

SERIA WYDAWNICZA
WYKŁADY W AEH

ZABURZENIA ROZWOJOWE DZIECI I MŁODZIEŻY

IZABELA CZAJKA-SZYMONA

SKRYPTY DLA STUDENTÓW AEH



SERIA WYDAWNICZA WYKŁADY W AEH SKRYPTY DLA STUDENTÓW AEH

ZABURZENIA ROZWOJOWE DZIECI I MŁODZIEŻY

Izabela Czajka-Szymona

Zmodernizowany program kształcenia przedmiotu dla studentów psychologii

Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie

Opracowane na potrzeby realizacji projektu "Wizja przyszłości" o numerze POWR.03.05.00-00-Z036/18

ISBN 978-83-66552-16-6



WYDAWNICTWO
AEH

Wydawnictwo Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej

ul. Okopowa 59

01-043 Warszawa

Warszawa, Marzec 2020

Copyright © 2020 by Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

SPIS TREŚCI

Wstęp	1
Rozdział 1. Zaburzenia rozwojowe dzieci i młodzieży: podstawowe pojęcia	2
1.1. Diagnostyka zaburzeń dzieci i młodzieży	3
1.2. Systemy klasyfikacji zaburzeń	4
1.3. Wywiad	5
1.4. Obserwacja	6
1.5. Testy	7
Rozdział 2. Terapia zaburzeń dzieci i młodzieży	8
2.1. Najczęstsze zaburzenia diagnozowane u dzieci i młodzieży	9
2.1.1. Zaburzenia zachowania	9
2.1.2. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi	11
2.1.3. Zaburzenia lękowe	13
2.1.4. Mutyzm wybiórczy	15
2.1.5. Depresja	17
2.1.6. Zaburzenia odżywiania	18
2.1.7. Niepełnosprawność intelektualna.	20
2.1.8. Zaburzenia uczenia się	22
2.1.9. Zaburzenia zachowania	25
2.1.10. Tiki	31
2.1.11. Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD)	33
2.1.12. Moczzenie mimowolne i zanieczyszczanie się kałem	34
2.1.13. Uzależnienia behawioralne	34
2.1.13. Dyspraksja	36
2.1.14. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego	36
Rozdział 3. Integracja sensoryczna: podstawy teoretyczne	37
3.1. Diagnostyka integracji sensorycznej	43
3.2. Terapia integracji sensorycznej	46
Podsumowanie	50
Bibliografia	51

WSTĘP

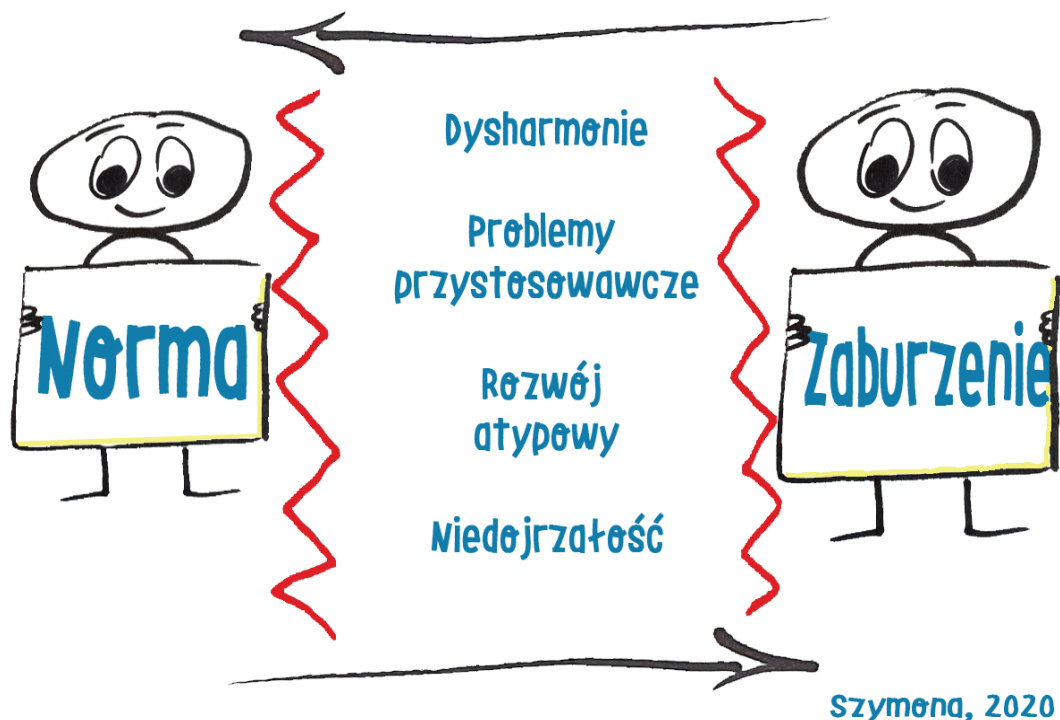
Niniejsze opracowanie zostało przygotowane dla studentów Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, uczestniczących w zajęciach dydaktycznych dla zmodernizowanego przedmiotu - „Zaburzenia rozwojowe u dzieci i młodzieży” na kierunku Psychologia, w ramach projektu „Vizja przyszłości”.

Według szacunków, ponad 20% dzieci i adolescentów w Stanach Zjednoczonych ma zaburzenia psychiczne (Morrison i Flegel, 2018). Trudno dotrzeć do podobnych, obiektywnych danych na gruncie polskim, ale można przewidywać, że nie byłyby one dużo bardziej optymistyczne. Ponieważ tylko właściwa diagnoza i dobór odpowiednich metod terapii dają szansę złagodzenia objawów, niezwykle ważna jest wiedza o przyczynach, przebiegu i leczeniu zaburzeń u dzieci i młodzieży. W kolejnych rozdziałach niniejszej pracy przedstawiono informacje dotyczące podstaw diagnozy i terapii zaburzeń dzieci i młodzieży, a także zarys obrazu klinicznego najczęściej spotykanych problemów.

ROZDZIAŁ 1. ZABURZENIA ROZWOJOWE DZIECI I MŁODZIEŻY: PODSTAWOWE POJĘCIA

Ogromna część zmian rozwojowych człowieka zachodzi w dzieciństwie i okresie młodzieńczym. Bada je psychologia rozwojowa, określając to, co mieści się w obszarze typowego rozwoju człowieka. To, co w owej normie się nie mieści, stanowi przedmiot zainteresowania psychopatologii rozwojowej, badającej nieprzystosowanie psychologiczne na różnych etapach rozwoju, jego mechanizmy i konsekwencje. Zaburzenia wieku rozwojowego są zatem rozpatrywane w odniesieniu do rozwoju normalnego (Kendall, 2018; Grzegorzewska i in., 2016).

Określone objawy psychiczne czy behawioralne są typowe dla określonego wieku, a patologiczne dla innego. Na przykład lęk przed ciemnością jest typowy, a nawet potrzebny, „rozwojowy” dla dzieci pomiędzy 2 a 14 rokiem życia (jego przezwyciężenie pozwala bowiem zyskać poczucie kontroli i zaufania w nowych, nieznanych sytuacjach w przyszłości), ale niepokojący w przypadku osób dorosłych. Poza kryterium wieku o tym, czy dane zachowanie jest normalne czy patologiczne decyduje jego wpływ na funkcjonowanie człowieka (a więc czy i jakie ograniczenia w życiu codziennym powoduje) oraz subiektywne poczucie cierpienia (Kendall, 2018). O zaburzeniu mówimy wtedy, gdy mamy do czynienia z objawem, „który powoduje niepełnosprawność lub cierpienie osoby w jej funkcjonowaniu społecznym, osobistym lub rozwojowym” (Morrison, 2016, s. 26).



Obok trudności, które ze względu na czas trwania, nasilenie i powodowane przez nie problemy w funkcjonowaniu możemy uznać za zaburzenia, są te znajdujące się na pograniczu normy i patologii. Wobec nich stosuje się takie terminy jak: dysharmonia (nierównowaga pomiędzy różnymi sferami rozwoju), niedojrzałość (fragmentaryczne opóźnienie dojrzewania społecznego lub emocjonalnego), rozwój atypowy (duża różnorodność objawów, trudność w przypisaniu do konkretnej kategorii zaburzeń, opóźnienia i przyspieszenia w różnych obszarach rozwoju tego samego dziecka, odróżniająca go od prawidłowo rozwijających się rówieśników), problemy przystosowawcze (trudności dezorganizujące rozwój i wpływające negatywnie na przebieg kolejnych faz, np. wycofanie, zachowania agresywne) (Grzegorzewska i in., 2016).

1.1. DIAGNOZA ZABURZEŃ DZIECI I MŁODZIEŻY

„Diagnoza to rozpoznanie istoty i złożonego stanu rzeczy na podstawie obserwacji jego cech (objawów) oraz znajomości ogólnych prawidłowości panujących w danej dziedzinie” (Paluchowski, 2006, s.12). W procesie tym poszukuje się związków przyczynowo-skutkowych i wyciąga wnioski, aby w pełni zrozumieć osobę badaną. Diagnoza psychologiczna dzieci i młodzieży wymaga nie tylko teoretycznej znajomości normy i patologii wieku rozwojowego, ale też pewnego doświadczenia. Współczesny model diagnozy uwzględnia profil psychologiczny dziecka oraz kontekst społeczno-kulturowy jego funkcjonowania. **Standardy praktyki klinicznej odwołują się do praktyki opartej na dowodach – EBPP (evidence-based psychological practice). Oznacza to m.in. opieranie się na rzetelnych danych ze współczesnych badań naukowych.** Tylko rzetelna diagnoza jest bowiem podstawą skutecznej interwencji (Sitnik-Warchulska i in., 2019)

W diagnozie wnioskuje się przede wszystkim na podstawie metody klinicznej (obejmującej wywiad, obserwację, rozmowę psychologiczną, eksperyment kliniczny, testy projekcyjne) oraz standaryzowanych metodach psychologicznych (testach, kwestionariuszach). Metody standaryzowane są pomocne, o ile są rzetelne i trafne. Rzetelność oznacza, że metoda stosowana przez różnych badaczy daje te same rezultaty oraz że przynosi podobny wynik przy ponownym zastosowaniu po jakimś czasie. Narzędzie jest trafne, jeśli mierzy to, do czego zostało stworzone (np. skala przygotowana do pomiaru impulsywności powinna korelować z innymi skalami mierzącymi tę cechę). Dodatkowo, aby metodę uznać za mającą prognostyczną trafność kryterialną, jej wyniki powinny pozwalać na ocenę prawdopodobieństwa określonych zachowań badanego (korzystając z poprzedniego przykładu – w pewnym uproszczeniu wynik wskazujący na impulsywność dziecka pozwoli stwierdzić, że dziecko będzie zachowywało się impulsywnie) (Kendall, 2018).

Konsultant krajowy i konsultanci wojewódzcy w dziedzinie psychologii klinicznej opracowali wykaz narzędzi spełniających kryteria naukowe i nowoczesne standardy diagnozy, co stanowi duże ułatwienie w wyborze metod diagnostycznych (Sitnik-Warchulska i in., 2019). **Głównym celem diagnozy różnicowej jest poznanie rodzaju objawów oraz ich klasyfikacja w postaci określonego zespołu.** Etapami diagnozy są zatem: zbieranie informacji o objawach oraz ich przyporządkowanie do kategorii diagnostycznych (Czabała, 2003).

1.2. SYSTEMY KLASYFIKACJI ZABURZEŃ

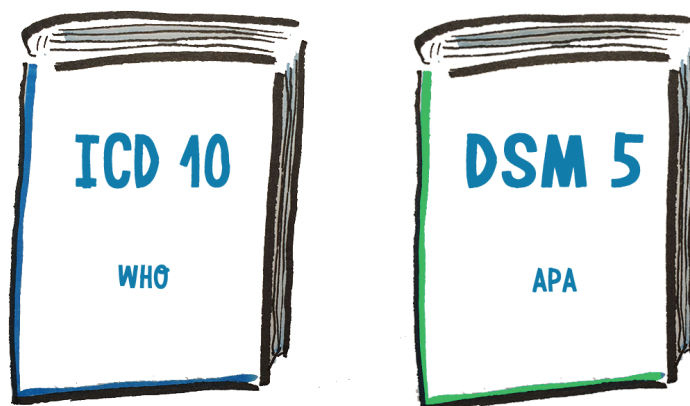
Najbardziej rozpowszechnionymi systemami klasyfikacji zaburzeń psychicznych są:

- **DSM (aktualnie jest to DSM-5):** Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny opublikowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA),
- **ICD (aktualnie jest to ICD-10):** Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Systemy te w dużym stopniu są ze sobą zgodne. Oba opierają się na kryteriach wyszczególnionych dla każdej kategorii zaburzeń – obejmujących objawy wykluczające i włączające, a także ich nasilenie i czas trwania.

Diagnoza nozologiczna, a więc oparta o objawy i identyfikację określonej jednostki coraz częściej uzupełniana lub nawet zastępowana jest **diagnozą funkcjonalną**, wskazującą na etiologię, wyjaśnienie **patomechanizmów**, a nawet **określenie funkcji objawów i zasobów kompensujących deficyty**. Podejście takie pozwala uniknąć stygmatyzacji dziecka oraz lepiej zrozumieć zróżnicowanie obrazu zaburzeń czy ich podłoże (Grzegorzewska i in., 2016).

Pomimo przejrzystych kryteriów, diagnoza psychologiczna – zwłaszcza w przypadku wieku rozwojowego – nie jest łatwa. Zaburzenia często współwystępują ze sobą, a symptomy jednego wymienione są także jako kryteria innego. Diagnoza psychologiczna dziecka obejmuje ocenianie ich zachowań przez nauczycieli i rodziców, ustrukturalizowane wywiady z dzieckiem/rodzicami, kwestionariusze, obserwacje. Proces ten jest złożony i powinien obejmować dane zebrane z różnych źródeł, różnymi metodami, co w pewnym stopniu obiektywizuje ocenę (Kendall, 2018).



Szymona, 2020

1.3. WYWIAD

Najczęściej stosowaną metodą diagnostyczną w psychologii jest wywiad. Metoda ta „jest rozmową prowadzoną w celu uzyskania określonego rodzaju informacji. Wywiad psychologiczny jest zarazem postępowaniem badawczym i profesjonalnym kontaktem z klientem” (Stemplewska-Żakowicz, 2016, s.62). Poprzedza on zwykle wszelką interwencję czy terapię, a na dalszych etapach służy do oceny jej przebiegu i efektów. W literaturze wyróżnia się wywiady ustrukturyzowane (mają one z góry ustalone, niezmiennie pytania i ścisły schemat postępowania), częściowo ustrukturyzowane (mają z góry ustalony cel i zasadnicze tematy, ale dopuszcza się swobodę formułowania pytań i wypowiedzi) oraz swobodne (diagnosta nie posługuje się arkuszem zapisu, a wypowiedzi powinny być w całości – za zgodą badanego – nagrane; dopiero później są przepisywane i analizowane, Stemplewska-Żakowicz, 2016).

Sztuka przeprowadzenia udanego wywiadu obejmuje kilka zasad, w tym: uważne słuchanie bez uprzedzeń, kierowanie rozmową przy jednoczesnym podążaniu za jej tokiem, dbałość o dobrą relację z informatorem oraz reagowanie na ważne sygnały. Istotne jest zachęcanie klienta do dalszych odpowiedzi (często gestem, przysunięciem się do niego, okazaniem zrozumienia poprzez kiwanie głową czy krótkie słowo). Zawsze można doprecyzować, ponowić pytanie, sparafrazować, podsumować wypowiedź – by zyskać pewność, że dobrze się rozumie badanego.

Wywiad może być prowadzony w stylu niedyrektywnym („Co państwa tu sprowadza?”, „Z jakim rodzajem trudności boryka się Jacek?”) i dyrektywnym („co pani wtedy czuła?”, „kiedy zaobserwował Pan pierwsze objawy?”). Podczas gdy ten pierwszy pozwala nawiązać relację, uzyskać szerszy zakres informacji i bardziej adekwatne odpowiedzi, styl dyrektywny umożliwia lepsze skupienie uwagi na istotnych dla badającego informacjach, ukierunkować rozmowę, doprecyzować odpowiedzi. Prowadząc wywiad zwykle łączy się oba style. Używa się zarówno pytań otwartych jak i zamkniętych.

Po uzyskaniu informacji dotyczących powodu zgłoszenia (i upewnieniu się, że wszystkie główne problemy zostały nakreślone) należy zebrać podczas dalszego wywiadu takie informacje, jak:

- **Historia aktualnego problemu:** jaki był początek, jakie są objawy, czy coś działo się już wcześniej, jakie wtedy podjęto kroki, jak objawy te wpływają na pacjenta/klienta (na ile są cierpieniem, na ile ograniczają jego funkcjonowanie), a jak na jego bliskich,
- **Biografia dziecka i historia jego relacji społecznych:** kiedy i gdzie się urodził, jaki jest skład rodziny (kolejność urodzenia), gdzie mieszka i z kim, historia rozwoju (kamienie milowe), związki i relacje rodzinne, udział rodziny rozszerzonej w opiece nad dzieckiem, w jakim wieku adolescent wszedł w okres dojrzewania, jak przebiega edukacja, jakie ma zainteresowania i jak to się zmienia w związku ze zgłaszanym problemem, jakich ma przyjaciół, jakie ma mocne strony/źródła satysfakcji,

- **Informacje dotyczące stanu zdrowia:** przebieg ciąży, porodu, zdrowie fizyczne od urodzenia (poważne choroby, hospitalizacje, urazy), przewlekłe choroby, przyjmowane leki, niepełnosprawności, wzrok i słuch, ewentualne problemy z odżywianiem, snem, napady padaczkowe, bóle, utraty przytomności itp.,
- **Informacje o rodzinie pod kątem problemów psychicznych i somatycznych,**
- **Ocena stanu psychicznego** (w zależności od wieku): wygląd, postawa ciała, higiena, schludność ubioru, zachowanie (aktywność, drżenie, tiki, manieryzmy, uśmiech, kontakt wzrokowy), nastrój, tok myślenia (skojarzenia, tempo wypowiedzi), treść myślenia (fantazje, obawy, lęki, zmartwienia, omamy, poczucie wartości), mowa (rozumienie, płynność, powtórzenia, artykulacja), pisanie i czytanie, orientacja w czasie i miejscu, pamięć, uwaga i koncentracja, myślenie abstrakcyjne, wgląd i ocena sytuacji,
- **Tematy „delikatne”:** używanie substancji psychoaktywnych, myśli i próby samobójcze, konflikty z prawem i ich konsekwencje, doświadczenia związane z przemocą lub wykorzystaniem seksualnym,
- **Cechy osobowości** (zaobserwować można m.in. cechy impulsywności, uwagę, reakcje na wyznaczanie granic).

Wywiad prowadzony z dzieckiem może mieć formę zabawy (np. z odgrywaniem scenek). W trakcie wywiadu należy szczególnie dbać o dobrostan dziecka (w tym także uwzględnić tematy, które mogą być poruszane z dzieckiem lub przy nim oraz sposób w jaki powinny być omawiane) (Morrison i Flegel, 2018).

