

WSPÓŁCZESNE TENDENCJE W PSYCHOTERAPII NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI

CONTEMPORARY TENDENCIES IN INFANTS AND TODDLERS PSYCHOTHERAPY

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Irena Namysłowska

W artykule przedstawione są dwa rodzaje Programów Wczesnej Interwencji, czyli zestawu wychowawczo-terapeutycznych metod przeznaczonych dla małych dzieci w celu poprawy ich stanu zdrowia i samopoczucia, połączonych z programem wsparcia dla ich rodzin. Autorka opisuje programy interwencji perinatalnych oraz programy wizyt domowych, stosowanych w Stanach Zjednoczonych od połowy lat 80. ubiegłego wieku jako metody prewencji zaburzeń rozwojowych, emocjonalnych i behawioralnych u dzieci.

infants and toddlers psychotherapy preventive interventions

Summary: The article presents the principle rules which psychotherapists who work with children have to follow and the models of therapy associated to the character of children disorders. Two groups of the Early Intervention Programmes have been discussed more widely: the promising perinatal interventions and home visiting programmes. The results of the controlled trials confirm the efficiency of these types of programmes, both in reference to the improvement of the functioning of families and to the reduction of the health and developmental problems of the small children.

Od 17% do 22% dzieci i młodzieży w wieku od 4 do 18 lat cierpi na znaczne zaburzenia rozwojowe, emocjonalne lub behawioralne [1]. Jeżeli uwzględni się jeszcze niemowlęta i dzieci poniżej 4 lat, to skala problemów wyraźnie wzrośnie.

W psychoterapii dzieci do najistotniejszych wyzwań stojących przed terapeutą należy: identyfikacja problemów uzasadniających terapię, ocena funkcjonowania dziecka, ukierunkowanie terapii oraz praca nad motywacją do uczestnictwa w procesie terapeutycznym dotycząca dziecka i jego rodziny [2]. Psychoterapeuta pracujący z dziećmi powinien mieć rzetelną wiedzę o normach rozwojowych, „kamieniach milowych” rozwoju oraz psychopatologii rozwojowej dziecka. Dzięki temu będzie w stanie zorientować się, czy obserwowane zaburzenie jest typowe dla problemów zwykle występujących u dziecka w danym wieku i czy wobec tego bez interwencji terapeutycznej, w miarę upływu czasu, zmieni się, osłabnie lub pozostanie takie samo. Dokonanie takiej analizy pozwoli na podjęcie decyzji o ewentualnym rozpoczęciu procesu terapeutycznego [3].

W pracy z dziećmi i młodzieżą terapią nazywa się każdą interwencję, której celem jest zmniejszenie dolegliwości psychicznych, zredukowanie zachowań nieprawidłowych lub

poprawienie funkcjonowania przystosowawczego, i która posługuje się takimi środkami, jak poradnictwo oraz ustruktrowane lub zaplanowane działania [2].

W aktualnym podejściu do psychoterapii dominuje postawa poszukiwania takich rozwiązań, w których wykorzystuje się standardowe procedury, podlegające ewaluacji w kontrolowanych eksperymentach, dzięki czemu wynik terapii może być powtarzalny [2].

W praktyce klinicznej psychoterapii dzieci i młodzieży stosuje się około pięciuset rodzajów terapii. Największym powodzeniem cieszą się terapie niebehawioralne, podczas gdy 70% badań dotyczy terapii behawioralnych lub poznawczo-behawioralnych [3]. W związku ze specyfiką zaburzeń psychicznych u dzieci, najsukuteczniejszą formą psychoterapii może okazać się terapia modułowa, w której do przypadku dopasowuje się odpowiednie rodzaje terapii. Sposób konstrukcji tego typu terapii zależałby od objawów dominujących w określonym czasie. Zaburzenia występujące u dzieci ewaluują wraz z ich rozwojem, wykazując często epizodyczny i nawracający charakter. W związku z tym należałoby stosować takie modele terapii, które umożliwiłyby monitorowanie stanu psychicznego pacjenta i podjęcie w danym momencie interwencji dostosowanej do potrzeb dziecka. Kolejne wyzwanie dla psychoterapeutów pracujących z dziećmi to przygotowanie różnych modeli terapii ukierunkowanych na leczenie zaburzeń współwystępujących [4].

