

1999). U adolescentów na pierwszy plan wysuwają się problemy z koncentracją i trudności poznawcze. Mają niższą samoocenę i więcej problemów w kontaktach z rówieśnikami. Częściej niż ich rówieśnicy wpadają w uzależnienia oraz są bardziej narażeni na występowanie innych zaburzeń psychicznych (depresja, zachowania antyspołeczne, ryzyko popełnienia samobójstwa) (Wolańczyk, Komender, 2005).

Objawy pozakryterialne

Naduważliwość – łatwość powstawania różnych stanów emocjonalnych oraz silne reakcje, niewspółmierne do zaistniałego bodźca (Borkowska, Domańska, 2006).

Sfera motywacji – u dzieci z ADHD zaburzona jest sfera „samoregulacji wzbudzenia motywacyjnego”. Dzieci te mają trudność w funkcjonowaniu i wykonywaniu zadań bez zewnętrznego systemu motywacyjnego (Borkowska, Domańska, 2006).

Sfera funkcji wykonawczych – dziecko jest bardzo zależne od tego, co aktualnie ma miejsce, ponieważ ma problem z utrzymaniem w pamięci wydarzeń przeszłych. Ma to bezpośredni wpływ na trudność z planowaniem. Dziecko ma trudność z poczuciem czasowości. Kiedy w czasie lekcji lub innej sytuacji, gdy dziecko ma do wykonania jakies działanie, następuje dłuższa przerwa, dziecko spowoduje więcej błędów w jego wykonaniu. Dzieci też słabiej zapamiętują sekwencje prezentowanych etapów zadania, ponieważ pamięć operacyjna nie zachowuje kolejności. Zdarza się, że poszczególne elementy są niesynchronizowane (Borkowska, Domańska, 2006).

Sfera społeczna – ze względu na wszystkie wyżej wymienione objawy dzieci mają trudność z wchodzeniem w relacje społeczne z rówieśnikami i osobami dorosłymi.

Leczenie

Praca z dzieckiem z nadpobudliwością powinna być zawsze wielokierunkowa i obejmować nie tylko dziecko, ale wszystkie systemy, w których ono funkcjonuje, również jego system rodzinny. W zakres pomocy powinno wchodzić poradnictwo dla dziecka, jak i jego rodziny, odziaływania psychospołeczne, psychoterapia oraz farmakoterapia.

Istotnym elementem leczenia dziecka jest psychoedukacja. Odbarczenie dziecka i rodziny z poczucia winy, które często im towarzyszy i uświadomienie rodzicom skali objawów i problemów, z jakimi spotykają się na co dzień w kategorii zaburzenia, na jakie cierpi dziecko.

Na psychoedukację składa się również objaśnienie rodzinie, dziadkom oraz osobom, z którymi dziecko przebywa, specyfiki problemu, objawów, które wchodzą w składowe zaburzenia, przebiegu, metod postępowania. Nauczenie metod wychowawczych, które eliminują karę i są realnie skonstruowane do objawów i możliwości dziecka. Zastąpienie kary konsekwencją. Nauka poleceń, które będą krótkie, jasno będą przedstawiały cel. Nauka organizacji dnia codziennego, przypominania o wykonaniu czynności. Eliminacja dystraktorów, które utrudniają wykonywanie zadań przez dziecko (miejsca do pracy, organizacja mycia w postaci kolejności wykonywanych czynności, eliminowanie niepotrzebnych przedmiotów znajdujących się w zakresie percepcji dziecka).

Bardzo ważnym elementem jest również właściwe formułowanie pochwał wobec dziecka, poświęcanie mu pozytywnej uwagi.