1.4. OBSERWACJA

Kolejną istotną metodą diagnozy jest obserwacja. „Najogólniej można określić ją jako przyglądanie się zachowaniu diagnozowanej osoby lub grupy i rejestrowanie wybranych aspektów tego zachowania” (Stemplewska-Żakowicz, s.76). W psychologii wyróżnić można różne rodzaje obserwacji: bezpośrednią i pośrednią, jawną lub ukrytą, laboratoryjną lub naturalną, ustrukturalizowaną lub nieustrukturalizowaną. Klasycznymi sposobami nadawania struktury procesowi obserwacji są:

- Zbieranie próbek czasowych (polega na rejestracji zachowań obserwowanych w określonych odstępach i odcinkach czasu; pozwala zebrać reprezentatywną próbę zachowań);
- Zbieranie próbek zdarzeń (diagnosta skupia się tu na jednym, określonym rodzaju zachowań; metoda pozwala zaobserwować zachowania rzadko występujące, ale istotne);
- Ocena zachowania na skalach (polega na odnotowaniu wystąpienia danego zachowania podczas obserwacji na skali, Stemplewska-Żakowicz, 2016).

1.5. TESTY

Trzecią (obok wywiadu i obserwacji) podstawową metodą diagnozy w psychologii jest stosowanie testów. Test „jest to zdefiniowana procedura zbierania i interpretacji danych, spełniająca wymagania standaryzacji, obiektywności i normalizacji. Testy stosowane w praktyce powinny także mieć udowodnioną empirycznie trafność i rzetelność” (Stemplewska-Żakowicz, 2016, s.15). Tradycyjnie testy klasyfikuje się w zależności od obszaru, jaki badają, w tym: poznawczy, behawioralny, emocjonalny, społeczny. Inne rozróżnienie obejmuje testy obiektywne i projekcyjne (Stemplewska-Żakowicz, 2016).

W klinicznej diagnozie psychologicznej ważne są nie tylko wyniki uzyskane przez badanego, ale także interpretacja dokonana przez diagnostę w oparciu o wybrany model teoretyczny. Poza opisem i oceną aktualnego funkcjonowania (funkcja deskryptywno-ewaluatywna) istotne jest wyjaśnienie patomechanizmu objawów (funkcja eksplanacyjna), ocena rokowań (funkcja predykcyjna) oraz zlecanych oddziaływań korekcyjnych i terapeutycznych (Sitnik-Warchulska i in., 2019). Przyjęte przez psychologa podejście teoretyczne wpływa zarówno na interpretację diagnostyczną jak też wybór sposobu terapii.

ROZDZIAŁ 2. TERAPIA ZABURZEŃ DZIECI I MŁODZIEŻY

Okres dzieciństwa ma znaczenie dla późniejszego przystosowania się, a nieleczone zaburzenia na wczesnym etapie życia w wielu przypadkach przekładają się na poważne problemy w wieku dorosłym. Stąd tak ważna jest terapia psychologiczna. W przypadku dzieci i młodzieży prowadzona jest ona w różnych nurtach, indywidualnie lub w ramach sesji rodzinnych. Niekiedy też podejmuje się pracy z samymi rodzicami, aby to oni potrafili złagodzić objawy zaburzeń dziecka. Publikowane są liczne badania nad skutecznością określonych form terapii, nie ma jednak rozwiązania uniwersalnego (Kendall, 2018).

Każdy nurt terapeutyczny opiera się na określonych podstawach teoretycznych, które pociągają za sobą odmienne sposoby rozumienia zaburzeń i metody ich leczenia.

Do popularnych nurtów terapii należą: nurt psychoanalityczny, poznawczo-behawioralny, humanistyczno-egzystencjalny i systemowy. W ramach nich istnieje wiele szkół, różniących się między sobą pewnymi szczegółami.

Psychoanaliza widzi objawy zaburzeń jako skutki nieświadomych konfliktów i problemów osobowościowych. Terapia polega zatem m.in. na uświadomieniu wypartych treści, odkryciu swoich pragnień i potrzeb, wprowadzenie bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych.

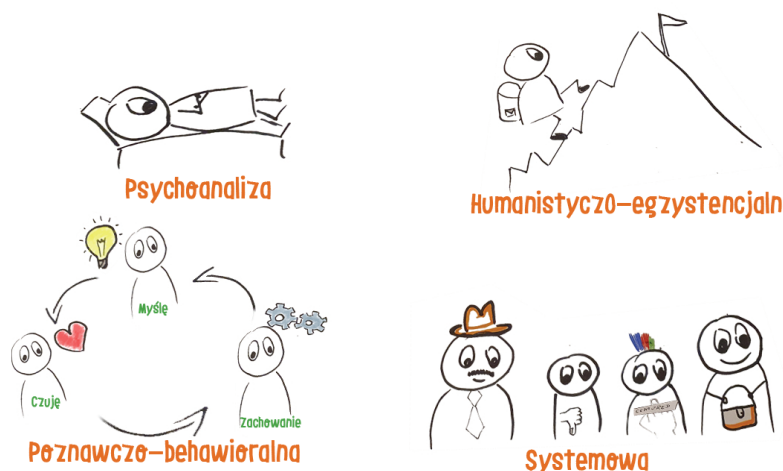
Nurt poznawczo-behawioralny zakłada, że zachowania wywoływane są przez uczucia i nastrój, zależące od sposobu interpretowania wydarzeń. Interpretacje te bywają osadzone na mylnych przekonaniach i zniekształceniach myślenia. Terapia ma zatem zmienić wyuczone schematy zachowania poprzez uczenie się, wytworzyć przystosowawcze metody reagowania, modyfikować znaczenia przypisywane doświadczeniom, wygasić nieadekwatne reakcje (np. lękowe), nauczyć skutecznych sposobów rozwiązywania problemów.

Nurt humanistyczno-egzystencjalny widzi potrzebę rozwoju i dążenie do zaspokojenia potrzeb jako przyczynę określonych zachowań człowieka. Problemy zaś wynikają z przyjęcia norm, stojących w sprzeczności z rzeczywistymi, ważnymi potrzebami oraz niezaspokojenia tychże. Terapia w tym nurcie polega m.in. na rozwijaniu tendencji do samoaktualizacji i zmniejszeniu rozbieżności w obrębie „Ja”.

Nurt systemowy w centrum zainteresowania stawia środowisko rodzinne dziecka, mogące przyczyniać się do powstawania objawów, jak też ich podtrzymywania. Terapia polega na zmianie struktury rodziny (m.in. zaznaczanie granic między podsystemami, zwiększanie klarowności ról), modyfikowaniu zasad systemu rodzinnego, zmian w relacjach emocjonalnych i komunikacji między jego członkami (Jerzak i Zając, 2016).

Tym, co odróżnia terapię dzieci i młodzieży od terapii osób dorosłych jest m.in.: **rola rodziców** (często włączanych w proces terapii w formie terapii rodzinnej lub przynajmniej psychoedukacji), **wykorzystanie zabawy** (jako podstawowej działalności i formy ekspresji dziecka) oraz **problem ze stosowaniem terapii farmakologicznej** (często nie dość zbadanej, dającej skutki uboczne, w wielu przypadkach nieskutecznej) (Kendall, 2018, Kazdin i Weisz, 2006).

Rodzaje terapii



2.1. NAJCZĘSTSZE ZABURZENIA DIAGNOZOWANE U DZIECI I MŁODZIEŻY

Klasyfikacja ICD-10 obejmuje dwie główne kategorie zaburzeń z obszaru zdrowia psychicznego, występujących u dzieci. Są to zaburzenia rozwojowe oraz zaburzenia emocji i zachowania. Do zaburzeń rozwojowych zalicza się niepełnosprawność intelektualną, specyficzne zaburzenia mowy i języka, specyficzne zaburzenia umiejętności szkolnych, dyspraksję, całościowe zaburzenia rozwoju (w tym autyzm), tiki, moczenie nocne, zanieczyszczanie się kałem, jąkanie, zaburzenia odżywiania u niemowląt i dzieci, zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie. Zaburzenia emocjonalne i behawioralne, występujące u dzieci i młodzieży, to m.in.: zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD), zaburzenia zachowania (w tym opozycyjno-buntownicze), mieszane zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zazwyczaj w dzieciństwie, zaburzenia funkcjonowania społecznego (w tym mutyzm wybiórczy), zaburzenia nastroju, lękowe i odżywiania (ostatnie trzy nie są specyficzne dla dzieci i młodzieży; mogą pojawić się w toku całego życia). Klasyfikacja DSM-5 podaje inne rozróżnienie, do kategorii zaburzeń neurorozwojowych zaliczając niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia komunikacji, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia uwagi i nadaktywności, specyficzne trudności w uczeniu się, zaburzenia motoryczne (Grzegorzewska i in., 2016).

2.1.1. Zaburzenia zachowania

Dorośli zwykle zgłaszają się do psychologa z depresją i lękiem. U dzieci jest inaczej. Najczęstszymi przyczynami, dla których dzieci i młodzież obejmowane są pomocą psychologiczną są trudności związane z kontrolowaniem zachowań. Wśród diagnoz z tego obszaru liczną grupę stanowią zaburzenia zachowania. Są one określane jako problem zastępczego odreagowania (acting-out) i obejmują liczne działania antyspołeczne; zawsze łączy się z łamaniem podstawowych praw innych (Kendall, 2018).

Pośród kryteriów zaburzeń zachowania wyróżniono: agresję wobec ludzi i zwierząt (częste znęcanie się, grożenie i zastraszanie, częste rozpoczynanie bezpośrednich bójek, używanie broni, okazywanie fizycznego okrucieństwa, kradzieże bezpośrednio od ofiary, zmuszanie do stosunku płciowego), **wandalizm** (podpalanie, niszczenie własności), **oszustwo i kradzież** (włamania, kłamanie dla uzyskania dóbr lub uniknięcia zobowiązań, kradzież wartościowych przedmiotów) oraz **poważne pogwałcenie reguł** (po 13 roku życia nocowanie poza domem bez zgody rodzica, co najmniej 2 ucieczki z domu, częste wagarowanie). W nowej klasyfikacji DSM-5 dołączono **nowe kryterium ograniczonego odczuwania winy i empatii** (Domurat, 2016).

Zaburzenia zachowania występują częściej u chłopców niż u dziewcząt (proporcja w dostępnych badaniach waha się od 3:1 po 7:1). Różnice dotyczą także początku objawów (u chłopców ujawniają się zwykle przed 10 rokiem życia, zaś u dziewcząt pomiędzy 13 a 16). Podczas gdy u chłopców z rozpoznaniem zaburzeń zachowania powszechnym problemem są kradzieże, dziewczynki prezentują częściej niewłaściwe zachowania seksualne.

Zaburzenia zachowania warunkowane są wieloma czynnikami, wśród których wymienia się:

- indywidualne cechy dziecka, w tym:
 - problemy z nauką,
 - trudności intelektualne,
 - brak umiejętności rozwiązywania problemów,
 - większą skłonność do wybierania rozwiązań ocenianych jako agresywne,
 - zniekształcenia poznawcze w myśleniu o interakcjach społecznych – tu np. przypisywanie innym wrogości, zachęcającej do odwetu;
- cechy rodziców i wzorce ich relacji z dzieckiem, w tym:
 - zaburzeniami u rodziców,
 - odrzuceniem i postawą represyjną wobec dziecka,
 - brakiem nadzoru nad zachowaniem dziecka,
 - konfliktami małżeńskimi i rozwodem.

Istnieje silny związek pomiędzy złymi relacjami rodzic-dziecko a antyspołecznym zachowaniem tego drugiego. Małe umiejętności wychowawcze matek i ojców wywołują zaburzenia zachowania u dzieci i sprzyjają ich trwaniu. Szczególnie zagrożone są dzieci krzywdzone fizycznie; wytwarza się u nich wizja niebezpiecznego świata, w którym przemoc jest akceptowanym sposobem rozwiązywania problemów. Badania przeprowadzone na licznej grupie rodzin (w tym także na bliźniętach) wykazały, że aż 60% zachowań antyspołecznych u dzieci warunkowanych jest niewłaściwymi postawami rodziców.

Zaburzenia zachowania



Czynniki genetyczne – choć są trudne do precyzyjnego ustalenia, wyraźny jest ich wpływ na zachowania antyspołeczne i przestępcze dorastających dzieci. Prawdopodobnie istotne dla wystąpienia objawów zaburzeń zachowania są interakcje czynników wrodzonych i niekorzystnych czynników środowiskowych.

Związek zaburzeń zachowania w dzieciństwie i problemów z przystosowaniem się w dorosłości uzależniony jest od wielu czynników. Dowiedziono natomiast, że jeśli nie zostanie zastosowana terapia, zaburzenia zachowania będą występowały przez minimum 30 kolejnych lat.

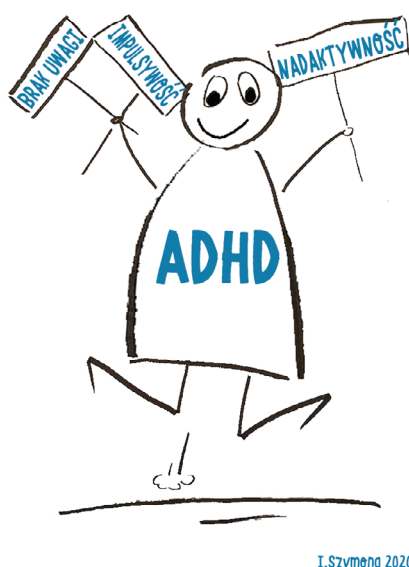
Istnieje kilka możliwych podejść terapeutycznych, pomocnych w leczeniu zaburzeń zachowania. Obejmują one m.in. terapię poznawczo-behawioralną dzieci oraz treningi kompetencji wychowawczych dla rodziców. Szczególnie cenne jest wczesne „wychwytywanie” problemów dzieci i zapobieganie rozwinięciu się zaburzeń zachowania poprzez uczenie dzieci m.in. umiejętności rozwiązywania problemów. Skuteczność terapii jest największa u dzieci młodszych, ponieważ **utrwalone wzorce zachowań trudniej poddają się korekcie** (Kendall, 2018).

Nieco łagodniejszym stanem związanym z zachowaniami acting-out jest **zaburzenie opozycyjno-buntownicze**. Diagnozy te nie mogą być postawione jednocześnie (jeśli występuje zaburzenie zachowania, to pojawiają się i problemy związane z zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym). Podczas gdy zaburzenie opozycyjno-buntownicze jest traktowane w ICD-10 jako rodzaj zaburzeń zachowania, w DSM-5 jest odrębną jednostką. (Kendall, 2018; Domurat, 2016).

2.1.2. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi / zespół hiperkinetyczny (ADHD) jest jednym z najczęstszych zaburzeń dotyczących dzieci. Szacuje się, że ma je 3 do 10% osób. Objawy ADHD obejmują **nieuwagę** (niezdolność do skupienia się), **nadruchliwość** (niedostosowaną lub nadmierną w stosunku do wieku lub sytuacji aktywność) i **impulsywność** (szybkie, nieprzemyślane reakcje, Wolańczyk i in.1999).

Wolańczyk i inni (1999, s. 14) stwierdzają, że dzieci nadpobudliwe mają „za mało zdolności do wewnętrznej kontroli i hamowania”. Ich mózg pracuje odmiennie, uniemożliwiając pełną kontrolę uwagi, ruchów i zachowań.



Zaburzenie to jest często rozpoznawane dopiero u dzieci w wieku szkolnym, gdy prowadzi do zakłóceń w nauce lub problemów w funkcjonowaniu w klasie. Dzieje się tak dlatego, że wiele symptomów nadpobudliwości psychoruchowej, takich jak wysoki poziom aktywności, trudności w pozostawaniu bez ruchu przez długi czas i ograniczony czas koncentracji uwagi są wspólne dla wszystkich małych dzieci. Różnicowanie polega na tym, że nadaktywność i nieuwaga dzieci z ADHD są zauważalnie większe niż zwykle w ich wieku i powodują problemy w funkcjonowaniu w domu, w szkole i w innych środowiskach (McKendry i Godwin, 2016).

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej rozpoznawany jest jako jeden z trzech typów: **nieuważny (inaczej - z deficytem koncentracji uwagi)**, **hiperaktywny /impulsywny (inaczej - z przewagą nadpobudliwości i impulsywności)** lub **kombinowany (inaczej – mieszany)**. Diagnoza opiera się na objawach, które trwają w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, przy wykluczeniu innych poważnych zaburzeń (Pisula i Bryńska, 2014).

Dziewczynki mają ADHD znacznie rzadziej niż chłopcy. Manifestuje się ono u nich inaczej: mniej jest cech impulsywności i nadpobudliwości, a więcej dotyczących zaburzeń koncentracji uwagi. Dziewczynki z ADHD bywają określane jako „marzycielki”, niekiedy też uznaje się je za leniwe bądź mało zdolne, co opóźnia zapewnienie odpowiedniej pomocy i powoduje powikłania (m.in. niską samoocenę, uzależnienia, zaburzenia depresyjne, lękowe) (Jerzak, 2016).

Naukowcy nie zidentyfikowali jeszcze konkretnych przyczyn ADHD. Istnieją dowody na to, że do wystąpienia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej przyczynia się genetyka. Wskazuje na to fakt, że trzy czwarte dzieci nadpobudliwych ma krewnego z tym zaburzeniem. Badania wykazały również, że układ nerwowy dziecka z zespołem hiperkinetycznym dojrzewa o dwa-trzy lata dłużej w porównaniu do innych dzieci. Zauważono także, że osoby z ADHD mogą mieć brak równowagi w poziomie neuroprzekaźników lub te związki chemiczne działają u nich nieprawidłowo (Pisula i Bryńska, 2014). Pozostałe czynniki,

które przyczyniają się do wystąpienia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi to: wcześniactwo, mikrouszkodzenia mózgu, palenie przez matkę tytoniu, używanie alkoholu lub skrajny stres podczas ciąży. Dokładna przyczyna zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi nie jest w pełni zrozumiała, jednak powszechnie uważa się, że odpowiedzialna za jego wystąpienie jest kombinacja czynników (Wolańczyk i in., 1999).

Diagnoza ADHD jest o tyle trudna, że każdy człowiek okresowo może przejawiać problemy w koncentracji uwagi czy nadpobudliwość. W przypadku, gdy objawy zakłócają funkcjonowanie dziecka czy rodziny, wskazane jest bliższe przyjrzenie się problemowi.

Kolejne kroki w procesie diagnozy i terapii obejmują: obserwację dziecka przez nauczycieli i rodziców, diagnozę psychologiczną (wywiad z dzieckiem i rodzicem, analiza dokumentów od nauczycieli, badanie psychologiczne), badanie u lekarza psychiatry (ewentualne inne konsultacje medyczne) i podjęcie decyzji dotyczącej farmakoterapii, zaplanowanie dalszych działań przez zespół specjalistów (ewentualnie wydanie opinii do szkoły), terapię dziecka (terapia psychologiczna/treningi grupowe/dodatkové oddziaływania – trening słuchowy, terapia integracji sensorycznej itp.) oraz psychoedukację rodziców (Jerzak, 2016).

W pracy z dzieckiem z ADHD szczególnie istotne jest stworzenie odpowiednich warunków w otoczeniu szkolnym, obejmujące m.in.: właściwe miejsce w klasie, kontrolowanie i przywoływanie uwagi dziecka, powtarzanie poleceń, dzielenie zadań na etapy, uporządkowanie miejsca nauki, wprowadzenie list kontrolnych, zagospodarowanie potrzeby ruchu, strategię na zapisanie pracy domowej oraz opanowanie hałasu i nudy (Jerzak, 2016, Wolańczyk i in., 1999).

