

Ważna jest praca psychologiczna nad rozwojem samoświadomości, poczucia tożsamości oraz adekwatną oceną własnych umiejętności i znaczeniem samooceeny. Dobrze dobrany do potrzeb dziecka program edukacji i terapii w wpływa w istotny sposób na rozwój dziecka i jego jakość życia w dorosłości. Nie istnieje jedno właściwe i skuteczne podejście terapeutyczne dla wszystkich osób z autyzmem. Kluczowe znaczenie ma wczesna, intensywna i dobrze zaplanowana interwencja w przypadku wszystkich dzieci z autyzmem.

Skuteczność pracy z dzieckiem z autyzmem jest w dużej mierze zależna od współpracy nauczyciela z psychologiem i rodzicami traktowanymi jak partnerzy w organizacji i realizacji procesu terapii. Zaleca się stosowanie wielu metod i technik, które dostosowuje się do indywidualnych potrzeb dziecka i rodziny, które mają swoje indywidualne mocne i słabe strony, które należy uwzględnić przy opracowywaniu programu. Dotychczas opracowano wiele różnych procedur i metod terapeutycznych, które są stosowane w terapii, edukacji i rehabilitacji osób z autyzmem. Należą tu wymienić: techniki niedyrektywne, metodę Opcji, techniki behawioralne, zmodyfikowaną metodę dobrego startu, metodę ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne, program TEACCH, metody alternatywne (np. treningi integracji siłuchowej, stosowanie diet, terapia hormonalna), podejście znane jako „Czas podłogowy” i wiele innych. Przegląd i omówienie różnych metod terapeutycznych i edukacyjnych można znaleźć w wielu pracach (Pisula, Danielewicz, 2003; Komender, Jagielska, Bryńska, 2009; Pietras, Witusik, Gatecki, 2010; Pisula, Danielewicz, 2005).

## Bibliografia

- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Delacato, C.H. (1995). *Dziwne, niepojęte autystyczne dziecko*. Warszawa: Fundacja Synapsis.
- Galka, U., Pęczkowska, E. (2007). *Dzieci z autyzmem*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Happé, F.G. (1994). Wechsler IQ profile and theory of mind in autism: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1461-1471.
- Happé, F., Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 5-25.
- ICD-10 (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Jaklewicz, H. (2007). *Całościowe zaburzenia rozwojowe*. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. (s. 110-128). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Komender, J., Jagielska, G., Bryńska, A. (2009). *Autyzm i Zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kozielec, B.J., Jagielska, G. (2005). *Całościowe zaburzenia rozwoju*. W: T. Wołańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. (s. 68-84). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Newsworth, J.T., Wolfe, P.S. (2005). *The autism encyclopedia*. Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing.

Ozonoff, S., Pennington, B.F., Rogers, S.J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic children: Relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1081-1106.

Pietras, T., Witusik, A., Gatecki, P. (red.). (2010). *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.

Pisula, E. (1993). *Autyzm fakty, wątpliwości, opinie*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.

Pisula, E. (2000). *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Pisula, E. (2005). *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk: GWP.

Pisula, E. (2010). *Autyzm przyczynny symptomu terapii*. Gdańsk: Wydawnictwo HARMONIA.

Pisula, E., Danielewicz, D. (2003). *Terapia i edukacja osób z autyzmem – historia i dzień dzisiejszy*. W: D. Danielewicz, E. Pisula (red.), *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. (s. 9-42). Warszawa: Wydawnictwo APPS.

Pisula, E., Danielewicz, D. (red.). (2005). *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.

Pisula, E. (2010). *Autyzm, przyczynny, symptomu, terapii*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

## Zaburzenia zachowania

### Zaburzenia przywiązania

Teoria przywiązania powstała na gruncie wielu teorii, m.in. psychoanalizy, teorii relacji z obiektem, psychologii rozwojowej i poznawczej. Twórcą teorii przywiązania jest brytyjski psychiatra i psychoanalityk John Bowlby. W swoich publikacjach zidentyfikował on jakość doświadczanej przez dziecko opieki wsparcia ze strony opiekunów i jej wpływ na szeroko rozumiany rozwój, w tym również na powstawanie trudności w sferze emocjonalnej.

