

E. Włączanie dziecka w konflikcie rodzicielski.

Rodzice, którzy nie tolerują konfliktu, mogą zamienić konflikt małżeński na konflikt rodzicielski, który oscyluje wokół trudnego zachowania dziecka (Namyśłowska, 2000).

Według Fysencka (1983) choroby psychosomatyczne są wynikiem interakcji dwóch czynników: określone cechy osobowości (neurotyzm, psychotyzm/skrajne nasilenie ekstrawersji i introwersji) oraz stres. Słaba odporność również odgrywa dużą rolę, ponieważ nasila efekt działającego na jednostkę stresu (Bynsneck, 1983; za: Bartoszek, 2010).

W badaniach przeprowadzonych na próbie 28 dzieci (wiek od 6 do 16 lat, średnia 11), które cierpiały na nawracające bóle brzucha aż 31,8% z nich ma podwyższony poziom neurotyzmu.

W badanej grupie przeważały dziewczynki (21-75%), chłopców było 7-25%.

Dzieci, które miały podwyższony poziom neurotyzmu były częściej zaniepokojone, lękliwe, martwiły się, 16 z tych dzieci wychowuje się w rodzinie, w której dochodzi do częstych nieporozumień konfliktów, rozwodów, uzależnień. Środowisko szkolne również mogło być czynnikiem stresogennym ze względu na nadmiar obowiązków szkolnych, problemy z rówieśnikami, nauczycielami, trudności w zaspakajaniu oczekiwań rodziców (Komraus, Woźniak, Grzybowska-Chlebowczyk, Woś, 2007).

Inne badania na większej grupie dzieci (66 dzieci od 11-16 lat) dostarczają przybliżonych wyników. Dziewczęta cierpiące na bóle brzucha charakteryzuje wyższy poziom jawnego lęku (Radziewicz-Winiński, Więcek, Woś, Janowska, 2007).

Układ limbiczny jest centrum emocjonalnym. Jest również odpowiedzialny za ekspresję emocjonalną. Powstałe procesy emocjonalne, które powstają w ośrodkowym układzie nerwowym pod wpływem bodźców, które są uwarunkowane przez środowisko, wpływają i pobudzają autonomiczny układ nerwowy, podwzgórze, układ endokrynnny powodują na powstawanie zmian w obrębie narządów całego organizmu. Początkowo zmiany te są czynnościowe, jednak kiedy utrzymują się dłuższy czas, mogą powodować objawy somatyczne (Ekman, Davidson, 2000) i [...] objawy stwierdzane badaniami i rozpatrywane jako choroby psychosomatyczne [...]” (Bartoszek, 2010, s. 62).

Badania i obserwacje prowadzone przez lekarzy pokazują, że zaburzenia u dzieci mogą dotyczyć

- układu krążenia;
- układu oddechowego;
- układu pokarmowego (bardzo silnie odbierają nieprzyjemne emocje) (ból brzucha dotyczy od 20-40% dzieci oraz 75-78% nastolatków (Radziewicz-Winiński, Więcek, Woś, Janowska, 2007));
- układu moczowy – częstomocz, moczenie mimowolne (dzieci, które się moczają w porównaniu z rówieśnikami bardziej zahamowane emocjonalnie);
- układ mięśniowy – długotrwałe napięcie mięśni szyi, twarzy wpływa na powstawanie bólów głowy;

- układ immunologiczny – pod wpływem dużego nasilenia stresu i małych możliwości adaptacyjnych może dojść do obniżenia odporności organizmu;
- skóra – pod wpływem stresu, niepokoju pojawiają się pokrzywki, świąd skóry, polihwość.