2.1.3. Zaburzenia lękowe

Z wiekiem rośnie złożoność przeżywanych emocji, na co nakładają się coraz większe oczekiwania ze strony otoczenia co do określonej modulacji emocji. Część dzieci nie radzi sobie w tej sytuacji i reaguje zaburzeniem emocjonalnym. Jednym z najczęstszych zaburzeń emocjonalnych okresu dzieciństwa jest zaburzenie lękowe. Od normy odróżnia je skrajność reakcji, trwałość występowania i to, że zakłóca normalne funkcjonowanie. **Symptomy zaburzenia lękowego obejmują przejawy behawioralne, fizjologiczne i poznawcze. Mogą mieć postać somatyczną** - m.in. bóle (brzucha, głowy), napięcie mięśni, uczucie duszności i nie zawsze kojarzone są z lękiem. Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w dzieciństwie jest niezależne od płci, jednak już w okresie dojrzewania proporcja chłopców i dziewcząt z taką diagnozą wynosi 1 do 3.

Strach i lęki są w dzieciństwie powszechne i liczne. W zależności od etapu rozwoju, przybierają różne oblicza. Dzieci w wieku od około 8 miesięcy do 2 lat obawiają się rozłączenia z opiekunem (lęk separacyjny). Pomiędzy 2 a 4 rokiem życia dzieci stają się bardziej niezależne, a niepokój budzą m.in. zwierzęta i ciemność. W kolejnych 2 latach życia wyobrażenia dziecka rozwija się bardzo bujnie, co pozwala mu tworzyć wyobrażenia duchów, potworów i podsuwa niesamowite wyjaśnienia dla słyszanych (zwłaszcza w nocy)

dźwięków. Powyżej szóstego roku życia lęki przybierają bardziej realne kształty: zranień, klęsk żywiołowych, śmierci. U dzieci starszych pojawia się niepokój o to, że coś złego spotka jego samego lub osoby bliskie. Im bliżej wieku dorastania, tym więcej lęków dotyczących braku akceptacji przez grupę rówieśniczą, co ściśle wiąże się z potrzebą akceptacji i przynależności. Naturalny trening radzenia sobie z obawami i lękiem na wczesnych etapach życia to wyzwanie rozwojowe przygotowuje człowieka do pokonywania podobnych trudności w życiu dorosłym.

Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży (tak jak i u dorosłych) występują w różnych postaciach, m.in. jako zespół lęku uogólnionego, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, lękowe zaburzenie separacyjne (Kendall, 2018).

Zespół lęku uogólnionego (zaburzenie lękowe uogólnione) (GAD) cechuje się nierealistycznym i nadmiernym lękiem oraz niepokojem, który nie wiąże się z konkretną sytuacją czy stresem. Dzieci z tą diagnozą martwią się o wszystko, co może się wydarzyć – to jest o swoją przyszłość, aktywność społeczną i rodzinną, zdrowie. Są napięte i nerwowe, drażliwe, skłonne odczytywać wiele rzeczy jako zagrożenie. Mają kłopoty z koncentracją uwagi i snem. Na to zaburzenie zapada około 4% dorosłych, a odsetek dzieci z rozpoznaniem zespołu lęku uogólnionego jest podobny.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD) cechuje się uporczywie nawracającymi, niepożądanymi i narzucającymi się myślami oraz wyobrażeniami (obsesje), powodującymi wyraźny lęk oraz powtarzającymi się czynnościami (kompulsje), mającymi na celu zmniejszyć ten lęk. Obsesje i kompulsje są uporczywe, czasochłonne, powodują cierpienie i pogarszają funkcjonowanie młodej osoby. Najczęstszymi tematami dziecięcych obsesji są zakażenia, brud, przemoc, urazy i tematy religijne. Zwykle (choć nie zawsze) prowadzą one do rytuałów kompulsyjnych takich jak mycie się, układanie, porządkowanie, powtarzanie zadań, sprawdzanie. Badania podłużne prowadzone przez ponad 40 lat wykazały, że wczesny początek zaburzenia (przed 20 rokiem życia) wiąże się ze słabszym rokowaniem (mniej przypadków wyzdrowienia) (Kendall, 2018).

Lękowe zaburzenie separacyjne (lęk przed separacją w dzieciństwie, SAD) jest specyficzne dla dzieci. Cechują je nadmierne obawy dotyczące rozdzielenia z osobami bliskimi. Od zwykłych zachowań (takich jak odmawianie spania poza domem czy chęć przebywania blisko rodzica) lękowe zaburzenie separacyjne różni się stałą i nierealistyczną obawą, że coś stanie się obiektowi jego przywiązania. Niesie ze sobą pogorszenie funkcjonowania i wyraźne cierpienie. Należy pamiętać, że rozpoznanie zależy od wieku dziecka. Na przykład potrzeba bycia wtulonym w rodzica czy noszonym jest naturalna, a lęk separacyjny we wczesnym dzieciństwie pojawia się i słabnie jako część zwykłego rozwoju. Wykazano, że lękowe zaburzenie separacyjne może przełożyć się na zespół paniki z agorafobią w dorosłości (Kendall, 2018).

W diagnozie zaburzeń lękowych posługujemy się metodami samoopisowymi, ustrukturalizowanymi wywiadami diagnostycznymi oraz ocenami dokonywanymi przez rodziców i nauczycieli (Kendall, 2018).

Pośród wydanych w Polsce metod można wymienić: STAIC z normami dla osób w wieku 10-14 lat, mierzący lęk jako stan i lęk jako cechę (Jaworowska, 2005), SOZL – Skale Objawowe Zaburzeń Lękowych uwzględniające dzieci od 3 roku życia, młodzież i dorosłych (Sajewicz-Radtke, 2012).

Czynniki, które wpływają na rozwój emocjonalny to m.in. predyspozycje genetyczne, zaburzenia rodziców, urazy, doświadczenia związane z rozwojem poznawczym i uczeniem się zachowań, a także relacje rodzinne i rówieśnicze. Zaburzenia lękowe tłumaczy się zatem najczęściej warunkami biologicznymi (genetycznie warunkowane zdają się być proste fobie a nie lęk uogólniony), poznawczymi, behawioralnymi i rodzinnymi (m.in. teorie dotyczące rodziców nadmiernie kontrolujących lub zachęcających dzieci do rozwiązywania problemów poprzez unikanie).

Podstawą wyjaśnienia zaburzeń lękowych w nurcie poznawczym jest nadawanie światu znaczeń w sposób dysfunkcyjny: np. poprzez irracjonalne, nadmierne oczekiwania wobec siebie („a co, jeśli nie będę najlepszy?”), spostrzeganie zagrożeń w rozmaitych sytuacjach. Nurt behawioralny najczęściej tłumaczy zaburzenia lękowe w oparciu o warunkowanie klasyczne (np. lękowy uczeń pozostaje w klasie, by uniknąć dokuczania na przerwie, choć dzieci od dawna mu już nie dokuczają) oraz modelowanie (dziecko staje się lękowe obserwując rodziców i słuchając ich interpretacji zdarzeń: np. gdy tata przechodzi na drugą stronę ulicy by nie mijając grupy osób modeluje tego rodzaju zachowanie u syna).

Terapia zaburzeń lękowych również prowadzona jest w kilku nurtach. Programy poznawczo-behawioralne łączą zdolność panowania nad pobudzeniem z ekspozycją na sytuacje wywołujące lęk. Dzieci uczą się rozpoznawać, co powoduje lęk, jakie są ich reakcje (poznawcze, behawioralne i emocjonalne), jak osiągać stan relaksacji i łagodzić stan pobudzenia lękowego. Gdy już się tego nauczą, ćwiczą swoje nowe zdolności w realnych sytuacjach o różnym stopniu trudności. Przykładem gotowego programu terapii zaburzeń lękowych, wydanego w Polsce, jest „Zaradny kot” Philipa C. Kendalla. Dostępny jest podręcznik terapeuty i zeszyt ćwiczeń dla dziecka. Terapia behawioralna zaburzeń lękowych (np. fobii szkolnej) zakłada uczenie dzieci strategii radzenia sobie wraz z doświadczaniem konsekwencji własnych zachowań. Istotne dla powodzenia terapii, bez względu na nurt w jakim się odbywa, jest włączenie do niej rodziców dziecka. Warto wspomnieć, że w leczeniu zaburzeń lękowych stosuje się niekiedy terapię farmakologiczną (Kendall, 2018).

2.1.4. Mutyzm wybiórczy

Mutyzm wybiórczy to zaburzenie rozpoczynające się zwykle w wieku przedszkolnym. Polega ono na tym, że **dziecko nie mówi w określonych sytuacjach** (np. w szkole czy przedszkolu), podczas gdy porozumiewa się swobodnie wśród osób bliskich, w domu. W wywiadzie rodzinnym często pojawia się fobia społeczna lub mutyzm wybiórczy u członków rodziny (Morrison, 2016).

Mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem, co do którego od lat toczyły się i nadal toczą dyskusje – zarówno w kontekście etiologii, kryteriów diagnozy jak i sposobów terapii. W obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 mutyzm wybiórczy zaliczany jest do podgrupy „zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynających

się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym”. ICD-10 traktuje mutyzm wybiórczy za problem zdrowotny ograniczony wyłącznie do wieku dziecięcego. W nowszych klasyfikacjach (DSM-5) mutyzm określany jest jako odmiana zaburzeń lękowych, które mogą wystąpić w różnych okresach życia.

Aby stwierdzić u dziecka mutyzm wybiórczy (zgodnie z ICD-10):

1. ekspresja i rozumienie języka oceniane wg standaryzowanych testów muszą mieścić się w granicach dwóch odchyłeń standardowych,
2. możliwa do potwierdzenia musi być niemożność mówienia w specyficznych sytuacjach, w których mówienie jest od dziecka oczekiwane (np. w szkole), pomimo mówienia w innych sytuacjach,
3. czas trwania wybiórczego mutyzmu musi przekraczać 4 tygodnie,
4. nie mogą występować żadne z całościowych zaburzeń rozwojowych,
5. zaburzenia nie można wyjaśnić brakiem znajomości języka mówionego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia (Holka-Pokorska i in., 2018).

W mutyzmie wybiórczym oprócz niemówienia występują często i inne problemy, takie jak: wybiórczość pokarmowa, wycofanie z aktywności w grupie (wrażenie „zamrożenia”), trudności w sygnalizowaniu potrzeb fizjologicznych, tiki, przywiązanie do schematów, kłopoty z integracją sensoryczną.

DSM-5 umieszcza mutyzm wybiórczy w kategorii zaburzeń lękowych. Świadczy to o tym, iż za nieuprawnione uznano dawne poglądy, że za niemówienie odpowiadał bunt czy nieposłuszeństwo dziecka.

Szczególnie istotna jest wczesna diagnoza mutyzmu i szybka interwencja terapeutyczna, ponieważ w przeciwnym razie wzorzec reagowania niemówieniem w sytuacjach wywołujących lęk utrwali się. W terapii mutyzmu wybiórczego niezbędna jest współpraca rodziców, nauczycieli i terapeutów. Głównym miejscem terapii jest przedszkole lub szkoła (Morrison, 2016, Andrzejewska, 2016). Najczęściej wykorzystuje się metody poznawczo-behawioralne, z technikami wygaszania bodźca, modelowania i desensytyzacji (Bystrzanowska, 2018).



2.1.5. Depresja

Depresja to zaburzenie emocjonalne niosące ze sobą liczne negatywne skutki, takie jak pogorszenie funkcjonowania społecznego, problemy w nauce, a niekiedy zwiększone ryzyko samobójstwa. Dawniej uważano, że depresja dotyczy tylko dorosłych; dziś oczywiste jest, że cierpią na nią także dzieci, choć sposób przejawiania się tego zaburzenia jest u nich nieco inny. **Młodsze dzieci są bardziej od dorosłych drażliwe i częściej mają objawy fizyczne. U młodzieży symptomy mają dość subiektywny charakter; odczuwają oni bezradność i pesymizm.** Proporcja pomiędzy chłopcami a dziewczętami jest równa we wczesnym dzieciństwie, zaś w wieku adolescencji zmienia się na 1:2. Bardzo częste jest zjawisko tzw. współzachorowalności, tj. współwystępowanie innych zaburzeń. Najczęściej są to zaburzenia lękowe, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych lub zaburzenia z zachowaniami niszczy-cielskimi.

Objawy depresji dotyczą sfery emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej. Często towarzyszą im problemy somatyczne, zwłaszcza bóle głowy.

W sferze emocjonalnej występują m.in. przygnębienie, rozdrażnienie, anhedonia, poczucie winy, niepokój. W sferze poznawczej obserwuje się problemy w koncentracji uwagi, męczliwość, pesymizm, bezradność, negatywną ocenę wydarzeń. W sferze behawioralnej zauważalne jest wycofanie społeczne, problemy ze snem i apetytem, ograniczenie zainteresowań, a niekiedy próby samobójcze.

Aaron Beck za osiowy mechanizm depresji uznał tzw. triadę depresyjną, obejmującą negatywny obraz siebie, świata i przyszłości. Objawy te napędzają siebie nawzajem na zasadzie błędnego koła, pogłębiając cierpienie (Ambroziak i in., 2016).

Pośród metod diagnozy depresji u dzieci i młodzieży stosowane są wywiady ustrukturalizowane, kwestionariusze samoopisu, techniki nominowania przez rówieśników oraz skale dla rodziców i nauczycieli. Ze względu na duże różnice pomiędzy tymi miarami, szczególnie istotna jest własna relacja dziecka dotycząca jego doznań (Kendall, 2018).

W Polsce dostępny jest m.in. Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży - CDI 2 Marii Kovacs dla dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat (Wrocławska-Warchała i Wujcik, 2016).

Jeśli chodzi o przyczyny depresji u dzieci, istnieją liczne dowody jej genetycznych uwarunkowań. Istotne znaczenie mają także czynniki środowiskowe. Modele poznawcze skupiają się na stylach atrybucyjnych, stosowanych przez osobę dla wyjaśnienia przykrych doświadczeń. Dowodzą, że depresja wiąże się z negatywnym obrazem siebie, świata i przyszłości. Dzieci depresyjne osądzają siebie same w sposób tendencyjnie surowy. Badania potwierdzają, że dzieci zdrowe potrafią radzić sobie z dyskomfortem emocjonalnym, podczas gdy ich depresyjni rówieśnicy wybierają takie strategie jak odwracanie uwagi. Dzieci z depresją rzadziej też uważają, że negatywny nastrój można zmienić. Behawioryści przyjmują, że do emocjonalnego smutku prowadzi m.in. rzadkie otrzymywanie wzmocnień i brak przyjemnych wydarzeń. Uznany wyjaśnieniem depresji jest model podatność-stres zakładający, że na biologiczno-genetyczne predyspozycje nakładają

się problemy rodzinne i zniekształcenia poznawcze osoby. Z depresją u dzieci często wiąże się np. rozpad rodziny. Szczególnie duże prawdopodobieństwo tego zaburzenia występuje u dzieci, które mają negatywne nastawienie do siebie: czują się niechciane, niekochane lub nie czują się bezpiecznie. Nawrót depresji w wieku dorosłym występuje u około 60% osób leczonych w okresie dzieciństwa.

Choć jednym z głównych sposobów leczenia depresji u dorosłych jest farmakoterapia, to u dzieci nie jest ona jak dotąd uznana za jednoznacznie skuteczną. W terapii stosuje się różne podejścia, choć nie wszystkie poddane są ocenie efektywności. Obiecujące są wyniki terapii poznawczo-behawioralnej. Korzyści przynosi m.in. pomoc w planowaniu i opracowaniu harmonogramu dających satysfakcję aktywności, nauka podchodzenia do trudności jako problemów do rozwiązania, kontrolowanie depresyjnego myślenia, ćwiczenie zdolności rozwiązywania konfliktów, polepszanie charakteru interakcji społecznych. Ważna jest także terapia rodzin i psychoedukacja osób z otoczenia dziecka (Kendall, 2018).

2.1.6. Zaburzenia odżywiania

Chociaż wielu rodziców martwi się kwestią karmienia niemowlęcia i małego dziecka, a problemy z jedzeniem są na tym etapie powszechne, w rzeczywistości tylko 1 do 2 % dzieci wykazuje utrwalone problemy związane z tym obszarem, prowadzące do słabego przybierania na wadze lub wręcz jej spadku pomimo dobrego ogólnego stanu zdrowia. Za trudności te odpowiadają wzajemne oddziaływania czynników fizjologicznych, społecznych i behawioralnych. Badacze podkreślają m.in. wpływ niereagowania na potrzeby niemowlęcia oraz walkę o kontrolę rodzica nad jedzeniem. Leczenie tego rodzaju zaburzeń opiera się zwykle o pracę z rodzicem, psychoedukację i modelowanie właściwych zachowań. Istotne jest odpowiadanie na potrzeby dziecka, niestosowanie rozwiązań siłowych, tolerancja dla zróżnicowanego stylu odżywiania się dziecka, proponowanie różnorodnych pokarmów w atrakcyjnej formie i miłej atmosferze (co będzie stanowiło dla dziecka zachętę do jedzenia urozmaiconych potraw) (Kendall, 2018).

Zaburzeniami odżywiania, których zdecydowanie nie można bagatelizować, są **anoreksja (jadłowstręt psychiczny)** i **bulimia (żarłoczność psychiczna)**. Zaburzenia te zwykle rozpoczynają się przed osiągnięciem dorosłości, ale często utrzymują się dłużej. Często łączą się z innymi zaburzeniami emocjonalnymi i behawioralnymi. Niosą też ze sobą poważne konsekwencje dla zdrowia fizycznego. Występowanie tego zaburzenia w okresie dojrzewania jest nieprzypadkowe – burzliwe zmiany biologiczne są wówczas konfrontowane z wyzwaniem psychospołecznymi.

„Utrata apetytu na tle nerwowym”, czyli dosłowne tłumaczenie określenia „anorexia nervosa” niedokładnie opisuje charakter zaburzenia. Cierpiące na nie osoby zwykle odczuwają bowiem głód, jednak chcąc stale kontrolować swoje ciało unikają jedzenia. **Anoreksja cechuje się silnym lękiem przed otyłością, zaburzeniem spostrzegania własnego ciała, odmową utrzymywania normalnej wagi ciała, a u kobiet także zanikiem miesiączki.** Niektóre grupy osób (sportowcy – w tym dżokeje, skoczkowie narciarscy czy tancerki) są szczególnie narażone na wystąpienie tego zaburzenia. Średni wiek pojawienia się anoreksji

to 17 lat; ryzyko jest wysokie pomiędzy 14 a 18 rokiem życia, a u kobiet występuje 10 razy częściej niż u mężczyzn. W około 2/3 przypadków osiąga się skuteczne wyleczenie, jednak należy pamiętać, że zaburzenie to prowadzi do poważnych zmian fizycznych, a w około 5% przypadków do śmierci (Kendall, 2018).

Sygnaly, których nie powinno się lekceważyć, to m.in.:

- lęk przed przytyciem
- nieprawidłowe ocenianie swej sylwetki
- lekceważenie konsekwencji nagłego chudnięcia
- jedzenie w samotności
- wymyślanie sposobów na ominięcie posiłku
- przejście na dietę (niekoniecznie typowo odchudzającą)
- objawy fizyczne, np. uczucie zimna, szara skóra, omdlenia, zaburzenia rytmu serca
- objawy psychologiczne: początkowo euforia i duma, z czasem rozdrażnienie, apatia (Smólska-Łynka, 2016).