„[...] osiągnięcie zdrowia psychicznego wymaga, aby niemowlę i małe dziecko doświadczyło ciepłej, intrymnej i ciągłej (nieprzerwanej) relacji z matką (lub jej stałym substytutem), w której oboje znajdują zaspokojenie i radość (Bowlby, 1965, s. 13, za: Stawicka, 2008, s. 48).

Bowlby wyróżnił cztery fazy rozwoju przywiązania.

- Pierwsza faza (0.-3. mies. życia) – „Orientacja i sygnaty bez różnicowania figury” – charakteryzuje się tym, że noworodek nie różnicuje jeszcze osób sprawujących nad nim opiekę. Posiada on jednak umiejętności wrodzone – zachowania przywiązaniowe, które powodują zainteresowanie oraz aktywują reakcje opiekuńcze osób bliskich (Stawicka, 2008). W tym czasie utrwalają się również pierwsze wzory interakcji rodzic–dziecko.
  - W drugiej fazie („Orientacja i sygnaty skierowane do jednej lub kilku wyróżnionych figur”), która trwa do 6.-9. mies. życia dziecko zaczyna różnicować swoich opiekunów i faworyzować kontakty z jednym z rodziców. Dziecko w tym czasie jest aktywne w inicjowaniu i podtrzymywaniu kontaktu z opiekunem (tamże).
  - Trzecia faza trwa do 2.5.-3. r.ż. – „Utrzymanie bliskości z wyróżnioną figurą” (Marvin, Bitner, 1999, za: Stawicka, 2008). Na tym etapie pojawia się lęk przed osobami nieznanymi dziecku. Schemat przywiązania dopasowuje się do tego, jaki reprezentuje rodzic dziecka. Dziecko wypracowuje wzorzec interakcji i inicjacji kontaktu z osobą bliską. Charakter interakcji jest różnicowany ze względu na rozwój nowych umiejętności komunikacyjnych i motorycznych dziecka. Dziecko na tym etapie posiada więcej zasobów do uczenia się świata i kategoryzacji zasad nim rządzących (Senator, 2004).
  - Faza czwarta trwa od ok. 2.5.-3. r.ż. nazwana jest fazą „Kształtowania relacji partnerskiej”. Dziecko jest bardziej autonomiczne, jest w wieku przedszkolnym. Eksploruje rzeczywistość, ale nadal w sytuacji trudnej dla niego szuka kontaktu z matką/opiekunem, ponieważ są oni dla dziecka bezpieczną bazą. Dziecko ma większe umiejętności do przejmowania perspektywy opiekuna. Dziecko nie musi mieć w zasięgu wzroku opiekuna, żeby mieć gwarancję jego dostępności. Nabywa również umiejętność rozumienia tego, co się dzieje między nim a opiekunem na poziomie przyczynowo-skutkowym i potrafią egzekwować zachowania przywiązaniowe/dążące do bliskości.
- Bardzo ważną jest relacja opiekunów z dzieckiem od urodzenia. Około 1. r.ż. dziecko wytwarza w sobie „wewnętrzny model pracujący”. Jest to zbiór oczekiwań dziecka, emocji i uczuć związanych z osobami, które dziecko darzyło silnymi emocjami (Popek, 2005).
- Zostały zidentyfikowane cztery wzorce więzi na podstawie danych z przeprowadzonego „Testu nieznanych sytuacji” Mary Ainsworth (1978).
- Matka opuszczała dziecko dwukrotnie na maksymalnie trzy minuty. W pierwszej fazie matka zostawia dziecko samo w pokoju, natomiast za drugim razem matka zostawia dziecko, pozostaje one przez chwilę samo, a potem do pokoju wchodzi osoba obca (Zechowski, Namysłowska, 2008).