Bibliografia

- Bartoszek, B. (2010). Atopowe zapalenie skóry (azs). Jako choroba psychosomatyczna: Analiza badań. *Studia z Psychologii w KUL*, t. 16.
- Ekman, P., Davidson, P. (2000). *Natura emocji*. Gdańsk: GWP.
- Koblik, I. (1999). *Procesy emocjonalne w rodzinie*. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Komraus, M., Woźniak, M., Grzybowska-Chlebowczyk, U., Woś, H. (2007). Rola psychiki w nawracających bólach brzucha u dzieci. *Nowiny Lekarskie*.
- Namyśłowska, I. (2000). *Terapia rodzin*. Warszawa: IPiN.
- Namyśłowska, I. (2005). *Późne dzieciństwo-wiek szkolny*. W: I. Namyśłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Radziewicz-Winiński, I., Więcek, B., Woś, H., Janowska, M. (2007) *Aspekty psychosomatyczne dyspepsji czynnościowej u młodzieży w wieku szkolnym*. Studium wpływu neurotyczności na doznawane objawy somatyczne i odpowiedź na standardowe leczenie symptomów choroby. *Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i żywienie dziecka*, 9, 2, 115-121.

Opóźnienia rozwoju

Pr. IX

Termin opóźnienia rozwoju może być stosowany w odniesieniu do rozwoju psychomotorycznego, rozwoju motorycznego, rozwoju umysłowego, rozwoju mowy. Jak podaje Janusz Kostrzewski (1991, s. 88), „Opóźnienie rozwoju psychomotorycznego – istotnie niższy niż przeciętny (o dwa odchylenia standardowe w świetle standardowych technik pomiaru tegoż rozwoju) ogólny rozwój psychomotoryczny, tj. rozwój motoryczny, lokomocji i kontroli postawy, koordynacji wzrokowo-ruchowej, mowy oraz dojrzałości społecznej dziecka, w którym istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo późniejszego osiągnięcia normy”. Opóźnienia rozwoju psychomotorycznego mogą świadczyć o chorobach układu nerwowego, wolniejszym dojrzewaniu układu nerwowego dziecka, braku dostatecznej stymulacji rozwoju matiego dziecka (np. zetknięcie więzi z matką). Termin ten nie powinien być synonimem upośledzenia rozwoju psychomotorycznego.

Według Kostrzewskiego (1991, s. 87), „Opóźnienie rozwoju motorycznego – istotnie niższy niż przeciętny (o dwa odchylenia standardowe w świetle standardowych technik pomiaru tegoż rozwoju) rozwój motoryczny dziecka, co do którego istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo osiągnięcia normy”. Obserwując rozwój

ruchowy dziecka w niemowlęctwie pomocna jest znajomość „karnieni młowych” w rozwoju dziecka, a więc osiągnięć ruchowych pojawiających się z końcem kolejnych kwartałów I. roku życia.

Przyczyną opóźnienia rozwoju ruchowego u dziecka może być: rodzinne tempo mielizacji rodzenia kręgowego, mózgowo porażenie dziecięce, dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a, brak dostatecznych bodźców stymulujących rozwój ruchowy dziecka.

Z kolei opóźnienie rozwoju umysłowego to „istotnie niższy niż przeciętny (o dwa odchylenia standardowe w świetle standardowych technik pomiaru tegoż rozwoju) ogólny poziom inteligencji i zachowania przystosowawczego, w którym istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo późniejszego osiągnięcia normy” (Kostrzewski, 1991, s. 89). Powodem opóźnienia rozwoju intelektualnego może być wolniejsze tempo dojrzewania układu nerwowego dziecka, a także niedostatecznie stymulujące rozwój dziecka środowisko. Termin ten nie jest równoznaczny z niepełnosprawnością intelektualną.