W psychoterapii niemowląt i małych dzieci szczególne znaczenie mają różne modele programów wczesnej interwencji (PWI), które traktuje się jako wielodyscyplinarne usługi (wychowawcze i terapeutyczne) oferowane dzieciom w celu poprawy ich stanu zdrowia i samopoczucia w połączeniu z planem wsparcia dla ich rodzin [5, 6, 7]. Programy wczesnej interwencji budowane w ekosystemowym modelu odwołują się i wykorzystują potencjał istniejący w rodzinie, poszukują odporności tkwiącej w niej i dziecku, oraz opierają się na partnerskiej współpracy profesjonalistów i służb wspierających rodzinę [8].

Opieka rodzicielska uznawana za mediatora ukierunkowanego na poprawę, w wielu badaniach uważana jest za „core mediator”, zgodnie z panującym przekonaniem o zależności między jej jakością we wczesnym okresie życia dziecka a jego rozwojem intelektualnym, zachowaniem i stanem emocjonalnym [6]. Prace Caspi i wsp. [9, 10] wskazują na to, że polimorfizm w genach kodujących monoamino-oksydazy-A i transportera serotoniny (5-HTTLPR), wchodząc w interakcję z jakością opieki, szczególnie z zaniedbaniem, przemocą, determinuje ryzyko, że dziecko będzie wykazywało antyspołeczne zachowania z jednej strony i skłonność do depresji — z drugiej. Ta genetyczna „podatność na zranienie” ujawnia się jedynie w sytuacjach skrajnego stresu lub wykorzystania dziecka. Z tych obserwacji wywodzą się programy, których celem jest promowanie kompetentnego sprawowania opieki nad dzieckiem oraz okazywania mu troski i czułości.

Innym predykatorem dotyczącym dzieci i rodziny decydującym o uruchomieniu PWI jest niska urodzeniowa masa ciała (low birth weight, LBW), która jest związana z zaburzeniami rozwoju funkcji poznawczych, jak również z późniejszymi zaburzeniami behawioralnymi. Nie ma jednak całościowego modelu określającego, w jaki sposób i do jakiego stopnia cechy dziecka i rodziny wpływają na późniejszy rozwój dziecka z LBW [5].

Wczesna interwencja powinna być całościowa, dostosowana do wieku dziecka oraz charakteryzować się odpowiednim czasem trwania i intensywnością. Ramey i wsp. [11] do podstawowych cech tych interwencji zaliczyli: wielodyscyplinarność, koncentrację na potrzebach dziecka i rodziców, indywidualizację programu, integrację z miejscowym sys-

temem opieki zdrowotnej, skuteczność potwierdzoną w badaniach z randomizacją i grupą kontrolną (randomized controlled trials – RTC) [11]. W wielu publikacjach podkreśla się, że upowszechniane powinny być tylko te PWI, które są zrozumiałe i wsparte wynikami badań RTC. Flay i wsp. [12] (w ramach prac The Society for Prevention Research) opublikowali etapy i standardy, które powinny być przestrzegane również w badaniach dotyczących PWI. Należą do nich: badania nad ich skutecznością eksperymentalną (efficacy trials), skutecznością rzeczywistą (effectiveness trials) oraz nad ich upowszechnieniem (dissemination) [12].

Celem tak skonstruowanego programu jest poprawa kompetencji wychowawczych i życiowych rodziców oraz ich stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, a także promocja zdrowia i rozwoju dziecka oraz wspieranie jego rozwoju, minimalizowanie potencjalnego opóźnienia i dbałość o jego zdrowie, również umożliwienie dostępu do specjalistycznych instytucji [6, 11]. Efektem dobrze prowadzonych PWI powinna być poprawa stanu emocjonalnego dziecka, jego funkcjonowania poznawczego, poprawa komunikacji i funkcjonowania społecznego oraz rozwoju behawioralnego [11].

Olds i wsp. [6] przeprowadzili systematyczny przegląd dużych programów, które spełniały następujące warunki: były skierowane do rodziców już w okresie prenatalnym lub podczas pierwszych trzech lat życia dziecka, spełniały kryteria badań RTC, były raportowane od 1996 roku [6]. Analizie poddano dwie grupy programów: obiecujące interwencje perinatalne oraz programy wizyt domowych mających na celu promocję zdrowia i rozwój dziecka [6]. Do pierwszej grupy wpisują się „Program zdrowia i rozwoju niemowląt” („Infant Health and Development Program” — IHDP) oraz „Program zindywidualizowanej oceny rozwoju opieki nad noworodkiem” („Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program” — NIDCAP).