#### *Typ A: unikający*

To dzieci, które pomimo braku matki nie są zestresowane, nie płaczą, a kiedy ona się pojawia nie dąży do bliskości z nią. Dzieci te w przeszłości zostały wielokrotnie odrzucone przez bliską osobę.

#### *Typ B: dający poczucie bezpieczeństwa*

Dziecko odczuwa dyskomfort podczas nieobecności matki. Uspokaja się, kiedy matka wraca. Jej obecność jest w stanie przywrócić dziecku spokój i wraca ono do zabawy.

#### *Typ C: oporno/ambiwalentny*

Dziecko po wyjściu opiekuna odczuwa silny stres, co otwarcie manifestuje. Nie uspokaja się po przyjeździe rodzica. Dzieci takie często doświadczały ambiwalentnych reakcji ze strony opiekuna, raz ich potrzeby były zaspakajane a potem opiekun w ogóle na nie nie reagował.

#### *Typ D: zdeorganizowano-zdeorientowany*

Brak jednolitego wzorca reakcji. Kiedy dziecko jest samo, nie potrafi poradzić sobie z zaistniałą sytuacją. Kiedy do pokoju wchodzi opiekun, dziecko boi się, zastęga, zakrywa twarz.

### **Reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie**

To utrwalone nieprawidłowości interakcji społecznych. Interakcje te są ambiwalentne, zahamowane lub nadwrażliwe.

#### *Przyczyna*

Przyczyną jest brak prawidłowej opieki nad dzieckiem, który polega na niezaspekajaniu podstawowych potrzeb dziecka zarówno psychicznych, jak i fizycznych. Maltretowanie dziecka.

#### *Obraz kliniczny*

Zaburzenie pojawia się przed 5. rokiem życia. Dziecko nie ma bliskich relacji z innymi osobami. Dzieci wykazują wiele sprzecznych/ambiwalentnych reakcji, od złości po płacz. Zachowania te nasilają się w sytuacjach rozstań lub powitań. Zachowanie nie ulega zmianie, kiedy są pocieszane.

Dzieci, które doświadczyły tego zaburzenia często mają opóźniony rozwój fizyczny.

*Kryteria badawcze ICD10:* początek przed 5. r.ż., dziecko ujawnia silne, sprzeczne i ambiwalentne reakcje społeczne w różnych sytuacjach społecznych, zaburzenia emocjonalne przejawiają się brakiem reaktywności emocjonalnej, reakcjami wycofania, reakcjami agresywnymi wobec złego samopoczucia u siebie i u innych oraz (lub) bojaźliwym nadmiarem czujności, pewna zdolność do społecznego odważajemiania i reaktywności jest wyrażenie widoczna w interakcjach z dorosłymi, nie spełnione kryteria całościowych zaburzeń w rozwoju F84.

### Zaburzenie selektywności przywiązania

Dzieci cierpiące na to zaburzenie w sytuacjach trudnych szukają wsparcia i pocieszenia, ale nie jest dla nich ważny obiekt, który je pocieszy. Dzieci te w sytuacjach przedszkolnych są „przyjacielskie” wobec wszystkich.

#### Etiologia

Dzieci te w dzieciństwie nie doświadczyły stałości ze strony opiekunów. Relacje z opiekunami w dzieciństwie i zaspakajanie potrzeb było wybiorcze. Dzieci te doświadczały częstych zmian opiekunów, wychowywały się w instytucjach.

#### Obraz kliniczny

Obraz związany silnie z wiekiem dziecka. Około 2. r.ż. „typ przywierający” i „typ rozlany” czteroletnie dziecko wchodzi w interakcje z otoczeniem bez selektywności kontaktów.