Używany jest także termin opóźnienie rozwoju mowy, czyli „istotnie niższy niż przeciętny, w stosunku do wieku życia dziecka, poziom rozwoju mowy, przy czym istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo osiągnięcia normy”. Pojawia się ono zazwyczaj już w pierwszych etapach rozwoju mowy, mowa jest opóźniona w stosunku do rówieśników. Opóźnienie może dotyczyć mowy czynnej (ekspresja mowy) lub rozumienia mowy (recepcja). W opóźnieniu mowy czynnej poszczególne etapy rozwoju mowy pojawiają się później w stosunku do wieku życia dziecka. Mogą one przejawiać się następująco: późniejsze pojawianie się gaworzenia lub pierwszych słów, ubóstwo słownika (mała liczba używanych słów oraz brak pewnych części mowy w słowniku dziecka, późniejsze pojawianie się w mowie dziecka zdań prostych oraz złożonych, dłuższe utrzymywanie się w wypowiedziach dziecka nieprawidłowych struktur gramatycznych, dłuższe wymawianie poszczególnych dźwięków mowy w sposób charakterystyczny dla wcześniejszego okresu rozwojowego. Natomiast rozumienie mowy oraz ogólny poziom inteligencji dziecka jest w granicach normy. Gdy opóźnienie dotyczy rozumienia mowy, dziecko ma trudności w odbiorze i rozumieniu słów oraz zdań, jak też w ich wypowiedzianiu. Zachowanie dziecka powinno świadczyć o jego prawidłowym rozwoju intelektualnym. Diagnostując opóźnienie rozwoju mowy, należy wykluczyć niepełnosprawność intelektualną, upośledzenie słuchu oraz zaburzenia autystyczne. Przyczyną opóźnienia rozwoju mowy może być opóźnienie dojrzewania układu nerwowego, jego mielinizacji, predyspozycje genetyczne (u któregoś z rodziców lub u bliższej rodziny stwierdza się w wywiadzie anamnestycznym podobne opóźnienie we wczesnym dzieciństwie), ubóstwo bodźców stymulujących mowę dziecka, brak osoby malkującej w okresie kształtowania się mowy. Opóźnienie rozwoju mowy (mówienia i rozumienia bądź tylko mówienia lub rozumienia) występuje wtedy, gdy proces kształtowania i rozwoju mowy w aspektach: fonetycznym, gramatycznym, leksykalnym, ekspresyjnym (we wszystkich bądź w niektórych) ulega opóźnieniu i przbiega niezgodnie z normą przewidzianą dla danej grupy wiekowej” (Kostrzewski, 1991).

Należy pamiętać, że rozwój każdego dziecka przebiega bardzo indywidualnie i określenie, że dziecko jest „opóźnione w rozwoju” powinno być formułowane z dużą ostrożnością. Należy uwzględnić dynamikę rozwoju pozostałych dzieci w rodzinie, indywidualny rozwój matki i ojca w dzieciństwie, a więc wpływ czynników genetycznych. Również wczesniactwo, ciężkie choroby matki w czasie ciąży, choroby dziecka w pierwszych miesiącach życia mogą spowodować, że rozwój jego będzie wolniejszy, ale osiągnie ono wszystkie „sprawności” jak inne dzieci, tylko nieco później. W ocenie rozwoju dziecka pomocna jest diagnostyka funkcjonalna, a więc porównanie kolejności następowania stadiów i faz rozwojowych z wzorcem rozwoju poszczególnych sfer oraz nabywanych z wiekiem umiejętności. Istotne jest także porównanie osiągnięć rozwojowych dziecka z osiągnięciami większości dzieci w tym samym wieku (zww. kalendarze rozwoju). Bardzo często wczesne rozpoznanie opóźnień rozwoju u dziecka i natychmiastowe podjęcie rehabilitacji daje szansę na normalny rozwój dziecka w przyszłości.

Bibliografia

- Kostrzewski, J. (1991). Opóźnienie rozwoju motorycznego, opóźnienie rozwoju mowy, opóźnienie rozwoju psychomotorycznego, opóźnienie rozwoju umysłowego. W: J. Pańczyk (red.), *Pedagogika Specjalna. Psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne*. (s. 87–89). Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

Całościowe zaburzenia rozwoju

Całościowe zaburzenia rozwojowe (*Pervasive Developmental Disorders*) to grupa zaburzeń, które w klasyfikacji ICD-10 są kategorią zakodowaną jako F84 i definiowaną w następujący sposób: „Ta grupa zaburzeń charakteryzuje się jakościowymi nieprawidłowościami interakcji społecznych i wzorców porozumiewania się oraz ograniczonym, stereotypowym, powtarzającym się repertuarem zainteresowań i aktywności. Nieprawidłowości takie charakteryzują całość zachowania dziecka we wszystkich sferach, chociaż mogą różnić się stopniem natężenia. W większości przypadków rozwój jest nieprawidłowy od niemowlęctwa a zaburzenia pojawiają się, z nielicznymi wyjątkami, w ciągu pierwszych 5 lat życia” (ICD-10, 2000, s. 209). Do całościowych zaburzeń rozwoju należą: F84.0 autyzm dziecięcy, F84.1 autyzm atypowy, F84.2 zespół Relta, F84.3 inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, F84.4 zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, F84.5 zespół Aspergera, F84.8 inne całościowe zaburzenia rozwojowe, F84.9 całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone.

