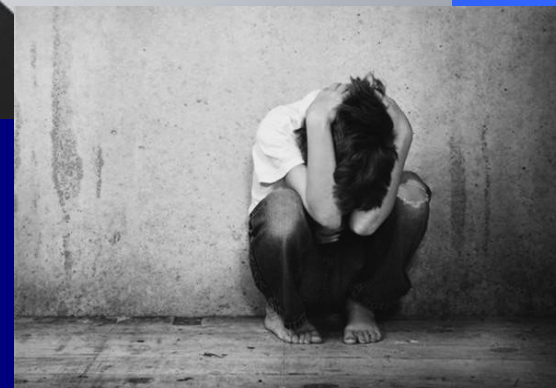


ZABURZENIA PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY



Beata Gędźba – Kaczmarek
psycholog, doradca zawodowy

27.05.2026r.



W PRACY Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ NIE ZAPOMINAJ O TYM, ŻE:

- Każde dziecko jest „grzeczne”, jeśli potrafi.
- Dzieci z dysfunkcjami lub sprawiające kłopoty wychowawcze są trudne, ponieważ brak im umiejętności, które pozwoliłyby im zachowywać się inaczej.
- Dzieciom zaburzonym i sprawiającym kłopoty brak umiejętności dostosowywania się, tolerowania frustracji oraz rozwiązywania problemów.
- Sposób, w jaki reagujesz na dziecko i rozumiesz jego potrzeby, ma ogromny wpływ na to, czy jesteś w stanie mu pomóc.



- Nie można ganić, krytykować czy karać młodego człowieka za to, że nie posiada wybranych kompetencji czy umiejętności.
- Nie powinniśmy zakładać, że jego zachowanie jest wynikiem złośliwości tylko pomóc mu w zdobyciu umiejętności pokonywania nierozwiązywalnych dotąd dla niego problemów.
- Współpraca jest lepsza niż walka.
- Lepiej zejść z piedestału i stać się dla dziecka partnerem niż traktować go jak wroga i stać się jego wrogiem.



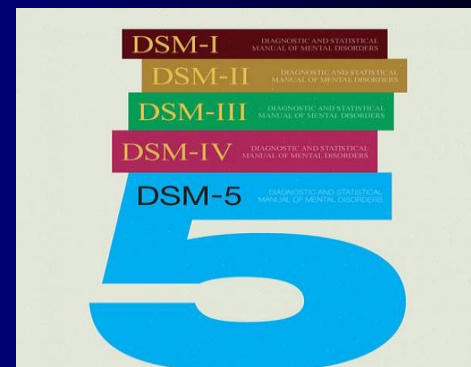
- „Nie idź za mną, bo nie umiem prowadzić,
nie idź przede mną, bo mogę za Tobą
nie nadążyć, idź obok mnie i bądź moim
przyjacielem”



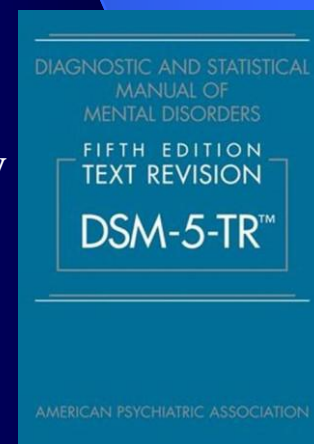
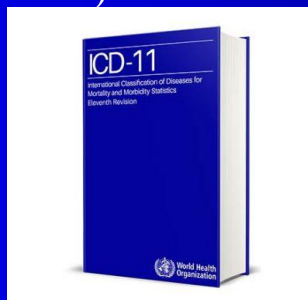
- Świadomość i wiedza
na temat deficytów,
dysfunkcji i zaburzeń
u dzieci i młodzieży jest pierwszym krokiem
do zbudowania nowej relacji i rozwiązywania
problemów w procesie wprowadzania zmian.