Anoreksja wiąże się często ze wzmożoną potrzebą kontroli, neurotyzmem, obsesjami i kompulsjami, uległością, perfekcjonizmem, problemami szkolnymi. Wśród czynników wiązanych z powstawaniem anoreksji badacze wymieniają zaburzenia interakcji matka-dziecko i chęć odzyskania kontroli przez dziecko, a także sztywność, nierozwiązane konflikty i uwikłanie w systemie rodzinnym (oznacza to, że członkowie rodziny nie mają odrębnej tożsamości; niejedzenie przez dziecko jest formą buntu wobec braku możliwości uzyskania autonomii lub sposobem na utrzymanie stabilności w rodzinie). Innym wyjaśnieniem anoreksji jest lęk powiązany z unikaniem jedzenia. W dalszym etapie zainteresowanie i troska otoczenia wobec niejedzenia dziecka stanowi dla niego pozytywne wzmocnienie. Badacze podkreślają również rolę nacisku kulturowego i społecznego na bycie szczupłym (media, a w ostatnich czasach szczególnie media społecznościowe). Znany jest także poznawczy model anoreksji, wskazujący na zaburzenia myślenia, wyrażające się w przeświadczeniu o konieczności bycia chudym. Dążenie do tego ma złagodzić dysfориę, niskie poczucie wartości czy bycia izolowanym, częste u nastolatków. Chudnięcie daje poczucie sprawstwa, ale prowadzi do autodestrukcji. W poszukiwaniu przyczyn anoreksji nie można bagatelizować także czynników biologicznych: w tym predyspozycji genetycznych, problemów hormonalnych i zakłóceń funkcjonowania mózgu (funkcje jedzenia kontroluje przede wszystkim struktura zwana podwzgórzem; jej uszkodzenie u zwierząt doświadczalnych powodowało ich zagłodzenie się na śmierć) (Kendall, 2018).

Bulimia, czyli żarłoczność psychiczna cechuje się brakiem kontroli nad jedzeniem oraz szybkim zjadaniem wielkich ilości jedzenia. Po ataku następuje próba pozbycia się przyjętych kalorii (poprzez wymioty, intensywne ćwiczenia, głodówki, stosowanie środków przeczyszczających itp.). Bulimia występuje znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn, jednak w przeciwieństwie do anoreksji pojawia się w późnym

okresie adolescencji (nieznacznie powyżej 18 roku życia). Oba zaburzenia często współwystępują ze sobą, stąd tocząca się dyskusja, czy nie są różnymi formami tego samego zaburzenia.

Omówione wcześniej modele wyjaśniające powstawanie anoreksji odnoszone są zwykle także do bulimii. Mówi się tu m.in. o konfliktowych relacjach w rodzinie, a także roli czynników poznawczych. Normalne jedzenie opiera się na poczuciu głodu (jem, bo czuję głód), natomiast osoby kontrolujące spożywanie pokarmu ignorują sygnały głodu i nasycenia, opierając się na przesłankach poznawczych („powinam zjeść/ nie powinam już jeść”). Zwykle uznaje się, że za ujawnienie się bulimii, podobnie jak innych zaburzeń, odpowiada współdziałanie czynników biologicznych i środowiskowych.

Terapia anoreksji i bulimii przebiega zwykle w nurtach: psychodynamicznym, behawioralnym, poznawczym i rodzinnym-systemowym. Ponadto stosuje się także hospitalizację, farmakoterapię, modyfikowanie diety, a nawet przymusowe odżywianie.

Obiecujące są wyniki terapii psychodynamicznej i terapii systemowej. Skuteczne okazały się także programy poznawczo-behawioralne, obejmujące m.in. modyfikację wzorców odżywiania się, a także trening rozpoznawania i redukcji fałszywych przekonań oraz oczekiwań. Najbardziej uzasadnione wydaje się leczenie wieloaspektowe (Kendall, 2018).

2.1.7. Niepełnosprawność intelektualna.

Termin „niepełnosprawność intelektualna” został wprowadzony do użycia w roku 1997 przez Amerykańskie Stowarzyszenie do Badań nad Niepełnosprawnością Intelektualną i Rozwojową - AAIDD (dawniej Międzynarodowe Stowarzyszenie do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym - AAMR). Ponieważ jednak w Polsce nadal wiążące są kryteria diagnostyczne klasyfikacji ICD-10, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia, spotyka się jeszcze przestarzałe określenie „upośledzenie umysłowe” (także w oficjalnych dokumentach). Nowa klasyfikacja ICD-11 ma obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku. Pojawi się w niej nowe określenie: „zaburzenie rozwoju intelektualnego”.

Zgodnie z definicją podaną przez AAMR (obecnie AAIDD), a przyjętą przez WHO (ICD-10), **upośledzenie umysłowe to istotne ograniczenie w aktualnym funkcjonowaniu. Charakteryzuje się znaczącym obniżeniem funkcjonowania intelektualnego i współwystępującym z nim ograniczeniem zachowania adaptacyjnego w co najmniej dwóch z następujących obszarów: komunikowanie się, samoobsługa, życie domowe, społecznienie, użytkowanie dóbr społecznych, samodzielność, zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolne, czas wolny i praca. Upośledzenie umysłowe pojawia się przed 18 rokiem życia** (Tucholska, 1998).

Aby zatem stwierdzić niepełnosprawność intelektualną, znacząco gorszemu od średniej funkcjonowaniu intelektualnemu (iloraz niższy od 70) musi towarzyszyć deficyt w obszarze zachowań adaptacyjnych. Należy pamiętać, że wynik pojedynczego testu nie może przesądzić o postawieniu takiej diagnozy. Biorąc pod uwagę sam iloraz inteligencji, do osób niepełnosprawnych intelektualnie musielibyśmy zaliczyć

3% populacji. Gdy zaś do diagnozy dołączymy ocenę zachowań adaptacyjnych, wskaźnik ten spada do 1%. Liczba mężczyzn z niepełnosprawnością intelektualną jest wyższa niż kobiet (proporcja 3:1).

Z niepełnosprawnością intelektualną współwystępują często także inne zaburzenia i problemy, takie jak trudności w poruszaniu się, mowie, widzeniu i słyszeniu, porażenie mózgowie, epilepsja. Co piąty dorosły z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej cierpi na zaburzenia lękowe. Podobny jest odsetek osób z zaburzeniami zachowania lub zachowaniami antyspołecznymi. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną mają dodatkowe zaburzenia zdrowia psychicznego nawet 4 razy częściej niż dzieci w pełni sprawne. Wynika to prawdopodobnie z mniejszych zdolności radzenia sobie ze stresem, ograniczonych możliwości środowiskowych i współwystępujących problemów rodzinnych (Morrison, 2016).

Pośród przyczyn niepełnosprawności intelektualnej wymienia się wady genetyczne, oddziaływania chemiczne, uszkodzenia układu nerwowego, wrodzone wady metaboliczne oraz choroby przebyte w dzieciństwie (Kendall, 2018).

W diagnozie poziomu intelektualnego stosuje się ocenę kliniczną oraz indywidualne testy inteligencji. Aktualnie w polskiej adaptacji dostępne są m.in. Skale Inteligencji i Rozwoju IDS oraz Skala Inteligencji Stanford-Binet 5. W najbliższym czasie pojawi się także nowa wersja skali Wechslera (Sitnik-Warchulska i in., 2019). Zgodnie z zapowiedziami Pracowni Testów Psychologicznych PTP, wkrótce dostępne będzie także narzędzie ABAS-3. System Oceny Zachowań Adaptacyjnych, uzupełniający diagnozę niepełnosprawności intelektualnej o aspekt przystosowania społecznego.

Wyróżnia się 4 stopnie niepełnosprawności intelektualnej, zależne od poziomu doświadczanych przez osobę trudności. W najnowszych klasyfikacjach odchodzi się od kryteriów liczbowych, stanowiących wynik testu inteligencji, ale w ICD-10 jeszcze one występują.



Lekka niepełnosprawność intelektualna (według ICD -10: iloraz od 50 do 69) powoduje, że dzieci uczą się powoli. Do dorosłości są w stanie osiągnąć umiejętności szkolne w okolicach poziomu klasy szóstej. Wymagają wówczas pewnego wsparcia w radzeniu sobie z codziennymi sytuacjami (jak płacenie rachunków, zapewnienie sobie lokum, robienie zakupów), co niekiedy odbija się na ich relacjach osobistych. Wiele spośród tych osób pracuje zawodowo i jest dość niezależnych. Mogą mieć dobrą pamięć i zdolności językowe, zwykle jednak nie radzą sobie z koniecznością myślenia abstrakcyjnego. Stanowią około 85% ogółu osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Umiarkowana niepełnosprawność intelektualna (według ICD -10: iloraz od 35 do 49) sprawia, że dziecko różni się wyraźnie od zdrowych rówieśników we wszystkich obszarach funkcjonowania. Rozwój językowy postępuje u nich powoli. Dzieci te mogą nauczyć się pisać oraz dokonywać prostych obliczeń. Często nie odczytują właściwie sygnałów społecznych. Mogą podejmować pracę przy pomocy innych osób, zwykle w zakładach pracy chronionej. Stanowią około 10% ogółu osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Znaczna niepełnosprawność intelektualna (według ICD -10: iloraz od 20 do 34) wiąże się koniecznością nadzoru we wszystkich czynnościach, nawet takich jak ubieranie się czy mycie. Osoby z takim nasileniem niepełnosprawności mogą nauczyć się pojedynczych słów, krótkich zwrotów, realizując proste zadania przy wsparciu innych. Stanowią około 5 % ogółu osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Głęboka niepełnosprawność intelektualna (według ICD -10: iloraz poniżej 20) oznacza możliwość komunikacji co najwyżej za pomocą gestów i zwykle powiązana jest z niepełnosprawnością czuciową lub ruchową. Osoby z takim nasileniem niepełnosprawności są całkowicie zależne od otoczenia, choć niekiedy mogą pomagać w prostych pracach. Pośród osób z niepełnosprawnością intelektualną stanowią 5 % ogółu. Przyczyną głębokiej niepełnosprawności intelektualnej najczęściej jest ciężkie zaburzenie neurologiczne.

Terapia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną nie zmierza do ich wyleczenia, ale poprawy funkcjonowania w obszarze poznawczym. Szczególną rolę odgrywają tu oddziaływania środowiskowe, stymulujące rozwój oraz odpowiednie oddziaływania edukacyjne. Istotne są także rozpoznawanie i terapia powiązanych z niepełnosprawnością zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych. (Morrison, 2016, Kendall, 2018, WHO, 2008).

2.1.8. Zaburzenia uczenia się

Zaburzenia uczenia się (zwane też specyficznymi trudnościami w uczeniu się) oznaczają problemy w przyswajaniu umiejętności takich jak pisanie, czytanie i liczenie. Poziom tych umiejętności nie jest zgodny z wiekiem dziecka ani jego ogólnym poziomem intelektualnym i nie da się tego wyjaśnić czynnikami takimi jak kultura czy brak możliwości edukacyjnych. Mówiąc w skrócie, zaburzenia uczenia się polegają na rozbieżności pomiędzy potencjałem dziecka a jego wynikami w nauce.

Dzieci z zaburzeniami uczenia się są bardziej podatne na problemy emocjonalne i behawioralne. Szczególnie często trudności w uczeniu się współwystępują z ADHD, zaburzeniami ze spektrum au-

tyzmu, dyspraksją, zaburzeniami komunikacji, lękowymi i nastroju. Specyficzne trudności w uczeniu się należy natomiast odróżnić od trudności wynikających z niepełnosprawności intelektualnej czy zaniedbań środowiskowych. Zaburzenia te nie mogą również wynikać bezpośrednio z nieskorygowanej wady wzroku lub słuchu albo zakłóceń funkcji neurologicznych.

Dysleksja rozwojowa to zaburzenie, pojawiające się na wczesnym etapie życia. Jest pojęciem szerokim; może mieć różne formy i różne nasilenie. Nie da się jej leczyć, ale dzięki odpowiednio dobranym ćwiczeniom można ją łagodzić.

Dysleksja rozwojowa obejmuje kilka rodzajów zaburzeń: dysleksję (w wąskim znaczeniu jako specyficzne trudności w czytaniu), dysortografię (jako specyficzne trudności w pisaniu), dysgrafię (jako specyficzne trudności w opanowaniu technicznej strony pisma). Zaburzenia te mogą występować pojedynczo lub łączyć się ze sobą.

Przyczyny dysleksji usiłują wyjaśnić różne koncepcje, w tym:

- genetyczna (tłumaczy zaburzenie dziedzicznymi zmianami w układzie nerwowym),
- organiczna (za przyczynę podaje zmiany strukturalne tkanki mózgowej o charakterze mikrouszkodzeń, będących wynikiem niekorzystnych czynników w okresie okołoporodowym i wczesnym niemowlęctwie),
- koncepcja opóźnionego dojrzewania centralnego układu nerwowego (zwraca uwagę na zwolnione tempo dojrzewania okolic mózgu związanych z procesem pisania i czytania),
- hormonalna (oparta o powiązanie nadprodukcji testosteronu w okresie prenatalnym z blokowaniem rozwoju lewej półkuli mózgowej),
- koncepcja psychodysleksji (trudności w nauce tłumaczy zaburzeniami emocjonalnymi; badania wskazują jednak na odwrotną zależność: problemy emocjonalne są raczej konsekwencją a nie przyczyną dysleksji),
- koncepcja polietologiczna (wskazująca na wieloprzyczynowość specyficznych trudności w uczeniu się).

Znane są rozmaite typologie dysleksji. Jedną z nich, kierując się rodzajem zaburzonej funkcji, wyodrębnia cztery typy dysleksji rozwojowej:

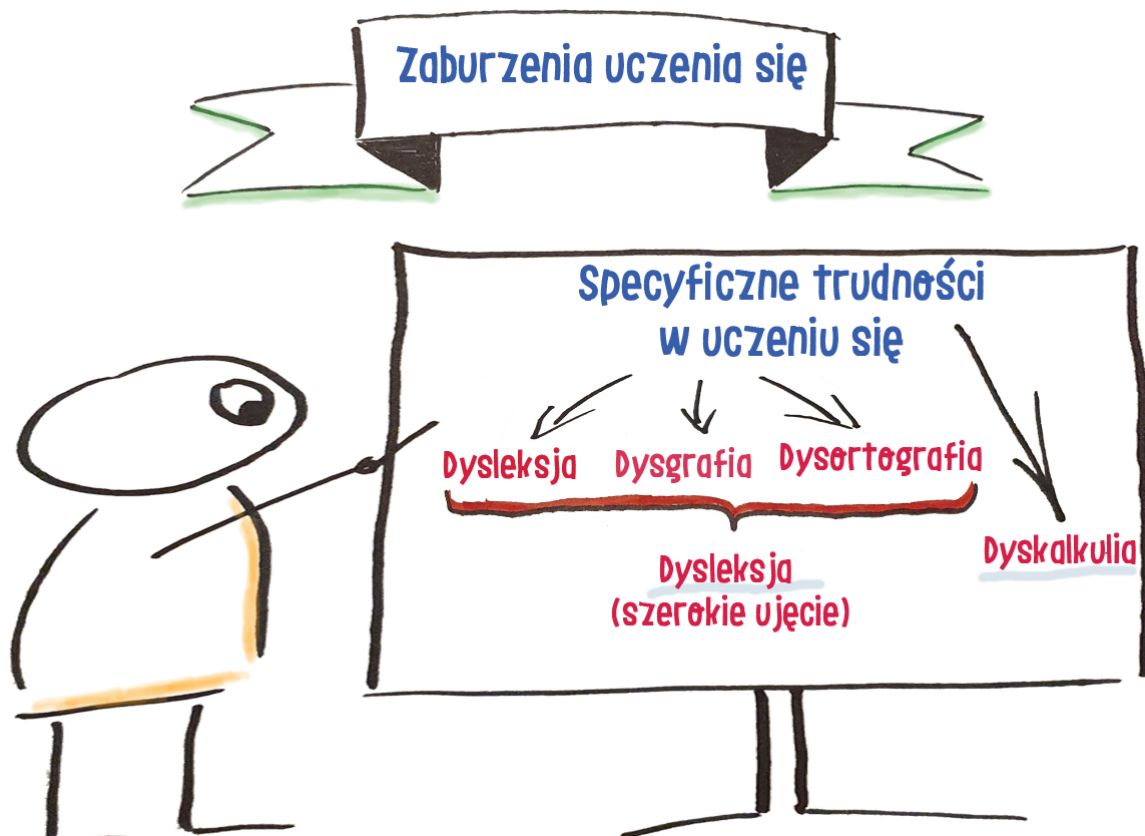
- typu wzrokowego (z zakłóceniami percepcji i pamięci wzrokowej)
- typu słuchowego (z zakłóceniami percepcji i pamięci słuchowej, często powiązanych z zakłóceniami funkcji językowych)
- typu mieszanego (zakłócenia w kilku obszarach)
- typu integracyjnego (z zakłóceniami koordynacji funkcji).

Adekwatnie do zdiagnozowanego typu planuje się ćwiczenia dla dziecka z dysleksją.

Ostateczna diagnoza dysleksji rozwojowej stawiana jest po ukończeniu przez dziecko kształcenia zintegrowanego. Wcześniej można mówić o ryzyku dysleksji czy też dysharmoniach rozwoju. Im wcześniej dostrzeżony będzie problem, tym większe szanse na skuteczne oddziaływania stymulujące właściwy rozwój i korekcyjno-kompensacyjne, co wynika z plastyczności układu nerwowego dziecka. Diagnoza dysleksji stawiana jest w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i jest interdyscyplinarna. Jej etapy to:

1. Analiza dokumentacji (opinie nauczycieli, wnioski rodzica, materiały z pracy terapeutycznej itp.);
2. Wywiad z rodzicami dotyczący rozwoju, funkcjonowania i sytuacji dziecka;
3. Badanie psychologiczne, obejmujące ocenę poziomu intelektualnego, poszczególnych funkcji percepcyjnych, językowych, motorycznych i ich integracji, a także sfery emocjonalno-motywacyjnej dziecka;
4. Badanie pedagogiczne, obejmujące ocenę poziomu opanowania umiejętności szkolnych oraz specyfiki problemów w uczeniu się (w oparciu o próby pisania i czytania, testy oraz analizę zeszytów i innych wytworów dziecka).

Niekiedy konieczne są dodatkowe konsultacje (logopedyczna, okulistyczna, laryngologiczna, neurologiczna, psychiatryczna).



Efektem współpracy specjalistów jest diagnoza, często zapisana w formie opinii, zawierającej opis wyników badań, mocnych stron (potencjałów rozwojowych) i słabych stron rozwoju dziecka oraz zaleceń do pracy na terenie szkoły i domu.

Wśród zaburzeń uczenia się wyróżniono także specyficzne zaburzenie umiejętności arytmetycznych (dyskalkulia). Przejawia się ono jako niezdolność do rozumienia pojęć leżących u podstaw operacji matematycznych, problemy w rozumieniu terminów i znaków matematycznych, niezdolność do rozpoznawania symboli liczbowych, trudności w wykonywaniu standardowych działań arytmetycznych, niemożność opanowania tabliczki mnożenia itp. (Szkolak-Stępień, 2018, Morrison, 2016).

2.1.9. Zaburzenia zachowania

Zaburzenie ze spektrum autyzmu (ASD) (pod taką nazwą występuje w DSM-5) to zaburzenie neurorozwojowe, obejmujące wiele objawów i różny stopień ich nasilenia. Problemy występują w 3 obszarach: komunikacji, interakcji społecznych i wzorców aktywności. W szerokim pojęciu „spektrum autyzmu” mieszczą się zarówno osoby niepełnosprawne intelektualnie, niemówiące, o bardzo ograniczonym kontakcie z innymi ludźmi, jak też wybitnie uzdolnione, elokwentne, na pozór neurotypowe (co nie znaczy, że ich funkcjonowanie nie jest poważnie zaburzone).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu pojawiają się we wczesnym dzieciństwie, choć objawy mogą stać się wyraźne później, w związku z rosnącymi wymaganiami społecznymi (Morrison, 2016; Pisula, 2014).



