

## СПЕКТАР ПСИХОТИЧНИХ ИСПОЉАВАЊА У ДЕТИЊСТВУ

Смиљка ПОПОВИЋ-ДЕУШИЋ, Милица ПЕЈОВИЋ-МИЛОВАНЧЕВИЋ,  
Савета ДРАГАНИЋ-ГАЈИЋ, Оливера АЛЕКСИЋ-ХИЛ, Душица ЛЕЧИЋ-ТОШЕВСКИ

Институт за ментално здравље, Београд

### КРАТАК САДРЖАЈ

Психозе које настају у детињству дуго су се сматрале континуумом психоза у одраслом добу. Пионирски рад Леа Канера из 1943. године, у којем је описао синдром раног инфантилног аутизма, и касније студије Ратера и Колвина утицали су на то да нови класификациони системи издвоје первазивне развојне поремећаје од свих осталих психотичних испољавања у детињству. Клиничко искуство показује да, и поред издвојене групе первазивних развојних поремећаја, са подгрупама и неопходним дијагностичким критеријумима, нека деца имају первазивне симптоме који, међутим, не испуњавају све потребне критеријуме за дијагностиковање первазивних поремећаја. Постојећи класификациони системи у овој области имају недостатке, па се даље морају проширивати и усавршавати, како би били у могућности да обухвате широк спектар нетипичних психотичних испољавања у детињству.

**Кључне речи:** психозе с раним настанком; первазивни развојни поремећаји; спектар психотичних испољавања; класификација

### УВОД

Психопатолошка испољавања у детињству од давнина су побуђивала интересовање научника и клиничара. Тек средином 19. века, међутим, говори се о тешким и озбиљним проблемима менталног здравља који могу настати још у раном животном добу. Тако Модсли (*Maudsley*) 1867. године описује „лудило у детињству”, а Крепелин (*Kraepelin*) 1919. године „деменцију прекокс” (*dementia praecox*).

У области психоза с раним настанком научници су се дуго ослањали на концепт континуума с психозама одраслих особа. Значајан допринос развоју дечје психијатрије, а нарочито разумевању психотичних испољавања код деце, дао је амерички психијатар аустријског порекла Лео Канер (*Leo Kanner*) 1943. године описом синдрома раног инфантилног аутизма [1]. Студије Ратера (*Rutter*), Колвина (*Kolvin*) и њихових сарадника крајем шездесетих и почетком седамдесетих година двадесетог века даље су допринеле разликовању двеју група психоза у детињству: 1) психозе с почетком пре треће године, које су сличне Канеровом инфантилном аутизму; и 2) психозе с каснијим почетком, које представљају континуум са шизофренијом насталом у адолесценцији и одраслом добу. Те студије представљале су основу за увођење значајних дијагностичких промена у Међународну класификацију болести (МКБ) и Дијагностички и статистички приручник менталних поремећаја (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) Америчког психијатријског удружења – тзв. *DSM* класификацију. Велики број истраживања је подржао тезу да су аутизам и шизофренија који се развијају у детињству различити клинички ентитети, и то на основу разлика у клиничкој феноменологији као што су: почетак поремећаја, специфична симптоматологија, породична анамнеза, лична анамнеза итд. [2-4].

Тек 1980. године у *DSM-III* класификацији первазивни развојни поремећаји (аутизам и њему слични поремећаји) издвојени су као посебна категорија [5]. Почетак ових поремећаја везан је за најраније детињство. Ван ове категорије не постоје посебно издвојене друге категорије психоза које би биле типичне само за детињство и адолесценцију, односно за све друге врсте психоза примењују се исти дијагностички критеријуми и за развојни период и за одрасло животно доба [6, 7]. То се односи на: психозе органског порекла (*F06*), шизофренију (*F20*), афективне поремећаје (*F30-F39*), шизоафективне поремећаје (*F25*), акутне и пролазне психотичне поремећаје (реактивне психозе) (*F23*) [7].

### ПСИХОТИЧНА ИСПОЉАВАЊА КОД ДЕЦЕ И КЛАСИФИКАЦИОНИ СИСТЕМИ

Десета ревизија МКБ (МКБ-10) и *DSM-IV* класификација су у великој мери компатибилне [6, 7]. И један и други систем препознају и издвајају первазивне развојне поремећаје, који се посебно класификују у одељку у којем су и сви остали поремећаји који настају током детињства. Начин класификовања первазивних поремећаја у оба система је веома сличан, са давањем могућности постојања „других первазивних развојних поремећаја” (*F84.8*) и „первазивног поремећаја који није другачије означен” (*F84.9*) у МКБ-10 или „атипичног первазивног развојног поремећаја” у *DSM-IV* [6-8]. Само француски класификациони систем препознаје и поседује и дијагностичку категорију „дисхармоничан развој”, која је, према нашем клиничком искуству, сасвим оправдана [9]. Дисхармоничан развој укључује она одступања од уобичајеног раног развоја код којих постоји неравнотежа у развојним токовима моторике, емоција и социјали-

