



# Psychologia kliniczna

## Orientacje w psychologii klinicznej

- nurt **psychodynamiczny**
- **poznawczo-behawioralny**, poznawcza triada depresyjna- przekonania o własnej małej wartości, o licznych zagrożeniach płynących z otoczenia oraz o niepewnej i zagrażającej przyszłości, „do niczego się nie nadaję, nic mi nie wychodzi”, „wszyscy czegoś ode mnie chcą, życie to nieustanna porażka” oraz „nic dobrego już mnie nie spotka” (Skalę Depresji Becka)
- **humanistyczny**, zdrowie i samorealizacja, fenomenologia, psychologia postaci (Gestalt)
- teorie **systemów** w psychologii rodziny



## Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży

- dyscyplina teoretyczna i stosowana
- zaburzenia dotyczące zachowania i/ lub wewnętrznych przeżyć
- psycholog kliniczny – diagnoza i terapia
- 'zaburzenie' = znaczne nasilenie, uporczywe trwanie w czasie, cierpienie dziecka lub dziecko jest sprawcą czyjegoś cierpienia
- dziecko sygnalizuje niezaspokojenie potrzeb i/ lub niemożność spełnienia oczekiwań ze strony dorosłych → zaburzenia zachowania lub zab. intrapsychiczne
- zaburzenia sytuacyjne a zaburzenia rozwojowe
- pomoc psychologiczna, psychoterapia, wczesna interwencja, wspomaganie rozwoju



# Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży

## Problemy kliniczne

- intensywność psychicznego rozwoju, nieporównywalna z innymi okresami życia
- znaczenie dla dalszego życia kształtujących się struktur psychicznych
- uwzględnienie interakcji czynników psychologicznych, społecznych i biologicznych
- rozpatrywanie zjawisk na różnych poziomach funkcjonowania dziecka
- klasyfikowanie zaburzeń w zależności od obszaru funkcjonalnego
- wskazanie na prawdopodobieństwo przeminięcia lub trwania zaburzenia



# Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży

Pomoc psychologiczna- rozumienie dziecka jako osoby

- dziecko jest jednostką **aktywną i poszukującą**
- dziecko ma **sobie właściwe tempo i rytm rozwoju**
- dziecko włączone jest **w system więzi rodzinnych**
- dziecko jest **związane ze środowiskiem rówieśniczym**
- dziecko jest **uwikłane w problemy współczesnego świata**
- dziecko ma niemal od początku swojego rozwoju **poczucie własnej godności**



# Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży

## OKRES WCZESNEGO DZIECIŃSTWA (wiek niemowlęcy i poniemowlęcy)

- **deprywacja matczyna / nieorganiczny zespół opóźnienia rozwoju, hospitalizm (choroba sieroca)**
  - pozbawienie dziecka zaspokojenia potrzeb psychicznych
  - przyczyny: niedojrzałość matki, emocjonalne odrzucenie dziecka (ciężki przebieg porodu, trauma poporodowa), niechęć matki do dziecka (dziecko niechciane)
- **zerwanie więzi matka-dziecko, fazy reagowania dziecka na oddzielenie od matki: protest, rozpacz, wyparcie;** dzieci młodsze- reakcje lękowe, płacz, smutek, zab snu, łaknienia i wydalania, zastępcze zachowania przystosowawcze- „lepkość emocjonalna”; dzieci starsze- upór, wybuchy złości, agresja
  - Psycholog kliniczny- wczesna diagnoza i wspólne opracowanie programu wspomaganie rozwoju
- zab. rozwoju, uwarunkowane biologiczne



# Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży

## OKRES ŚREDNIEGO DZIECIŃSTWA (wiek przedszkolny)

- **zaburzenia odżywiania**
- **zaburzenia wydalnicze** mimowolne oddawanie moczu lub kału, pomimo zakończonego treningu czystości, moczenie nocne 13- 14 % dzieci 5- letnich
- **Zaburzenia snu**, 10- 15% dzieci w wieku do 15 lat
- **Zaburzenia komunikowania się, mogą dotyczyć poszczególnych funkcji (recepja języka, ekspresja, mowa)**
  - **jąkanie się**
    - dyspozycja dzieci leworęcznych (60 %)
    - czterokrotnie częściej u chłopców
    - **jąkanie rozwojowe** (pojawia się wraz z rozwojem mowy i trwa kilka miesięcy), **jąkanie łagodne** (na początku nauki szkolnej, spontaniczna remisja po kilku latach), **jąkanie trwałe** (początek może wystąpić na przestrzeni całego okresu dzieciństwa)
- **wczesnodziecięca masturbacja**
- **lęk** (lęki separacyjne, przyrodnicze, lęk przed oczekiwaną karą)



# Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży

## OKRES PÓŹNEGO DZIECIŃSTWA (wiek szkolny)

- **nadpobudliwość psychoruchowa**, 80 % dzieci sprawia w szkole trudności, 40 - 50 % dzieci ma problemy w uczeniu się, zaburzenia uwagi z nadaktywnością- dzieci są bardziej agresywne, często w późniejszym wieku występują zachowani antyspołeczne
- **specyficzne trudności w uczeniu się**, dzieci o prawidłowo rozwoju umysłowym mające trudności z pisaniem, czytaniem oraz liczeniem
- **lęki, fobia szkolna**
  - fobia związana z rozpoczęciem nauki – zachwiane poczucie bezpieczeństwa
  - fobia w wyniku uporczywych niepowodzeń szkolnych -
  - fobia u dzieci „zdolnych” – lęk przed niepowodzeniem przy wysokim poziomie aspiracji
- **tiki** (np. mimowolne ruchy powiek)
- **zaburzenia zachowania**



# Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży

## OKRES ADOLESCENCJI

- **lęki** (dot. osiągnięć szkolnych, pozycji wśród rówieśników, relacji seksualnych)
- **zaburzenia odżywiania**
- **uzależnienia**
- **zachowania destrukcyjne i autodestrykcyjne** (agresywne, przestępcze czy samobójcze)
- **depresja**





# Zaburzenia zachowania

## Zaburzenia zachowania - nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia uwagi, zachowania antyspołeczne i opozycyjno-buntownicze

**Diagnozę** stawia psycholog lub psychiatra po przeprowadzeniu wnikliwego wywiadu z rodzicami oraz badania i obserwacji dziecka.

**Plan leczenia** jest opracowywany indywidualnie dla każdego dziecka, z uwzględnieniem wieku, stanu zdrowia dziecka, głębokości i rodzaju występujących objawów oraz podatności dziecka na określone procedury terapeutyczne.

Program leczenia może zawierać:

- Psychoterapię dziecka
- Terapię dziecka w grupie rówieśniczej
- Zajęcia psychoedukacyjne dla rodziców
- Terapię rodziny
- Leczenie farmakologiczne



# Zaburzenia zachowania

## Zespół nadpobudliwości psychoruchowej:

- zaburzenia koncentracji uwagi – trudność w skupieniu uwagi i słuchaniu innych, niedbałość o szczegóły, roztargnienie, ciągłe zapominanie o czymś, niezorganizowanie.
- impulsywność – podejmowanie działań bez namysłu, często ryzykownych, nieumiejętność czekania na swoją kolej, niecierpliwość, przeszkadzanie innym.
- nadruchliwość – dziecko przebywa w ciągłym ruchu, często bezcelowym; gdy musi pozostać w miejscu zaczyna się wiercić, bawić rękoma, wyłącza się z aktywności; jest gadatliwe i nie może powstrzymać się od mówienia; często ma trudność w kontynuowaniu rozpoczętego zadania i je porzuca.



# Zaburzenia zachowania

## Zachowania aspołeczne:

- zachowania agresywne – zastraszanie, terroryzowanie innych, stosowanie przemocy fizycznej, zmuszanie do wykonywania czynności seksualnych
- zachowania destrukcyjne – wandalizm, podpalenia, kradzieże
- tendencja do kłamania
- zaniedbywanie swoich obowiązków
- skłonność do łamania zasad i norm społecznych – wagarowanie, ucieczki z domu, wczesna inicjacja seksualna.

