odpowiada przeciętnej normie wiekowej z zaznaczającą się dysharmonią w zakresie samoregulacji emocjonalno-behawioralnej. Wiedza i rozumienie dziecka dotyczące emocji i sytuacji społecznych zdaje się nie pełnić regulacyjnej roli w sytuacji napięcia emocjonalnego, szczególnie w kontekście domowym. Uzyskane wyniki wskazują również na powtarzalne zachowania występujące u badanej dziewczynki różniące się od normatywnych rytuałów ze względu na ich uporczywość, nieelastyczność i znaczne nasilenie. Nie można więc uznać powtarzanych przez Zosię niefunkcjonalnych zachowań za normatywne rytuały, a raczej jako przejaw nierównowagi emocjonalnej. Na tej podstawie odrzucono hipotezę nr 1 jako niepotwierdzoną.

Sztywne schematy i rutyna zachowań o podłożu neurorozwojowym

Ze względu na charakterystykę zachowań dziecka, obciążenie rodzinne, a także z uwagi na obciążenia okołoporodowe podjęto analizę czynników o charakterze neurorozwojowym na podstawie:

1. Zestawu Kwestionariuszy do Diagnozy Spektrum Autyzmu (ASRS) dla dzieci w wieku 2–5 lat w wersji dla rodziców – w Skalach ASRS dziewczynka uzyskała wyniki wskazujące na niskie lub przeciętne dla wieku nasilenie większości symptomów charakterystycznych dla spektrum autyzmu; najwyższe otrzymane wyniki dotyczą sztywności w zachowaniu i samoregulacji wraz z zakłóceniami uwagi u dziewczynki; wartości mogą osiągnąć analogicznie wysoką i podwyższoną wartość, gdy uwzględni się ewentualny błąd pomiaru

(przedział ufności 95%), co wskazuje na wysokie nasilenie trudności w tych obszarach, gdy wystąpią niekorzystne dla dziewczynki warunki wewnętrzne lub zewnętrzne (tabela 1).

Tabela 1
Podsumowanie wyników przeliczonych w skalach ASRS 2-5 lat w ocenie rodziców Zosi dla przedziału ufności 95%

Skala	Wynik tenowy	Klasyfikacja	Przedział ufności 95%
Skale ASRS			
Relacje społeczne/Komunikacja (RSK)	42	przeciętny	37–49
Nietypowe zachowania (NZ)	44	przeciętny	37–52
Wynik ogólny ASRS	42	przeciętny	37–48
Skala DSM	39	niski	34–48
Skale terapeutyczne			
Relacje z rówieśnikami (RR)	45	przeciętny	38–54
Relacje z dorosłymi (RD)	39	niski	34–53
Wzajemność społeczna i emocjonalna (WSE)	39	niski	33–51
Nietypowy język (NJ)	40	przeciętny	34–52
Stereotypie (ST)	38	niski	33–52
Sztywność w zachowaniu (SZ)	59	przeciętny/wysoki	49–65
Wrażliwość sensoryczna (WS)	44	przeciętny	37–56
Uwaga/Samoregulacja (US)	53	przeciętny/wysoki	45–60

2. Kwestionariusza ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) według ICD-10 i DSM-IV TR – dane wskazują na brak symptomów zaburzenia uwagi, umiarkowaną ruchliwość dziewczynki oraz wysoką impulsywność jej reakcji (tabela 2).

Tabela 2
Podsumowanie wyników ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej uzyskanych na podstawie odpowiedzi rodziców i danych z obserwacji dziecka

Kryterium ADHD	Liczba objawów	Ilość punktów objawowych	Kategoria
Zaburzenia uwagi	0/9	0/27	brak objawów
Nadruchliwość	3/5	6/15	umiarkowana

Kryterium ADHD	Liczba objawów	Ilość punktów objawowych	Kategoria
Impulsywność	4/4	10/12	wysoka

3. Pogłębiony wywiad od rodziców – wskazuje na obecność cech charakterystycznych dla spektrum autyzmu w rodzinie dziewczynki, gdyż u starszego brata badanej rozpoznano wcześniej autyzm atypowy; rodzice opisują relację dziewczynki wobec brata jako życzliwą i opiekuńczą, co podczas wspólnej zabawy wyraża się przez kierowanie zabawą i znaczącą inicjatywą po jej stronie, do której chłopiec się dopasowuje.
4. Informacje od nauczyciela – Zosia dobrze radzi sobie z zadaniami wymagającymi skupienia uwagi i koncentracji na poszczególnych aktywnościach w przedszkolu; charakteryzuje się znaczną aktywnością werbalną i gotowością do działania.

W oparciu o uzyskane wyniki można stwierdzić, że Badana ujawnia specyficzne trudności związane z podwyższoną skłonnością do usztywniania zachowań, impulsywnością reakcji i samoregulacją emocji i zachowań. Wraz z danymi uzyskanymi w wywiadzie z rodzicami, z informacji od nauczyciela i z obserwacji dziecka można też przyjąć wynik o braku nieprawidłowości w zakresie funkcji uwagi, a jednocześnie o dysregulującej emocjonalnie i behawioralnie impulsywności dziecka, która manifestuje się w środowisku domowym, ale nie w innych kontekstach. Warto zauważyć, że obiektywizacja wywiadu przez udział nauczyciela sprawia, że obraz funkcjonowania dziecka staje się bardziej złożony, niż ten pochodzący z narracji rodziców. Całościowa analiza wskazuje jednak, że wzór zachowania dziecka nie odpowiada w pełni kryteriom zaburzenia ze spektrum autyzmu, ani też nie spełnia kryterium zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. W zachowaniu dziewczynki są jednak obecne cechy charakterystyczne dla zaburzeń neurorozwojowych, pomimo że ich konfiguracja nie pozwala sformułować jednoznacznego opisu odpowiadającego konkretnemu obrazowi zaburzenia. Wyniki uzyskane wcześniej w skalach pomiaru kompetencji rozwojowych potwierdzają występowanie specyficznych trudności w funkcjonowaniu Zosi, które wskazują na charakterystykę zgodną z symptomami ze spektrum autyzmu i dysregulacją emocjonalną. Występujące obciążenie rodzinne i wskazane symptomy stanowią przesłanki do dalszej obserwacji w tym kierunku.