зације. Сматрамо да изостанак ове категорије у класификацијама МКБ-10 и *DSM-IV* представља њихове озбиљне недостатке и пропусте. Категорија „дисхармоничан развој” (шифра *F83* приближно) помаже да свеобухватније и прецизније разумемо и класификујемо развојне поремећаје којима бисмо тешко нашли право место у МКБ-10 класификацији [10, 11]. Основни дијагностички критеријуми за первазивне поремећаје преузети из *DSM-IV* класификације су: квалитативно оштећење реципрочних социјалних интеракција, квалитативно оштећење комуникације и имагинативних активности, рестриктивни, репетитивни и стереотипни облици понашања, интересовања и активности и почетак поремећаја пре треће године по рођењу.

Аутизам и шизофренија су различити ентитети, а аутизам се више не сматра најранијим обликом шизофреније. Шизофренија с почетком у детињству (не пре пете године) представља континуум са шизофренијом у одраслом добу и дијагностикује се помоћу истих дијагностичких критеријума, уз допуштање извесних развојних одступања. Шизофренија која се јавља у детињству има постепен почетак с мноштвом развојних проблема, на које се тек касније надовезују продуктивни психотични феномени (претпоставља се да су психотични симптоми код деце оболеле од шизофреније дуго его-синтони) [2, 12, 13]. Депресија и манија се такође могу јавити у детињству, али нису издвојене као посебни ентитети, већ се, уколико настану у овом периоду живота, дијагностикују истим дијагностичким критеријумима који се препоручују за одрасле особе.

## ДИЛЕМЕ И НЕЈАСНОЋЕ

У МКБ-10 се наводи да је за постављање дијагнозе аутизма неопходно постојање довољног броја ненормалности у три области (реципрочне социјалне интеракције, комуникација и репетитивно и стереотипно понашање). Из клиничке праксе, међутим, познато је да постоје многа деца која показују одређене елементе первазивног поремећаја, али само из једне од наведених области а не из све три, или да задовољавају све критеријуме за аутизам, при чему поремећај настаје после треће године. Ову реалност клиничке праксе донекле препознају савремени класификациони системи, дајући могућност класификовања оваквих поремећаја путем недовољно јасно дефинисаних дијагностичких категорија, као што су: други первазивни развојни поремећаји (МКБ-10), первазивни развојни поремећај који није другачије означен (МКБ-10) и атипични первазивни развојни поремећај (*DSM-IV*). Према томе, ове дијагнозе употребљавају се за децу с первазивним развојним поремећајем, али која не испуњавају све дијагностичке критеријуме за аутизам, тј. када постоје елементи за искључивање аутизма из дијагнозе [11].

С обзиром на различитост у испољавању первазивних симптома, у стручној литератури све више се говори о тзв. аутистичном спектру поремећаја (енгл. *autistic-spectrum disorders* – *ASD*) [14, 15]. Овај спектар укључује неколико различитих поремећаја (типични аутизам, високофункционишући аутизам, аутизам који није другачије означен и Аспергеров синдром), чије су основне одлике измењено социјално понашање и интеракције које спречавају развој нормалних међуљудских односа са блиским особама и другом децом. Оштећења невербалне комуникације укључују смањен контакт очима и измењену експресију лицем и телом.

Нове студије указују на то да је преваленција аутизма око 10 на 10.000, первазивних развојних поремећаја 27,5 на 10.000, а аутистичног спектра чак до 60 на 10.000 [15]. Повећање преваленције ових поремећаја који се током времена запажа може имати више узрока, међу којима су промене у истраживачкој методологији, стварно повећање фактора ризика за аутизам, боље дијагностиковање поремећаја или сазнање да аутизам може бити удружен с неким другим поремећајима [16, 17].

Разликовање нетипичних облика аутизма од самог аутизма, Аспергеровог синдрома, менталне ретардације и поремећаја у развоју говора и језика је веома тешко. Ипак, нетипични облици се разликују од аутизма по узрасту у којем настају (касније, после 36. месеца) и по томе што су праћени са мање первазивних симптома. Њихова дистинкција од Аспергеровог синдрома је тежа и нејаснија [18]. Разликовање од менталне ретардације је такође важно. Многа деца са застојем у развоју не могу да говоре или је говор веома слабо развијен, стереотипног су понашања, а њихова игра је веома сиромашна. Ипак, да би се поставила дијагноза атипичног первазивног поремећаја, мора постојати довољан број первазивних симптома који представљају додатни хендикеп развојног нивоа детета. Према томе, неопходна је процена когнитивних способности и адаптивног функционисања. Важно је вршити и поређење између нормалних развојних трендова у области социјализације, развоја говора и игре, како би се проценило у којој мери дететови первазивни симптоми представљају одступање од менталног узраста [19].