IHDP został zainicjowany w 1985 roku i zaprojektowany dla noworodków z LBW, od ich urodzenia do 3. roku życia, pochodzących z rodzin żyjących w trudnej sytuacji. Obejmuje wizyty domowe, spotkania grupowe dla rodziców i system dziennej opieki nad dziećmi. W pierwszym roku raz w tygodniu, a w następnych latach raz na dwa tygodnie odbywają się wizyty domowe realizowane przez nauczyciela specjalistę w zakresie rozwoju dziecka. Podczas tych wizyt rodzice są uczeni zabaw interaktywnych z niemowlętami i małymi dziećmi celem stymulacji rozwoju językowego, poznawczego i społecznego dziecka. Osoba wizytująca rodzinę prowadzi systematyczną edukację dotyczącą stanu zdrowia i rozwoju dziecka. W drugim i trzecim roku dzieci uczestniczą pięć razy w tygodniu w zajęciach poza domem, w „centrach rozwoju”, gdzie prowadzone są kompleksowe oddziaływania nastawione na rozwój poznawczy i rozwój mowy. W tym okresie co miesiąc odbywają się spotkania grupowe dla rodziców, których celem jest wymiana informacji na temat zdrowia, bezpieczeństwa, rozwoju dziecka i jego rodziny [13]. Wyniki badań McCarton i wsp. oraz Brooks-Gunn i wsp. [za: 6] wskazywały na największą skuteczność programu w grupie dzieci z wagą poniżej 2000 g oraz pochodzących z rodzin ryzyka (niski poziom edukacji, mniejszości etniczne).

NIDCAP to program wczesnej interwencji dla wcześniaków urodzonych przed 30. tygodniem ciąży z bardzo niską wagą urodzeniową, stosowany w Neonatal Intensive-Care Unit — NICU (w Polsce odpowiednikiem NICU są oddziały intensywnej opieki noworodkowej i patologii noworodka). Punktem wyjścia opracowania tego programu były

badania Als [14], które doprowadziły do powstania teorii wczesnego rozwoju, znanej jako „synaktywna teoria rozwoju”. Als zwróciła uwagę na to, że dziecko od początku aktywnie organizuje swój rozwój i jedynie systematyczna obserwacja jego zachowania umożliwiła zrozumienie różnicujących się u niego kompetencji, dążeń rozwojowych i wysiłków do samoregulacji. Program polega na codziennej obserwacji kompetencji dziecka oraz rekomendowaniu rodzicom i personelowi oddziału noworodków sposobów wspierania rozwoju wcześniaka. Celem programu jest zmniejszenie rozbieżności między rozwojem w łonie matki a rozwojem w warunkach NICU, biorąc pod uwagę indywidualną organizację zachowań wcześniaka, poprzez wspieranie u każdego dziecka jego „mocnych” stron [15]. Wyniki badań wskazywały na lepsze funkcjonowanie niemowląt objętych programem w porównaniu z grupą kontrolną w zakresie parametrów wagowo-wzrostowych i rozwoju psychomotorycznego [16].

Celem programów „wizyt domowych” jest poprawa zdrowia i rozwoju dzieci, a także zdrowia kobiet w czasie ciąży oraz kształtowanie kompetencji rodziców w kreowaniu ich własnego życia i w jakości opieki nad ich dziećmi [6]. Charakterystyczne dla programów „wizyt domowych” jest to, że rozpoczynają się jeszcze przed urodzeniem dziecka, podczas ciąży, i trwają w pierwszych latach jego życia, a czasami aż do rozpoczęcia nauki w szkole. Różnią się między sobą konkretnymi treściami programowymi i metodami klinicznymi stosowanymi podczas realizacji programu, wyborem populacji rodziców oraz sposobem przygotowania osób wizytujących domy.

Olds [17] opracował model programu „nurse home visting” (domowe wizyty pielęgniarzek) [17]. Program obejmował regularne wizyty domowe u matek w okresie prenatalnym i wcześniej po porodzie. Był kierowany do kobiet będących po raz pierwszy w ciąży, do samotnych matek, niezamężnych kobiet, matek adolescentek, matek pochodzących z rodzin w trudnej sytuacji ekonomicznej, a także do matek używających substancji psychoaktywnych. W okresie prenatalnym pielęgniarki pracowały nad kształtowaniem zachowań poprawiających stan zdrowia kobiet w ciąży. Po przyjściu dziecka na świat zajmowały się działaniami na rzecz prawidłowego rozwoju i zdrowia niemowlęcia poprzez edukację i pomoc w sprawowaniu kompetentnej opieki rodzicielskiej. Pracowały również nad właściwym organizowaniem życia rodziny — tak, aby poprawić jej sytuację ekonomiczną poprzez uzupełnianie wykształcenia i wyszukiwanie pracy czy psychoedukację dotyczącą planowania kolejnych ciąż.