Hipotezę o neurorozwojowym charakterze zachowań dziecka należy więc uznać za częściowo potwierdzoną.

Powtarzalne reakcje wynikające z impulsów, wysokiej reaktywności emocjonalnej lub napięcia neurobiologicznego

Analizę przeprowadzono w oparciu o następujące wyniki badania:

1. Pogłębiony wywiad od rodziców – w relacji rodziców dziewczynka jest aktywna ruchowo, poznawczo, społecznie, dynamiczna behawioralnie, intensywnie reaguje emocjonalnie, w sytuacji pobudzenia trudno jej się uspokoić, trudno zrównoważyć reakcję dziecka przez odwrócenie uwagi lub ukojenie obecnością dorosłego.
2. Dane z informacji od nauczyciela przedszkola – Zosia zachowuje się adekwatnie do wymagań w sytuacjach zadaniowych; w przedszkolu nie zaobserwowano niefunkcjonalnego powtarzania zachowań; Zosia przestrzega wszystkich zasad panujących w grupie.
3. Kwestionariusz Temperamentu EAS – CR – wyniki uzyskane w poszczególnych skalach kwestionariusza na podstawie odpowiedzi od rodziców wskazują na bardzo wysoką drażliwość, dystres oraz intensywne, trudne do opanowania lub niekontrolowane reakcje, w tym skłonność do reagowania niepokojem, strachem, niezadowoleniem i złością oraz bardzo wysoką aktywność i znaczną towarzyskość (tabela 3).

Tabela 3
Podsumowanie wyników przeliczonych EAS-CR uzyskanych na podstawie odpowiedzi rodziców o Zosi

Skala EAS – CR	Wartość stenowa	Kategoria wyniku
Emocjonalność	10	wysoki
Aktywność	10	wysoki
Towarzyskość	9	wysoki
Nieśmiałość	5	średni

4. Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) według ICD–10 i DSM–IV TR – dane wskazują na umiarkowaną ruchliwość dziewczynki oraz znaczną impulsywność jej reakcji.
5. Rysunek Rodziny w adaptacji M. Braun-Gałkowskiej – cechy formalne rysunku dziecka wskazują na żywiołowy temperament, spontaniczność ale i impulsywność behawioralną; badana odpowiedziała na jedno pytanie dotyczące rysunku wskazując jeden z konturów jako mamę, po czym przekierowała uwagę do innej aktywności.
6. Diagnoza specjalisty neurologa dziecięcego wykluczyła somatyczne, neurologiczne uwarunkowania powtarzanych przez Zosię zachowań oraz ich wyjaśnienie związane z występowaniem tików.

Wyniki badania wskazują, że dziewczynka jest dynamiczna w swoim funkcjonowaniu, ma żywiołowy temperament i znaczną reaktywność centralnego układu nerwowego ujawniającą się również w postaci znacznej impulsywności.

Są to właściwości, które tworzą podatność dziecka na przeżywanie napięcia, rozdrażnienia. Dysproporcja między sposobem funkcjonowania dziewczynki w przedszkolu i w domu nasuwa wniosek, że dziecko jest jednak zdolne do samokontroli w określonych warunkach. Hamowanie reakcji emocjonalnej poza domem przy wysokiej reaktywności dziecka może tworzyć napięcie wewnętrzne i tzw. potencjał eksplozywny, który może ujawniać się w subiektywnie bezpiecznym dla dziewczynki otoczeniu. Jednocześnie wiadomo, że jest bardziej skłonna do ekspresji swoich przykrych przeżyć w środowisku domowym, choćby w postaci nieadekwatnie eskalujących zachowań. Wydaje się więc, że impulsywność i reaktywność nie stanowią ich bezpośredniej przyczyny, a raczej mechanizm związany z powstrzymywaniem się od reakcji w wybranych sytuacjach lub też cechy samej sytuacji, która generuje napięcia lub przed nimi chroni. Znajduje to silne uzasadnienie w teorii samoregulacji emocjonalnej (Eisenberg, Calkins), która podkreśla, że samoregulacja to zdolność modyfikowania reakcji emocjonalnych, a więc powstrzymywania się od ekspresji złości, płaczu czy ekscytacji w danych warunkach.

Hipotezę można zatem uznać za potwierdzoną jedynie częściowo.