Деца с развојном дисфазом често имају измењене социјалне интеракције и показују неуобичајено понашање, што може да одаје утисак поремећаја из аутистичног спектра. Ипак, оваква деца брбљају, употребљавају невербалне облике комуникације, интересују их друга деца и волела би с њима да се играју, што није типично за децу с нетипичним облицима аутизма. Код њих је оштећење социјалних интеракција примарно и јавља се пре него што говор почне да се формира, а остаје и након евентуалног развоја говора. Добро узета анамнеза је једини начин разликовања нетипичног аутизма од развојне дисфазе.

Сврставање Ретовог синдрома у групу первазивних развојних поремећаја може да изазове озбиљне недоумице будући да овај синдром одликује обиље

неуролошких симптома. Такође, као тешка компликација аутизма јавља се епилепсија (најчешће почетком адолесцентног периода). Имајући у виду ову неуролошку симптомологију, постоје основани разлози да би се ови поремећаји могли сврстати и у групу неуролошких поремећаја [20, 21].

### ДИЈАГНОСТИКОВАЊЕ СПЕКТРА ПСИХОТИЧНИХ ИСПОЉАВАЊА КОД ДЕЦЕ

Процена деце с психотичним испољавањима мора бити свеобухватна и подразумева следеће активности: клинички интервју са дететом и родитељима, добијање информација од више извора (родитељи, учитељи), пажљиво посматрање понашања детета, поређење понашања и симптома детета с нормалним развојним трендовима у корелацији с његовим узрастом, добијање поузданих података о дететовом функционисању у школи, стандардна лабораторијска испитивања, ЕЕГ снимање, по потреби СТ или NMR мозга, психолошка (неуропсихолошка) експлорација, примена полуструктурираних или структурираних интервјуа, што омогућује прецизније дијагностиковање поремећаја. И поред тврдње да психотична испољавања у детињству представљају континуум са психотичним испољавањима у одраслом добу, ипак би се морале правити извесне разлике између дијагностичких група на основу специфичних клиничких испољавања, тока и прогнозе поремећаја. Сличности с одговарајућим поремећајем у одраслом добу су, изгледа, веће уколико поремећај почиње касније током детињства. Стога у манији, депресији или шизофренији разлике у испољавању симптома у великој мери одражавају достигнути ниво у развоју. Тако су код деце халуцинације мање јасне и мање сликовите. С друге стране, код поремећаја с веома раним почетком (као што је аутизам) главни аспект поремећаја с одговарајућим утицајем на текући развој је нарушавање основног развојног процеса [2-4, 11].

### ЗАКЉУЧАК

Постоје значајни проблеми у препознавању, дијагностиковању и класификовању психотичних испољавања која настају рано у детињству. Многи психотични симптоми који се испољавају код деце често су недовољни да би се поремећај сврстао у неку од постојећих дијагностичких категорија, при чему је испољена психопатологија клинички очигледна. Овај проблем указује на мањкавост постојећих класификационих система и опомиње стручњаке да посматрају дете с његовим испољеним симптомима без обавезе да се ти симптоми негде морају сврстати. Не постоје клишеи и свако дете са својим проблемима је јединствено, а развојни процес им даје могућност за побољшање нивоа дотадашњег функционисања [22]. Према томе, дијагностиковање и лечење менталних поремећаја у детињ-

ству треба да имају своје упориште у личности детета, а не у дијагностичкој категорији, те да буду у складу с психијатријом оријентисаном на личност [23].