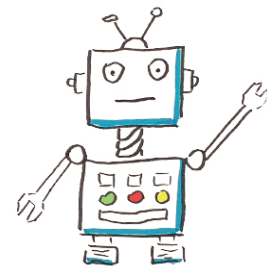
Zaburzenie w obszarach

Komunikacji



Interakcji Społecznych

Wzorców aktywności



Szymona, 2020

Do przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu zalicza się czynniki genetyczne i środowiskowe oraz ich interakcję. Badacze wskazują na prawdopodobieństwo dziedziczenia pewnej niekorzystnej kombinacji genów, a także nieprawidłowości strukturalnych i funkcjonalnych w obrębie układu nerwowego. Niegdyś głoszone teorie dotyczące wpływu przeżytej traumy lub niewłaściwych postaw rodzicielskich w etiologii autyzmu nie znalazły potwierdzenia w badaniach (Goodmann i Scott, 2003; Grzegorzewska i in., 2016).

Komunikacja osób ze spektrum autyzmu waha się od całkowitego braku wykształcenia mowy (pomimo dobrego słuchu i możliwości motorycznych) poprzez opóźnienie jej rozwoju nawet o kilka lat aż po zwykłe wypowiadanie się czy nawet swoistą elokwencję. Mowa wysoko funkcjonujących osób ze spektrum autyzmu bywa specyficzna: pozbawiona prozodii (akcent, intonacja, iloczas), zbyt głośna lub szeptana. Często występują **trudności z mową ciała i innymi niewerbalnymi gestami jak uśmiech czy kiwnięcie głową**. Kłopot sprawia **rozumienie żartów, metafor, podwójnych znaczeń**. Osoby autystyczne mają **trudność w inicjowaniu i podtrzymywaniu rozmowy, dialogu, mowie opowieściowej**; niekiedy zaś mówią do siebie lub wygłaszają monologi, którymi są zafascynowani. Bywa, że wciąż zadają to samo pytanie i chętnie wysłuchują tej samej odpowiedzi.

Problemy społeczne w autyzmie pojawiają się bardzo wcześnie, nawet już w pierwszym roku życia. **Dziecko autystyczne może nie utrzymywać kontaktu wzrokowego i nie odwzajemniać uśmiechu**. Często wyrwa się z objęć, a przytula wtedy gdy samo chce. Dzieci autystyczne często nie wskazują na przedmioty oraz nie bawią się z innymi dziećmi. Problemy komunikacyjne prowadzą często do wybuchów złości i agresji (także autoagresji). Starsze dzieci ze spektrum autyzmu zwykle nie dzielą się swoimi radościami i smutkami.

Nietypowe zachowania osób ze spektrum autyzmu to często tzw. **stereotypie (czynności kompulsywne lub rytualne)**, do których należą obracanie się w kółko, kołysanie, machanie rękami lub przedmiotami, dziwne pozycje, uderzanie głową. Dziecko autystyczne **nie podejmuje w adekwatnym czasie zabaw symbolicznych** (np. klocek staje się samochodem lub telefonem); zamiast tego ssie zabawkę, kręci nią, wciąż wprawia w ruch jej elementy lub układa zabawki w ściśle określonym porządku, **źle reaguje na zmiany**, upiera się przy utrzymywaniu określonego ustawienia rzeczy, planu dnia, chodzenia znanymi drogami. Objawy te są wyrazem ograniczonych wzorców zachowania, aktywności i zainteresowań.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu często wiążą się z niepełnosprawnością intelektualną. **U 90% osób autystycznych występują zaburzenia czucia – związane z nietolerancją silnego światła, określonych faktur, dźwięków**. Część osób ze spektrum autyzmu wykazuje „wyspowe” zdolności, np. w liczeniu, pamięci, muzyce czy malarstwie, ale nie można tego uznać za coś typowego dla tego zaburzenia.

Z zaburzeniami ze spektrum autyzmu wiążą się częściej niż w populacji ogólnej takie choroby jak: fenylketonuria, zespół łamliwego chromosomu X, stwardnienie guzowate. Wywiad okołoporodowy często jest powikłany. ASD współwystępuje często z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi, obsesyjno-kompulsyjnymi, ADHD, epilepsją.

Rozpowszechnienie ASD to co najmniej 6 osób na 1000. Liczba ta wzrasta ze względu na coraz większą świadomość zaburzenia. U rodzeństwa dzieci autystycznych ryzyko autyzmu jest wyższe. Zaburzenie ze spektrum autyzmu czterokrotnie częściej dotyka chłopców niż dziewczynek (Morrison, 2016).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu diagnozowane są w specjalistycznych ośrodkach. Choć formalnie diagnozę stawia lekarz psychiatra, jest ona wielospecjalistyczna. Opiera się na szczegółowym wywiadzie z rodzicami, obserwacji dziecka (istotna jest obserwacja w grupie w kontekście relacji z rówieśnikami) i testach, a także analizie dokumentacji i materiałów od nauczycieli. Poza oceną psychologiczno-pedagogiczną niekiedy potrzebna jest także konsultacja logopedyczna, neurologiczna i inne. Spośród metod standaryzowanych, psychologowie polscy wykorzystują w swej ocenie m.in. test ADOS-2 i kwestionariusze ASRS z Pracowni Testów Psychologicznych PTP (Naglieri i Chambers, 2017).

W starszych klasyfikacjach (jak obowiązująca w Polsce ICD-10) znajdujemy autyzm i zespół Aspergera w grupie całościowych zaburzeń rozwojowych (w kolejnych podpunktach pod kodem F84 wymienione są: autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, zespół Retta, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, zespół Aspergera, inne całościowe zaburzenia rozwojowe, całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone).

Kryteria diagnostyczne autyzmu wg ICD 10:

A. Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3 rokiem życia w co najmniej jednym z następujących obszarów:

- Rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się,
- Rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych interakcji społecznych,
- Zabawa funkcjonalna lub symboliczna.

B. Łącznie musi wystąpić co najmniej sześć objawów spośród wymienionych w punktach 1, 2 i 3, przy czym co najmniej dwa z punktu 1 i po co najmniej jednym z punktów 2 i 3:

1. Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych, manifestujące się w co najmniej dwóch z następujących obszarów:
 - a. niedostateczne wykorzystywanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych,
 - b. niedostateczny (adekwatnie do wieku umysłowego i pomimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych, obejmujących wzajemne współdzielenie zainteresowań, aktywności i emocji,
 - c. brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób; lub brak modulowania zachowania odpowiednio do społecznego kontekstu; lub słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych,
 - d. brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć (np. brak pokazywania, przynoszenia lub wskazywania innym ludziom przedmiotów osobistego zainteresowania).

2. Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się, manifestujące się w co najmniej jednym z następujących obszarów:
- opóźnienie lub całkowity brak rozwoju języka mówionego, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się (często poprzedzane przez brak komunikatywnego gaworzenia)
 - względny niedostatek inicjatyw i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej (na jakimkolwiek występującym poziomie umiejętności językowych), w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby,
 - stereotypowe i powtarzające się, idiosynkratyczne wykorzystywanie słów i wyrażeń,
 - brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie („na niby”) lub zabawy naśladowującej role społeczne.
3. Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów:
- pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu, lub jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, a nie z powodu treści i zogniskowania,
 - wyrażenie kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефункциональных czynności rutynowych i zrytualizowanych,
 - stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące stukanie bądź kręcenie palcami; lub złożone ruchy całego ciała,
 - koncentracja na cząstkowych lub нефункциональных właściwościach przedmiotów służących do zabawy (jak np. ich zapach, odczuwanie powierzchni, powodowanego hałasu lub wibracji).

C. Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi objawami całościowych zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania ani zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią o niezwykle wczesnym początku, ani zespołem Retta (WHO, 2008).

Zespół Aspergera (obecnie w DSM-5 włączony, jak już wspomniano, do kategorii zaburzeń ze spektrum autyzmu) wiąże się z podobnymi jak w autyzmie nieprawidłowościami w zakresie interakcji społecznych, a także stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Różnica polega przede wszystkim na braku opóźnień w zakresie mowy (według ICD-10) i sprawności intelektualnej.

Dość pewną diagnozę ZA można postawić dziecku powyżej 5 roku życia. Wcześniej jest to trudne ze względu na duże zróżnicowanie tempa rozwoju społecznego, poznawczego i emocjonalnego (Attwood, 2012)

Według ICD-10 kryteria zespołu Aspergera (F 84.5) są następujące:

A. brak opóźnienia w rozwoju mowy i funkcji poznawczych:

- używanie pojedynczych słów przed ukończeniem 2. roku życia, a komunikatywnych zdań przed ukończeniem 3. roku życia;
- umiejętności praktyczne, zachowanie adaptacyjne oraz zainteresowanie otoczeniem zgodne z normami rozwojowymi w trzech pierwszych latach życia;
- szczególne umiejętności – najczęściej związane z nadmiernym zafascynowaniem jakimś tematem (niekonieczne do postawienia diagnozy);

B. minimum dwie z poniższych trudności w relacjach społecznych:

- zaburzony kontakt wzrokowy, mimika, postawa ciała lub gestykulacja;
- trudności w prawidłowych relacjach z rówieśnikami;
- brak empatii – dziwaczne (nieadekwatne lub „zbyt dorosłe”) reakcje na sytuacje społeczne, często słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych, umiejętności komunikacji;
- brak potrzeby wspólnej zabawy z innymi, posiadania wspólnych zainteresowań lub osiągnięć;

C. przynajmniej jedno z poniższych zachowań:

- stereotypowe i ograniczone zainteresowania, powtarzanie rytuałów i niepraktycznych czynności;
- powtarzające się ruchy (na przykład trzepotanie lub kręcenie rękami lub palcami, ruchy całego ciała);
- zaabsorbowanie częściami przedmiotów lub elementami materiałów (kolor, faktura, dźwięk);

D. brak rozpoznania innych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii prostej, zaburzenia schizotypowego, obsesyjno-kompulsywnego, anankastycznego zaburzenia osobowości czy reaktywnego utrudnienia nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie lub nadmiernej łatwości w nawiązywaniu tych kontaktów (WHO, 2008).

Ograniczenia związane z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (nawet u dziecka „wysoko funkcjonującego”) polegają m.in. na **trudnościach w zrozumieniu sytuacji społecznych i dostosowaniu się do nich**. Do wielu stresujących sytuacji prowadzą także **problemy komunikacyjne** (takie jak rozumienie mowy wprost oraz trudności w czytaniu gestów), powodując u dziecka **poczucie niepewności i lęku**. Objawy te łagodzą nieco **zachowania stereotypowe, rutyny i absorbujące zainteresowania** (swoją drogą, dla otoczenia będące niekiedy mocno uciążliwe). Dzieci ze spektrum autyzmu ujawniają także specyficzne problemy w funkcjonowaniu takie jak deficyt teorii umysłu, braki w tzw. centralnej koherencji, a także sprawności funkcji wykonawczych. (Chromik-Kovačs, Banaszczyk, 2017, Grzegorzewska i in., 2016).

Teoria umysłu sprawia, że neurotypowa osoba ma świadomość odrębności myśli i przeżyć innych osób oraz potrafi przewidywać, co mogą czuć i myśleć osoby z otoczenia, a także jakie mają intencje. **Brak związany z teorią umysłu** sprawia, że dziecko ze spektrum autyzmu nie potrafi przewidzieć zachowań rówieśników, często nie rozróżnia też np. szczerych intencji od kpin czy wykorzystywania, sprawia wrażenie

lekceważącego. Co ważne, osobie ze spektrum autyzmu może bardzo zależeć na uczuciach innych, ma jednak problem z odczytywaniem subtelnych sygnałów (Attwood, 2012, Chromik-Kovačs i Banaszczyk, 2017).

Popularną próbą, mającą ocenić teorię umysłu jest „Scenka z udziałem Sally i Anne”. Jedna z kukielek, Sally, ma kamyk, który wkłada do koszyka, po czym wychodzi. W tym czasie Anne robi jej psikus: przekłada kamyk z koszyka do pudełka. Gdy Sally wróci, zechce znaleźć swój kamyk. Gdzie będzie go szukać? Prawidłowo rozwijające się dziecko już w wieku czterech lat wie, że w koszyku. Dziecko ze spektrum autyzmu prawdopodobnie odpowie, że Sally będzie szukała kamyka w pudełku, trudno mu bowiem zrozumieć, że nie może ona wiedzieć o tym, co wie Anne i ono samo jako obserwator całego zajścia. Oczywiście próby tej nie można traktować jako rozstrzygającej, ponieważ już autystyczne dzieci w wieku 6 lat rozwiązują ją prawidłowo (Goodman i Scott, 2003, Gamliel i Yirmiya, 2017).

Centralna koherencja jest zdolnością pozwalającą złożyć elementy sytuacji w całość, z uwzględnieniem różnych cech i kontekstu. **Problem z centralną koherencją** u osób ze spektrum autyzmu sprawia, że dostrzegają one raczej szczegóły i koncentrują się na nich. Nie wiedzą jakie informacje pomijać, a na których się skupić.

Deficyty w zakresie teorii umysłu i centralnej koherencji ujawniają się m.in. w problemach w udawaniu i przyjmowaniu ról (dziecko nie lubi lub nie rozumie zabaw „na niby”), rozumieniu perspektywy drugiej osoby, rozróżnianiu przypadku od celowego zachowania, dostrzeganiu, że ktoś manipuluje lub oszukuje, rozumieniu metafor (Chromik-Kovačs i Banaszczyk, 2017).

Zaburzenia funkcji wykonawczych (a więc umożliwiających planowanie i sterowanie własnym działaniem z uwzględnieniem nadchodzących informacji zwrotnych) obejmują trudności w podejmowaniu celowej aktywności, brak elastyczności i impulsywność. Charakterystyki te mogą znacznie zakłócać funkcjonowanie osoby z autyzmem (Grzegorzewska i in., 2016.)

Pośród ogólnych zasad pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu można wyróżnić:

- zrozumienie i akceptację charakterystyki dziecka,
- organizację otoczenia z uwzględnieniem potrzeb dziecka,
- jasny system zasad,
- bazowanie na mocnych stronach dziecka.

Dzieci autystyczne funkcjonują najlepiej w przewidywalnych sytuacjach i znanym otoczeniu. Istotne jest więc zapewnienie względnie stałego planu dnia (pomocne mogą być tzw. plany aktywności – często obrazkowe - wskazujące, co po kolei będzie się działo) oraz uprzedzanie o zmianach w rutynie. Przestrzeń wokół dziecka powinna być „przyjazna sensorycznie” i uporządkowana. Warto zadbać także o miejsce, w którym dziecko będzie mogło w razie potrzeby się wyciszyć.

Jasny system zasad pomaga w budowaniu poczucia bezpieczeństwa dziecka: porządkuje codzienne życie i pomaga odnaleźć się w relacjach społecznych. Pozytywne skutki trzymywania się tych zasad zachęcają dziecko do dalszego ich stosowania, a także zwracania uwagi innym gdyby je łamali.

Tak jak każdy człowiek, dzieci ze spektrum autyzmu mają wiele indywidualnych, mocnych stron. W pracy z nimi warto pamiętać o tym, jak ważne jest ich dostrzeżenie. Pasje i zainteresowania dziecka, choć niekiedy nadmiernie absorbujące, mogą stanowić cenny czynnik motywujący, pozwalają także wzmacniać poczucie jego wartości (Chromik-Kovačs i Banaszczyk, 2017, Cotugno, 2011).

Istnieją różne podejścia w obszarze terapii autyzmu. Różnorodność podejść terapeutycznych wynika nie tylko z przekonań i wykształcenia terapeutów, ale też dużej heterogeniczności grupy osób z autyzmem. Interwencja terapeutyczna ma prowadzić do zminimalizowania trudności w funkcjonowaniu oraz zapewnienia możliwie największej samodzielności dziecka.

Szczególnie istotne jest jak najwcześniejsze podjęcie oddziaływań terapeutycznych. Pośród nurtów terapii osób z autyzmem wyróżnia się podejście behawioralne (oparte o własności procesu uczenia się i zmierzają do zmiany zachowania na bardziej niezależne i efektywne), poznawczo-behawioralne, edukacyjne i ukierunkowane na rozwój (mniej ustrukturalizowane; u podstaw tej terapii leży poziom rozwoju dziecka w różnych obszarach i jego odniesienie do rozwoju typowego) (Grzegorzewska i in.).

Do metod wspierających rozwój dziecka ze spektrum autyzmu należą m.in.: trening umiejętności społecznych, terapia integracji sensorycznej oraz wspomaganie komunikacji (w tym stosowanie komunikacji alternatywnej). Ważnym czynnikiem jest praca z rodzicami – zarówno jeśli chodzi o wiedzę o autyzmie i umiejętności wychowawcze, jak też wsparcie emocjonalne (Pisula, 2014).

2.1.10. Tiki

Tiki to mimowolne, szybkie, powtarzające się ruchy ciała lub wokalizacje. Występują one nagle, a pojedynczy tik trwa bardzo krótko. Często jednak tiki następują wielokrotnie po sobie w formie napadu, a takich napadów może być wiele w ciągu dnia. Zwykle w okresach „spokojniejszych” jak np. wakacje częstotliwość napadów słabnie. Dzieje się tak też gdy dziecko jest zrelaksowane lub silnie czymś zaabsorbowane. **Tiki nasilają się zaś w okresach stresujących wydarzeń, silnych emocji lub zmęczenia** (Kendall, 2018).

Niektórzy autorzy podają, że choć tiki zwykle pojawiają się nieoczekiwanie, to mogą być poprzedzone nieprzyjemnym odczuciem potrzeby wykonania tiku. Następuje wzrost napięcia, po nim tik, a później napięcie na jakiś czas spada.

Tiki mogą mieć postać:

- tików ruchowych - prostych lub złożonych, obejmujących najczęściej twarz, głowę i szyję. Lokalizacja takich tików może być zmienna. Niekiedy tiki ruchowe wyglądają jak celowe czynności (kucanie,

lizanie, wężanie itp.) Charakterystycznymi rodzajami tików ruchowych są: kopropraksja (wulgarnie gesty) lub echopraksja (powtarzanie gestów czy ruchów innych osób);

- tików wokalnych (występują w późniejszym wieku niż ruchowe) – prostych (krótkie dźwięki – chrząkanie, pociąganie nosem) oraz złożone (słowa, zdania, zahamowanie mowy). Charakterystycznymi tikami wokalnymi są echolalie (powtarzanie zasłyszanych słów, sylab), palilalie (powtarzanie wypowiedzianych przez siebie dźwięków, słów) i koprolalie (wypowiadanie treści wulgarnych);
- tików czuciowych – czyli krótkotrwałych, powtarzających się doznaniach takich jak uczucie mrowienia, łaskotania, napięcia czy gorąca; często poprzedzają one tik ruchowy lub głosowy;
- tików fantomowych – odczuwanych wewnątrz innych ludzi lub przedmiotów (osoba czuje potrzebę dotknięcia lub podrapania tego miejsca);
- tików blokujących – wstrzymujących wykonywaną czynność czy ruch;
-

W literaturze znaleźć można także pojęcie tików kompulsyjnych, co świadczy o trudności w odróżnieniu tików złożonych od kompulsji. Termin ten dotyczy złożonych tików, poprzedzonych odczuciem napięcia czy lęku („jeśli nie wykonam tików, stanie się coś złego”).