Autyzm należy do całościowych zaburzeń rozwoju. W obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10 występuje pod nazwą „autyzm dziecięcy” oraz

w DSM-IV-TR jako „zaburzenia autystyczne”. Od 1988 r. stosowany jest termin „autystyczne spektrum zaburzeń” (ASD, ang. *autistic spectrum disorders*) (Allen, 1988, za: Pisula, 2010). Wprowadzenie tego określenia ma związek z tym, że symptom autyzmu wiążą się z bardzo zróżnicowanymi poziomami funkcjonowania oraz z różnym stopniem ich nasilenia u poszczególnych osób. Wiążą się nie tylko z symptomami, które obejmują autystyczna triada, ale także z innymi problemami w rozwoju poznawczym, emocjonalnym, motorycznym, z zaburzeniami lekowymi, agresją, zachowaniami stereotypowymi i samo uszkadzającymi (za: Pisula, 2010). Do autystycznego spektrum zaburzeń należą, oprócz autyzmu, zespół Aspergera, zespół Retta, dotyczące zaburzenia dezintegracyjne oraz inne całościowe zaburzenia rozwoju. Są one określane również jako całościowe zaburzenia rozwoju (według ICD-10).

Zespół Aspergera charakteryzuje się zaburzeniami rozwoju kontaktów społecznych oraz obecnością stereotypowych wzorców zachowań i zainteresowań. Zainteresowania osób z zespołem Aspergera są zwykle wybiórcze, mają problemy z kontaktem wzrokowym, odczytywaniem „mowy” ciała, a więc komunikatami płynącymi z mimiki, postawy ciała i gestykulacji. Komunikacja werbalna jest niezaburzona, lempo rozwoju mowy jest prawidłowe (pojedyncze słowa w 2. r.ż., zdania dwuwyrzłowe w 3. r.ż.). Jednakże w mowie mogą występować problemy z prozodią i zbyt niską pedantycznością pod względem gramatycznym, problemy ze zrozumieniem metafory, przenośni, przysłów, abstrakcyjnego znaczenia języka. Poziom rozwoju społeczno-zawczasowego nieści się zazwyczaj w normie. Dzieki dobrej pamięci uzyskują dobre wyniki w testach inteligencji, ale zwykle mają trudności procesami uogólniania, rozumowania i rozumieniem pojęć abstrakcyjnych. Motorykę cechuje pewna niezgrabność, ale nie jest ona niezbędna do postawienia diagnozy. U osób z zespołem Aspergera mogą występować zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, depresje, zaburzenia psychiczne. Częstość występowania szacuje się na ok. 4 na 1000 dzieci, co najmniej 8 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet (Jankiewicz, 2007; Kozielec, Jagielska, 2006; Pietras, Witusik, 2010; Pisula, 2010).

Zaburzenie Retta występuje zwykle u kobiet, z częstością od 1:10 000 do 1:15 000 osób. Przyczyna są mutacje na chromosomie X genu MECP-2. Początkowy rozwój dziecka jest prawidłowy i trwa do 6.–18. mies. życia. Następnie dochodzi do regresu w rozwoju społecznym i umysłowym oraz utraty mowy. Dziecko ma zaburzenia w rozwoju motorycznym (w kontroli i koordynacji ruchowej). Wraz z zaburzeniami komunikacji werbalnej i pozawerbalnej pojawiają się stereotypowe ruchy rąk, przypominające mycie rąk, zacieranie rąk, klaskanie, stukanie, przykladywanie rąk do twarzy i włosów. Dzieci te są znacznie lub głęboko upośledzone pod względem psychomotorycznym.

W zakres autystycznego spektrum zaburzeń wchodzi również dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (zespół Hellera, psychoza dezintegracyjna), które występują rzadko (1–2 przypadki na 100 000 dzieci), częściej u chłopców. Symptomy zaburzeń pojawiają się po okresie prawidłowego rozwoju, po ukończeniu 2. roku życia. Regres dotyczy zdolności motorycznych, społecznych i utraty zdolności mowy. Przebieg jest postępujący i kończy się śmiercią. Zaburzenie to wiąże się z napadami padaczkowymi i głębokim upośledzeniem funkcjonowania intelektualnego (Kozielec, Jagielska, 2006; Pietras, Witusik, 2010; Pisula, 2010).