## Zaburzenia opozycyjno-buntownicze:

- częste zmiany nastroju
- skłonność do irytacji i złości
- częste konflikty z dorosłymi
- odmowa spełnienia próśb osób dorosłych
- ciągłe kwestionowanie reguł postępowania określanych przez dorosłych
- oskarżanie innych o własne niepowodzenie
- niechęć do podejmowania współpracy z dorosłymi i rówieśnikami
- szorstkość w obyciu
- odrzucanie wszelkich autorytetów



## Objawy depresji u dzieci i młodzieży

- **smutek, przygnębienie, płaczliwość**; u dzieci i nastolatków w odróżnieniu od dorosłych bardzo często dominuje **drażliwość**, dziecko łatwo wpada w złość lub rozpacz, może demonstrować wrogość wobec otoczenia – zachowuje się w sposób odpychający, zniechęcający do nawiązania kontaktu,
- **zobojętnienie, apatia**, zmniejszenie, a nawet utrata zdolności do przeżywania radości; dziecko przestaje cieszyć się z rzeczy lub wydarzeń, które wcześniej sprawiały mu radość,
- **poczucie znudzenia, zniechęcenia; ograniczenie lub zaprzestanie aktywności, które wcześniej były dla dziecka ważne lub przyjemne** (np. zabawa, hobby, spotkania z rówieśnikami), a także niechęć do podejmowania codziennych obowiązków lub zupełne ich zaniechanie.
- **wycofanie się** z życia towarzyskiego, **ograniczenie kontaktu z rówieśnikami**,
- **nadmierna reakcja na uwagi, krytykę** – dziecko reaguje rozpaczą lub dużą złością nawet gdy zwróci mu się uwagę w bardzo delikatny sposób i dotyczy ona błahej sprawy,
- **depresyjne myślenie** („wszystko jest bez sensu”, „i tak nic mi się nie uda”), **niska samoocena** („jestem beznadziejny/a, gorszy/a, nieatrakcyjny/a, głupi/a”); nieproporcjonalnie pesymistyczna ocena rzeczywistości, własnych możliwości, przyszłości,
- **poczucie bycia bezużytecznym, niepotrzebnym**; nadmierne **obwinianie się** nawet za te wydarzenia i okoliczności, na które nie ma się wpływu (np. obwinianie się za konflikt między rodzicami)



## Objawy depresji u dzieci i młodzieży

- w ciężkich przypadkach depresji mogą wystąpić **objawy psychotyczne**; treść tych objawów jest zgodna z depresyjnym nastrojem. Omamy, np. głos krytykujący postępowanie i poczynania chorego, przekonywujący o jego winie, bezużyteczności lub nawet nakazujący mu się okaleczyć lub zabić. Urojenia- winy, grzeszności, oczekiwania na karę, poczucia nadciągającej zagłady, kataklizmu. Objawy psychotyczne w przebiegu depresji u dzieci są rzadkością, natomiast mogą występować u nastolatków,
- **uczucie niepokoju, napięcia wewnętrznego**; często zaburzeniom depresyjnym towarzyszy **lęk** – niemal nieustający, o stałym nasileniu, nieokreślony – trudno wskazać przyczynę lub obiekt takiego lęku („sam nie wiem, czego się boję”),
- podejmowanie **impulsywnych**, nieprzemyślanych działań („i tak na niczym mi nie zależy”); picie alkoholu, stosowanie innych środków psychoaktywnych (narkotyki, „dopalacze”), często w celu złagodzenia lęku, napięcia, smutku,
- działania **autoagresywne**, np.: samookaleczenia (rozmyślne uszkodzanie swojego ciała przez cięcie się ostrymi przedmiotami, przypalanie zapalniczką, papierosem, drapanie, gryzienie i tym podobne), rozmyślne zadawanie sobie bólu, zażywanie w nadmiarze leków w celu „zatrucia się” (ale nie w celu odebrania sobie życia),
- **myśli rezygnacyjne** („życie jest bez sensu”, „po co ja żyję”) fantazje na temat śmierci („co by było, gdybym umarł?”, „innym byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”),
- **myśli samobójcze** (rozmyślanie, fantazjowanie na temat odebrania sobie życia), tendencje samobójcze (planowanie lub czynienie przygotowań do popełnienia samobójstwa), a w skrajnych przypadkach – **próby samobójcze**



## Depresja u dzieci i młodzieży

Atypowy (nietypowy) obraz depresji w grupie dzieci i młodzieży

- uporczywe dolegliwości somatyczne, bardzo często prowadzące do licznych i dokładnych badań medycznych, w wyniku których nie udaje się znaleźć organicznych przyczyn tych objawów, np.: bóle brzucha, nudności, wymioty, biegunki, bóle głowy, kołatania serca, duszność, częste zasłabnięcia lub omdlenia, moczenie nocne – taki obraz depresji częściej występuje u dzieci.
- bunt wobec rodziców, szkoły, nieprzestrzeganie zasad, zachowania agresywne i autoagresywne - taki obraz depresji częściej spotyka się u nastolatków.