ICD vs DSM

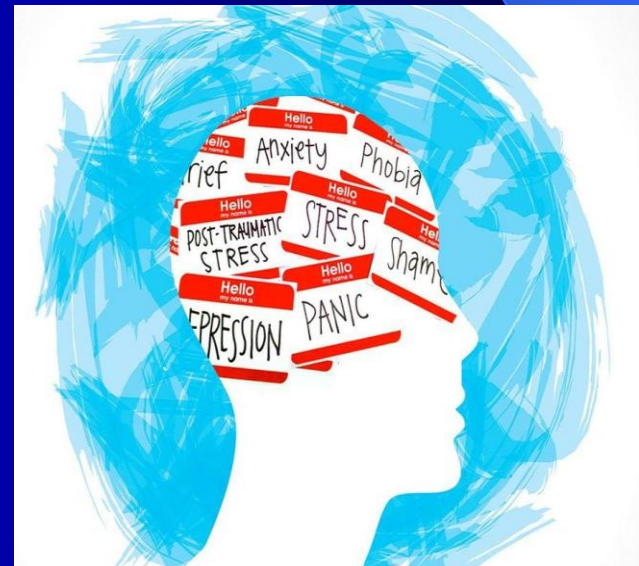


- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems) – skrótowo ICD – to międzynarodowy system klasyfikacji chorób i innych problemów zdrowotnych, utworzony i zarządzany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). ICD – 11 (2019/2022).
- ICD służy do jednolitego i standaryzowanego kodowania różnych rodzajów chorób, zaburzeń zdrowotnych oraz powiązanych czynników.
- Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – skrótowo DSM - to standardowy podręcznik diagnostyki psychiatrycznej opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association - APA). DSM-5 został opublikowany w maju 2013 roku i zastąpił poprzednią edycję, DSM-IV-TR (1994).



GŁÓWNE TYPY ZABURZEŃ EMOCJI I ZACHOWANIA U DZIECI I MŁODZIEŻY

- Zaburzenia neurodevelopmentalne (psychorozwojowe i behawioralne / nieneurotypowość, zaburzenia uczenia się)
- Zaburzenia lękowe
- Zaburzenia nastroju
- Zaburzenia odżywiania



INNE ZABURZENIA EMOCJI I ZACHOWANIA

- Zaburzenie zachowania nieorganizowanego (ICD – 11)
vs Zaburzenie zachowania nieposłusznego
i opozycyjnego (DSM - 5)
- Zaburzenie separacji (ICD – 11) vs Lęk separacyjny (DSM – 5)
- Zaburzenie przywiązania (ICD – 11)
- Zaburzenia emocjonalne i zachowania wynikające
z choroby lub urazu (ICD – 11)
- Zaburzenia tożsamości płciowej (ICD – 11)
- Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (DSM - 5)
- Zaburzenie zachowania dysocjalnego (ICD – 11)
- Zaburzenia psychiczne związane z substancjami
i uzależnieniem (DSM 5)

INNE TYPY ZABURZEŃ:

- Zaburzenia psychotyczne
- Zaburzenia osobowości
(u dorosłych)
- Kryzys migracyjny
obserwowany
u uczniów będących
uchodźcami
z Ukrainy



ZABURZENIA NEURODEVELOPMENTALNE (NEUROROZWOJOWE)



ZABURZENIA NEURODEVELOPMENTALNE (neurorozwojowe)

- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi (ADHD)
- Specyficzne trudności w uczeniu się
- Zespół Tourette'a
- Zaburzenia spektrum autyzmu (ASD)



ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

- ZESPÓŁ
NADPOBUDLIWOŚCI
PSYCHORUCHOWEJ



ZABURZENIA HIPERKINETYCZNE / ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi to zaburzenie neurobiologiczne charakteryzujące się trudnościami w utrzymaniu uwagi, nadmierną impulsywnością oraz nadmierną aktywnością fizyczną.
- To zespół neurorozwojowych zaburzeń psychicznych objawiający się znacznymi problemami z funkcjami wykonawczymi (np. kontrolą uwagi i kontrolą hamującą), powodujący niewspółmierne do wieku deficyty uwagi, hiperaktywność, nadpobudliwość ruchową lub impulsywność.



