



***Autyzm, Zespół Aspergera,  
dzieci z nadpobudliwością  
psychoruchową.  
Depresja i zaburzenia  
odżywiania.  
Praca z dzieckiem  
nadpobudliwym.***

Prowadzący: Anna Kaduszkiewicz



## ASD (Autism Spectrum Disorder)

Autystyczne spektrum zaburzeń

Autyzm jest **całościowym zaburzeniem rozwoju**, którego objawy widoczne są zazwyczaj w pierwszych 3 latach życia. Spektrum zaburzeń oznacza duże zróżnicowanie objawów u różnych osób.

**Autyzm** to termin, który wywodzi się od greckiego słowa "autos", tłumaczonego jako sam. Zasadniczo oddaje to istotę zaburzeń autystycznych – osoby te żyją niejako w swoim własnym świecie i funkcjonowanie w otaczającej je rzeczywistości może być dla nich niezwykle trudne.

Związane z autyzmem: zaburzenia komunikacji, interakcji z innymi ludźmi i nietypowe zachowania to inaczej triada zaburzeń.

## AUTYSTYCZNA TRIADA

charakterystyczny wzorzec objawów w autyzmie



(za: Pisula, 2010)

W psychiatrii stosowane są zasadniczo dwie klasyfikacje: opracowana przez Światową Organizację Zdrowia ICD (obecnie obowiązuje jej 10. wersja) oraz przygotowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne klasyfikacja DSM (obecnie funkcjonuje jej V wersja).

W diagnozowaniu zaburzeń rozwoju zgodnie z ICD mamy do czynienia z podziałem na 8 całościowych zaburzeń rozwoju:

- F84.0 – Autyzm dziecięcy
- F84.1 – Autyzm atypowy
- F84.2 – Zespół Retta
- F84.3 – Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne
- F84.4 – Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi



- F84.5 – Zespół Aspergera
- F84.8 – Inne całościowe zaburzenia rozwojowe
- F84.9 – Całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone

Wspólnymi cechami wszystkich tych zaburzeń są problemy w komunikacji i rozumieniu zjawisk społecznych. Wszystkie te zaburzenia **w amerykańskim DSM V nie są już wyodrębnione**, ale przy diagnozowaniu autyzmu użyty jest termin zbiorczy – spektrum zaburzeń autystycznych (Autism Spectrum Disorder czyli ASD) pod symbolem 299.00.

W DSM- V wyróżnione są trzy kryteria. Osoba u której zdiagnozuje się autyzm musi przejawiać co najmniej 6 cech wymienionych w punktach (w tym co najmniej dwie w punkcie 1 i po jednej z punktu 2).

1. Klinicznie znaczące, stałe nieprawidłowości w obrębie **komunikacji społecznej i interakcji**.
  - a. Wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych,
  - b. Brak wzajemności społecznej,
  - c. Nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju.
2. **Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności** objawiające się poprzez co najmniej dwa z poniższych objawów:
  - a. Stereotypowe zachowania motoryczne lub werbalne lub nietypowe zachowania sensoryczne,
  - b. Nadmierne przywiązanie do rutyny i rytualizowanych wzorców zachowania,
  - c. Ograniczone zainteresowania.
3. Objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie (ale mogą nie manifestować się w pełni dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka)

**Wczesne objawy autyzmu** różnią się u każdego dziecka. Rodzice, którzy kontaktują się ze specjalistami, zauważają zachowania tj.

- dziecko nie nawiązuje kontaktu wzrokowego np. podczas karmienia, nie odwzajemnia uśmiechów i ekspresji twarzy,
- dziecko nie reaguje na swoje imię oraz nie wydaje dźwięków, żeby zyskać uwagę rodziców,
- nie używa gestów do komunikacji np. gestu „papa” na pożegnanie, nie prosi o pomoc ani o inne podstawowe rzeczy,
- dziecko nie gaworzy w wieku 12 miesięcy,
- dziecko nie patrzy na przedmioty, które wskazujemy.

Kamienie milowe w rozwoju są to **kluczowe umiejętności**, które nabywa dziecko. Opóźnienia w osiągnięciu tych umiejętności rozwojowych wymaga niezwłocznej konsultacji.