Do zaburzeń z autystycznego spektrum, które występują jest autyzm dziecięcy. Jego etiologia jest złożona, wieloczynnikowa i wciąż słabo poznana. Przypuszcza się, że istnieją genetyczne predyspozycje do autyzmu, ale również bierze się pod uwagę czynniki infekcyjne, zaburzenia okresu ciąży i porodu, zaburzenia metaboliczne, czynniki neurologiczne i neurochemiczne (zob. Pisula, 1993, 2000, 2005).

Jak podaje Ewa Pisula „Tak złożony obraz, z jakim mamy do czynienia w przypadku autyzmu, jest wynikiem działania różnych czynników patogennych i końcowym efektem różnego ścieżek patogeny” (Pisula, 2000, s. 94).

Diagnozę autyzmu stawia lekarz psychiatra dziecięcy w oparciu o kryteria ICD-10, we współpracy z zespołem specjalistów, w skład którego wchodzi psycholog, pediatra. Do głównych objawów autyzmu należą nieprawidłowości w funkcjonowaniu społecznym (w tym zwłaszcza niezdolność do pełnego uczestniczenia w naprzemiennych interakcjach społecznych oraz tworzenia z innymi ludźmi relacji opartych na wzajemności), komunikowania się (zarówno werbalnego, jak i niewerbalnego) oraz sztywne wzorce zachowania, aktywności i zainteresowań (ICD-10; DSM-IV-TR). Symptomy autyzmu ujawniają się przed ukończeniem przez dziecko 3 lat i mogą występować w rozróżnych kombinacjach i nasileniu. Współczesne definicje autyzmu oraz kryteria diagnostyczne odnoszą się do wskaźników behawioralnych. Zaburzenia autystyczne ujmują się co najmniej 4 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet i występują u ok. 10–15 dzieci na 10 000 (autystyczne spektrum zaburzeń – wskaźniki znacznie wyższe: 1/110 osób). Autyzm należy do tzw. niepełnosprawności ukrytych, co oznacza, że w wyjądkach zewnętrzny brak jest sygnałów wskazujących na zaburzenie rozwoju. U większości zaburzenie to trwa przez całe życie, ale odpowiednie pomoc i profesjonalne wsparcie mogą skutecznie zmniejszyć ich żywotność. Obraz zaburzeń jest bardzo złożony i zróżnicowany (Pisula, 2005).

Istnieją różne typologie osób dotkniętych autyzmem. Jedną z najbardziej znanych jest typologia opracowana przez Wing i Gould (1979; za: Pisula, 1993). Kryterium podziału jest poziom rozwoju społecznego oraz jakość interakcji społecznych. Grupy pierwszej stanowią „zamknięci w sobie”. Są to osoby pełne rezerwy, dystansują się od innych, aktywnie unikają kontaktów społecznych i wycofują się z nich, unikają kontaktu fizycznego lub wchodzi z kontakt, gdy same tego chcą, traktują ludzi w sposób instrumentalny; bardzo zaburzone porozumiewanie się lub w ogóle nie posługują się mową; słaby kontakt wzrokowy; słabo wykorzystują mowę ciała (mimika, gesty) w celu komunikacji; zabawa schematyczna, stereotypowa; bardzo ograniczona aktywność. Jest to najmłodsza grupa (60% osób z autyzmem). Grupa druga to „bierni pasywni”. Osoby te są biernie w sytuacjach społecznych; nie dążą do kontaktów społecznych; bez protestu dają się angażować w pewne aktywności, ale przyjmują bierną postawę komunikując się lepiej niż dzieci z grupy pierwszej; bawią się sposobem imię schematycznym, ale w zabawie brakuje spontaniczności i pomysowości. Natomiast grupę trzecią określa się jako „aktywni, ale specyficzni”. Osoby te spontanicznie próbują

nawiązując kontakt; robią to w sposób dziwaczny, naiwny, mało skuteczny; kontakt jednostronny, nie uwzględniają perspektywy rozmówcy; znacznie lepiej rozwinięte zdolności werbalne niż osoby z pozostałych grup; mowa specyficzna dla autyzmu; zabawa bardziej złożona i urozmaicona, ale znacznie ograniczona tematyka.