### ЛИТЕРАТУРА

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2:217-50.
2. Popović-Deušić S. Shizofrenija dečjeg uzrasta. *Psihijatrija danas* 1996; 28(1-2):47-55.
3. Popović-Deušić S, Aleksić O, Pejović-Milovančević M, Stanković M. Shizofrenija sa početkom u detinjstvu II: klinička slika i prikaz slučajeva. *Psihijatrija danas* 2003; 34(3-4):291-304.
4. Aleksić O, Popović-Deušić S, Stanković M, Pejović-Milovančević M. Shizofrenija u detinjstvu I: pregled etioloških razmatranja. *Psihijatrija danas* 2003; 34(3-4):305-18.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3<sup>rd</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Svetska zdravstvena organizacija. MKB-10 klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. *Klinički opisi i dijagnostička uputstva*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.
8. Popović-Deušić S. Klasifikacija psihičkih poremećaja dece i omladine u svetlu nove MKB-10 klasifikacije. *Psihijatrija danas* 1992; 24(3-4):317-28.
9. Ispanović-Radojković V, Nikolić S, Ćurčić V, Popović-Deušić S, Živkov M. Etude de l'application de la Classification Francaise des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'Adolescent en Yugoslavie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1990; 38(10-11):582-4.
10. Popović-Deušić S. Savremeni pristup dijagnostici i lečenju psihoza razvojnog doba. Treći simpozijum neurologije i psihijatrije razvojnog doba, Beograd 22-24. april 2004. *Zbornik radova*. Beograd; 2004. p.21-25.
11. Popović-Deušić S. Autizam kao problem klasifikacije psihijatrijskih poremećaja u detinjstvu. In: Bojanin S, Pijašo Dž, Glumbić N, editors. *Autizam danas*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2001. p.146-157.
12. Popović-Deušić S, Mitić M, Kalanj D, Karović-Banjac M. Kliničke slike ranih dečjih psihoza tretiranih u Dnevnoj bolnici za decu Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu. *Psihijatrija danas* 1990; 22(1):59-69.
13. Živkov-Starčević M, Popović-Deušić S, Banjac-Karović M. Dezintegrativne psihoze. *Psihijatrija danas* 1990; 22(1):71-6.
14. DiCicco-Bloom E, Lord C, Zwaigenbaum L, et al. The developmental neurobiology of autism spectrum disorder. *J Neuroscience* 2006; 26(26):6897-6906.
15. Williams JG, Higgins JPT, Brayne CEG. Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Arch Disease in Childhood* 2006; 91:8-15.
16. Toal F, Murphy D, Murphy K. Autistic-spectrum disorders: lessons from neuroimaging. *Br J Psychiatry* 2005; 187:395-7.
17. Boddart N, Barthelemy C, Poline JB, et al. Autism: functional brain mapping of exceptional calendar capacity. *Br J Psychiatry* 2005; 187:83-6.
18. Szatmari P. Asperger's disorder and atypical pervasive developmental disorder. In: Volkmar F, editor. *Psychoses and Pervasive Developmental Disorders in Childhood and Adolescence*. Washington DC: American Academy of Child Adolescent Psychiatry; 1996. p.191-221.
19. Popović-Deušić S. Mentalna retardacija i prateći neurološki znaci u dece tretirane u Dnevnoj bolnici. *Psihijatrija danas* 1992; 24(3-4):305-10.
20. Charabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preeschool children. *JAMA* 2001; 285:3093-9.
21. Larsson HJ, Eaton W, Meldgaard Madsen K, et al. Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *Am J Epidem* 2005; 161(10):916-25.
22. Goin-Kochel RP, Mackintosh VH, Myers BJ. How many doctors does it take to make an autism spectrum diagnosis? *Autism* 2006; 439-51.
23. Mezzich J. Psychiatry for the person: articulating medicine's science and humanism. *World Psych* 2007; 6:2.

## PSYCHOTIC SPECTRUM DISORDERS IN CHILDHOOD

Smiljka POPOVIĆ-DEUŠIĆ, Milica PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ,  
Saveta DRAGANIĆ-GAJIĆ, Olivera ALEKSIĆ-HIL, Dušica LEČIĆ-TOŠEVSKI

Institute of Mental Health, Belgrade

### ABSTRACT

For a long time, there was a strong belief of existing continuity between childhood-onset psychoses and adult psychoses. Important moment in understanding psychotic presentations during infancy and childhood is Kanner's description of early infantile autism. Later studies of Rutter and Kolvin, as well as new classification systems, have delineated pervasive developmental disorders from all other psychotic disorders in childhood. But clinical experience is showing that in spite of existence of the group of pervasive developmental disorders with subgroups within it and necessary diagnostic criteria – there are children with pervasive symptoms, who are not fulfilling all necessary diagnostic criteria for pervasive developmental disorder. Therefore, in this

paper we are discussing and pointing at psychotic spectrum presentations in children, which have not the right place in any existing classification system (ICD-10, DSM-IV).

**Key words:** early onset psychoses; pervasive developmental disorders; psychotic spectrum in childhood; classification systems

Smiljka POPOVIĆ-DEUŠIĆ  
Institut za mentalno zdravlje  
Palmotićeve 37, 11000 Beograd  
Tel.: 011 3307 566  
E-mails: s.popovicdeusic@imh.org.yu;  
deusic@sezampro.yu