DEFINICJA

Nadpobudliwość, hiperaktywność, nadruchliwość, czyli zespół deficytu uwagi z nadruchliwością.

W zachowaniu dzieci z nadpobudliwością występują cztery główne symptomy:



- impulsywność,
- zaburzenia uwagi,
- nadruchliwość
- chwiejność emocjonalna.

PODTYPY ADHD

- ADHD z dominującym objawem nieuwagi:
Głównie trudności z koncentracją, zapomnianie, łatwe rozpraszenie.
- ADHD z dominującym objawem hiperaktywności - impulsywności:
Charakteryzujące się nadmierną aktywnością fizyczną i impulsywnością.
- ADHD z mieszanych objawami:
Kombinacja objawów nieuwagi, hiperaktywności i impulsywności.

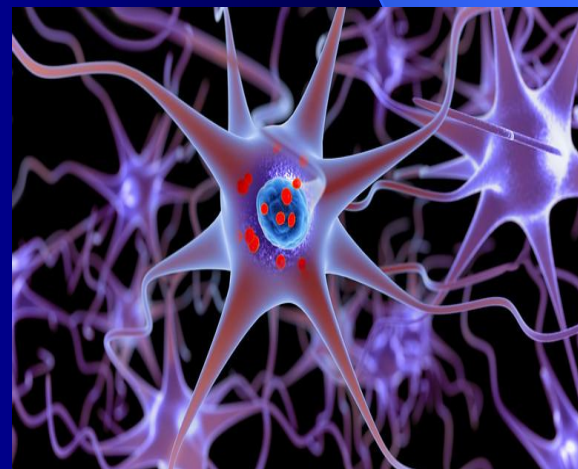


- ADHD nie wynika z dziecięcej złośliwości. Nadpobudliwe zachowania nie są też winą "czegoś" lub "kogoś".
- ADHD jest zaburzeniem związanym z odmiennym funkcjonowaniem mózgu.
- Dzieciom nadpobudliwym trudniej odbierać informacje z otoczenia - oddzielić ważne od błahych czy wybrać i skupić się na jednej rzeczy.



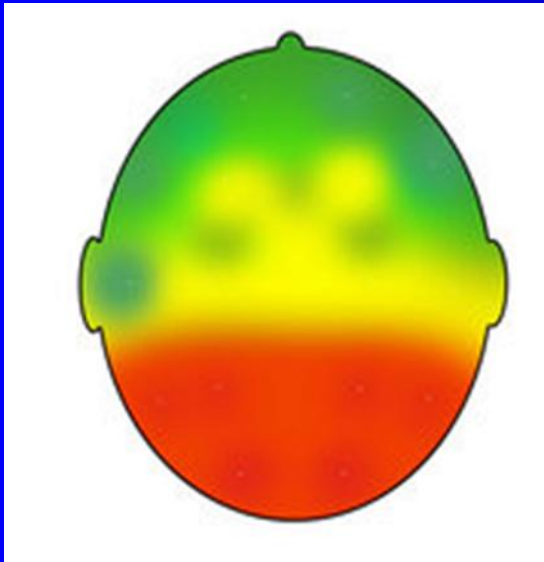
PRZYCZYNY BIOLOGICZNE

- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zespołem zaburzeń o podłożu biologicznym.
- Zaburzenie powoduje powstawanie objawów z trzech grup: impulsywności, nadruchliwości i zaburzeń koncentracji uwagi.
- Spowodowany jest zaburzeniami równowagi pomiędzy dopamina i noradrenaliną w centralnym układzie nerwowym.
- Objawy nadpobudliwości mogą również występować w wyniku uszkodzenia centralnego układu nerwowego.