**Kryteria ICD10:** uogólnione przywiązanie jest utrwaloną cechą podczas pierwszych 2 lat życia. Rozpoznanie wymaga względnego braku selektywnego okazywania przywiązania społecznego (przejawiającego się: prawidłową skłonnością do szukania oparcia u innych w sytuacjach złego samopoczucia, przy względnym braku selektywności – wyboru osób, u których takie oparcie jest poszukiwane); interakcje społeczne wobec osób nieznanym są modulowane słabo; występuje co najmniej jedno z następujących: zachowanie ogólnie „przywierające” w okresie niemowlęctwa, zachowanie przyciągające uwagę i bez różnicowania przyjazne we wczesnym i środkowym okresie dzieciństwa; występuje wyraźny i ogólny brak sytuacyjnej specyficzności poniższych cech.

#### Leczenie

Leczenie zaburzeń więzi jest związane z jak najszybszą wczesną interwencją i zapewniением dziecku poczucia bezpieczeństwa. Bardzo ważne jest zdiagnozowanie sytuacji dziecka, sytuacji rodzinnej zbadanie przyuczony zaniechań i niezaspakajania potrzeb dziecka.

Istotnym elementem leczenia jest podjęcie psychoterapii zarówno przez dziecko, jak również terapii rodzinnej, jeśli rodzina jest gotowa na współpracę.

W sytuacji, kiedy dziecko znajduje się pod wpływem przemocy ze strony rodziców, ważna jest separacja i umieszczenie dziecka w bezpiecznym dla niego miejscu. W przypadku, kiedy dziecko jest w instytucji, powinno się podjąć wszelkie starania, aby dziecko miało jednego opiekuna, trafiło do rodziny adopcyjnej lub zastępczej.

### Mutyzm wybiorczy

Zjawisko to charakteryzuje przewlekła odmowa mówienia w określonych sytuacjach społecznych, w których wymaga się od dziecka ekspresji słownej, pomimo mówienia

w innych sytuacjach, np. w domu. Problemy dziecka w komunikacji powinny przekraczać jeden miesiąc, przy czym wyklucza się pierwszy miesiąc nauki przedszkolnej czy szkolnej. Stwierdzany jest jednocześnie prawidłowy poziom rozumienia mowy i kompetencji w posługiwaniu się mową oraz umiejętności komunikacji niewerbalnej w normie. Dzieci cierpiące z powodu mutyzmu przejawiają uogólnioną i trwałą niechęć do mówienia, co znaczy, że nie mówią wcale lub komunikują się werbalnie tylko w wybranych sytuacjach. Praktycy zaobserwowali, że zaburzeniu towarzyszą zwykle pewne cechy osobowości, takie jak: lękliwość, wycofywanie się, nadmierna wrażliwość lub upór.

Pierwsze objawy mutyzmu pojawiają się najczęściej u dzieci między 2. a 6. rokiem życia. Etiopatogeneza mutyzmu związana jest z czynnikami o zróżnicowanym charakterze, tj. nieprawidłowa struktura rodziny, błędy wychowawcze, silne przeżycia psychiczne, przewlekły stres. W etiologii mutyzmu wymienia się czynniki biologiczne, oraz psychiczny w okresie rozwoju mowy, słabą stymulację rozwoju mowy, nieprawidłową strukturę rodziny, zwłaszcza relacji pomiędzy matką a dzieckiem. Specjaliści zaobserwowali w rodzinie dziecka z mutyzmem, specyficzny model karania mlęczeniem (matka nie odzywa się do dziecka w sytuacji, kiedy zachowuje się ono w sposób niewłaściwy).

Mutyzm selektywny, w którym odmowa mówienia wynika właśnie z zaburzeń emocjonalnych, charakteryzuje wybiorczość werbalnego komunikowania się, polegająca na tym, że dziecko w pewnych sytuacjach rozmawia swobodnie, ale w innych, specyficznych dla danego dziecka, przestaje mówić.