Kolegium Jagiellońskie

Toruńska Szkoła Wyższa

# CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE ICD- 10

**F84.0 Autyzm dziecięcy** - charakteryzuje się (a) nieprawidłowym lub zaburzonym rozwojem przed trzecim rokiem życia oraz (b) charakterystycznym sposobem wadliwego funkcjonowania w trzech obszarach psychopatologii: interakcji społecznych, komunikacji oraz zachowania (ograniczone, stereotypowe, powtarzające się). Obok tych specyficznych cech diagnostycznych występuje często szereg innych objawów, takich jak: fobie, zaburzenia snu i odżywiania, napady złości i (auto)agresji.

**F84.1 Autyzm Atypowy** - nieprawidłowy lub wadliwy rozwój pojawia się **dopiero po trzecim roku życia oraz brak jest widocznych odchyłeń od normy w jednym lub dwu z trzech zakresów wymaganych dla rozpoznania autyzmu** (interakcji społecznych, komunikacji oraz zachowania, które jest ograniczone, stereotypowe, powtarzające się), mimo charakterystycznych zaburzeń w pozostałych. Autyzm atypowy występuje najczęściej u osób głęboko upośledzonych i u osób z ciężkim specyficznym zaburzeniem rozwojowym rozumienia mowy.

**F84.2 Zespół Retta**

**F84.3 Dziecięce zaburzenia dezintegracyjne**

**F84.4 Zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi**

**F84.5 Zespół Aspergera**



## Autyzm - kryteria ICD- 10

Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiane w co najmniej 1 z poniższych obszarów:

- pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zachowaniami o nieprawidłowej treści lub zogniskowaniu, albo 1 lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia
- wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych niefunkcjonalnych czynności rutynowych i rutynizowanych
- stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące albo stukanie lub kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała
- koncentracja na cząstkowych lub niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów służących do zabawy (jak: zapach, właściwości dotykowe lub powodowanego hałasu czy wibracji)





# Spektrum zaburzeń autystycznych

Odrębne spojrzenie w klasyfikacji DSM-V

→ DSM-V zasadniczo przestaje wyróżniać poszczególne rodzaje autyzmu, preferując zastąpienie ich terminem **spektrum zaburzeń autystycznych**.



# Spektrum zaburzeń autystycznych

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.**

- wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych,
- brak wzajemności społecznej,
- 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:
  - stereotypowe zachowania motoryczne lub werbalne lub nietypowe zachowania sensoryczne,
  - nadmierne przywiązanie do rutyny i zrytualizowanych wzorców zachowania,
  - ograniczone zainteresowania.
3. Objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie (ale mogą nie manifestować się w pełni dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka).



**Kolegium Jagiellońskie**

Toruńska Szkoła Wyższa

Zdecydowanie częściej, bo aż czterokrotnie, zaburzenia ze spektrum autyzmu rozpoznawane są u chłopców.

Podstawowymi objawami autyzmu są zaburzenia dotyczące trzech aspektów: **komunikacji**, **interakcji społecznych**, a także **specyficznych zachowań**.

**! każde dziecko z zaburzeniami ze spektrum autyzmu jest inne, u jednego będą dominowały problemy z komunikacją, a u innego przejawianie nietypowych, stereotypowych zachowań.**



# Spektrum zaburzeń autystycznych

## KOMUNIKACJA

**Opóźnienie rozwoju mowy-** jeden z pierwszych przejawów zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Dziecko może:

- stale powtarzać te same zdania lub słowa
- odpowiadać na zadane mu pytanie dokładnie tym samym pytaniem (echolalia)
- mieć trudności z jasnym określeniem swoich potrzeb
- wypowiadać się niezgodnie z regułami gramatyki - może on nie odmieniać wyrazów czy też nie używać prawidłowych form gramatycznych, charakterystyczne bywa też i to, że dzieci z autyzmem nie mówią o sobie "ja zjadłem", lecz „Maciek zjadł"
- wypowiadać się w nietypowy sposób, np. intonować każdą wypowiedź w taki sposób, jakby była ona pytaniem