Klasyfikacja ICD-10 podaje kilka kategorii tików:

- Tiki przemijające (występują u 4-24% dzieci; trwają od 4 tygodni do roku);
- Tiki przewlekłe (ruchowe lub głosowe, ale nie jedne i drugie, trwające minimum rok, bez remisji dłuższej niż 2 miesiące);
- Zespół tików głosowych i ruchowych (zespół Gillesa de la Tourette'a) (liczne tiki ruchowe wraz z jednym lub kilkoma tikami głosowymi, trwające minimum rok, bez remisji dłuższej niż 2 miesiące). Pierwsze objawy występują zwykle między 2 a 15 rokiem życia, początkowo są to proste tiki motoryczne. Około 10 roku życia pojawiają się tiki głosowe, często koprolalie. Następnymi objawami są napadowe problemy z koncentracją, nadpobudliwość i inne trudności. Największe nasilenie objawów notuje się 10 lat od początków zaburzenia. Bywa, że z czasem tiki stabilizują się lub zanikają, czasem jednak utrzymują się przez całe życie.
- Inne tiki;
- Tiki nieokreślone.

Jako podłoże tików wymienia się predyspozycje genetyczne. Wiąże się je także m.in. z zaburzeniami neuroprzekątnictwa oraz zakażeniem przez paciorkowce beta-hemolizujące z grupy A (zespół PANDAS). Tiki często współwystępują m.in. z ADHD i OCD.

Terapia tików opiera się w dużym stopniu na zaangażowaniu otoczenia dziecka. Bardzo istotna jest psychoedukacja, oddziaływanie na czynniki zewnętrzne mogące nasilać tiki oraz terapia dziecka (np. treningi zastępowania tików, relaksacja). Często stosuje się także farmakoterapię (Dąbrowska, 2016).

Jednym z gotowych programów leczenia tików na rynku polskim jest wydany przez CBT-EDU zestaw „Tiki” – podręcznik terapeuty i zeszyt ćwiczeń dla dziecka (Verdellen i in., 2016).

2.1.11. Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD)

Płodowy zespół alkoholowy FAS ma w ICD-10 swój kod, ale nie ma kryteriów rozpoznawania. Są one opracowywane przez różne towarzystwa zajmujące się badaniem spektrum zaburzeń rozwojowych, związanych z narażeniem dziecka w życiu płodowym na wpływ toksycznego działania alkoholu. Spożywanie alkoholu przez matkę jest jedyną przyczyną pojawienia się FAS. Obecnie uważa się, że żadna jego ilość nie jest bezpieczna dla płodu, w żadnym okresie ciąży. **Alkohol jest teratogenem, powodującym strukturalne i funkcjonalne zmiany w mózgu.**

Diagnoza FASD (spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych) jest trudna ze względu na różnorodność objawów, ich niespecyficzność oraz wielość systemów diagnostycznych. Pełnoobjawowy FAS diagnozuje się, gdy dziecko wykazuje opóźnienie wzrostu, dysmorfie twarzy i różnorodne dysfunkcje neurologiczne oraz było narażone na wpływ alkoholu w życiu płodowym. U dzieci, które mają tylko niektóre cechy płodowego zespołu alkoholowego, diagnozuje się pFAS (parcjalny – czyli częściowy płodowy zespół alkoholowy).

Objawy FASD występują w różnym nasileniu. Należą do nich: **osłabienie funkcji poznawczych, spowolnione procesy przetwarzania, trudności w myśleniu i planowaniu, zaburzenia koordynacji i przetwarzania sensorycznego, problemy w koncentracji uwagi, kłopoty z regulacją emocji, trudności w funkcjonowaniu społecznym.**

Terapia dziecka z FASD opiera się o jego dokładną diagnozę, określenie słabych i mocnych stron. Powinna być dobrana indywidualnie, odpowiednio do potrzeb. Ma ona na celu poprawę funkcjonowania dziecka, bowiem zmian, które dokonały się w życiu płodowym nie da się u nich cofnąć. W pracy z dzieckiem z FAS należy pamiętać o:

- używaniu konkretnych, precyzyjnych sformułowań;
- stałości (unikaniu zmian);
- powtarzaniu i utrwalaniu informacji;
- rutynie, dającej poczucie bezpieczeństwa;
- prostocie – krótkiej, zwięzłej komunikacji;
- szczegółowości w poleceniach kierowanych do dziecka;
- zasadach – jasno określonych i zrozumiałych;
- nadzorze, ale nie wyręczaniu (Klecka, 2016).

2.1.12. Moczenie mimowolne i zanieczyszczanie się kałem

Moczenie mimowolne jako kategoria diagnostyczna dotyczy dzieci w wieku co najmniej 5 lat, u których przez co najmniej 3 miesiące występuje oddawanie moczu do łóżka lub w ubranie, z częstotliwością co najmniej 2 razy w miesiącu u osoby poniżej 7 lat lub raz w miesiącu powyżej wieku 7 lat.

Zanieczyszczanie się kałem to oddawanie przez dziecko stolca w miejscach nieodpowiednich – mimowolnie lub w sposób zamierzony, przynajmniej raz w miesiącu w okresie minimum 6 miesięcy. Ta kategoria dotyczy dzieci, których wiek życia i wiek umysłowy to co najmniej 4 lata.

Zanieczyszczanie się kałem i moczenie mimowolne można zdiagnozować, o ile objawów nie da się przypisać problemom urologicznym czy neurologicznym. W obu zaburzeniach istotne jest określenie, czy mają one charakter pierwotny (a więc występują w ciągu całego rozwoju dziecka) czy też wtórny (pojawiły się po minimum 6-miesięcznym okresie panowania nad potrzebami fizjologicznymi). Podczas gdy moczenie się pierwotne wydaje się być zwykle warunkowane genetycznie, moczenie wtórne często wiąże się z traumatycznym przeżyciem jak hospitalizacja lub rozłączenie z rodzicem.

Zanieczyszczanie się kałem najczęściej związane jest z zaparciami i obawą o bolesne wypróżnienia, co skutkuje wstrzymywaniem stolca, a w dalszej perspektywie uszkodzeniami skóry. Wyciek płynnych odchodów z zaklinowanej odbytnicy powoduje zabrudzenie odzieży i pościeli.

Dużo rzadszym problemem jest zanieczyszczanie się kałem niezwiązane z zaparciami. Dzieci ukrywają odchody w nietypowych miejscach, a spytane o to zaprzeczają, że mają z tym jakikolwiek związek. Ta postać zaburzenia wiąże się często ze stresem, problemami w rodzinie. Niektóre z tych dzieci mogą być ofiarami znęcania się fizycznego lub seksualnego (Morrison, 2016, Kendall, 2018).

2.1.13. Uzależnienia behawioralne

Uzależnienie behawioralne to pojęcie popularne w ostatnich dekadach, choć dopiero od niedawna włączone do oficjalnych klasyfikacji. W DSM-5 dotyczy wyłącznie patologicznego hazardu (ponadto - uzależnienie od internetu jest wymienione jako wymagające dalszych badań). W ICD-11 (planowo obowiązującym w Polsce od roku 2022) uzależnienie od gier jest uznane za rodzaj uzależnienia behawioralnego i występuje w dwóch wersjach: dotyczących gier online i offline (Felińska i Grzegorzewska, 2020).

Podstawą do opisu i diagnozy uzależnień behawioralnych jest sześć cech:

1. zaabsorbowanie oznaczające, że dana aktywność dominuje nad pozostałymi;
2. modyfikacja nastroju jako efekt czynności, której celem jest zwykle (nieprzystosowawcze) poradzenie sobie z problemem;
3. tolerancja oznaczająca rosnące zapotrzebowanie na czynność w celu osiągnięcia tego samego efektu (zwykle: poprawy nastroju);
4. symptomy odstawienne – takie jak poirytowanie lub smutek w sytuacji niemożności realizacji czynności;

5. konflikt – występujący na trzech płaszczyznach: interpersonalnej (problem w relacjach z otoczeniem), konflikt pomiędzy spędzaniem czasu na danej czynności a obowiązkami czy zainteresowaniami oraz konflikt intrapsychiczny/intrapersonalny (nieprzyjemne uczucia związane z poczuciem utraty kontroli);
6. nawroty – oznaczające ponawianie nałogowej czynności po okresach abstynencji (Rowicka, 2015).

Pomimo różnic w przedmiocie uzależnienia pomiędzy nałogiem związanym z przyjmowaniem substancji a nałogiem związanym z problemowym wykonywaniem jakiejś czynności, zmiany biochemiczne na poziomie neuroprzekazników są podobne. Uzależnienia behawioralne niosą ze sobą również poważne konsekwencje dla funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego osoby. Zdecydowanie inny niż w przypadku nałogów związanych z substancjami jest natomiast cel leczenia uzależnienia behawioralnego – nie jest nim całkowita abstynencja, ale powrót do przystosowanej formy aktywności i odzyskania kontroli nad nią (Rowicka, 2015, Felińska i Grzegorzewska, 2020).

Obecnie najpopularniejszym nurtem wyjaśniającym pochodzenie uzależnień behawioralnych jest model biopsychospołeczny, łączący czynniki biologiczne i psychologiczne z obszarem czynników środowiskowych, na który składa się otoczenie rodzinne, rówieśnicze, ale też kulturowe. Do czynników indywidualnych, sprzyjających uzależnieniu należą m.in.: psychopatyczność, neurotyzm, ucieczkowe strategie radzenia sobie z problemami, nieśmiałość. Badania wskazują na współwystępowanie uzależnień behawioralnych z zaburzeniami takimi jak ADHD, zaburzenia lękowe i nastroju, zaburzenia osobowości.

Ze względu na skomplikowaną etiologię i brak wystarczających badań nad uzależnieniami behawioralnymi, trudno ocenić skuteczność określonych nurtów terapeutycznych. Sugeruje się zwykle stosowanie podejścia interdyscyplinarnego. Do najczęściej wymienianych form terapii należy terapia poznawczo-behawioralna oraz dialog motywujący. Niekiedy psychoterapia uzupełniana jest farmakoterapią (zwykle w celu stabilizacji nastroju) (Rowicka, 2015).

Ponieważ urządzenia, które mogą być obiektem uzależnienia, są obecne niemal w każdym domu, bardzo istotne jest stosowanie wczesnej profilaktyki. Kimberly Young opracowała zasady korzystania z urządzeń ekranowych, uporządkowane według wieku użytkownika (za: Felińska i Grzegorzewska, 2020). Zgodnie z tymi zasadami, dzieci do 3 roku życia nie powinny w ogóle korzystać z telewizji, komputerów czy tabletek. Dzieci od 3 do 6 roku życia mogą korzystać z urządzeń ekranowych maksymalnie przez godzinę dziennie, pod ścisłym nadzorem. Pomiędzy 6 a 9 rokiem życia czas ten można wydłużyć do 2 godzin. Dzieci od 9 do 12 roku życia powinny umieć oceniać krytycznie zawartość oglądanych stron czy programów. Rodzice nadal muszą jednak czuwać i reagować w sytuacjach problemowych (tzw. etap integracji). Młodzież w wieku od 12 do 18 lat potrzebuje już niezależności i poszanowania prywatności. Rodzic nadal jednak powinien wspierać ją w „zdrowym” korzystaniu z mediów cyfrowych.

2.1.13. Dyspraksja

Specyficzne zaburzenia rozwojowe funkcji motorycznych (zespół „niezgrabnego dziecka”, rozwojowe zaburzenia koordynacji, rozwojowa dyspraksja) oznaczają poważne zakłócenia rozwoju koordynacji motorycznej. Nie da się ich uzasadnić wyłącznie ogólną niepełnosprawnością intelektualną lub jakimkolwiek zaburzeniem neurologicznym. Badanie kliniczne ujawnia w większości przypadków znamiona niedojrzałości układu nerwowego oraz inne objawy słabej koordynacji motorycznej w zakresie drobnych i dużych ruchów.

Dzieci z rozwojowym zaburzeniem koordynacji mają trudność w sprawnym poruszaniu się i wykonywaniu precyzyjnych ruchów. Kamienie milowe rozwoju motorycznego (raczkowanie, chodzenie, ubieranie się) następują u nich później. W starszym wieku mają one trudność w kolorowaniu, cięciu nożycami. Jako ostatnie są wybierane do drużyny w sportach zespołowych.

U ponad połowy „niezgrabnych dzieci” rozwojowe zaburzenie koordynacji jest częścią szerszego problemu (zwykle spektrum autyzmu, ADHD, dysleksja) (Morrison, 2018).

Choć pojęcia dyspraksji i zaburzeń koordynacji są zwykle stosowane zamiennie, można spotkać się z rozróżnieniem dyspraksji jako problemu z organizacją i planowaniem ruchu oraz zaburzeniem koordynacji jako trudności z motoryką (Kirby, 2009). Dyspraksja jest także uznawana za jeden z podtypów zaburzeń przetwarzania sensorycznego (Kranowitz, 2012).

2.1.14. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego (a więc problemy z odczytywaniem informacji otrzymywanych przez zmysły i odpowiadaniem na nie) nie są samodzielnym rozpoznaniem obecnym w dotychczas opublikowanych klasyfikacjach DSM i ICD. Ze względu na brak wystarczających, obiektywnych badań dotyczących efektywności terapii integracji sensorycznej nie jest ona także dotychczas uznawana za terapię opartą na dowodach naukowych, stąd pewne kontrowersje wokół jej stosowania. Faktem jest jednak, że wiele jej elementów może mieć pozytywne znaczenie dla rozwoju dzieci z problemami sensorycznymi, w tym dla osób z autyzmem (Pisula, 2014; Ayres, 2016; Kranowitz, 2012).

ROZDZIAŁ 3. INTEGRACJA SENSORYCZNA: PODSTAWY TEORETYCZNE

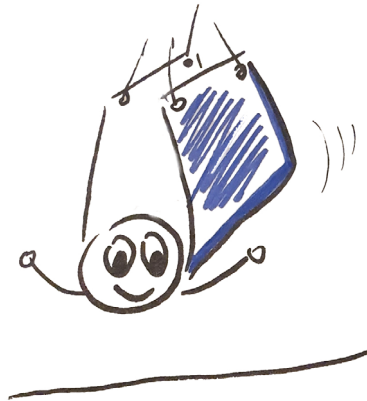
Zainteresowanie zagadnieniem integracji sensorycznej zostało zapoczątkowane pod koniec lat 60. przez Jean Ayres, terapeutkę zajęciową i psychologa klinicznego. Dr Ayres pracowała nad wyjaśnieniem, w jaki sposób trudności z odbieraniem i przetwarzaniem informacji sensorycznych z ciała i otoczenia mogą wiązać się z trudnościami w szkole i innych obszarach codziennego życia (Maas, 2016).

Dr Ayres zdefiniowała integrację sensoryczną jako „praktyczną organizację informacji sensorycznych. Praktyka oznaczać może postrzeganie ciała lub otoczenia, odpowiedź adaptacyjną, proces uczenia się lub rozwinięcie jakiejś funkcji układu nerwowego. Dzięki integracji sensorycznej różne części układu nerwowego mogą współdziałać, tak aby człowiek mógł skutecznie funkcjonować w środowisku, doświadczając z tego powodu zadowolenia” (Ayres, 2016, s.222).

Integracja sensoryczna jest procesem podświadomym, porządkującym informacje zebrane przez zmysły. Nadaje on znaczenie temu, czego człowiek doświadcza, selekcionując informacje; pozwala ignorować jedne i wzmacniać inne. Inaczej mówiąc, różne części naszego ciała (takie jak skóra, oczy, uszy) po odebraniu informacji sensorycznych poprzez receptory (z otoczenia lub wnętrza organizmu) wysyłają je do mózgu. Ten interpretuje otrzymane dane, porównuje je z innymi napływającymi bodźcami, a także z informacjami przechowywanymi w naszej pamięci, a następnie wykorzystuje wszystkie te dane, aby pomóc nam reagować na środowisko. Dlatego integracja sensoryczna jest ważna we wszystkich czynnościach, które wykonujemy (takich jak ubieranie się, jedzenie, nawiązywanie kontaktów, nauka i praca). Dzięki integracji sensorycznej działanie staje się celowe, a reakcje na określone sytuacje mają charakter adaptacyjny. To ona tworzy podwaliny dla edukacji i funkcjonowania społecznego (Ayres, 2016, Maas, 2016, Borkowska, 2018).

Pośród układów zmysłowych Ayres podkreślała szczególną wagę trzech z nich: dotykowego, przedsionkowego i proprioceptywnego. Są one tak istotne ze względu na to, że umożliwiają „poczucie siebie w świecie”. Gdy działają one wydajnie, w sposób zautomatyzowany, dziecko jest skłonne badać świat także pozostałymi zmysłami (Kranowitz, 2012).

Wrażenia przedsionkowe (inaczej zwane westybularnymi) odbierane są za pomocą ucha wewnętrznego. Dostarczają informacji na temat położenia głowy w stosunku do powierzchni ziemi, ruchu ciała i równowagi. Zmysł ten ma charakter fundamentalny i integrujący. Jest podwaliną relacji człowieka do grawitacji ziemskiej i świata fizycznego. Wszystkie inne rodzaje wrażeń są przetwarzane w odniesieniu do owych fundamentalnych danych przedsionkowych. Informacja pochodząca z układu przedsionkowego niejako przygotowuje cały układ nerwowy do efektywnego funkcjonowania (Ayres, 2016). Wrażenia z układu przedsionkowego odgrywają decydującą rolę w rozwoju innych układów zmysłowych i ruchowych, co stanowi podstawę dla kształtowania się wyższych zdolności (w tym emocjonalnych i poznawczych) (Eliot, 2010).



Propriocepcja to zmysł, który na podstawie receptorów w stawach i mięśniach przekazuje dane dotyczące pozycji poszczególnych części ciała i ich ruchów.

Zmysł dotyku zaś dostarcza informacje odbierane poprzez skórę, przez co łączy nas ze światem zewnętrznym. Rozpoznaje dotyk, nacisk, naciąganie, wibrację, ruch, ból i temperaturę. Ma wielki wpływ na fizyczne i emocjonalne funkcjonowanie człowieka (Ayres, 2016, Borkowska, 2018).

Dr Ayres w 1979 roku opracowała uznawany do dziś schemat rozwoju umiejętności człowieka jako „cztery poziomy integracji”, prowadzące od funkcjonowania na bazie odruchów po w pełni celowe, przystosowawcze i samodzielne działanie w świecie:

Poziom I przypada na wiek noworodkowy, obejmując pierwotne systemy sensoryczne. Charakteryzują go:

- odruchy bezwarunkowe,
- rozwój pracy mięśni,
- początek współpracy mózgu oraz mięśni poruszających gałkami ocznymi,
- rozwój więzi uczuciowej dzięki doznaniom z dotyku i równowagi (kołysanie, tulenie),
- coraz lepsza współpraca zmysłu dotyku, równowagi i propriocepcji (zmysły bazowe w teorii integracji sensorycznej).