Wśród korzystnych następstw programów „wizyt domowych” wymieniano poprawę opieki rodzicielskiej, życia matki (mniejsza liczba późniejszych ciąż, znalezienie zatrudnienia, a co za tym idzie rzadsze korzystanie z pomocy społecznej). Pozytywne rezultaty dotyczyły również dzieci, ponieważ w tej grupie zaobserwowano mniejsze nasilenie zachowań antyspołecznych w wieku 15 lat oraz lepsze funkcjonowanie szkolne [5].

Pierwszy program „Rodzice jako nauczyciele” („Parents as teachers” — PAT) rozpoczął się w 1981 roku. Jest to uniwersalny program edukacyjny dla rodzin robotniczych i klasy średniej, mieszkających na prowincji. W pierwszych trzech latach życia dziecka obejmuje wizyty domowe raz w miesiącu, grupowe spotkania dla rodziców, śledzenie rozwoju dziecka oraz współpracę z innymi służbami działającymi na rzecz rodziny. Wyniki badań wskazują, że program poprawia gotowość szkolną u dzieci rodzin uczestniczących w nim [6].

W 1988 roku Kongres Stanów Zjednoczonych uchwalił „Akt kompleksowego rozwoju dziecka” („The comprehensive child development act”). Z tym dokumentem wiąże się powstanie „kompleksowego programu rozwoju dziecka” („Comprehensive child development program” – CCDP), który adresowano do rodzin o niskich dochodach. Jego celem jest wyrównywanie szans dotyczących osiągnięć edukacyjnych i życiowych dzieci. CCDP prowadzony jest od urodzenia dziecka aż do momentu rozpoczęcia przez nie edukacji w wieku około pięciu lat. Zespół realizujący program rozwoju dziecka składa się z menadżera przypadku, przeszkolonych paraprofesjonalistów, którzy pracują z rodzinami podczas wizyt domowych. Prowadzone są również zajęcia dla dzieci w ośrodkach wczesnej edukacji oraz przeglądowe badania dotyczące rozwoju dziecka. Efekty programu oceniane w wielu badaniach wykazały u dzieci lepszy rozwój mowy i rozwój poznawczy, dłuższe skupianie uwagi, mniej zachowań agresywnych i lepsze relacje emocjonalne z rodzicami [6]. Programy wczesnej interwencji są rekomendowane w Stanach Zjednoczonych przez organizacje, których celem jest zapobieganie śmierci niemowląt (National Commission to Prevent Infant Mortality), a także nadużyciom i zaniedbaniom (The U. S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect) [6].

W 2005 r. Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami opracowała raport dotyczący wczesnej interwencji. Raport opisuje ewolucje w dziedzinie wczesnej interwencji i przejście od modelu „medycznego”, tzn. skupionego tylko na dziecku, do modelu „społecznego”, w którym bierze się również pod uwagę rodzinę i środowisko dziecka. Istnieje duże zróżnicowanie w podejściu do zagadnień wczesnej interwencji w krajach Unii Europejskiej. W Polsce działania tego typu są rozproszone i prowadzone dzięki aktywności pojedynczych osób zaangażowanych w zadania związane z wczesną interwencją dotyczącą konkretnego zagadnienia [18].

Wśród najczęściej podawanych zastrzeżeń metodycznych dotyczących PWI wymieniane są: 1) konieczność lepszego zaprojektowania badań, co umożliwi lepszą interpretację wyników, włącznie ze stosowaniem badań RTC, 2) konieczność jasnego opisu interwencji, 3) konieczność pełniejszego opisu charakterystycznych cech dzieci i rodzin, aby można było zrozumieć zmienność wyników interwencji, 4) konieczność analizowania interwencji w celu określenia jej aktywnych składników (częstości terapii i jej intensywności), 5) konieczność oceny możliwości uogólnienia wyników oraz długoterminowych następstw interwencji [5].

Programy wczesnej interwencji wymagają dalszych badań, które umożliwiłyby wyjaśnienie następujących problemów: 1. Jakie cechy dziecka lub jego rodziny są związane z późniejszymi problemami emocjonalnymi, behawioralnymi i poznawczymi w przypadku stosowania lub braku interwencji? 2. W jaki sposób wczesna interwencja wpływa na relację rodzice — dziecko? 3. Jaka jest skuteczność poszczególnych programów i czy można uzyskać takie same wyniki, jak w poprzednich badaniach? [5].