Ważne, aby dodać, że mutyzm selektywny nie obejmuje: całościowych zaburzeń rozwoju, schizofrenii, specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka, mutyzmu sytuacyjnego występującego w przebiegu lęku przed separacją u małych dzieci. Mutyzm selektywny może być natomiast objawem diagnozowanym w przebiegu zaburzeń psychotycznych, w zespołach katatonicznych, stanach paranooidalnych, zaburzeniach emocjonalnych.

Terapia mutyzmu selektywnego skupia się na eliminacji objawów oraz niekorzystnych czynników środowiskowych. Istotnym czynnikiem jest współpraca przedszkola czy szkoły z rodzicami dziecka. Proces oddziaływania terapeutycznego w przypadku mutyzmu selektywnego przebiega etapowo. Ponieważ dzieci z mutyzmem odczuwają dyskomfort znajdując się w pobliżu obcej osoby, przejsięcie z jednego etapu do kolejnego charakteryzuje zmniejszenie dystansu między dzieckiem a terapeutą. Na wstępnym etapie pracy terapeuta poświęca czas na nawiązanie z dzieckiem niewerbalnego kontaktu, stosując różne formy zabaw ruchowych, manualnych. Dzieci z mutyzmem selektywnym często mówią bardzo cicho, czasami szeptem. Z uwagi na to korzystne jest stosowanie ćwiczeń emisji siły głosu tj.: piosenki, wylizanki, rysowane wierszyki, liczenie. Leczenie farmakologiczne nie jest zalecane.

**Enuresis. Encopresis**

Wśród zaburzeń wydalania wyróżnić można dwa zjawiska. Są to: **moczenie mimowolne** (*enuresis*) i **mimowolne zanieczyszczenie się kałem** (*enkopresis*).

Moczenie mimowolne stanowi problem na pograniczu działania medycyny i psychiatrii. Etiologia moczenia mimowolnego jest zróżnicowana. Moczenie się może być jednym z objawów wielu zespołów chorobowych, zaburzeń czynnościowych czy zaburzeń natury psychicznej. Kontrola mikcji jest u dziecka zdolnością stopniowo nabywaną. Większość dzieci do 3. r.ż. uczy się kontrolować oddawanie moczu w ciągu dnia i jest w stanie świadomie kontrolować opróżnianie pęcherza. Około 4. r.ż. dziecko jest w stanie wywołać odruch mikcji na polecenie. Utrzymywanie się mimowolnego moczenia dziennego lub nocnego po ukończeniu przez dziecko 4. r.ż. powinno budzić niepokój, a po ukończeniu 5. r.ż. jest zjawiskiem nieprawidłowym, wymagającym szczegółowej diagnozy. Aby zdiagnozować moczenie mimowolne, wiek kalendarzowy dziecka powinien wynosić powyżej 5 lat, a problem powinien utrzymywać się co najmniej 3 miesiące. Kolejne kryterium to mimowolne i zamierzone oddawanie moczu do łóżka lub w ubranie występujące co najmniej dwukrotnie w miesiącu u dzieci do lat 7, a co najmniej raz w miesiącu u dzieci starszych. Istotnym warunkiem przy stawianiu diagnozy jest ustalenie, czy moczenie się nie jest następstwem napadów padaczkowych ani nietrzymania moczu o podłożu neurologicznym; nie jest też bezpośrednim następstwem nieprawidłowości budowy dróg moczowych, ani żadnych innych stanów somatycznych.

Można wyróżnić trzy typy moczenia: **dzienne**, **nocne** i **mieszane** (dzienne i nocne). **Moczenie dzienne** (*enuresis diurna*) używane jest do określenia każdej postaci mimowolnego oddawania moczu w dzień. Występują dwukrotnie częściej u dziewczynek i jest spowodowane najczęściej zaburzeniami czynności pęcherza, zmianami organicznymi w drogach moczowych, zaburzeniami natury emocjonalnej i uporczywymi zaparciami. Około 3–4% dzieci w wieku od 4 do 12 lat cierpi z powodu moczenia dziennego.