Poziom II przypada na okres do około 6 miesiąca życia i obejmuje umiejętności sensoryczno-motoryczne. Charakteryzują go:

- zmiana odruchów pierwotnych w bardziej złożone reakcje
- zarys schematu ciała
- początki koordynacji obu stron ciała i planowania ruchu
- zacieśnienie współpracy zmysłów bazowych

Poziom III przypada na czas od 6 miesiąca życia i obejmuje umiejętności percepcyjno-motoryczne. Charakteryzują go:

- dalszy rozwój celowej, dowolnej aktywności
- rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej i percepcji wzrokowej
- współdziałanie słuchu i wzroku ze zmysłami bazowymi.

Na tym etapie dziecko zaczyna rozwijać mowę i coraz bardziej skomplikowane ruchy. Dzieje się to m.in. na bazie wyhamowania odruchów bezwarunkowych oraz dalszego dojrzewania układu nerwowego.

Poziom IV oznacza gotowość szkolną; tworzy się ona do końca okresu przedszkolnego. Poziom ten charakteryzuje:

- zdolność koncentracji uwagi
- organizacja zamiarów, myśli i działań
- poczucie własnej wartości
- opanowanie
- pewność siebie
- zdolność do nauki
- specjalizacja stron ciała
- przyswojenie wzorców kulturowych (Kranowitz, 2012; Głodzik, 2017).

Wyższy poziom integracji budowane są na fundamencie niższych. Na bazie wczesnych doświadczeń i dalszego rozwoju tworzą się tak skomplikowane procesy jak czytanie, pisanie i liczenie. Dzieci, które mają pewne „braki” wynikające z zakłóceń na niższych etapach, mogą nauczyć się je kompensować, mimo to ich funkcjonowanie nie będzie w pełni efektywne i satysfakcjonujące (Ayres, 2016). Warto wspomnieć tu o pomocy proponowanej przez Sally Goddard Blythe skupiającej się wokół diagnozy odruchów pierwotnych i kontroli postawy oraz programów terapeutycznych, ukierunkowanych na rozwój i dojrzewanie neuromotoryczne dzieci i młodzieży, stanowiące podłoże sukcesów w uczeniu się (Goddard, 2018).

W większości przypadków rozwój integracji sensorycznej przebiega mimochodem jako część normalnego rozwoju. Ma swój początek już w życiu płodowym, gdy dziecko odczuwa dotyk i ruchy ciała matki. W wieku niemowlęcym i później środowisko zewnętrzne dostarcza wielu bodźców w sposób naturalny odbieranych przez zmysły wzroku, słuchu, węchu, smaku, grawitacji, dotyku i czucia głębokiego, dzięki którym układ nerwowy rozwija się. Integracja sensoryczna doskonali się w ćwiczeniach takich jak przewracanie się na boki, raczkowanie, chodzenie i wszelkie zabawy. Dziecko zaś ma naturalny pęd ku rozwojowi, a zadania związane z nowymi bodźcami i ruchem sprawiają mu dużo radości (Maas, 2016, Ayres, 2016).

W niektórych przypadkach jednak integracja sensoryczna jest słabiej rozwinięta i wymaga specjalistycznych oddziaływań. Powody takiego stanu rzeczy są złożone; wśród możliwych przyczyn wyróżniono:

- predyspozycje dziedziczne
- czynniki prenatalne, takie jak środki chemiczne i toksyny (leki, alkohol, papierosy), choroby matki w czasie ciąży, duży stres emocjonalny
- przedwczesny poród lub/i niska masa urodzeniową
- szok okołoporodowy (taki jak nagłe cesarskie cięcie, niedotlenienie, operacja tuż po porodzie)
- okoliczności pourodzeniowe, takie jak niedostateczna lub nadmierna stymulacja sensoryczna, długa hospitalizacja, zanieczyszczenie środowiska
- inne, nieznane przyczyny (Kranowitz, 2012).

Jean Ayres opracowała teorię dotyczącą tego, co dzieje się, gdy proces integracji sensorycznej nie rozwija się dobrze. Uznała te zakłócenia za skutek nieefektywnego przetwarzania neurologicznego. Dysfunkcja integracji sensorycznej uniemożliwia przetwarzanie codziennych bodźców tak, by powstawała reakcja adaptacyjna, porządkująca działanie mózgu. Dlatego dzieci z takimi zakłóceniami wymagają odpowiedniej organizacji środowiska i stymulacji (Ayres, 2016, Maas, 2016).

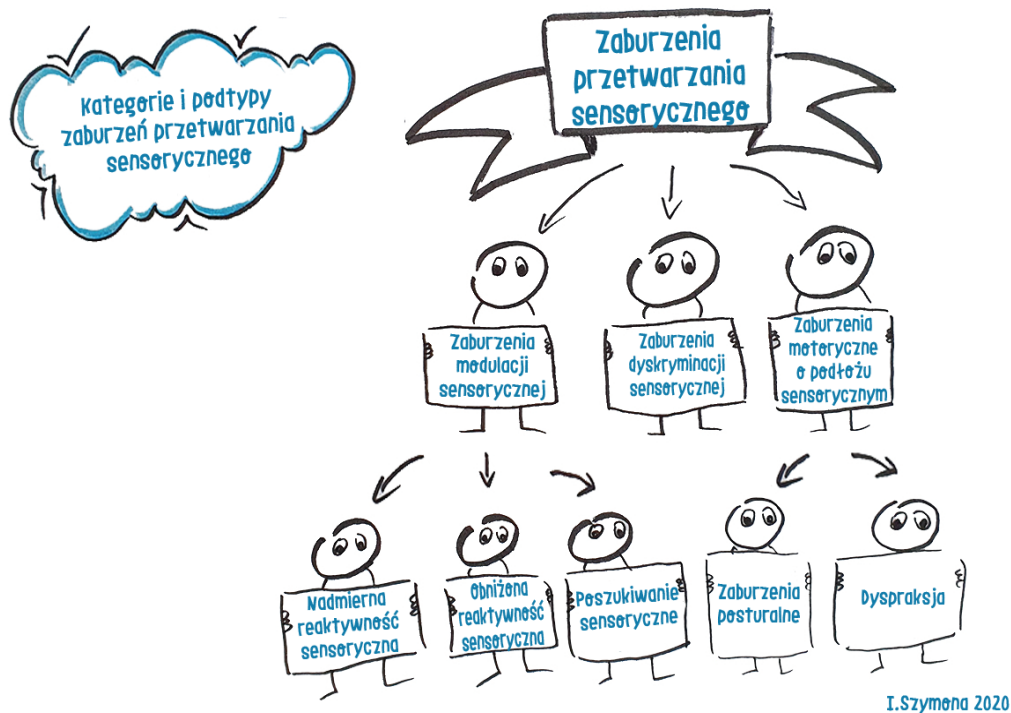
Dr Ayres na bazie wiedzy m.in. z zakresu neuropsychologii, pedagogiki i terapii zajęciowej zaproponowała sposób oceny tych trudności i metody ich leczenia. Dzięki nowym technikom obrazowania mózgu, wiele z postulowanych przez Ayres hipotez potwierdziło się (Kranowitz, 2012).

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego (SPD), nazywane też dysfunkcją integracji sensorycznej „to brak umiejętności wykorzystywania otrzymywanych przez zmysły informacji w celu płynnego, codziennego funkcjonowania” (Kranowitz, 2012, s.31). Jest to problem rzutujący na całe życie człowieka, bowiem „jeśli mózg nie przetwarza odpowiednio informacji sensorycznej, zwykle nie kieruje też sprawnie zachowaniami” (Ayres, 2016, s. 61).

Termin „zaburzenia integracji sensorycznej” jest złożony i obejmuje szereg zakłóceń neurologicznych. W 2004 r. grupa naukowców pod kierunkiem Lucy Jane Miller uporządkowała terminologię dotyczącą zaburzeń przetwarzania sensorycznego, dzieląc je na trzy główne kategorie: zaburzenie modulacji sensorycznej (czyli regulacji dopływających wrażeń), zaburzenie dyskryminacji sensorycznej (tzn. rozróżniania odbieranych wrażeń) i zaburzenie motoryczne o podstawie sensorycznej (dotyczące postawy ciała i ruchu) (Kranowitz, 2012).

Pośród zaburzeń modulacji zespół Miller wyróżnił:

- nadmierną reaktywność sensoryczną (często zwaną nadwrażliwością)
- obniżoną reaktywność sensoryczną (zwaną też podwrażliwością)
- poszukiwanie sensoryczne



Pośród zaburzeń motorycznych o podłożu sensorycznym wyróżniono:

- zaburzenia posturalne (obejmujące trudności związane z wzorcami ruchu, równowagą i koordynacją – w obrębie jednej strony lub obustronną, a także z przekraczaniem linii środkowej ciała)
- dyspraksję – czyli trudność w wykonywaniu celowych ruchów z uwagi na problemy w planowaniu dużej motoryki (dotyczącej całego ciała) i małej motoryki (dotyczącej dłoni, oczu, ust).
-

Jednym z najczęstszych zakłóceń wyróżnionych przez zespół Miller są problemy z modulacją sensoryczną. **Modulacja sensoryczna** to autoregulacja czynności mózgu. Polega ona na wzmacnianiu dopływających informacji, jeśli są one ważne dla organizmu oraz hamowanie innych, co zmniejsza aktywność układu nerwowego przy nadmiernych lub nieistotnych bodźcach. Problemy z modulacją zmysłów pojawiają się, gdy nasz mózg reaguje zbyt mocno lub zbyt słabo na dany bodziec. Na przykład, jeśli ktoś nadmiernie reaguje na dotyk, może być bardzo świadomy metki w ubraniu. Gdy zaś osoba zbyt słabo odczuwa bodziec, może nie zauważyć, że ktoś go dotyka w ramię. Modulacja dotyczy oczywiście wszystkich zmysłów. Siła hamowania i wzmacniania może być też zależna od sytuacji, na przykład stres, rozdrażnienie lub nadmiar wrażeń może sprawić, że będziemy bardziej lub mniej świadomi odczuć (Borkowska, Wagh, 2010).

Stopień, w jakim mózg reaguje lub nie reaguje, ma wpływ na zdolność człowieka do efektywnego funkcjonowania. **Dysfunkcja modulacji** powoduje rejestrowanie bodźców zbędnych i ignorowanie ważnych. Te ostatnie w skrajnym przypadku warunkują bezpieczeństwo człowieka. Problemy z modulacją mogą zatem

spowodować, że osoba stanie się nadaktywna, niespokojna, przestraszona i sfrustrowana lub przeciwnie – ospała, apatyczna (Kranowitz, 2012).

Ludzie często kompensują problemy związane z modulacją. Rodzaje strategii, które mogą wykorzystywać, polegają na usuwaniu metek, machaniu rękami, kołysaniu się lub wycofywaniu z kontaktów towarzyskich. Zaburzenia modulacji mogą też prowadzić do aktywnego poszukiwania silnych wrażeń różnego typu. Zachowania te mogą być wynikiem wielu innych trudności, ale zakłócenia modulacji sensorycznej to jedna z hipotez, jakie należałoby rozważyć w tej sytuacji (Kranowitz, 2012).

Kolejny rodzaj zaburzeń sensorycznych wynika z **trudności w dyskryminacji**, tj. różnicowaniu. Różnicowanie sensoryczne to umiejętność dostrzegania różnych wrażeń (dotyk, nacisk, zapach itd.) oraz ich poszczególnych aspektów (faktura, głębokość nacisku, gładkość materiału). Percepcja zaś to znaczenie, jakie mózg nadaje danym sensorycznym (Ayres, 2016).

Problemy pojawiają się, gdy mózg ma trudności z odczytywaniem informacji zmysłowych, które otrzymuje. Człowiek stale musi interpretować subtelne różnice we wrażeniach, na przykład odczuwać dwa różne punkty dotyku, które są blisko siebie podczas prac manualnych. Otrzymawszy właściwą informację, mózg nadaje jej znaczenie. Jeśli pojawi się problem związany z propriocepcją lub dotykiem, dana osoba może wydawać się niezdatna, używa bowiem zbyt dużej lub zbyt małej siły, aby się poruszać i manipulować przedmiotami. Natomiast osoby z wizualnymi problemami percepcyjnymi mogą mieć trudności ze znalezieniem obiektów w nieuporządkowanym czy pstrokatym otoczeniu lub odszukaniem słowa na stronie. Problemy te mogą zostać zidentyfikowane przez praktyka integracji sensorycznej przy użyciu znormalizowanego narzędzia oceny (Ayres, 2016).

Kolejną kategorią zakłóceń integracji są zaburzenia motoryczne o podłożu sensorycznym. Należą do nich zaburzenia posturalne i dyspraksja.

W wyniku **zakłóceń układu przedsionkowego** (zwykle podreaktywność) powstają zaburzenia prowadzące do słabej równowagi, problemów z koordynacją i przekraczaniem linii środkowej ciała. Trudności z koordynacją obu stron ciała zwane bywają zaburzeniami przedsionkowo-bilateralnymi. W dalszej perspektywie powodują one trudności w mowie, nauce czytania i liczenia. Dzieje się tak dlatego, że dziecko z podreaktywnym układem przedsionkowym rozwija podobne umiejętności w obu półkulach mózgu i – co za tym idzie – obu stronach ciała, uniemożliwiając ich specjalizację. Należy podkreślić, że problemy z równowagą i koordynacją mogą wynikać z różnych przyczyn i niezbędne są wiedza oraz doświadczenie by je właściwie ocenić (Ayres, 2016).

Kolejną ważną zdolnością związaną z przetwarzaniem sensorycznym jest wspomniana już wcześniej praktyka. To sposób, w jaki nasz mózg planuje i wykonuje ruchy, których wcześniej nie znał. Dla dzieci może to być nauka skakania, dla dorosłych - nauka jazdy na snowboardzie lub używania pałeczek (Koomar i in., 2016).

Zdolność celowego planowania ruchów zaczyna się uwidaczniać już około 6-8 miesiąca życia. Wówczas niemowlę potrafi zwykle zaplanować i wykonać prostą sekwencję we właściwej kolejności, wykorzystując



do tego liczne informacje sensoryczne docierające do ciała wszystkimi zmysłami. Wynikiem prakcji na tym etapie jest zadzwonienie przez dziecko dzwoneczkiem lub złączenie ze sobą dwóch przedmiotów, a następnie ich rozdzielenie (Głodzik, 2017).

Problem z nauką takich nowych czynności (prakcji) nazywamy dyspraksją, a jej ważnym elementem jest kłopot z planowaniem motorycznym. Osoby z dyspraksją zwykle wyglądają niezgrabnie podczas poruszania się lub wykonywania zajęć manualnych, ich ruchy nie są płynne i automatyczne (Kranowitz, 2012). Wynika to z faktu, iż muszą one wykształcić strategię myślenia kompensacyjnego, które wymagają więcej planowania i nie są dość doskonałe (Koomar i in., 2016).

Należy pamiętać, że nie wszystkie problemy z przetwarzaniem sensorycznym są wynikiem zaburzeń integracji sensorycznej. Mogą mieć swe źródło w innych, poważnych zaburzeniach neurologicznych (Zawadzka i Domańska, 2008, Szepietowska i Misztal, 2008).

Omówiona klasyfikacja zaburzeń integracji pozwala uporządkować informacje o funkcjonowaniu sensorycznym dziecka, rzadko jednak trudność dotyczy wyizolowanego obszaru. Zwykle zakłócone przetwarzanie sensoryczne polega na przenikaniu się różnych problemów, jednak najczęściej da się wyróżnić dominujące komponenty (Kranowitz, 2012).

3.1. DIAGNOZA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ

W Polsce poziom przetwarzania sensorycznego i zaburzenia integracji sensorycznej ocenia się m.in. w oparciu o wywiad z rodzicami, metody kwestionariuszowe, a także obserwację swobodnego zachowania dziecka i obserwację kliniczną (z zastosowaniem prób klinicznych, Przyrowski, 2013). Dostępne jest także narzędzie „Profil Sensoryczny Dziecka” (Wiśniewska, 2015). Praktycy metody integracji sensorycznej stosują również tzw. Testy Południowokalifornijskie, opracowane przez Jean Ayres. Trzeba jednak pamiętać, że Testy zostały wydane w 1980 roku i nigdy nie doczekały się polskiej normalizacji. Należy więc stosować je z dużą ostrożnością. Nowością jest program diagnostyczno-terapeutyczny KATIS, pozwalający badać dzieci od 12 miesięcy do 4 lat i 11 miesięcy. Na podstawie standardowego wywiadu z rodzicami, kwestionariusza

oraz przeprowadzonych testów dotyczących zaburzeń modulacji sensorycznej i zaburzeń ruchowych o bazie sensorycznej program oblicza wyniki i proponuje rozpoznanie oraz program terapii. Narzędzie opracowano na podstawie badań 450 dzieci (Przyrowski, 2019).

Wywiad z rodzicami prowadzony w ramach diagnozy problemów z przetwarzaniem sensorycznym powinien obejmować m.in.:

- przebieg ciąży (tryb życia, leki, używki, choroby),
- termin i przebieg porodu
- stan dziecka po porodzie
- przebieg rozwoju motorycznego w aspekcie „kamieni milowych” (kolejność i czas pojawiania się)
- rozwój mowy
- zachowanie dziecka w niemowlęctwie
- choroby (także choroba lokomocyjna, problemy z uszami)
- wady ortopedyczne
- wady wzroku i słuchu
- urazy i hospitalizacje
- badania i ich wyniki
- postawione diagnozy
- prowadzone terapie i ich efekty
- aktualny stan dziecka (w dniu badania).

Kwestionariusz sensoryczny/kwestionariusz rozwoju sensomotorycznego to narzędzie, które wypełniają rodzice (w razie potrzeby – z pomocą terapeuty). Dotyczy on przeszłych i obecnych objawów dotyczących różnych obszarów przetwarzania sensorycznego. Pozwala pozyskać wiele informacji, które nie zawsze da się zaobserwować w gabinecie. Można skorzystać z gotowych kwestionariuszy lub przygotować własny (Przyrowski, 2013).

„Profil Sensoryczny Dziecka” to narzędzie diagnozy funkcjonalnej, przeznaczone do badania dzieci w wieku od 3 do 10 lat. Pozwala ocenić zaburzenia przetwarzania sensorycznego i stworzyć profil w ośmiu obszarach. Jest metodą kwestionariuszową (Wiśniewska, 2015).

Obserwacja kliniczna zawiera próby badające różne aspekty integracji sensorycznej. W opracowaniu Przyrowskiego (2013) obejmuje:

- preferencję oka/ręki
- szybką rotację przedramion
- ruchy oczu

- próbę palce-kciuk
- próbę palec do nosa
- kokontrakcję
- pozycję wyprostną na brzuchu
- pozycję zgięciową na plecach
- asymetryczny toniczny odruch szyjny (ATOS)
- symetryczny toniczny odruch szyjny (STOS)
- napięcie mięśni
- test Schildera
- równowagę dynamiczną
- równowagę statyczną
- niepewność grawitacyjną
- stabilizację tułowia
- oczopląs porotacyjny.

Ostatnia próba – oczopląs porotacyjny – jest jednym ze wspomnianych wcześniej Testów Południowokalifornijskich. Uznawana jest za jeden z ważniejszych wskaźników ogólnego funkcjonowania sensorycznego dziecka.

Terapeuta może rozwinąć badanie o własne próby. Mają one prowadzić do oceny następujących obszarów integracji sensorycznej:

- Modulacja sensoryczna (nadwrażliwość/podwrażliwość dotykowa, nadwrażliwość/podwrażliwość/poszukiwanie przedsionkowe)
- Mechanizmy posturalne (obserwacja odruchów TOB, ATOS, STOS, obserwacja postawy w aspekcie integracji sensorycznej, obserwacja napięcia mięśni antygrawitacyjnych, obserwacja zmienności i izolacji ruchu, obserwacja utrzymania i przenoszenia ciężaru ciała, obserwacja funkcji okoruchowych)
- Planowanie motoryczne
- Obustronna koordynacja ruchowa (Przyrowski, 2019).