Czynności o funkcji regulacyjnej w odpowiedzi na stres sytuacyjny, w tym społeczny

Rytuały realizowane przez dziewczynkę mogą być związane z charakterystyką sytuacji, której cechy mogą pełnić rolę stresorów zewnętrznych przekraczających odporność dziecka i prowadzić do uruchamiania rytuałów jako strategii radzenia sobie ze stresem. Analizę przeprowadzono w oparciu o następujące wyniki badania:

1. Pogłębiony wywiad od rodziców – mama Zosi wskazuje na nasilanie się uporczywych zachowań tuż po wyjściu dziewczynki z przedszkola rozpoznając je jako „odreagowanie napięcia"; ujawnia również, że zachowania Zosi są często powodem sporu rodziców o metody postępowania, które generują znaczne napięcie w systemie rodzinnym; jednocześnie wskazuje na dobrą relację dziewczynki z bratem pomimo obniżonych kompetencji społecznych chłopca, do których Zosia dobrze się dostosowuje.
2. Dane z informacji od nauczyciela przedszkola wskazują na sprawność dziewczynki w radzeniu sobie z wymaganiami sytuacji przedszkolnej.
3. Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wieku Przedszkolnym (IDS-P) – Kompetencje społeczno-emocjonalne – uzyskane wyniki wskazują, że dziewczynka ma wiedzę na temat emocji i sytuacji społecznych, rozumie większość prostych zależności przyczynowo-skutkowych w interakcjach z otoczeniem społecznym (j.w.).
4. Skala Postaw Rodzicielskich – postawy rodziców tworzą kontekst funkcjonowania dziewczynki na co dzień, przy czym trafne zachowania rodzicielskie mogą być czynnikiem ochronnym, wzmacniającym odporność dziecka w sytuacjach

trudnych, a nietrafne lub skrajne mogą być źródłem stresu w kontekście rodzinnym (Avasthi, Sharma i Grover, 2019; Nazeer i in., 2020; Plopa, 2008); charakterystyka postaw matki ujawnia jej korzystne nastawienie do dziecka, adekwatne do wieku i przeciętnie trafnie odpowiadające na jego potrzeby, a także na pozostawanie w bliskim emocjonalnym kontakcie z dziewczynką; postawa ojca charakteryzuje się w większości nieodpowiednim do potrzeb i wieku dziecka nastawieniem, ze skrajnie zaznaczonym brakiem akceptacji, jednocześnie z adekwatną postawą w obszarze ochraniania (tabela 4).

5. Rysunek Rodziny w adaptacji M. Braun-Gałkowskiej – dziewczynka w odpowiedzi na instrukcję „Narysuj rodzinę" chętnie wypełniła kartkę rysując liczne kształty identyfikując je jako osoby z rodziny raczej przypadkowo i zamiennie wskazując poszczególne osoby; realizowała zadanie z przyjemnością i bez oznak napięcia, jednak w dużym tempie. Na pytania o relacje w rodzinie na rysunku wskazała jedynie jeden z konturów jako mamę, która można uznać za osobę waloryzowaną. Kolejnych odpowiedzi nie udzieliła odwracając uwagę do innej aktywności.

Tabela 4

Podsumowanie wyników przeliczonych uzyskanych przez rodziców Zosi w Skali Postaw Rodzicielskich

Podskala	Wynik Ojca	Kategoria	Wynik Matki	Kategoria
Akceptacja	1	brak akceptacji	8	bliski i uczuciowy kontakt z dzieckiem
Wymaganie	8	nadmiernie wymagający	5	postawa umiarkowanie właściwa
Autonomia	3	brak autonomii	3	postawa przeciętna
Niekonsekwencja	8	postawa niewłaściwa, niekonsekwentna	5	postawa przeciętna
Ochranianie	3	postawa adekwatna	2	postawa adekwatna

Wydaje się, że mało przychylna i w dużej mierze nietrafna postawa ojca może być dla dziewczynki znaczącym stresorem w codzienności życia domowego. Potencjalnym źródłem stresu w interakcji z rodzicami może być również dla dziewczynki rozbieżność ich postaw rodzicielskich i napięcie między rodzicami z tym związane, które potwierdza również informacja z wywiadu z matką. Wyniki wskazują na występowanie czynników stresogennych w środowisku rodzinnym, które mogą wtórnie podwyższać dyskomfort emocjonalny dziecka i prowadzić do uruchamiania strategii obniżających napięcie (tabela 4). Sposób przedstawienia rodziny na rysunku badanej wskazuje na subiektywne poczucie zaspokojenia potrzeb dziecka w rodzinie z wyraźną waloryzacją relacji z matką, co jest pożądane

rozwojowo i wskazuje na poczucie bezpieczeństwa i więzi. Dekoncentracja przy próbie podjęcia rozmowy o pozostałych osobach w rodzinie może być wskaźnikiem bagatelizowania tych postaci lub oporu wobec rozmowy o nich, co może potwierdzać częściowo napięcie dziecka w tym kontekście.

Jednocześnie wyniki badania nie wskazują bezpośrednio na sytuację przedszkolną jako nadmiernie stresującą dla dziecka, ukazują jednak znaczną samokontrolę Zosi podczas zajęć, co może wymagać od dziewczynki znacznego wykorzystania zasobów samoregulacyjnych ze względu na jej wysoką reaktywność. Możliwe zatem, że poprzez powtarzanie rutynowych czynności w sytuacji domowej dziecko odreagowuje skumulowane poza domem napięcie, które jest podwyższane przez stresory obecne w kontekście rodzinnym. Wiadomo, że dzieci mogą wykształcić sytuacyjnie selektywną samoregulację realizując paradoks zachowania kompensacyjnego – tłumione emocje w jednej przestrzeni ujawniają się z nadmierną intensywnością w innej (Eisenberg i in., 2005). Jest to też spójne z teorią okna tolerancji (Siegel, 2012), zgodnie z którą dzieci przekraczające granice swojej możliwości samoregulacji mogą doświadczać nagłych, silnych dekompensacji emocjonalnych.

Hipotezę o regulacyjnej roli powtarzanych przez Zosię zachowań ze względu na obciążenie stresem sytuacyjnym można uznać za częściowo potwierdzoną, gdyż w kontekście społecznym, w którym funkcjonuje dziewczynka występują czynniki potencjalnie wzmagające napięcie emocjonalne. Jednocześnie dziewczynka dokłada starań, aby sprostać wymaganiom otoczenia.