### **W komunikacji niewerbalnej:**

- osoba nie nawiązuje kontaktu wzrokowego. Trudno jest jej również odczytywać mowę ciała (zarówno mimikę, jak i gesty) prezentowaną przez innych ludzi.
- zrozumienie wypowiedzi osoby z zaburzeniem ze spektrum autyzmu bywa niełatwe, ponieważ może ona przejawiać mimikę twarzy całkowicie niedostosowaną do tego, o czym w danej chwili mówi.



# Spektrum zaburzeń autystycznych

## INTERAKCJE SPOŁECZNE

- **trudności z inicjowaniem kontaktu, zawieraniem nowych znajomości**
- **niechęć do dotykania przez innych ludzi** (nawet przez rodziców)
- trudności w rozmawianiu o uczuciach - i to zarówno swoich, jak i o uczuciach innych ludzi
- **problemy podczas zabawy:** dziecku z autyzmem ciężko może być np. przybierać jakąś rolę (choćby przy zabawie w sklep czy w dom) - zazwyczaj jego **zabawy** są **stereotypowe**, dodatkowo dziecko może ciągle bawić się tą samą zabawką i to ciągle w ten sam, jeden sposób,
- **pozorna obojętność na kontakty** z innymi ludźmi: pacjent z autyzmem może wydawać się całkowicie obojętny w stosunku do innych osób, dodatkowo rzadko zdarza mu się chwalić swoimi osiągnięciami (choćby sukcesem w ułożeniu skomplikowanych puzzli) - wydawać się on może wyjątkowo zamknięty w swoim świecie.



# Spektrum zaburzeń autystycznych

## SPECYFICZNE, STEREOTYPOWE ZACHOWANIA

- wyjątkowa **sztywność zachowań**
- **Przywiązanie do codziennej rutyny** jeżeli najpierw ubiera się, je śniadanie, a potem wychodzi na spacer, to jakakolwiek zmiana dotycząca kolejności tych czynności może prowadzić do wybuchu gniewu, a nawet zachowań agresywnych.
- duże **zainteresowanie** dziecka **przedmiotami**, które u innych w ogóle nie budzą ciekawości: np. kręcącym się bębniem pralki czy włącznikami światła
- obsesyjne wręcz układanie różnych przedmiotów (np. zabawek, ubrań) w ustalonej przez dziecko kolejności
- wielokrotne **powtarzanie** nietypowych ruchów, np. kręcenia się wokół własnej osi
- dużego stopnia zainteresowanie jedną, konkretną dziedziną wiedzy, np. liczbami.



Postawienie **diagnozy** autyzmu nie jest łatwe. **Poradnie psychologiczno-pedagogiczne.**

Diagnostyką autyzmu zajmuje się cały **zespół**, w którego skład wchodzi m.in. psychiatra dziecięcy, psycholog, pedagog oraz logopeda. Postawienie rozpoznania poprzedzone jest

- zebraniem z rodzicami dokładnego **wywiadu** (dotyczącego zarówno zachowań dziecka, ale i poszczególnych, od samego jego urodzenia, etapów jego rozwoju, jak i również przebiegu ciąży)
- **obserwacją** zachowań samego pacjenta
- stosuje się specjalne narzędzia diagnostyczne:
- **ADOS-2 (Autism Diagnosis Observation Schedule-2)** protokół obserwacji do diagnozy autyzmu, ADOS-2 jest badaniem stosowanym w diagnozowaniu dzieci (od 12 m.ż.), młodzieży oraz dorosłych, narzędzie jest użyteczne do badania zarówno osób niemówiących jak i dobrze posługujących się mową, dla osób z bardzo różnym natężeniem cech autyzmu, za pomocą ADOS nie możemy badać osób z dodatkowymi niepełnosprawnościami dotyczącymi wzroku, słuchu, motoryki, podczas 40-60 minut badania osoba diagnozująca proponuje dziecku/dorosłemu kilkanaście wspólnych aktywności, a po badaniu na podstawie ściśle określonych kryteriów ocenia zachowanie za pomocą punktów i oblicza wynik końcowy.
- **ADI- R** wywiad kliniczny przeprowadzany przez psychologa z rodzicami osoby, która diagnozowana jest w kierunku spektrum autyzmu. Podczas wywiadu rodzice odpowiadają na 93 pytania dotyczące dziecka, co trwa około 1,5 – 3 godzin