Istotne znaczenie ma również współpraca ze środowiskiem szkolnym w celu efektywniejszej pomocy dziecku (ważne, aby dziecko siedziało w zasięgu wzroku nauczyciela najlepiej w pierwszej ławce z osobą spokojniejszą, sprawdzanie kilku-krotnie w czasie lekcji, czym zajmuje się dziecko i umijętne motywowanie go do pracy, sprawdzanie przed wyjściem z klasy czy dziecko zapisało niezbędne informacje. Ważne jest umieszczenie dziecka w klasie z małą liczbą uczniów wraz z nauczycielem wspomagającym, tak aby dziecko w razie potrzeby mogło wyjść z klasy i rozładować napięcie (podpisanie kontraktu). Ustalenie komplementarnych zasad do panujących w środowisku rodzinnym.

Podjęcie terapii rodzinnej będzie ważnym elementem wspierającym rodzinę. Pomocze zrozumieć zaistniałe zmiany w procesie funkcjonowania rodziny oraz emocje, które są związane z zaburzeniem dziecka. Nasilone objawy u dziecka oraz nasilenie zaburzeń emocjonalnych, obniżona samoocena, zachowania agresywnym są przesłanką do podjęcia dodatkowo psychoterapii indywidualnej dziecka.

Bibliografia

- Borkowska, R.A., Domańska, E. (2006). *Neuropsychologia kliniczna dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 2007.
- Wolańczyk, T., Kotakowski, A., Skotnicka, M. (1999). *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Lublin: Wydawnictwo BiFolium.
- Wolańczyk, T., Komender, J. (2005). *Zaburzenia hiperkinetyczne*. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Zaburzenia odżywiania

gr. II

Zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie

W klasyfikacji europejskiej zostały wyodrębnione, w tym dwa zaburzenia: *Pica* oraz *zaburzenia odżywiania*. Zaburzenia te są związane z odmową przyjmowania pokarmu, kapryszczenia, pomimo adekwatnych odpowiedzi i opieki ze strony opiekuna (Popok, 2005).

Etiologia

Przyczyną zaburzeń jest zaburzona więź lub jej brak z opiekunem dziecka. Rodzice dzieci z zaburzeniami odżywiania często zmagają się z lękiem, depresją lub uzależnieniami.

F98.2 Zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie

- A. „Utrwalona niemożność właściwego jedzenia albo uporczywe ruminalcje, lub zwracanie pokarmów.
- B. Dziecko nie przybrywa na wadze, traci wagę lub przejawia pewne inne problemy zdrowotne przez okres co najmniej miesiąca.
- C. Początek zaburzenia przed 6. rokiem życia.
- D. Dziecko nie przejawia żadnego innego zaburzenia psychicznego ani zaburzeń zachowania wg klasyfikacji ICD10 (poza upośledzeniem umysłowym, F70-79).
- E. Brak potwierdzenia choroby organicznej wystarczającej do wyjaśnienia niejedzenia” (ICD-10, 2007, s.150).

Obraz kliniczny

Wyróżniono cztery typy zaburzeń odżywiania występujące u niemowląt i małych dzieci: zaburzenia-odżywiania spowodowane zaburzeniami homeostazy, zaburzenia odżywiania spowodowane zaburzeniami więzi, zaburzenia odżywiania spowodowane zaburzoną procesem separacji, zaburzenia odżywiania spowodowane przeżyciami traumatycznymi.

Zaburzenia odżywiania spowodowane zaburzeniami homeostazy

Objawy pojawiają się już u noworodków. Dzieci jedzą niechętnie jedzą mało. Objawy te często występują u wcześniaków lub są związane z nieprawidłowościami związanymi z budową anatomiczną: jamy ustnej, przełyku gardła, chorobami serca i dróg oddechowych (Popiel, 2005).

Zaburzenia odżywiania spowodowane zaburzeniami więzi

Początek zaburzenia ma miejsce pomiędzy 2–8 mies. życia. Rozwija się na skutek nieprawidłowo wykształconej relacji emocjonalnej pomiędzy matką a dzieckiem. Matki nie radzą sobie z opieką nad dzieckiem często z powodu zaburzeń depresyjnych, uzależnień od środków psychoaktywnych. Niemowlę ma trudność z nawiązaniem kontaktu społecznego, co może skutkować w przyszłości zaburzeniami w sferze emocjonalnej dziecka oraz opóźnieniami rozwojowymi (Popek, 2005).