Czynności o charakterze kompulsyjnym subiektywnie zmniejszające lęk

Charakterystyka zachowań powtarzanych przez Zosię i ich niefunkcjonalny, nieadekwatny charakter nasuwa tezę o kompulsywności reakcji dziecka. Dla sprawdzenia tej hipotezy przeprowadzono analizę wyników uzyskanych w oparciu o:

1. Skalę Obsesji i Kompulsji Yale-Brown (CY-BOCS) – w badaniu kwestionariuszowym ocenie podlegało 6 różnych aspektów realizowania czynności powtarzanych przez dziecko, które oceniano na skali od 0 – brak objawu, 1 – niewielkie nasilenie, 2 – umiarkowane nasilenie, 3 – duże nasilenie, 4 – bardzo duże nasilenie – w przypadku podskal: opór wobec kompulsji i Kontrola nad kompulsjami ocenę stanowi wartość odwrócona; na podstawie obserwacji i wywiadu ustalono, że zachowania przymusowe u Zosi cechują się silnym natężeniem ze względu na ilościowy pomiar występowania (15 objawów na 20 możliwych dla normy max 8. objawów w normatywnym nasileniu – tabela 5).

Tabela 5
Wyniki nasilenia kompulsji u Zosi uzyskane na podstawie pomiaru Dziecięcą Skalą Obsesji i Kompulsji Yale–Brown (CY-BOCS)

Lp.	Aspekt realizowania czynności	Ocena	Kategoria
6	Czas poświęcany na kompulsje	2	średnio
7	Zakłócanie funkcjonowania przez kompulsje	2	średnio
8	Dyskomfort (stres) spowodowany kompulsjami	3	znaczny
9	Opór wobec kompulsji	4	całkowicie ulega
10	Kontrola nad kompulsjami	4	nie ma kontroli
	Suma *(dodaj pozycje 6–10)*	15	Znaczne nasilenie

Analiza jakościowa uzyskanych wskaźników powtarzanych przez dziewczynkę zachowań wskazuje na ich znaczne spektrum. Charakterystykę reakcji dziecka przedstawiono poniżej w kolejności od najbardziej dezorganizujących i najczęstszych:

- nadmierne zrytualizowane brania kąpieli – określona kolejność i sposób wykonywania czynności (np. mycie zębów, czesanie się, korzystanie z toalety, przechodzenie tylko po ręczniku, określone czynności z udziałem mamy, inne samodzielnie, odmowa dotykania czegoś aby zapobiegać kontaktowi z czymś nieczystym);
- nieuzasadnione podejmowanie czynności od nowa, gdy została przerwana w subiektywnie niewłaściwym momencie;
- nadmierne włączanie innych osób w swoje rytuały (np. przesadne szukanie potwierdzenia u innych, zadawanie rodzicowi wielokrotnie tego samego pytania);
- niefunkcjonalne dotykanie, poklepywanie, pocieranie powierzchni, przedmiotów, twarzy;
- wielokrotne, „upewnianie się" i sprawdzanie o subiektywnej poprawności wykonania danej czynności dotyczące mycia, higieny, ubierania lub rozbierania
- nadmierna koncentracja na układaniu – precyzyjne, wielokrotnie poprawiane składanie ubrań, układanie książeczek;
- wielokrotne wykonywanie czynności, obiektywnie nieuzasadnione, dopóki nie uzna, że „wszystko jest w porządku".

Analiza ilościowa i jakościowa zachowań Zosi oraz okoliczności ich występowania wskazuje na liczne i uporczywe kompulsje, które mogą być odpowiedzią na wewnętrzne napięcie dziewczynki.

2. Pogłębiony wywiad od rodziców dotyczący kryteriów klinicznych (na podstawie DC:0-5; ICD–10; ICD–11; DSM–5) – analiza reakcji dziecka w oparciu o kryteria zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wskazują na:

– intensywne powtarzalne, natrętne zachowania, które wykraczają poza normatywne rytuały rozwojowe – u Zosi jest to wielokrotne sprawdzanie, nieuzasadnione powtarzanie i realizowanie czynności w bardzo ściśle określony sposób;
– jest to zachowanie nieelastyczne – ponieważ dziecko nie potrafi odstąpić od rytuału bez silnego stresu,
– przebiega to ze znacznym napięciem i zakłóca codzienne funkcjonowanie dziecka, szczególnie w środowisku domowym,
– zachowania mają znaczny negatywny wpływ na rodzinę – generują napięcie w relacjach i utrudniają opiekę nad dziewczynką.

Ze względu na wiek nie jest możliwa identyfikacja i pomiar myśli obsesyjnych badanej. Zosia nie potrafi opisać celów swoich zachowań i czynności umysłowych. Nie jest zdolna do krytycyzmu wobec objawów i do introspekcji, aby rozpoznać powiązanie swojego działania z lękiem. O poznawczych zniekształceniach w myśleniu związanych z poczuciem przymusu w realizacji czynności przez dziecko można wnioskować jedynie pośrednio na podstawie oporu dziecka przed porzuceniem podejmowanych działań, początkowego napięcia, które im towarzyszy i ulgi, gdy czynność zostanie odpowiednio wykonana, a także ich uporczywej powtarzalności i niefunkcjonalnego charakteru.

Przeprowadzona analiza wyników wskazuje na kompulsywny charakter powtarzanych przez Zosię czynności, co pozwala przyjąć hipotezę 5 jako zweryfikowaną pozytywnie.