→ „złoty standard” w diagnozowaniu autyzmu

\* Więcej informacji na stronie <https://polskiautyzm.pl>





**Kolegium Jagiellońskie**

Toruńska Szkoła Wyższa

W przypadku wątpliwości rodziców: czy rzeczywiście rozwój dziecka przebiega nieprawidłowo, czy też może jest to kwestia nadwrażliwości opiekunów? → Fundacja Synapsis, prowadząca **Badabada, czyli Program Wczesnego Wykrywania Autyzmu**.

Na stronie [badabada.pl](http://badabada.pl) dostępny jest test, dzięki któremu rodzice mogą przynajmniej wstępnie sprawdzić, czy rzeczywiście mają oni jakieś powody do niepokojenia się o swoje dziecko.



## Wczesna diagnoza „Jeszcze będzie mówił...”

Opóźnienie rozwoju mowy ze współwystępującymi objawami ze spektrum autyzmu wymaga konsultacji psychiatrycznej. Jest ona kluczowa w diagnozie autyzmu.

Odwlekanie diagnozy to strata cennego czasu.

6 m-cy zwłoki dla dziecka w wieku 36 m-cy to blisko 17% jego życia z okresu najintensywniejszego rozwoju psychoruchowego.



Kolegium Jagiellońskie

Toruńska Szkoła Wyższa

# Spektrum zaburzeń autystycznych - terapia

## Autyzm: nie leczenie a terapia

Oddziaływania terapeutyczne:

- techniki behawioralne, jak m.in. dogoterapia czy hipoterapia,
- logoterapia, muzykoterapia, ćwiczenia integracji sensorycznej czy biofeedback.

**Zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju.**

Cel → poprawiać funkcjonowanie pacjenta w codziennym życiu - oczekiwane jest, że dzięki terapii dojdzie do poprawy m.in. zdolności komunikacyjnych pacjenta, koordynacji wzrokowo-przestrzennej czy lepszego rozwoju zdolności percepcji otoczenia.

Czasami pacjentowi ze spektrum zaburzeń autystycznych zalecana jest farmakoterapia. Leczenie farmakologiczne zalecane jest tylko w uzasadnionych przypadkach i **wyłącznie wspomagająco**. Farmakoterapia może być zalecana np. dzieciom zmagającym się z lękiem, znacznymi zaburzeniami nastroju czy częstymi zachowaniami agresywnymi.



# Zespół Retta

- po normalnym wczesnym okresie rozwoju następuje częściowa lub całkowita utrata mowy, umiejętności lokomocyjnych i posługiwania się rękami wraz z zahamowaniem wzrostu czaszki.
- **rozpoczyna się zwykle pomiędzy 7. a 24. miesiącem życia.**
- cechy charakterystyczne: zanikanie celowych ruchów rąk, stereotypie typu mycie rąk i hiperwentylacja, rozwój społeczny i umiejętności zabawy zostają zahamowane, natomiast zainteresowania społeczne utrzymują się bez zmian,
- prawie zawsze dochodzi do znacznego upośledzenia umysłowego.



# Zespół Retta

**Zespół Retta to zaburzenie neurorozwojowe uwarunkowane genetycznie.**

Objawy Zespołu Retta występują w **4 fazach**.

Zespół Retta ma podłoże genetyczne (mutacja genu MECP2, który zlokalizowany jest na jednym z chromosomów płci czyli XX).

**W odróżnieniu od autyzmu przyczyna Zespołu Retta jest znana.**

Zespół Retta dotyczy **przede wszystkim dziewczynek**.



# Zespół Retta

**W ICD-10 do całościowych zaburzeń rozwoju** należą: autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, **zespół Retta**, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, zespół Aspergera, inne całościowe zaburzenia rozwojowe, całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone.

Wspólnymi cechami → problemy w komunikacji i rozumieniu zjawisk społecznych.