- 6 miesiąc – dziecko nie uśmiecha się do ciebie, nie wykazuje innej radosnej ekspresji,
- 9 miesiąc – dziecko nie odwzajemnia uśmiechów, ekspresji twarzy, nie odpowiada na wydawane przez ciebie dźwięki,
- 12 miesiąc – brak gaworzenia,
- 16 miesiąc – brak mowy,



- 24 miesiące – dziecko nie używa w sposób sensowny zdań złożonych z 2 słów (nie tylko powtarzanie),
- utrata mowy, gaworzenia, umiejętności społecznych – w każdym wieku

Fundacja Synapsis prowadzi program wczesnego wykrywania autyzmu.

W ramach programu na stronie internetowej badabada.pl można wypełnić kwestionariusz dotyczący zachowań dziecka, które ma 12-30 miesięcy. Kwestionariusz oparty jest na narzędziu badań przesiewowych autyzmu M-CHAT stosowanym powszechnie w USA. Po wypełnieniu 2 stron otrzymujemy wynik, który informuje nas czy nasze odpowiedzi wskazują na ryzyko wystąpienia autyzmu i w jakim stopniu. Wynik nie jest diagnozą, ale jedynie badaniem przesiewowym, które daje wstępną informację i w razie potrzeby kieruje do odpowiednich specjalistów.

Ćwiczenie nr 1 – film reakcje

### Zespół Aspergera

Główne objawy ZA koncentrują się wokół:

- relacji społecznych,
- komunikacji,
- stereotypowych zachowań

Objawy Zespołu Aspergera na tle całego spektrum zaburzeń autyzmu mają najłagodniejszą formę, a osoby z ZA mają inteligencję w normie lub powyżej normy. W całym spektrum zaburzeń autyzmu, również w populacji osób z Zespołem Aspergera, objawy mają różne konfiguracje i u poszczególnych osób obraz objawów może znacznie różnić się.

Opóźniony jest rozwój **umiejętności prowadzenia rozmowy** oraz występują trudności w komunikacji m. in. nie uwzględnianie potrzeb słuchacza, nierozumienie komunikacji niewerbalnej (mimiki i gestów). Takie trudności w komunikacji wpływają na opóźnienie dojrzałości społecznej, trudności w nawiązywaniu przyjaźni. Osoby z Zespołem Aspergera często postrzegane są jako „ekscentrycy”.

Osoby z ZA lubią niezmienność oraz sytuacje społeczne w których reguły są jasne i stałe. Często osoby z ZA przywiązane są do własnej **rutyny** i rytuałów np. chodzenie do szkoły tą samą drogą. To daje im poczucie bezpieczeństwa i pozwala lepiej orientować się w świecie. Rutyny przynoszą korzyść np. planowanie dnia lub planowanie wykonania czynności. Jednak, kiedy trzeba wykazać się elastycznością i zmienić element planu, może to wywoływać u osoby z ZA ogromny niepokój i złość.

Zdarza się, że **przed diagnozą Zespołu Aspergera** dziecko zostało zdiagnozowane w kierunku: ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi), zaburzeń językowych – opóźnienie rozwoju mowy (podjęta terapia logopedyczna), zaburzeń ruchowych, zaburzeń nastroju (małe dzieci z ZA mają skłonność do przejawiania zaburzeń lękowych), upośledzenia zdolności niewerbalnego uczenia się (znacznie wyższy wynik w zakresie inteligencji werbalnej w teście inteligencji).

Zespół Aspergera to zaburzenie ze spektrum autyzm. Najbardziej aktualna klasyfikacja używana do diagnozowania – klasyfikacja DSM-V nie wyróżnia Zespołu Aspergera jako



osobnej jednostki, ale traktuje jako część spektrum. Oznacza to, że według DSM-V specjaliści nie używają w diagnozie nazwy Zespół Aspergera, ale pojęcia spektrum autyzmu. Druga klasyfikacja ICD-10 wyodrębnia zaburzenia „wewnątrz” spektrum w tym również Zespół Aspergera. Klasyfikacja ICD-10 jest klasyfikacją oficjalnie obowiązującą w Polsce.

## ćwiczenie nr 2 – „ogród”

### **ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*),**

czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, znany jest na świecie już od ponad 140 lat.

Współcześnie – w zależności od klasyfikacji, z której się korzysta – używa się dwóch terminów: zespół hiperkinetyczny lub ADHD.

ADHD jest najczęstszym zaburzeniem neurobehawioralnym w dzieciństwie i zwykle powoduje znaczne problemy w funkcjonowaniu, tj. gorsze wyniki w szkole czy trudności w relacjach interpersonalnych zarówno z rówieśnikami, jak i członkami rodziny.