Wnioski

1. Wyniki wykluczają interpretację zachowań jako normatywnych rytuałów rozwojowych.
2. Objawy nie spełniają kryteriów ASD ani ADHD, choć częściowo łączą się z dysregulacją i sztywnością typową dla zaburzeń neurorozwojowych, co wymaga dalszej obserwacji dziecka w tym kierunku.
3. Zachowania dziewczynki mają komponent samoregulacyjny – nasilają się w stresie i po sytuacjach wymagających dużej samokontroli.
4. Stresory występujące w rodzinie mogą częściowo nasilać objawy, jednocześnie system rodzinny zapewnia dziecku subiektywnie bezpieczne warunki do odreagowania napięcia skumulowanego w kontekście pozadomowym.
5. Uporczywie powtarzane zachowania dziecka spełniają kryteria wczesnodziecięcej postaci OCD o umiarkowanym nasileniu, związanej ze znacznym wysiłkiem w codziennym funkcjonowaniu.

Dyskusja

Przedstawione postępowanie diagnostyczne miało na celu wyjaśnienie charakteru uporczywych zachowań 3-letniej dziewczynki, które znacząco dezorganizowały jej funkcjonowanie. Ze względu na wiek konieczne było odróżnienie normatywnych rytuałów (występujących u dzieci 2–5-letnich jako element regulacji i poczucia przewidywalności) od objawów psychopatologicznych (Iniesta-Sepúlveda i Storch, 2019; Leonard i in., 1990). Diagnoza opiera się na emocjonalno-społecznych i behawioralnych aspektach funkcjonowania oraz obserwacji klinicznej z odniesieniem do kryteriów rozwojowych, gdyż na tym etapie rozwoju dzieci nie mają wglądu we własne stany psychiczne (Tobias i Walitza, 2006). W przypadku bardzo wczesnego początku OCD pomocne są kryteria DC:0–5 (Zero to Three, 2021; 2022) oraz ICD–10, ICD–11 i DSM–IV.

Jak podkreśla Bryńska i współautorzy (2011) diagnoza OCD małych dzieci stwarza wiele praktycznych trudności, między innymi z powodu znacznego ryzyka współwystępowania innych zaburzeń (szczególnie o charakterze rozwojowym) u tej grupy pacjentów. W praktyce oznacza to zwiększone prawdopodobieństwo pominięcia objawów zasadniczo podobnych, będących, jednak ekspresją innej rozwijającej się równolegle patologii. Rozpoznanie u dzieci poniżej 5 roku życia wymaga więc różnicowania z ASD, tikami, innymi zaburzeniami lękowymi, impulsywnością czy wpływem czynników sytuacyjnych, ale również z dążnością dziecka do zachowania stałości otoczenia. Ocena powinna obejmować nie tylko nasilenie i jakość objawów, lecz także funkcjonowanie rodziny (Iniesta-Sepúlveda i Storch, 2019).

Wyniki badania Zosi wskazują, że jej zachowania wykraczają poza normatywne rytuały: są uporczywe, nieelastyczne i zakłócają życie rodzinne. Literatura podkreśla, że typowe rytuały dziecięce powinny być podatne na modyfikację i nie wywoływać silnego dystresu (Evans i in., 1997; Jacobi i in., 2004). Analiza w kierunku ASD wykazała trudności w samoregulacji i sztywności, ale bez deficytów komunikacyjnych, co utrudnia rozpoznanie spektrum autyzmu ale i zwraca uwagę na obecność cech tego zaburzenia. Sugeruje również konieczność uwzględnienia wyjaśnień temperamentalnych (Lord i in., 2018).

Hipoteza o nadmiernej impulsywności i reaktywności emocjonalnej znalazła częściowe potwierdzenie – wyniki wskazują na wysoki poziom drażliwości, ale brak objawów deficytów uwagi i nadruchliwości pozwala wykluczyć zespół nadpobudliwości psychoruchowej (Egger i Angold, 2006). Częściowo potwierdzono również regulacyjną funkcję zachowań, gdyż Zosia powstrzymuje się od ekspresji trudnych przeżyć w przedszkolu, natomiast swobodnie ujawnia je w domu, gdzie rytuały pełnią prawdopodobnie funkcję regulacji napięcia. Wpływ środowiska rodzinnego ze względu na czynniki stresujące (np. opieka rodziców nad bratem z ASD i jego specyficzne funkcjonowanie, niska akceptacja ze strony ojca) może dodatkowo nasilać objawy dziecka (Storch i in., 2007).

Najbardziej przekonujące okazało się wyjaśnienie w kategoriach zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Wyniki CY-BOCS (15 punktów) i analiza jakościowa potwierdzają kompulsyjny charakter czynności, ich uporczywość, brak elastyczności oraz związek z lękiem i napięciem. Wynik mieści się w zakresie umiarkowanego nasilenia (Brezinka i in., 2020). Obraz funkcjonowania Zosi jest zgodny z opisem OCD w DC:0–5 – z przewagą kompulsji, z ograniczonym wglądem i ewentualnymi rozwojowymi treściami obsesji (Geller i in., 2001; Iniesta-Sepúlveda i Storch, 2019). Z dotychczas przeprowadzonych badań wiadomo, że zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne u dzieci nie muszą być powiązane z obecnością specyficznych stresorów w otoczeniu, gdyż występują także w rodzinach dobrze funkcjonujących (Coskun i in., 2012).

W analizie klinicznej objawów kompulsyjnych u małego dziecka zasadne jest odwołanie się do koncepcji psychopatologii rozwojowej, która uwzględnia interakcje między biologicznymi, psychologicznymi i środowiskowymi czynnikami wpływającymi na rozwój jednostki (Cicchetti, 2016). Zgodnie z tym podejściem, objawy psychopatologiczne nie są rozumiane jako jednostkowe zaburzenia, lecz jako efekt dynamicznych procesów zachodzących w różnych wymiarach funkcjonowania dziecka na przestrzeni czasu. Wynika stąd założenie, że symptomatologia dziecięca powinna być analizowana z uwzględnieniem ciągłości i zmienności w rozwoju (Rutter, 2013).