**Moczenie nocne** (*enuresis nocturna*) diagnozowane jest u dzieci po ukończeniu 5. r.ż., gdy czynność oddawania moczu powinna być kontrolowana w czasie snu nocnego. Wyróżnia się pierwotne i wtórne izolowane moczenie nocne. Pierwotne izolowane moczenie diagnozuje się, jeżeli moczenie występuje tylko w nocy, utrzymuje się od urodzenia i nie jest spowodowane stanem chorobowym. Dziecko prawidłowo oddaje mocz w ciągu dnia i stwierdza się bark oddychań w badaniu fizykalnym, laboratoryjnym. Mimo to, dziecko moczy się w czasie nocy, bez przerywania snu, mimo mokrego łóżka. Ten typ moczenia stwierdza się częściej u chłopców (7–10%), niż u dziewczynek (3–5%). W 18. r.ż. 2% chłopców nadal moczy się w nocy. Natomiast moczenie nocne wtórne, objawia się w momencie, gdy dziecko bezwiednie oddaje mocz w czasie snu w nocy, choć przez co najmniej okres 6 mies. kontrolowało czynność pęcherza we śnie.

Dodatkowo przy uwzględnieniu momentu w toku życia dziecka, w którym moczenie nastąpiło, praktycy dokonali wyboru na moczenie: **pierwotne** i **wtórne**.

**Moczenie pierwotne** to moczenie trwające od urodzenia, bez okresów, w których dziecko przestało się moczyć. Może być ono uwarunkowane nieprawidłowym uczeniem się kontroli wydalania moczu, brakiem odpowiedniego treningu czystości lub jego zakłóceniem, co traktowane jest jako zaburzenie nabywania nawyków w skutek zaniechania środowiskowego. W etiologii moczenia pierwotnego wymienia się także dziedziczenie genetyczne, mniejszą pojemność pęcherza oraz nieprawidłową reakcję przystosowawczą na odczucie pełności pęcherza.

**Moczenie wtórne** rozpoznaje się, gdy wystąpił okres świadomej kontroli oddawania moczu trwający minimum sześć miesięcy. Gdy pojawia się ponownie problem moczenia, pojawiają się wskazania, żeby podejrzewać zakazanie układu moczowego lub przyczyny natury psychogennej. Moczenie wtórne powiązane jest często z wystąpieniem trudnych emocjonalnie wydarzeń w życiu dziecka, np. rozwojem rodzeństwa, hospitalizacją, narodzinami rodzeństwa. Zaburzenia emocjonalne, które pojawiają się w skutek moczenia mimowolnego, jak poczucie winy i wstyd, lęk przed karą i reakcją otoczenia, utrwalają objawy i utrudniają leczenie. Jako powody moczenia wtórnego podaje także pobudzenie podczas snu, czy moczenie jako przejaw ukrytych konfliktów emocjonalnych.

**Bibliografia**

- ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. (2007). Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Popek, I. (2005). Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Senator, D. (2004). Wziew emocjonalna – poszukiwanie siebie w relacji z drugą osobą. W: G. Kmita, T. Kaczmarek (red.), *Wczesna interwencja miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i jego rodziną*. Warszawa: Wydawnictwo Emu.
- Stawicka, M. (2008). *Autodestruktywność dziecka w świetle teorii przywiązania*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Żechowski, C., Namysłowska, I. (2008). Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych. W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.), *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UI.

**Zaburzenia psychotyczne**

W piśmiennictwie psychiatrycznym podkreślana jest zgodnie swoistość i odrębność klinicznego obrazu schizofrenii u dzieci w porównaniu z jej obrazem u dorosłych. Odrębność jest tym wyraźniejsza im wcześniej stawia się diagnozę schizofrenii. Obraz psychopatologiczny choroby ma odmienną charakterystykę dla każdego