Zaburzenia odżywiania spowodowane zaburzoną procesem separacji

Zaburzenie to często jest nazywane anoreksją występującą u dzieci. Niemowlę odmawia jedzenia co w konsekwencji prowadzi do poważnego niedożywienia. Objawy te nasilają, postawy lękowe u rodziców. Ich relacja z dzieckiem zaczyna polegać na kontroli ilości zjadanego pokarmu, co prowadzi do sytuacji kiedy interakcja rodzic-dziecko w głównej mierze jest skoncentrowana na jedzeniu nie uwzględniając sygnałów głodu/sytości (Popek, 2005).

Zaburzenia jedzenia związane z przeżyciami traumatycznymi

Dziecko, które doświadczyło traumy, nagle zaczyna odmawiać przyjmowania pokarmów. Dzieci gwałtownie protestują na widok jedzenia lub czynności z nim związanych; przyczyznami mogą być dolegliwości bólowe związane z gardłem, jamą ustną, wymiotami czy zabiegami medycznymi. Dzieci te są bardziej lękowe od swoich rówieśników (Popek, 2005).

Leczenie

Bardzo ważne w leczeniu zaburzeń jedzenia jest współpraca interdyscyplinarna.

W sytuacji, kiedy niemowlę jest niedożywione, istotne jest szybkie wyrównanie niedoborów poprzez pomoc medyczną z uwzględnieniem relacji pomiędzy opiekunami a dzieckiem. Ważne jest włączenie psychoedukacji rodziców, technik behawioralnych desensytyzacji (zaburzenia jedzenia związane z przeżyciami traumatycznymi oraz terapii rodzinnej). Rodzice powinni dostać informacje, dotyczące sieci wsparcia, z której mogliby skorzystać.

Zaburzenie Pica

Pica jest zaburzeniem polegającym na spożywaniu niejadalnych substancji przedmiotów. Dziecko zjada np.: papier, tkaniny, kwiaty, tynk. Dzieci starsze zjadają insekty, ziemię, odchody zwierząt. Objawy te często występują u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie.

Etiologia

Kiedy dziecko zaczyna raczkować, często wkłada do ust przedmioty, które napotka na swojej drodze. Jednak zjadanie ich jest nie częste, jeśli są pod konsekwentną opieką rodziców. Wśród przyczyn wyróżnia się ubóstwo, dezorganizację systemu rodzinnego, niedobór minerałów.

F.98.3 Pica w niemowlęctwie lub w dzieciństwie

- A. „Utrwalone lub powtarzające się co najmniej dwukrotnie w tygodniu zjadanie substancji niespożywczych (niejadalnych).”
- B. Czas trwania zaburzenia wynosi co najmniej 1 miesiąc (do niektórych celów badawczych można wybrać minimalny okres trwania obejmujący 3 miesiące).
- C. Dziecko nie przejawia żadnych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania według klasyfikacji ICD-10 (innym niż upośledzenie umysłowe, F70-F79).
- D. Wiek kalendarzowy i umysłowy dziecka wynosi co najmniej 2 lata.
- E. Zachowanie związane z jedzeniem nie jest częścią praktyki uznanej kulturowo” (ICD-10, 2007 s. 150).

Leczenie

Psychoedukacja rodziców na temat szkodliwości pokrykania przez dziecko substancji niejadalnych; terapia rodzinna, indywidualna, wykorzystuje się również techniki behawioralne, które mają zniechęcić lub powstrzymać dziecko od jedzenia substancji nienadających się do spożywania (Bryńska, 2005).

Bibliografia

- Bryńska, A. (2005). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- ICD10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. *Badawcze kryteria diagnostyczne*. Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Veas-lus”, 2007.
- Popęk, I. (2005). *Zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i w dzieciństwie*. W: T. Wołańczyk (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwa Lekarskie PZWL.