Mimo powyższych zastrzeżeń programy wczesnej interwencji stają się coraz lepszymi metodami umożliwiającymi działania prewencyjne, szczególnie w środowiskach wysokiego ryzyka rozwoju zaburzeń w dalszej perspektywie. Wśród wielu obiecujących programów wiarygodne są te, które są odpowiednio udokumentowane badaniami RTC. Najtrudniejsze zagadnienie związane z PWI to prawidłowe zaprojektowanie programu, wybór właściwej populacji, zapewnienie takich działań, które z punktu widzenia uczestników programu zre-

dukują ich trudności i będą dawały efekty. W związku z tym interwencja powinna odbywać się w tych momentach, w których można przewidywać większą wrażliwość jednostki na stosowane działania. Powodzenie programów zależy przede wszystkim od zaangażowania uczestników oraz takich zmian w funkcjonowaniu dzieci i ich rodzin, które wykazywałyby, że stosowanie PWI daje wymierne korzyści społeczne i ekonomiczne.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. The world health report. Mental health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland; 2001.
2. Kazdin AE, Weisz JR. Kontekst i źródła opartych na dowodach metod psychoterapii dzieci i młodzieży. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006, s. 3–22.
3. Holmbeck GN, Greenley RN, Franks EA. Zagadnienia i aspekty rozwojowe w badaniach i praktyce. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006, s. 23–45.
4. Weisz JR, Kazdin AE. Stan obecny i perspektywy terapii zorientowanej na dowody w odniesieniu do dzieci i adolcentów. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006, s. 487–500.
5. Baker BL, Feinfield KA. Wczesna interwencja. W: Current opinion in psychiatry. Warszawa: Medical Tribune Polska, Sp. z o.o., 2003; tom 2, nr 3, s. 10–16.
6. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers recent evidence from randomized trials. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 2007; 48: 384–391.
7. Firkowska-Mankiewicz A. Rola wczesnej interwencji — przegląd światowych badań. Kompleksowa pomoc. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Wielospecjalistyczna, kompleksowa pomoc małemu dziecku i jego rodzinie w ośrodku wczesnej interwencji”, Warszawa, 2004.
8. Kwaśniewska G. Idea wczesnej interwencji – skuteczność działań i kierunki rozwoju w opiece nad dzieckiem i jego rodziną. W: Kwaśniewska G, red. Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2007, s. 88–93.
9. Caspi A, Moffitt TE, Morgan J, Rutter M, Taylor A i in. Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: Using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Dev. Psychol.* 2004; 40: 149–161.
10. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE i in. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386–389.
11. Ramey CT, Ramey SL, Lanzi RG, Cotton JN. Early educational interventions for high-risk children: How center-based treatment can augment and improve parenting effectiveness. W: Borkowski JG, Ramey SL, Bristol-Power M, red. Parenting and the child's world: influences on academic, intellectual, and social-emotional development. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2002, s. 125–140.
12. <http://www.preventionresearch.org>
13. Ramey CT, Bryant DM, Wasik BH i in. Infant health and development program for low birth weight, premature infants: program elements, family participation, and child intelligence. *Pediatr.* 1992; 89: 454–465.
14. Als H. Toward a synactive theory of development; promise for the assessment and support of infant individuality. *Inf. Ment. Health J.* 1982; 3: 229–243.

15. Kmita G. Wczesna interwencja psychologiczna wobec dzieci urodzonych przedwcześnie i ich rodzin w warunkach oddziału intensywnej opieki noworodkowej i patologii noworodka. W: Kmita G, Kaczmarek T, red. Wczesna interwencja – miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i jego rodziną. Warszawa: Wydawnictwo Emu; 2004, s. 45–64.
16. Als H., Gilkerson L., Duffy F.H., McAnulty G.B., Buehler D.M., Vandenberg K. i in. A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: Medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *Dev. Beh. Pediatr.* 2003; 24: 399–408.
17. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prev. Sc.* 2002; 3: 153–172.
18. Dońska-Olszko M. Tendencje dotyczące wczesnej interwencji wobec dziecka z zaburzeniami rozwojowymi oraz jego rodziny w krajach Unii Europejskiej. W: Kwaśniewska G, red. Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2007, s. 120–136.

Adres: Instytut Psychiatrii i Neurologii
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
e-mail: lpoppek@ipin.edu.pl