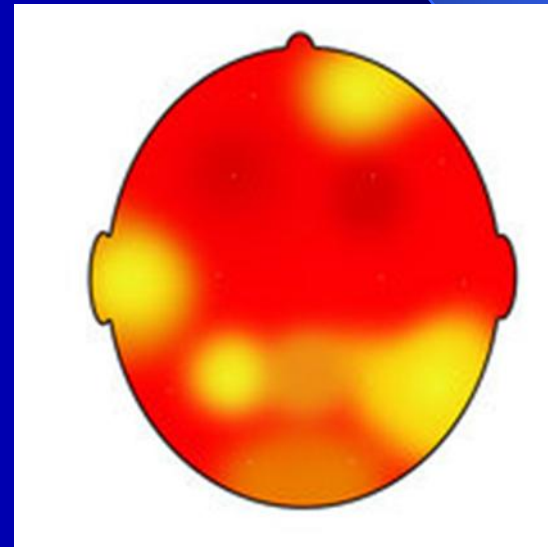


Schemat aktywności fal Theta w EEG

- Osoba zdrowa (14 lat)

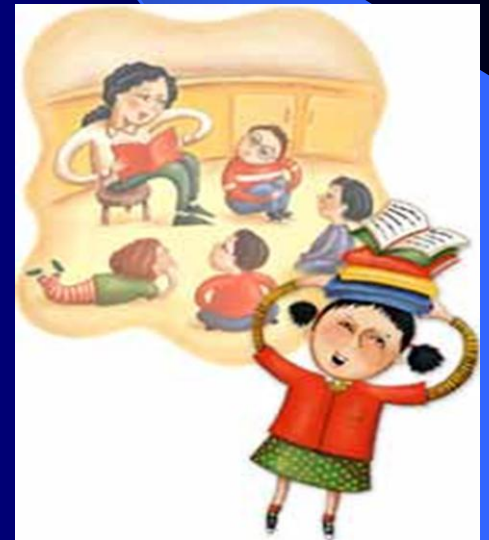


- Osoba z ADHD (14 lat)



Korelacja czynników biologicznych ze społecznymi

- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej ma podłoże biologiczne to znaczy, że nie wynika on z błędów wychowawczych, czy czynników psychogennych.
- Niektóre objawy podobne do zespołu nadpobudliwości psychoruchowej mogą występować u dzieci wychowywanych bez systemu zasad i konsekwencji, ale także np. u dzieci maltretowanych fizycznie lub psychicznie.



OBJAWY W SFERZE RUCHOWEJ



- wyraźny niepokój ruchowy w zakresie dużej i małej motoryki,
- niemożność pozostawania w bezruchu przez nawet krótki okres czasu,
- podrywanie się z miejsca,
- bezcelowe chodzenie,
- zwiększona szybkość i częsta zmienność ruchów (wrażenie ciągłego pośpiechu),

OBJAWY W SFERZE RUCHOWEJ C.D.

- bieganie,
- przymusowe wymachiwanie rękami,
- podskakiwanie,
- wzmożone drobne ruchy kończyn (machanie nogami, poruszanie palcami rąk, ciągle zajmowanie się rzeczami, które leżą w zasięgu rąk lub nóg, kiwanie się na krześle itp.).



OBJAWY ADHD W SFERZE POZNAWCZEJ



- Trudności w skupieniu uwagi (uwaga chwiejna, wybitnie zależna od czynników afektywnych),
- brak wytrwałości w przypadku małego zainteresowania i niedostrzegania bezpośredniej korzyści z działania,
- wzmożony odruch orientacyjny,
- pochopność, pobieżność myślenia,
- znaczna męczliwość w pracy intelektualnej i związana z tym nierównomierna wydajność,

OBJAWY ADHD W SFERZE POZNAWCZEJ C.D.

- Trudności wizualno–motoryczne,
- trudności syntetyzowania w myśleniu,
- brak umiejętności planowania.



U wielu dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi występują pewnego rodzaju zaburzenia mowy lub języka, do których należą : opóźnienie rozwoju mowy, kłopoty z artykulacją, problemy ze strukturą zdania, nieprawidłowe układanie dźwięków.

Trudności stanowi również pisemne wyrażanie myśli.

OBJAWY ADHD W SFERZE EMOCJONALNEJ

- nieopanowane, nieraz bardzo silne reakcje emocjonalne,
- wzmożona ekspresja uczuć,
- zwiększona wrażliwość emocjonalna na bodźce otoczenia,
- wybuchy złości,
- impulsywność działania.