Można powiedzieć, że każde dziecko jest **pełne energii i zniecierpliwienia**, to u dziecka z ADHD te cechy są nasilone, utrudniają codzienne wypełnianie obowiązków, a także są nieadekwatne do wieku rozwojowego.

Dzieciom tym towarzyszy **niska samoocena**, a także **zachowania agresywne**, które zaniedbane mogą doprowadzić do opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania. ADHD może stanowić problem nie tylko w wieku przedszkolnym, ale również w wieku młodzieńczym i u osób dorosłych.

Najczęściej rozpoznawane u dzieci mających trwale występujące objawy, które rozpoczęły się przed 7. rokiem życia, jednak w wielu przypadkach jego początki można obserwować poniżej 5.,

a nawet 2. r.ż. U większości dzieci nie można określić „początku” wystąpienia objawów, a rodzice zgłaszają się po pomoc, gdy ruchliwość i impulsywność dziecka **uniemożliwiają mu naukę w szkole**.

trzy grupy objawów:

- nadmierna ruchliwość;
- nadmierna impulsywność;
- znaczne problemy z koncentracją uwagi, które uniemożliwiają skupienie się na jednej czynności

## ćwiczenie nr 3 – zaburzenia dziecka z ADHD



## Depresja i zaburzenia odżywiania

- zgodnie z przeprowadzonymi badaniami zaburzenia depresyjne są diagnozowane u **19–32% młodzieży w wieku 13–17 lat**,
- w okresie adolescencji dziewczynki chorują **2 razy częściej niż chłopcy**, przed okresem pokwitania depresja występuje równie często u dziewczynek i chłopców,
- u znacznej części nastolatków depresja ma charakter przejściowy
- choroba może wynikać z przyczyn biologicznych, trudności wynikających z kształtowania się tożsamości i związanym z tym procesem kryzysem rozwoju osobowości

### Objawy:

- **złe samopoczucie fizyczne**; np.: inne niż typowe dolegliwości bólowe, nadmierne wyczerpanie na punkcie funkcjonowania swojego organizmu (wyolbrzymianie dolegliwości fizycznych),
- **zaburzenia aktywności** – brak energii, szybkie męczenie się, ciągłe uczucie znużenia,
- **zaburzenia koncentracji** uwagi i zapamiętywania, które mogą powodować problemy w nauce,
- lepsze funkcjonowanie w **godzinach wieczornych** niż w ciągu dnia, trudności z porannym wstawaniem, zaburzenia snu i apetytu,
- **rozdrażnienie**, uczucie zmęczenia, przygnębienie, zmienność nastroju,
- utrata zdolności do **odczuwania przyjemności**,
- **niskie poczucie własnej wartości**, negatywna ocena siebie, rzeczywistości i przyszłości,
- **izolowanie się** – ograniczenie kontaktów z otoczeniem, zamykanie się w sobie,
- **zachowania autodestrukcyjne**: używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, samookaleczenia, myślenie o śmierci, w tym próby samobójcze.

W leczeniu depresji, często łączy się **terapię farmakologiczną z psychoterapią** – warto połączyć terapię rodzinną, przy współpracy ze szkołą, z terapią indywidualną osoby chorej, ważne jest, by podjąć także działania psychoedukacyjne ukierunkowane na zrozumienie istoty choroby.

Do najczęściej występujących **zaburzeń odżywiania** zalicza się

- anoreksję (anorexia nervosa, jadłowstręt psychiczny)
- bulimię (bulimia nervosa, żarłoczność psychiczna).

Inne rzadsze postacie zaburzeń odżywiania opisane w klasyfikacji ICD-10 to m.in.:

- jadłowstręt psychiczny atypowy,
- atypowa żarłoczność psychiczna,
- przejadanie się lub wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi
- inne nieokreślone zaburzenia odżywiania się.

Terapia zaburzeń odżywiania wymaga współpracy z rodziną.

Dziecko borykające się z zaburzeniami odżywiania powinno być objęte opieką psychologiczną przez dłuższy czas. Na pewno nie można porzucać leczenia, kiedy jest





lepiej. W takich sytuacjach nie należy odpuszczać, bo zaburzenia odżywiania potrafią powracać.

Niejednokrotnie potrzebne jest farmakologiczne wsparcie psychoterapii.