**W DSM-V Zespół Retta jest całkowicie wykreślony z klasyfikacji**, z uwagi na poznaną przyczynę genetyczną.

## **Pomoc:**

**rehabilitacja ruchowa,**

**stała opieka neurologa oraz psychologa i logopedy,**

**wspomagające metody komunikacji**

- **eye tracking** (śledzenie ruchów gałek ocznych)



# Objawy Zespołu Retta

## Zespół Retta ma przebieg fazowy

- **I Faza od ok. 6 do ok. 18 miesiąca życia**

Rozwój nie odbiega od normy, występują objawy, które nie są obserwowane przez rodziców jako niepokojące lub są obserwowane, ale nie są uważane za poważne. W tym czasie dzieci mogą być nadmiernie spokojne, mniej reagować na sytuacje zabawy, może pogorszyć się kontakt wzrokowy. Podczas badań kontrolnych często obserwuje się spowolnienie przyrostu obwodu główki.

- **II Faza od ok. 1 roku do ok. 3-4 lat**

Następuje **szybki regres w rozwoju**. Dziewczynki tracą nabyte umiejętności tj. celowe ruchy rąk, mówienie, chodzenie. Pojawiają się objawy: stereotypowe ruchy rąk- klaskanie, pocieranie ręki o rękę, wkładanie do buzi, zaburzenia oddychania – hiperwentylacja, połykanie powietrza, bezdech, zaburzenia snu – budzenie się i napady płaczu lub śmiechu, zaparcia, pogorszenie kontaktów społecznych, zaburzenia reakcji na ból, chwiejność emocjonalna.



# Objawy Zespołu Retta

- **III Faza – wiek przedszkolny i szkolny**

Faza stabilizacji, stan dziewczynek normuje się, ustępują zaburzenia emocjonalne tj. nieuzasadniony płacz, dziecko otwiera się na poznawanie otoczenia i na kontakty społeczne. Występujące objawy dotyczą rozwoju ruchowego np. wzrost napięcia mięśniowego, drżenia mięśni. Pojawia się skolioza. Często występuje epilepsja.

- **Faza IV od ok. 15 roku życia**

Rozwój dziewczynek cechuje poprawa w zakresie kontaktu wzrokowego i stabilizacji emocjonalnej. Często zmniejszają się lub ustępują stereotypowe ruchy rąk. Często zmniejsza się nasilenie objawów epilepsji. U większości dziewczynek u progu dorosłości pogarsza się sprawność ruchowa, dziewczęta które dotychczas chodziły tracą tę umiejętność.





Kolegium Jagiellońskie

Toruńska Szkoła Wyższa

# „Milczące anioły” ZESPÓŁ RETTA

**„Milczące Anioły” – film dokumentalny o dziewczynkach z Zespołem Retta**

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Retta

- „Rettownik – Twój podręczny ratownik w świecie Retta”

<http://rettsyndrome.pl/?p=2488>



**Kolegium Jagiellońskie**

Toruńska Szkoła Wyższa

## **Niepełnosprawność intelektualna**

**Obniżenie sprawności umysłowej powstałe w okresie rozwojowym.**

Stan charakteryzujący się istotnie niższą od przeciętnej ogólną sprawnością intelektualną związany z zaburzeniami jednego lub więcej procesów, takich jak:

**dojrzewanie,**

**uczenie się,**

**przystosowanie społeczne.**



## Upośledzenie umysłowe wg ICD10

Stan zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu, który charakteryzuje się statystycznie istotnym obniżeniem ogólnej sprawności intelektualnej w porównaniu z wartością przeciętną ( $IQ < 70$ ) – w tym zdolności:

- poznawczych,
- mowy,
- ruchowych,
- społecznych.



# Niepełnosprawność intelektualna DSM V

1. deficyty w funkcjonowaniu intelektualnym w takich sferach jak **planowanie, rozwiązywanie problemów, myślenie abstrakcyjne, uczenie się, wnioskowanie**;
2. deficyty w przystosowywaniu się, powodujące niepowodzenie w obszarze społeczno-kulturowym, czyli **brak umiejętności samodzielnego funkcjonowania, odpowiedzialności za swoje życie, nieradzenie sobie z wymogami otoczenia, nieprzestrzeganie ustalonych norm w danej społeczności, trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych**;
3. wystąpienie deficytów intelektualnych i przystosowawczych w okresie rozwojowym

W DSM-V wyróżniono **cztery stopnie niepełnosprawności intelektualnej: lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki**. Stopnie te określane są na podstawie poziomu rozwoju zachowania adaptacyjnego, który określa zasięg potrzebnego wsparcia.