LECZENIE

- Leczenie ADHD obejmuje terapie behawioralne, terapie psychologiczne, a w niektórych przypadkach stosuje się również leki stymulujące, takie jak metylofenidat czy amfetaminy, które pomagają w kontrolowaniu objawów.
- Ważne jest współpraca z profesjonalistami zdrowia psychicznego, aby dostosować leczenie do indywidualnych potrzeb pacjenta.



TERAPIA BEHAWIORALNA

- Celem jest modyfikacja zachowania dziecka poprzez wygaszanie złych nawyków, a wzmacnianie dobrych (zasada nagradzania i karania).
- Postępy widoczne są po długim czasie.



TERAPIA ZAJĘCIOWA

- Nacisk głównie na prawidłowy rozwój motoryczny dziecka (u dzieci nadpobudliwych, często występuje lateralizacja skrzyżowana, co może powodować duże problemy w funkcjonowaniu).



TERAPIA MOWY I JĘZYKA

- U dzieci nadpobudliwych psychoruchowo mogą występować zaburzenia mowy, (np. jąkanie, problemy z artykulacją, zbyt szybkie, niewyraźne mówienie), dlatego w takich przypadkach niezbędna jest pomoc logopedy.



KONTROLA DIETETYCZNA

- Istnieje przypuszczenie, że spożywanie takich produktów jak: kakao, środki konserwujące, barwniki, salicylany i cukier mogą dodatkowo wzmacniać aktywność dziecka - jednak brak na ten temat dokładnych badań naukowych.



TERAPIA FARMAKOLOGICZNA

- W Polsce jest bardzo rzadko stosowana.
- Leki takie jak Ritalin, Dexedrine, Cylert, poprawiają przebieg procesów neurochemicznych zachodzących w mózgu.



OGÓLNE ZASADY DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA WYCHOWAWCZEGO

- 1. Cel, do którego ma prowadzić działanie dziecka, nie może być zbyt odległy (niecierpliwość).
- 2. Konsekwentne przyzwyczajanie dziecka do kończenia każdego rozpoczętego zadania.
- 3. Stała kontrola i przypominanie o zobowiązaniach.



OGÓLNE ZASADY DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA WYCHOWAWCZEGO:

- zakres określonych obowiązków musi być dostosowany do możliwości i ograniczeń dziecka,
- trzeba zaoszczędzić wystąpienia dodatkowych niepotrzebnych bodźców,
- nie dać się zdominować dziecku,
- należy przygotować dziecko do przezwyciężania trudności (a nie chronić przed nimi).



- Po wystąpieniu konfliktu należy go przedyskutować z dzieckiem w atmosferze spokoju i rzeczowości, po uspokojeniu dziecka.

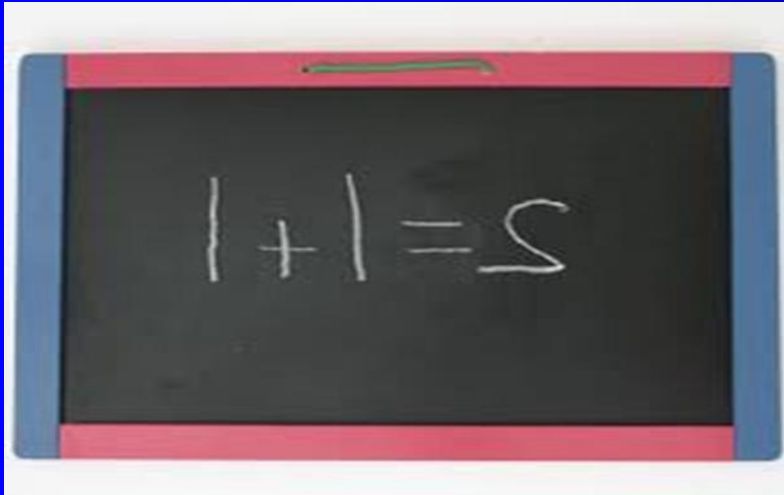


- Należy unikać agresji słownej i fizycznej, która bardzo mocno pobudza dodatkowo dziecko (może doprowadzić do objawów nerwicowych takich jak: lęki, moczenie nocne, natręctwa, czy też reakcje obronne: arogancka postawa, agresja, kłamstwa, a nawet doprowadzić do niewłaściwego rozwoju osobowości).