W przypadku Zosi obserwowane zachowania kompulsywne można by więc interpretować jako formę strategii samoregulacyjnej, która w warunkach chronicznego napięcia emocjonalnego staje się nieelastyczna i dysfunkcjonalna. Istotne jest również uwzględnienie indywidualnych temperamentalnych cech podatności, takich jak wysoka wrażliwość emocjonalna i trudności w samoregulacji obserwowane u Zosi, co znajduje swoje potwierdzenie w badaniach Lorda i współpracowników jako znaczące w kontekście rozpoznania OCD u dziecka (2018).

Z kolei model transakcyjny podkreśla znaczenie wzajemnych relacji między dzieckiem a jego otoczeniem, które wzajemnie na siebie oddziałują (Sameroff, 2010). Stresory występujące w środowisku rodzinnym, takie jak niska akceptacja ojca, konfliktowa atmosfera w diadzie rodzicielskiej, czy specyfika funkcjonowania brata z rozpoznaniem autyzmu atypowego mogą przyczyniać się do utrwalania objawów dziewczynki. Jednak środowisko rodzinne Zosi, mimo występowania czynników stresogennych, oferuje przestrzeń do odreagowania napięcia, co może częściowo pełnić również funkcję ochronną (Masten, 2014), co może w dłuższej perspektywie modyfikować trajektorię jej rozwoju nawet w obecności czynników ryzyka (Iniesta-Sepúlveda, Storch, 2019).

Zachowania Zosi należy rozumieć w kontekście dynamicznego modelu rozwoju, gdzie biologiczne predyspozycje spotykają się z wpływami środowiskowymi i emocjonalnymi, a objawy pełnią subiektywnie adaptacyjną funkcję samoregulacyjną.

Ograniczenia badania

Przeprowadzono analiza obejmuje tylko jedno dziecko, co ogranicza możliwość uogólniania i pozwala na ujęcie o charakterze ilustracyjnym, jednak nie umożliwia zaprezentowania perspektywy przyczynowo-skutkowej. Stosowane narzędzia diagnostyczne mają głównie charakter wykorzystujący dane z obserwacji, co ogranicza bezpośredni dostęp do treści myślowych i własnej oceny przeżyć dziecka. Ze względu na wiek 3 lat badanej i adekwatny do niego niski rozwój językowy oraz brak introspekcji niemożliwe było skorzystanie z samowiedzy dziewczynki. Utrudnia to znacznie odróżnienie kompulsji od innych strategii regulacyjnych lub innej charakterystyki myśli dziecka. Dane z wywiadów obciążone są subiektywizmem obserwatorów, co próbowano przezwyciężyć wykorzystując dane pochodzące od osób spoza rodziny (nauczyciel przedszkola, badający) oraz przez uwzględnienie danych z bezpośredniej obserwacji dziecka podczas procesu diagnozy i zastosowanie metod pozyskiwania informacji wprost od dziecka. Obserwacja dziecka ogranicza się do kontekstu domu, przedszkola i warunków laboratoryjnych, co oznacza brak danych z innych kontekstów (dalsza rodzina, rówieśnicy). W wieku przedszkolnym granica między normatywną impulsywnością, sztywnością a objawami klinicznymi jest trudna do uchwycenia, co zwiększa ryzyko błędu rozpoznania.

Implikacje praktyczne

Diagnoza różnicowa objawów OCD u małych dzieci jest możliwa**,** wymaga jednak wielowymiarowego podejścia diagnostycznego, które wyraża się przez:

- analizę i integrację kryteriów klasyfikacyjnych (np. DC:0–5; ICD–10; ICD–11, DSM –4 i 5)
- zastosowanie obserwacji klinicznej i wywiadu zobiektywizowanego przez zebranie go z różnych źródeł,
- ocenę rozwoju dziecka w odniesieniu do norm wiekowych;
- analizę funkcjonalną zachowań z perspektywy ich znaczenia normatywnego oraz nasilenia psychopatologicznego;
- analizę znaczenia kontekstu funkcjonowania dziecka – rodzinnego i pozarodzinnego – dla powstawania i utrwalania się symptomów zaburzenia;
- wykorzystania interdyscyplinarnej wiedzy specjalistyczne – w przypadku badanej dziewczynki była to wiedza medyczna na podstawie konsultacji z lekarzem specjalistą neurologii dziecięcej;
- ostatecznie także przez ujęcie w zintegrowanej perspektywie psychopatologii rozwojowej, czyli analizy ścieżki rozwoju objawów w przebiegu dotychczasowego życia dziecka z uwzględnieniem czynników ryzyka i czynników ochronnych.

Zintegrowane ujęcie uzyskanych rezultatów pozwala na ocenę znaczenia reakcji dziecka i sprzyja wyjaśnieniu mechanizmu nieprawidłowego funkcjonowania.

Konkluzja

W ujęciu psychopatologii rozwojowej występowanie OCD u małych dzieci jest nie tylko zaburzeniem, lecz wczesną formą nieelastycznego radzenia sobie z napięciem, której zrozumienie wymaga interdyscyplinarnej perspektywy.

Przedstawiona propozycja procedury diagnostycznej pozwoliła na uwzględnienie szerokiej perspektywy nomotetycznej i idiograficznej w wyjaśnianiu występowania niepokojących objawów u dziecka zgodnie z aktualnymi rekomendacjami do diagnozy klinicznej OCD u dzieci.