# Etiologia

## **Działające przed poczęciem:**

- **czynniki genetyczne**

## **Działające w czasie życia płodowego:**

- **infekcje (np. kiła)**
- **czynniki fizyczne, chemiczne i immunologiczne (leki, zespół alkoholowy, niedożywienie matki)**

## **Związane z porodem:**

- **uraz porodowy (krwawienie do OUN)**
- **wcześnieactwo**

## **Działające po urodzeniu:**

- **zakażenia (np. AIDS)**
- **urazy**
- **izolacja zmysłowa i kulturowa**



Kolegium Jagiellońskie

Toruńska Szkoła Wyższa

# Stopnie niepełnosprawności intelektualnej

- Lekki (IQ: 50 - 69)
- Umiarkowany (IQ: 35 - 49)
- Znaczny (IQ: 20 - 34)
- Głęboki (IQ < 20)



## Lekki (IQ 50 - 69)

Etiologię organiczną ustala się w mniejszości przypadków.

- Pełna niezależność w samoobsłudze (jedzenie mycie się, ubieranie, kontrola zwieraczy), praktycznych i domowych czynnościach (wolniejsze tempo)
- Często mowa jest opóźniona i dominują w niej treści abstrakcyjne.
- Trudności w szkole (trudności z pisaniem i czytaniem – pomocne są specjalnie profilowane programy nauczania)
- Potencjalna zdolność do pracy wymagającej raczej praktycznych umiejętności.
- Pomoc poprzez programy edukacyjne nastawione na rozwój umiejętności i kompensację występujących ograniczeń.



## Umiarkowany (IQ 35 - 49)

- Ograniczona umiejętność posługiwania się mową (proste konwersacje).
- Upośledzenie w zakresie samoobsługi i umiejętności ruchowych.
- Bardzo duże ograniczenia w nauce (tylko część jest w stanie opanować, w zakresie podstawowym, czytanie, pisanie i liczenie).
- Potencjalna zdolność do wykonywania prostych, praktycznych prac pod wykwalifikowanym nadzorem.
- Całkowita niezależność w dorosłym życiu to rzadkość.
- Zdolność do nawiązywania kontaktu, porozumiewania się i angażowania w proste społeczne działania.





## Znaczny (IQ 20 - 34)

### Etiologia organiczna

- Podobieństwo w zakresie obrazu klinicznego do upośledzenia umiarkowanego
- Niższe poziomy w/w osiągnięć
- Częste współistnienie uszkodzenia aparatu ruchowego i inne deficyty neurologiczne
- Wymaga nadzoru i kontrolowanego środowiska



## Głęboki (IQ < 20)

### Etiologia organiczna

- Poważne trudności w rozumieniu i spełnianiu poleceń lub instrukcji
- Brak zdolności do dbania o swoje własne podstawowe potrzeby
- Wymagają stałej pomocy i nadzoru
- Duże deficyty neurologiczne i fizyczne



## Zaburzenia współistniejące

Często upośledzeniu umysłowemu towarzyszą znaczne i ciężkie wady neurologiczne i fizyczne:

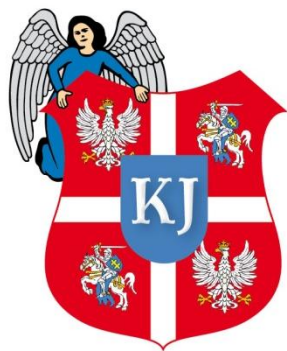
- Padaczka
- Upośledzenie wzroku lub słuchu
- Upośledzenie narządu ruchu
- Całościowe zaburzenia rozwoju (autyzm)



## Leki a niepełnosprawność intelektualna

Farmakoterapię stosuje się do:

- opanowywania zachowań agresywnych i lęku,
  - przeciwdziałania wycofywaniu się kontaktu terapeutycznego,
  - stabilizacji wahań nastroju.
- 
- Neuroleptyki, stabilizatory nastroju, przeciwdepresyjne



**Kolegium Jagiellońskie**

Toruńska Szkoła Wyższa

**Dziękuję za uwagę**