Osoby z autyzmem przejawiają indywidualne różnice w zakresie poziomu inteligencji – od głębokiego stopnia niepełnosprawności intelektualnej po intelektualną wybitną. Świderdza się, że ok. 70–75% osób z autyzmem jest niepełnosprawną intelektualnie (za: Pisula, 2005). U ok. 30–40% osób z niepełnosprawnością intelektualną występują zaburzenia należące do autystycznego spektrum. Jednak występują istotne różnice między dziećmi z autyzmem a dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną bez autyzmu (o takim samym wieku umysłowym). Dzieci z autyzmem przejawiają: głębsze zaburzenia zdolności werbalnych, większe deficyty w zabawie symbolicznej, głębsze deficyty w zdolnościach adaptacyjnych. U ok. 5–15% osób z autyzmem występują wyspepkowe zdolności – wybitne zdolności, współwystępujące z deficytami w innych sferach. Mogą to być następujące zdolności: pamięciowe (pamięć mechaniczna, eidetyczna); percepcyjne (zdolności wzrokowo-przestrzenne); arytmetyczne (np. wykonywanie w pamięci skomplikowanych obliczeń); plastyczne (wybitne zdolności rysunkowe lub malarskie); muzyczne (np. śluch abstrakcyjny (wybitne zdolności rytmiczne lub melaryczne) i wyrażeni w kilku lutry, pamięć muzyczna); językowe (np. opanowanie słownictwa i wyrażeni w kilku językach). U ok. 25–30% osób z autyzmem choroby inteligencji wynoszą powyżej 70 pkt, czyli są w granicach normy (Flappe, 1994). Termin dobrze (wysoko) funkcjonujący (HFA, ang. *high functioning autism*) może wprowadzać w błąd – osoby te prezentują względnie wysoki poziom rozwoju (na tle populacji osób z autyzmem). Inna definicja – wysoko funkcjonujące osoby z autyzmem to osoby z inteligencją co najmniej przeciętną (1.1. powyżej 85), ok. 20% osób z autyzmem (Neisworth, Wolfe, 2005). W populacji osób z autyzmem istnieje duże zróżnicowanie indywidualne w zakresie profilu zdolności intelektualnych. Nie ma typowego profilu tych zdolności. Istnieją jednak pewne charakterystyki, podobne u wielu osób z autyzmem, m.in. osoby z autyzmem osiągają znacznie wyższe wyniki w skali bezsłownej niż w skali słownej; znacznie lepiej radzą sobie z abstrakcyjnymi problemami niż problemami związanymi z sytuacjami społecznymi.

Specyfikę trudności u osób z autyzmem wyjaśniają psychologiczne teorie: teoria umysłu, teoria centralnej koherencji, teoria funkcji wykonawczych.

Teoria umysłu (Baron-Cohen, 1995) to zdolność odczytywania intencji innych osób i przewidywanie na tej podstawie zachowania oraz rozumienie motywów, a także dostrzeżenie związków między własnym zachowaniem a tym, co myślą i czują inni ludzie. Konsekwencją deficytów w teorii umysłu są: trudności w wyobrażaniu sobie przyczyn zachowania innych ludzi i rozumienie cudzych intencji; brak rozumienia sytuacji społecznych i powolne uczenie się społecznych konwencji; opóźnienie w rozumieniu udawania, kłamstwa, ironii; utrudnienia w rozwoju mowy i powolne uczenie się języka.

Teoria funkcji wykonawczych (Ozonoff, Rogers, Pennington, 1991) obejmuje różnorodne zdolności poznawcze, zaangażowane w procesy rozwiązywania proble-

mów i osiągania określonych celów. Należą do nich: planowanie, kontrola wykonania, eliminowanie niewłaściwych odpowiedzi, pamięć operacyjna. Deficyty w zakresie funkcji wykonawczych, mogą wyjaśnić sztywność w zachowaniu, myśleniu i zainteresowaniach, przywiązanie do schematów, rytymy – charakterystyczne trudności występujące u osób z autyzmem. Pozwalają zrozumieć, dlaczego osoby z autyzmem lepiej radzą sobie w sytuacjach ustrukturalizowanych – jasnych, znanych im, lub gdy są dokładnie instruowane, czego się od nich oczekuje.