Zaburzenia depresyjne, próby samobójcze i samouszkodzenia

Kluczowym zagadnieniem związanym z problematyką depresji dziecięcej jest jej obraz kliniczny. Praktyka kliniczna pozwala formułować poglądy, że depresja u dziecka manifestuje się w podobny sposób, jak depresja osoby dorosłej. Wskazuje się przy tym na występowanie symptomów specyficznych dla określonego wieku rozwojowego dziecka. Manifestowanie się depresji dziecięcej jest problemem badawczym budzącym wiele kontrowersji. Wielu badaczy twierdzi, że fenomen depresji dziecięcej polega na tym, że przebiega ona pod postacią zespołu objawów, które nie są diagnostyczne dla depresji dorosłych. Dopiero od okresu adolescencji depresja dziecięca przyjmuje obraz kliniczny depresji osób dorosłych. Przy czym u adole-

scntów zaobserwowano znacznie częściej obecność myśli i czynów samobójczych, podczas gdy u dorosłych dominowało przede wszystkim obniżenie nastroju.

U młodszych dzieci obraz kliniczny depresji ogranicza się do objawów somatycznych, tendencji do nieuzasadnionych, przesadnych skarg natury fizycznej, zmniejszenia aktywności psychomotorycznej i problemów natury społecznej. Dzieci w wieku przedszkolnym dotknięte depresją nie mówią o obniżonym nastroju, ale zamiast tego wygładają na przygnębione. Mc Cornville, Boag i Purohit (1973, za: Barker, 1995) wyróżniają trzy typy zaburzeń depresyjnych diagnozowanych u dzieci.

Pierwszy typ – afektywny, dotyczy dzieci od 6–8. r.ż., w którym osiowe symptomy stanowią smutek, poczucie bezradności i beznadziejności. Kolejny wyróżniony rodzaj to typ poznawczy, dominujący u dzieci powyżej 8. r.ż. z obniżoną samooceną i nasilonymi myślami samobójczymi. Natomiast u dzieci powyżej 11. r.ż., w trzecim wyszczególnionym typie, osiowym objawem jest poczuciem winy. Wyszczególnione rodzaje depresji są ściśle powiązane z osiągniętym przez dziecko poziomem rozwoju.

Problematyka depresji dotyczy pierwszej fazy rozwoju dziecka – okresu niemowlęctwa. Najbardziej znane badania dotyczące depresji niemowląt (depresji analitycznej) były prowadzone przez Spitz (1955). Spitz, na przykładzie dzieci przebywających w trzyletnich żłobkach zaobserwował, że depresja u niemowląt przebiega w trzech fazach: aktywnego protestu, rozpaczcy i w fazie depresyjnego zubożenia. Depresyjny nastój u niemowląt manifestował się wyrażonym pogorszeniem stanu fizycznego, regresem w procesie rozwoju, zaburzeniami odżywiania i snu oraz stuporem. Pojawiały się również następujące symptomy: stereotypie, za-

Tabela. 1. Zmiany rozwojowe w zakresie symptomatologii depresji dziecięcej

Okres rozwojowy	Objawy depresyjne:
Niemowlęctwo	Smutek
Dzieciństwo	Placliwość, skłonność do irytacji, smutek, żal, objawy wegetatywne (utrata apetytu, bezsenność), zaburzenia zachowania (nadpobudliwość, napady wściekłości, nieobecność zabawy w aktywności dziecka)
Młodszy wiek szkolny	Depresyjny styl poznawczy, problemy szkolne typu fobia szkolna, poczucie winy i wstydu, nasilone poczucie beznadziejności po 8. r.ż., obniżona samoocena, samokrytycznym tendencje autodestrukcyjne
Adolescencja	Zaburzenia obrazu własnego ciała, ucieczka w sen, zmiana wagi ciała, nadużywanie substancji psychoaktywnych, wycofywanie się z kontaktów społecznych, obraz kliniczny depresji typowy dla osób dorosłych

Źródło: opracowanie na podstawie *Assessment and treatment of depression in children and adolescents*, Clarizio, 1994.