Diagnoza przetwarzania sensorycznego bywa poszerzana o badanie większej ilości przetrwałych odruchów pierwotnych (jak np. odruch Moro, Galanta), których utrzymywanie się świadczy o niedojrzałości neuromotorycznej i utrudnia osiągnięcie kolejnych etapów doskonalenia układu nerwowego. Badanie to oparte jest o przeprowadzenie określonych prób i ocenę ich wykonania na skali od 0 do 4 punktów. Wynik pozwala określić, jaka forma stymulacji jest wskazana: czy wystarczający jest program domowy i szkolny, czy też konieczna jest terapia prowadzona przez wykwalifikowaną osobę (Goddard, 2018).

Pisemna ocena procesów integracji sensorycznej stanowi podsumowanie informacji zebranych w całym procesie diagnostycznym. Zwykle odnosi się do problemów, które dominują w obrazie zaburzeń, stanowi opis funkcjonowania poszczególnych systemów lub określa typ zaburzeń przetwarzania sensorycznego (według modelu zaproponowanego przez Miller i współpracowników). Diagnoza powinna także zawierać zalecenia dla rodziców i nauczycieli dziecka oraz wskazywać na konieczność (lub brak potrzeby) postępowania terapeutycznego.

3.2. TERAPIA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ

Choć, jak już wspomniano wcześniej, większości małych dzieci do właściwego rozwoju wystarczą codzienne zajęcia w naturalnym środowisku, to w przypadku osób z zaburzoną integracją sensoryczną często niezbędne jest zapewnienie dodatkowych, odpowiednio dobranych bodźców sensorycznych stanowiących okazję do ćwiczenia odpowiedzi adaptacyjnych (Odowska-Szlachcic, 2016).

Terapia proponowana w przypadku zaburzeń przetwarzania sensorycznego to „forma leczenia, w której precyzyjnie dobrane bodźce zmysłowe i interakcja fizyczna usprawniają integrację sensoryczną, co skutkuje sukcesami edukacyjnymi, lepszą samokontrolą i jakością życia” (Ayres, 2016, s.153). Pozwala ona zatem zoptymalizować rozwój biopsychospołeczny dziecka.

Odpowiednia aranżacja sali i celowo dobrane sprzęty pozwalają dostarczyć bodźców, których potrzebuje układ nerwowy, aby się odpowiednio rozwijać. Terapia integracji sensorycznej obejmuje całe ciało, wszystkie zmysły jednocześnie. Współpracujące mięśnie i stawy przekazują do mózgu uporządkowane impulsy. Ruch



ciała dostarcza wrażeń przedsionkowych, pomagając zintegrować pozostałe układy. Tak wyrabia się zdolność interpretowania bodźców i coraz bardziej odpowiedniego reagowania na nie. Rolą terapeuty jest wspieranie naturalnego dążenia dziecka do samodzielnego dostarczania organizmowi tego, czego on aktualnie potrzebuje do właściwego funkcjonowania poprzez odpowiednie aranżowanie otoczenia i proponowanie różnych gier, zabaw, a więc „bodźcowanie” układów sensorycznych (głównie przedsionkowego, proprioceptywnego i dotykowego). Terapia ma być przyjemna i aktywizująca naturalną tendencję do rozwoju, ale przypadku ćwiczeń trudniejszych, których dziecko może unikać, specjalista musi wymyślać dodatkowe zadania, dzięki którym te nieprzyjemne staną się bardziej atrakcyjne. Wszelkie sukcesy i postępy napędzają chęć do pokonywania trudności. Sztuką jest balansowanie na granicy możliwości dziecka, a więc dostarczanie możliwości wykonywania zadań nie za trudnych, ale i nie za łatwych (Ayres, 2016, Przyrowski, 2019).

„Terapia pomaga dziecku przetwarzać bodźce zmysłowe tak, by stanowiły zgraną całość. Kiedy dziecko aktywnie angażuje się w konkretne działanie, które zapewnia intensywność, trwanie i jakość wrażenia sensorycznego w układzie nerwowym, wówczas jego zachowanie adaptacyjne się poprawia. Zachowanie adaptacyjne z kolei prowadzi do lepszego przetwarzania sensorycznego” (Kranowitz, 2012, s.62). Na skutek terapii poprawie ulega percepcja, uczenie się, zdolności społeczno-emocjonalne, pewność siebie. Dziecko potrafi dzięki temu planować, organizować i robić to, co zaplanuje.

Niezbędnym warunkiem prowadzenia terapii integracji sensorycznej jest odpowiednio urządzona i wyposażona sala. Powinna ona mieć około 24-35 metrów (mniejsza ogranicza ruch, większa zaś utrudnia nadzór nad dzieckiem oraz skoncentrowanie uwagi). Sala powinna być stonowana kolorystycznie i uporządkowana, pozbawiona niebezpiecznych, ostrych czy twardych przedmiotów. Do podstawowego wyposażenia należy stelaż i sprzęt podwieszany: hamaki, huśtawki, a także inne urządzenia, takie jak: deski rotacyjne, deskorolki, zjeżdżalnie, równoważnie, piłki, materace i maty sensoryczne, koce i kamizelki obciążone oraz wiele drobnych pomocy (woreczków, instrumentów muzycznych, gniotków, materiałów do stymulacji wzrokowej, węchowej itp.). Terapię wzbogacają maglownice, ścianki wspinaczkowe, drabinki czy zjeżdżalnie. Potrzebny jest także stolik z krzesłem o wysokości przystosowanej do wzrostu dziecka (Przyrowski, 2019).

W dużym uogólnieniu, **terapia zaburzeń modulacji sensorycznej** polega na:

- utrzymaniu pobudzenia na odpowiednim poziomie poprzez dostosowanie natężenia, czasu i zmienności ćwiczeń,
- dostarczeniu odpowiedniej ilości bodźców,
- stopniowym włączaniu bodźców, których wcześniej dziecko unikało,
- monitorowaniu reakcji i dostosowywaniu stymulacji,
- konsekwentnym wykonywaniu ćwiczeń przez dłuższy czas by ocenić efekty,
- uczeniu dziecka dostarczania sobie bodźców organizujących aktywność i akceptowanych społecznie,
- wykorzystywaniu zainteresowania dziecka jako motywatora i gwarancji efektywności terapii.

W terapii zaburzeń modulacji stosuje się m.in.: masaż Willbarger (tzw. „szcztokowanie” według ściśle określonej procedury), ćwiczenia z obciążeniem (np. kamizelką), koce obciążone, masaż (w tym wibracyjny), ćwiczenia na sprzęcie podwieszanym, kompresję stawów, suchy basen, uciski, rolowanie, walcowanie, stosowanie pomocy do uciskania.

Terapia zaburzeń ruchowych o bazie sensorycznej polega na ćwiczeniach wspierających integrację odruchów, kształtowanie mechanizmów kokontrakcji (dowolnego napinania mięśni antagonistycznych), rozwój reakcji równoważnych, ruchów oczu.

Terapia dyspraksji obejmuje 3 etapy:

1. obmyślanie przez dziecko pomysłów na wykonanie ćwiczenia czy wykorzystanie sprzętu,
2. rozwijanie planowania motorycznego (zakładająca ćwiczenia rozwijające schemat ciała) – dziecko ma za zadanie zrealizować swój pomysł,
3. wykonanie zadania z jednoczesnym zbieraniu informacji zwrotnych i korygowaniu błędów (dostosowanie siły, ułożenia ciała itd.).

Istotne w terapii dyspraksji są: różnorodne ćwiczenia kształtujące (powoli, stopniowo) wiedzę o własnym ciele i jego możliwościach ruchowych, rozwój koordynacji obustronnej, różnicowanie stron i przekraczanie linii środkowej, rozwój reakcji równoważnych i obronnych, stopniowe zmniejszanie demonstracji ćwiczeń, wprowadzanie ćwiczeń wymagających kontroli (zmiana szybkości, kierunku, zatrzymanie ruchu), nauka pojedynczych umiejętności, które w połączeniu dadzą nową zdolność (np. jazda na rowerze).

Terapia zaburzeń różnicowania sensorycznego polega na proponowaniu różnorodnych bodźców i zróżnicowanych wrażeń, zwykle w połączeniu ze stymulacją przedsionkową, ze stopniowym zwiększaniem poziomu trudności zadań (Przyrowski, 2019).

Niezbędnym uzupełnieniem terapii integracji sensorycznej i warunkiem jej skuteczności jest „dieta sensoryczna” stosowana w domu, a także dostosowanie warunków w przedszkolu czy szkole do potrzeb dziecka. Dieta sensoryczna oznacza przygotowany specjalnie dla danego dziecka program codziennych aktywności, dostarczających do układu nerwowego właściwych bodźców sensorycznych w celu utrzymania odpowiedniego poziomu pobudzenia, sprzyjającego koncentracji uwagi i dobrej organizacji zachowania w ciągu dnia. (Kranowitz, 2012).

Do zajęć pobudzających należą m.in.: chrupanie twardych i kruchych pokarmów, prysznic, skoki na piłce (materacu, trampolinie), kręcenie się w kółko (na karuzeli czy huśtawce). Zajęcia organizujące to żucie pokarmu, wiszenie na drążku, pchanie lub ciągnięcie ciężarów, pozycja do góry nogami. Do czynności uspokajających należą np. ssanie landryneków, pchanie ściany, kołysanie się (na huśtawce, koniku), kąpiel w wannie (Kranowitz, 2012).

Zajęcia rozwijające zmysł dotyku, które mogą być wykonywane w domu lub szkole, to np.: malowanie palcami, zabawy plastyczne z użyciem różnych materiałów (ciastolina, kasza, piasek, galaretki), rozpoznawanie dotykiem przedmiotów, zgadywanie rysunków malowanych ręką na plecach lub ręce.

Zajęcia rozwijające zmysł równowagi to m.in.: turlanie się, huśtanie, kręcenie, zjeżdżanie, balansowanie na piłce, biegi, chodzenie po krawężnikach.

Propriocepcję stymuluje: noszenie ciężkich ładunków, pchanie i ciągnięcie, zwisanie na drążku, uciski stawów i całego ciała, przesypywanie i przelewanie, siłowanie się.

Zmysł słuchu rozwijają rozmowy, brak pośpiechu, mówienie w takt melodii, rozpoznawanie dźwięków, czytanie dziecku.

Zmysł wzroku kształtuje się poprzez rysowanie (także z użyciem różnych substancji), kalkowanie, labirynty, łączenie kropek, wycinanie, śledzenie wzrokiem ruchomych obiektów, patrzenie na bliskie i odległe obiekty naprzemiennie, układanki i klocki (Przyrowski, 2019, Kranowitz, 2012).

U dzieci z zakłóceniami integracji sensorycznej regularna terapia (zwykle 1 lub 2 razy w tygodniu), utrwalana regularną „dieta sensoryczną” poza gabinetem pomaga znacznie poprawić funkcjonowanie. Warto wspomnieć także o niektórych innych terapiach, uzupełniających lub zastępujących (w przypadku izolowanych problemów) terapię integracji sensorycznej. Są to m.in.: terapia widzenia, treningi słuchowe, terapia żywieniowa, terapia integracji odruchów (Kranowitz, 2012, Goddard, 2018).

PODSUMOWANIE

Niniejsze opracowanie przedstawia bazę teoretyczną, która (uzupełniona praktycznymi zajęciami) pozwoli przygotować studentów psychologii do podejmowania zadań związanych z diagnozą i terapią zaburzeń rozwojowych dzieci i młodzieży. Ze względu na różnorodność problemów okresu dzieciństwa i adolescencji, obejmuje ona jedynie zarys tych najczęściej spotykanych. Ma stanowić podstawę i inspirację do dalszych, samodzielnych studiów. Wskazuje możliwe kierunki rozwoju młodego adepta psychologii oraz wartościową literaturę pomocną w zgłębianiu wiedzy.

BIBLIOGRAFIA

- Ambroziak, K. (2016). Zaburzenia depresyjne. W: Jerzak, M. (red.) *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a rzeczywistość szkolna* (s. 56-74). Warszawa: PWN.
- Andrzejewska, M. (2016). Mutyzm. W: Jerzak, M. (red.) *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a rzeczywistość szkolna* (s. 321-351). Warszawa: PWN.
- Attwood, T. (2012). *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Ayres, J. (2015). *Dziecko a integracja sensoryczna*. Gdańsk: Harmonia.
- Borkowska, M., Wagh, K. (2010). *Integracja sensoryczna na co dzień*. Warszawa: PZWL.
- Bystrzanowska, M. (2018). *Mutyzm wybiórczy*. Kraków: Impuls.
- Chromik-Kovačs, J., Banaszczyk, I. (2017). *Jak pracować z dzieckiem z zespołem Aspergera w domu i szkole*. Gdańsk: Harmonia.
- Cotungo, A. (2010). *Terapia grupowa dla dzieci ze spektrum autyzmu*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Czabała, J. (2003). „Psychologiczna diagnoza zaburzeń psychicznych. W: Strelau, J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3.* (s.567-581), Gdańsk: GWP.
- Dąbrowska, I. (2016). Choroba tikowa. W: Jerzak, M. (red.) *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a rzeczywistość szkolna* (s. 286-319). Warszawa: PWN.
- Domurat, M. (2016). Zaburzenia zachowania. W: Jerzak, M. (red.) *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a rzeczywistość szkolna* (s. 40-55). Warszawa: PWN.
- Eliot, L. (2010). *Co tam się dzieje?* Poznań: Media Rodzina.
- Felińska, A., Grzegorzewska, I. (2020). Dziecko i młody człowiek w obliczu cyfryzacji życia. W: Grzegorzewska i in. (red.) *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s.723-734). Warszawa: PWN.
- Gamliel, I., Yirmiya, N. (2017) Diagnoza zachowań społecznych w zaburzeniach ze spektrum autyzmu. W: Goldstein, S., Naglieri, J. i inni. W: Goldstein i in., *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu* (s.180-216). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Głodzik B., (2017). *Otwarte okna dziecięcych możliwości*. Lublin: Przecinek.
- Goddard, S. (2018). *Odruchy, uczenie się i zachowanie*. Warszawa: PWN.
- Goodman, R., Scott, S. (2003). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner.
- Grzegorzewska, I., Pisula, E., Borkowska A.R. (2016). Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. W: Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Holka-Pokorska, J., Piróg-Balcerzak, A., Jarema, M. Kontrowersje wokół diagnozy mutyzmu wybiórczego – krytyczna analiza trzech przypadków w świetle współczesnych badań oraz kryteriów diagnostycznych, *Psychiatria Polska*, 52(2), 323-343.
- Jaworowska, A. (2005). *STAIC - Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kazdin, A., Weisz, J. (2006). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kendall, P. (2018). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*. Sopot: GWP.
- Kirby, A. (2009). *Dyspraksja. Rozwojowe zaburzenie koordynacji*. Warszawa: Fundacja „Szkoła Niezwykła”.
- Klecka, M. (2016). Płodowy zespół alkoholowy. W: Jerzak, M. (red.) *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a rzeczywistość szkolna* (s. 234-257). Warszawa: PWN.
- Koomar J., Kranowitz C. i in. (2016). *Integracja sensoryczna. Odpowiedzi na pytania zadawane przez nauczycieli*. Gdańsk: Harmonia.
- Kranowitz C. (2012). *Nie-zgrane dziecko*. Gdańsk: Harmonia.
- Maas V. (2016). *Uczenie się przez zmysły*. Gdańsk: Harmonia.
- McKendry A., Godwin E. (2016). *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej*. Warszawa: PWN.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Morrison, J., Flegel, K. (2018). *Wywiad diagnostyczny z dziećmi i młodzieżą*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Naglieri, J., Chambers, K. (2017) Aspekty psychometryczne i skale używane w diagnozie zaburzeń ze spektrum autyzmu. (s. 82-124) W: Goldstein, S., Naglieri, J. i inni. *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Odowska-Szlachcic B. (2016). *Terapia integracji sensorycznej, zeszyt 1*. Gdańsk: Harmonia.
- Paluchowski, W. (2006). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Scholar.
- Pisula, E. (2014). *Autyzm. Przyczyny. Symptomy. Terapia*. Gdańsk: Harmonia.
- Pisula, Bryńska i in. ADHD. (2014). *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Gdańsk: GWP.
- Przyrowski, Z. (2013). *Kliniczna obserwacja*. Warszawa: Empis.
- Przyrowski, Z. (2019). *Integracja sensoryczna. Teoria, diagnoza, terapia*. Warszawa: Empis & Sensum Mobile.
- Sajewicz-Radtke, U. (2012). *Skale Objawowe Zaburzeń Lękowych*. Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Sitnik-Warchulska, K., Izydorczyk, B., Lipowska, M. (2019). Wyzwania klinicznej diagnostyki psychologicznej dzieci i młodzieży. Rekomendacje konsultantów w dziedzinie psychologii klinicznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 19(1), 54-62.
- Smólska-Lynka, K. (2016). Zaburzenia odżywiania. W: Jerzak, M. (red.) *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a rzeczywistość szkolna* (s. 159-181). Warszawa: PWN.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2016). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szepietowska, E., Misztal, H. (2008). Zaburzenia dowolnych czynności ruchowych – apraksje. W: Domańska, Ł., Borkowska, A. (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Lublin: UMCS.
- Szokolak-Stępień, A. (2018). Trudności w uczeniu się – model diagnozowania dysleksji rozwojowej. *Studia Edukacyjne*, 49, 215-229.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2008). *ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Genewa: WHO
- Tucholska, S. (1998). Kryteria i klasyfikacje upośledzenia umysłowego. *Roczniki Psychologiczne*, 1, 181-187.
- Verdellen, C., Griendt, J. (2016). *Tiki*. Warszawa: CBT-EDU.
- Wiśniewska, M. (2015). *Profil Sensoryczny Dziecka*. Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Wolańczyk, T., Kołakowski, A., Skotnicka, M. *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Lublin: Wydawnictwo Bifolium.
- Wrocławska-Warchala, E., Wujcik, R. (2016). *CDI 2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zawadzka, E., Domańska, Ł. (2008). Zaburzenia spostrzegania. W: Domańska, Ł., Borkowska, A. *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Lublin: UMCS.

Recenzja: dr hab. Stanisława Tucholska, Instytut Psychologii, KUL
Marzec 2020

Izabela Czajka-Szymona. Psycholog, terapeuta integracji sensorycznej. Od piętnastu lat pracuje w poradni psychologiczno-pedagogicznej, gdzie diagnozuje przyczyny trudności oraz pomaga odkryć zasoby dzieci i młodzieży. Prowadzi zajęcia terapeutyczne i rozwijające zdolności emocjonalno-społeczne. Jej klienci to między innymi osoby wysoko wrażliwe, lękowe, z trudnościami w nauce, koncentracji uwagi i funkcjonowaniu społecznym (w tym - ze zdiagnozowanymi zaburzeniami rozwojowymi jak ADHD, dysleksja czy autyzm). Rodzicom i wychowawcom udziela wsparcia w stwarzaniu optymalnych warunków rozwoju dzieciom i młodzieży oraz budowaniu dobrych relacji. Stale poszerza swoje kompetencje, a wiedzę i doświadczeniem dzieli się z przyszłymi i obecnymi psychologami oraz pedagogami m.in. podczas zajęć akademickich, szkoleń i kursów.