Umożliwiła również udzielenie dziewczynce i jej rodzicom adekwatnej pomocy w postaci zalecenia konsultacji specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży, zalecenia psychoterapii behawioralnej wobec dziewczynki, psychoedukacji wobec rodziców oraz terapii systemu rodzinnego. Sformułowano również zalecenie stałej obserwacji nasilenia występowania trudności dziecka i regularnych konsultacji diagnostycznych.

Literatura cytowana

Abramovitch, A., McCormack, B., Brunner, D., Johnson, M., i Wofford, N. (2019). The impact of symptom severity on cognitive function in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 67*, 36–44. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.09.003.

American Psychiatric Association. (2013). Kryteria diagnostyczne z DSM–5. *Desk reference*. Edra Urban & Partner.

Avasthi, A., Sharma, A., Grover, S. (2019). Clinical Practice Guidelines for the Management of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Indian journal of psychiatry, 61*(2), 306–316. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_554_18

Beesdo-Baum, K., Voss, C., Venz, J., i in. (2020). The Behavior and Mind Health (BeMIND) study: Methods, design and baseline sample characteristics of a cohort study among adolescents and young adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *29*(1), e1804. https://doi.org/10.1002/mpr.1804

Brezinka, V., Mailänder, V.,Walitza, S. (2020). Obsessive compulsive disorder in very young children – a case series from a specialized outpatient clinic. *BMC Psychiatry, 20*(1), 1–8.

Bryńska, A., Lipińska, E., Matelska, M. (2011). Objawy obsesyjno-kompulsyjne, tiki, stereotypie ruchowe czy dążność do zachowania stałości otoczenia? Występowanie powtarzalnych aktywności u pacjentów z całościowymi zaburzeniami rozwoju – opis przypadków. Psychiatria Polska, *XLV*(5), 759-768. https://www.psychiatriapolska.pl/pdf-154421-78972?filename=78972.pdf [dostęp16.05.2024]

Carmi, L., Brakoulias, V., Arush, O. B., Cohen, H., Zohar, J. (2022). A prospective clinical cohort-based study of the prevalence of OCD, obsessive compulsive and related disorders, and tics in families of patients with OCD. *BMC Psychiatry, 22*(1), 1–7.

Cicchetti, D. (2016). *Developmental psychopathology* (3rd ed., Vols. pp. 1–3). Hoboken, NJ: Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119125556.

Coskun, M., Zoroglu, S., Ozturk, M. (2012). Phenomenology, psychiatric comorbidity and family history in referred preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 36. https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-36

D'Arrigo, T. (2020). Eating disorders, OCD common comorbidities. *Psychiatric News, 55*(24). https://doi.org/10.1176/appi.pn.2020.11b18

Egger, H. L., Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3–4), 313–337. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495–525. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208

Evans, D. W., Leckman, J. F., Carter, A., Reznick, J. S., Henshaw, D., King, R. A., Pauls, D. (1997). Ritual, habit, and perfectionism: The prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development, 68*(1), 58–68. https://doi.org/10.2307/1131925

Fineberg, N. A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D., Carmi, L., Sireau, N., Walitza, S., Grassi, G., Pallanti, S., Hollander, E., Brakoulias, V., Menchon, J. M., Marazziti, D., Ioannidis, K., Apergis-Schoute, A., Stein, D. J., Cath, D. C., Veltman, D. J., … Zohar, J. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *European Neuropsychopharmacology, 29*(4), 549–565. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.02.002

Freeman, J., Garcia, A., Benito, K., Conelea, C., Sapyta, J., Khanna, M., March, J., Franklin, M. (2012). The pediatric obsessive compulsive disorder treatment study for young children (POTS jr): Developmental considerations in the rationale, design, and methods. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*(4), 294–300. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.07.010

Gaebel, W., Zielasek, J., & Reed, G. M. (2017). Mental and behavioural disorders in the ICD-11: Concepts, methodologies, and current status [Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: Koncepcje, metodologie oraz obecny status]. *Psychiatria Polska, 51*(2), 169–195. https://doi.org/10.12740/PP/69660

Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(2), 353–370. https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.012

Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., Hagermoser, L., Kim, G., Frazier, J., Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: Findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(7), 471–477. https://doi.org/10.1097/00005053-200107000-00009

Grünblatt, E., Oneda, B., Ekici, A. B., Ball, J., Geissler, J., Uebe, S., Romanos, M., Rauch, A., Walitza, S. (2017). High resolution chromosomal microarray analysis in paediatric obsessive-compulsive disorder. *BMC Medical Genomics, 10*(1), 68. https://doi.org/10.1186/s12920-017-0299-5

Iniesta-Sepúlveda, M., Storch, E. A. (2019). Obsessive-Compulsive Disorder in Preschool-Aged Children 1. *Anxiety in Preschool Children*.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*(1), 19–65. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19

Jaspers-Fayer, F., Han, S. H. J., Chan, E., McKenney, K., Simpson, A., Boyle, A., Ellwyn, R., Stewart, S. E. (2017). Prevalence of Acute-Onset Subtypes in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 27*(4), 332–341. https://doi.org/10.1089/cap.2016.0031

Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(3), 362–372.

Leonard, H. L., Goldberger, E. L., Rapoport, J. L., Cheslow, D. L., Swedo, S. E. (1990). Childhood rituals: Normal development or obsessive-compulsive symptoms? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(1), 17–23. https://doi.org/10.1097/00004583-199001000-00004

Levinson, C. A., Zerwas, S. C., Brosof, L. C., Thornton, L. M., Strober, M., Pivarunas, B., Crowley, J. J., Yilmaz, Z., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., La Via, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Woodside, D. B., Kaye, W. H., … Bulik, C. M. (2019). Associations between dimensions of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder: An examination of personality and psychological factors in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 27*(2), 161–172. https://doi.org/10.1002/erv.2635

Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., Cuzen, N. L., Hollander, E., Denys, D., Nicolini, H., Dell'Osso, B., Pallanti, S., Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive–compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive Psychiatry, 55*(7), 1513–1519.