Teoria centralnej koherencji (Happé, Frith, 2006) przejawia się w tym, że ludzie interpretują bodźce w całościowy sposób uwzględniając kontekst. Pomijanie szczegółów jest elementem tego procesu. Ważniejsza jest istota rzeczy niż detale. Natomiast osoby z autyzmem kierują się cząstkowymi, szczegółowymi informacjami i pomijają kontekst. Może to wyjaśniać charakterystyczne dla autyzmu trudności, ale też specjalne zdolności (przejawiające się np. w układaniu puzzli, wyszukiwaniu figur ukrytych w dużym obrazie).

Osoby z autyzmem mają mniej lub bardziej nasilone problemy z odbiorem bodźców zmysłowych. Carl H. Delacato (1995) jako pierwszy wskazał, że autyzm wiąże się z zaburzeniami odbioru i integracji w mózgu bodźców sensorycznych. Wyróżnił trzy kategorie zaburzeń (nadwrażliwość, zbyt mała wrażliwość, biały szum), które dotyczą zmysłu dotyku, węchu, słuchu, wzroku, smaku. Osoba z autyzmem może reagować nietypowo na jeden lub więcej bodźców zmysłowych. Nie istnieje typowa kombinacja problemów sensorycznych w autyzmie. Zaburzenia sensoryczne mogą istotnie wpływać na rozwój, poziom funkcjonowania, zachowanie i w konsekwencji na efektywność edukacji osób z autyzmem.

Praca z dzieckiem z autyzmem wymaga znajomości indywidualnego profilu zdolności poznawczych dziecka, głębokości i specyfiki problemów sensorycznych, cech osobowości, problemów emocjonalnych, zainteresowań, nasilenia stereotypowych zachowań, trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, komunikacji i in. Efektywna praca z dzieckiem jest możliwa pod warunkiem indywidualizacji i uwzględnienia trudności, które u niego występują: nieharmonijny rozwój dziecka, słaba koncentracja uwagi, nadpobudliwość lub bierność, łatwe męczenie się nadmiarem bodźców, zachowanie, które zaburza funkcjonowanie grupy, ukryte możliwości poznawcze dziecka, brak świadomości ze strony dziecka co do własnych możliwości i umiejętności, problemy z porozumiewaniem się (zob. Pisula, Danielewicz, 2003).

W pracy pedagogicznej z dzieckiem z autyzmem istotna jest odpowiednia organizacja środowiska klasowego (np. należy wyeliminować lub zminimalizować nadmiar bodźców, które mogą rozpraszać dziecko lub wywołać dyskomfort), wyposażenie oraz zorganizowanie przestrzeni klasowej, zapewnienie uczniowi z autyzmem odpowiedniego miejsca w klasie (z dala od okna, np. w jednej z pierwszych ławek). Szczegółowe wskazówki związane ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi dziecka z autyzmem, z opracowywaniem indywidualnych programów nauczania, modyfikacją i dostosowywaniem treści programowych do potrzeb dziecka z autyzmem można znaleźć w pracy Urszuli Galki i Ewy Pećkowskiej (2007).

Ważną jest praca psychologiczna nad rozwojem samoświadomości, poczucia tożsamości oraz adekwatną oceną własnych umiejętności i wzmocnieniem samooceny. 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. Należy tu wymienić: techniki niedyrektywne, metodę Opcji, techniki behawioralne, zmodyfikowaną metodę dobrego startu, metodę nchu rozwijającego Weroniki Sherborne, program TEACCH, metody alternatywne (np. treningi integracji słuchowej, 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, Witusk, Galecki, 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., Peczkowska, 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: L. 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. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. (s. 68-84). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Neisworth, 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., Witusk, A., Galecki, 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). *Mate dziecko z autyzmem*. Gdańsk: GWP.

Pisula, E. (2010). *Autyzm przyczyny, symptomy, terapia*. 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 APS.

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

Pisula, E. (2010). *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*. 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, intymnej 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.