#### **Literatura**

- 1) Bluestone J.: Materia AUTYZMU. Łączenie wątków w spójną teorię, Fundacja Rozwiązać Autyzm, Warszawa 2015;
- 2) Charbicka M.: Dziecko z zespołem Aspergera, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015;
- 3) Dąbrowska- Kaczorek M., Sundberg M.L., Michael J.: „Okiem lekarza i psychoterapeuty. Korzyści dla dzieci z autyzmem, wynikające z analizy zachowania werbalnego Skinnera, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2015;
- 4) Dąbrowska- Kaczorek M., Szewczuk-Bogusławska M., Wasilewska E., Gorzelak P., Trzebiatowska I.A.: Jeśli nie zespół Aspergera, to co?, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2015;
- 5) Grandin T., Moore D.: Kochaj i pomóż dorosnąć. Jak pomóc dziecku ze spektrum autyzmu wejść w dorosłe życie, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017;
- 6) Grandin T., Panek R.: Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów, Copernicus Center Press Sp. z o.o., Kraków 2016;
- 7) Higashida N.: Dlaczego podskakuję, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2015;
- 8) Kozdroń A.: Zespół Aspergera. Zrozumieć aby pomóc, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015;
- 9) Nason B.: Porozmawiajmy o autyzmie. Przewodnik dla rodziców i specjalistów, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017;
- 10) Ozonoff S., Dawson G., McPartland J.C.: Wysokofunkcjonujące dzieci ze spektrum autyzmu. Poradnik dla rodziców, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015;
- 11) Pisula E.: Autyzm. Fakty, wątpliwości, opinie. WSPS, Warszawa 1993;
- 12) Pisula E., Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej, GWP, Gdańsk 2012;
- 13) Pisula E.: Małe dziecko z Autyzmem. Diagnoza i terapia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2005;
- 14) Pisula E.: Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1998;
- 15) Wilde K.: Logistyka autyzmu. Przewodnik dla rodziców, którzy zmagają się z kładzeniem dziecka spać, treningiem toaletowym, napadami złości, biciem i innymi wyzwaniami życia codziennego, Wydawnictwo HARMONIA, Gdańsk 2016;
- 16) Baranowska W., 2007. ADHD – prawie normalne życie. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź;
- 17) Barkley R.A., 2009. ADHD – podjąć wyzwanie. Kompletny przewodnik dla rodziców. Wyd. Zys i S-ka, Poznań;
- 18) Hallowell E.M., Ratey J.J., 2004. W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych. Media Rodzina, Poznań;
- 19) Kołakowski A., Wolańczyk T., Pisula A., Skotnicka M., Bryńska A., 2012. ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców. GWP, Sopot;
- 20) Kajka N., Szymona K.: Terapia ADHD. Trening sukcesu w pracy z dzieckiem nadpobudliwym. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2014, s. 11-17;
- 21) Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń odżywiania w ICD-10. IPiN Kraków – Warszawa 1997. 2. Jakuszowiak K., Cudała W.J.;



- 22) Zespół jedzenia nocnego rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie. *Psychiatria*, 2004, 1, 107-111.  
3. Kołtątaj B., Kołtątaj W., Karwat I.D.
- 23) Problem zachowań anorektycznych wśród młodzieży gimnazjalnej i licealnej Lublina. *Prob. Hig. Epidemiol.*, 2010, 91(3), 393-399. Cieślukowska A.M., Łucka I.;
- 24) Zaburzenia odżywiania wśród klinicznej populacji dzieci i młodzieży płci męskiej. *Psychiatria*, 2010, 7(5), 173-179. 5. Józefik B.;
- 25) Czy mam depresję i co mogę na to poradzić? : poradnik dla nastolatków / Shirley Reynolds i Monika Parkinson ; przeł. Grażyna Chamielec. - Wyd. I. - Poznań : Dom Wydawniczy REBIS, 2018;
- 26) Czym jest depresja / Peter D. Kramer ; przekł. Adam Tuz. - Poznań : Dom Wydawniczy Rebis, 2007;
- 27) Depresja i próby samobójcze młodzieży : sposoby przeciwdziałania i reagowania / Alan Carr ; przekł. Jarosław Rybski. - Gdańsk : Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2004.

Źródła internetowe:

[synapsis.org](http://synapsis.org)  
[asperger.org](http://asperger.org)  
[badabada.pl](http://badabada.pl)  
[dziewczyna wspektrum- blog](#)  
[polski autyzm.pl](http://polski autyzm.pl)  
[pstb.org](http://pstb.org)  
[terapeutabehawioralny.pl](http://terapeutabehawioralny.pl)  
[wyleczdepresje.pl](http://wyleczdepresje.pl)