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *Lancet, 392*(10146), 508–520. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2

Mandelli, L., Draghetti, S., Albert, U., De Ronchi, D., i Atti, A. R. (2020). Rates of comorbid obsessive-compulsive disorder in eating disorders: A meta-analysis of the literature. *Journal of Affective Disorders, 277,* 927–939. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.003

Márason, O., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Best, J. R., Melin, K., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Weidle, B., McBride, N. M., Storch, E. A., Geller, D., Wilhelm, S., Farrell, L. J., Waters, A. M., Mathieu, S., Soreni, N., Stewart, S. E., Skarphedinsson, G. (2024). Exploring latent clusters in pediatric OCD based on symptoms, severity, age, gender, and comorbidity. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*(11), 3899–3912. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02431-9

Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C., Arcangeli, F. (2006). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 47*(1), 42–47. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2005.05.004

Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development.* New York, NY: Guilford Press.

McGuire, J. F., Piacentini, J., Storch, E. A., Murphy, T. K., Ricketts, E. J., Woods, D. W., Walkup, J. W., Peterson, A. L., Wilhelm, S., Lewin, A. B., McCracken, J. T., Leckman, J. F., & Scahill, L. (2018). A multicenter examination and strategic revisions of the Yale Global Tic Severity Scale. *Neurology, 90*(19), e1711–e1719. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005474.

Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Long-term outcomes of obsessive–compulsive disorder: Follow-up of 142 children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry, 197*(2), 128–134. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075317.

Nakatani, E., Krebs, G., Micali, N., Turner, C., Heyman, I., Mataix-Cols, D. (2011). Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: clinical features and treatment outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(12), 1261–1268.

Nazeer, A., Latif, F., Mondal, A., Azeem, M., & Greydanus, D. (2020). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. Translational Pediatrics, 9, S76–S93. https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.02.

Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., 2nd, Goodman, W., Rasmussen, S., Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry, 152*(1), 76–84. https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.76

Piacentini, J., Langley, A., Roblek, T. (2018). *Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego dzieci i młodzieży 8–17 lat. Podręcznik terapeuty* (S. Pikiel, tłum.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Plopa, M. (2008). *Skala Postaw Rodzicielskich.* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Pringsheim, T., Gaudet, L. A., Pillay, J., Hartling, L., Fletcher, J., Wilcox, G., Patten, S., Martino, D. (2024). Evidence-based guidelines for anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome in children and youth: A rapid review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry – Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, *33*(3), 171–205.

Radziwiłłowicz, W. (2020). Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne). W I. Grzegorzewska, A. Borkowska, L. Cierpiałkowska (Red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (ss. 434). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience—Clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(4), 474–487. https://doi.org/10.1111/jcpp.12057.

Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development, 81*(1), 6–22. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x

Scheeringa, M. (2018). Development of a Brief Screen for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Young Children: The Young Child PTSD Screen. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 40*(2), 105–111. 10.1097/DBP.0000000000000639.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). Guilford Press.

Smárason, O., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Best, J. R., Melin, K., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Weidle, B., McBride, N. M., Storch, E. A., Geller, D., Wilhelm, S., Farrell, L. J., Waters, A. M., Mathieu, S., Soreni, N., Stewart, S. E., i Skarphedinsson, G. (2024). Exploring latent clusters in pediatric OCD based on symptoms, severity, age, gender, and comorbidity. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*(11), 3899–3912. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02431-9

Stewart, S. E., Rosario, M. C., Baer, L., Carter, A. S., Brown, T. A., Scharf, J. M., Illmann, C., Leckman, J. F., Sukhodolsky, D., Katsovich, L., Rasmussen, S., Goodman, W., Delorme, R., Leboyer, M., Chabane, N., Jenike, M. A., Geller, D. A., Pauls, D. L. (2008). Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(7), 763–772. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318172ef1e.

Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M., Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *36*(2), 207–216. https://doi.org/10.1080/15374410701277929

Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive–compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical psychology review, 31*(7), 1083–1100.

Tobias, R., Walitza, S. (2006). [Severe early-childhood obsessive-compulsive disorder--case report on a 4-year-old girl]. *Zeitschrift* für Kinder – und *Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34*(4), 287–293.

van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. Clinical child and family psychology review, *14*(3), 302–317. https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0,

Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C., Warnke, A. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Medicine, 108*(11), 173–179.

Watkins, E. R. (2018). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. Guilford Publications.

World Health Organization (1997). *ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (red. J. Wciórka). Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii.

World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th Revision (ICD-11 MMS).* Geneva: WHO.

Zero to Three. (2018). *Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i zaburzeń rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa DC:0–5* (M. Cierpiałkowska, tłum.; B. Józefik, red. nauk.). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Zych, K., Burdan, O., Ziomek, W. N., Białek, A. B., Wróbel, J., Cieślik-Porębska, M., Urbańska, S. Chrościńska-Krawczyk, M. (2024). Current knowledge of PANDAS and PANS syndromes in paediatric patients – etiology, diagnosis and therapies. *J Pre Clin Clin Res*., *18*(4), 324–332. https://doi.org/10.26444/jpccr/193989

Data wpłynięcia: 2 września 2025
Data wpłynięcia po poprawkach: 23 listopada 2025
Data zatwierdzenia tekstu do druku: 2 grudnia 2025