SPECYFICZNE TRUDNOŚCI W UCZENIU SIĘ



TRUDNOŚCI



SPECYFICZNE

- DYSLEKSJA
- DYSGRAFIA
- DYSORTOGRAFIA
- DYSKALKULIA

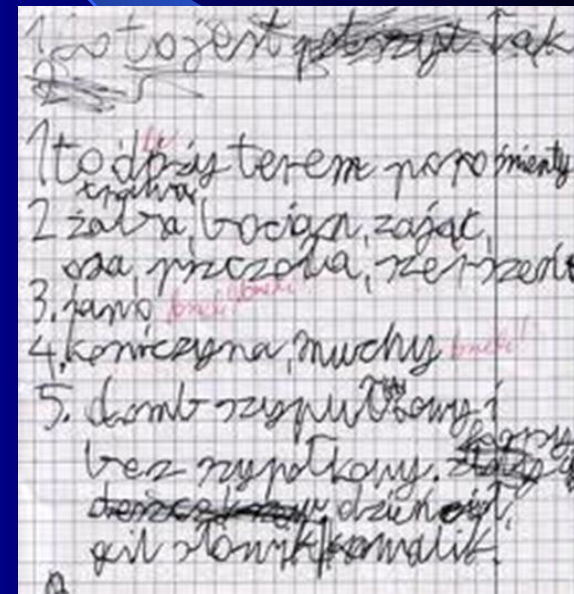


NIESPECYFICZNE

- NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA
- INTELIGENCJA NIŻSZA OD PRZECIĘTNEJ
- ZANIEDBANIA ŚRODOWISKOWE
- WADY WZROKU, SŁUCHU

CZTERY RODZAJE DYSFUNKCJI

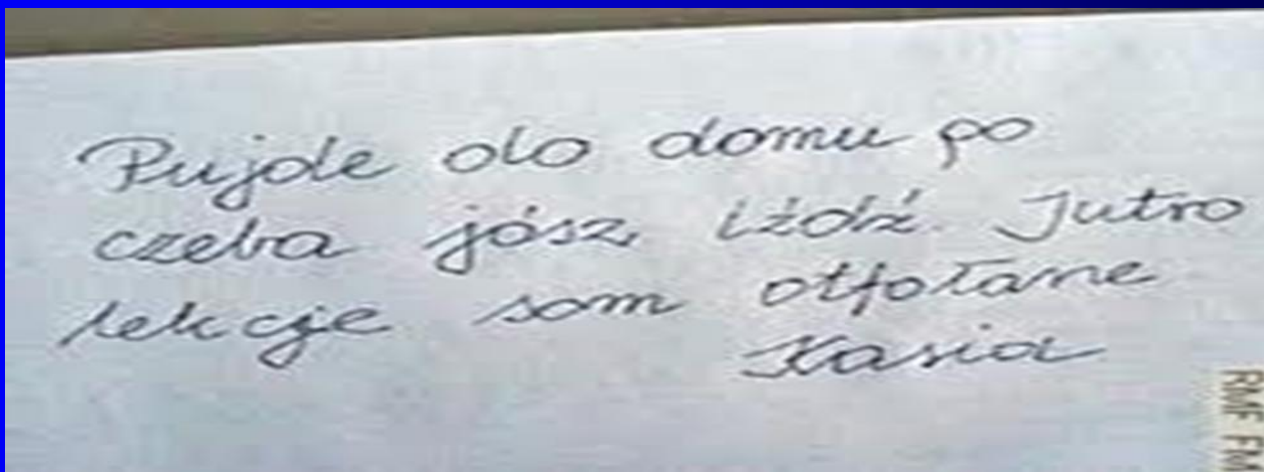
- **Dysleksja-** trudności w czytaniu pojawiające się często z trudnościami w pisaniu.
- **Dysgrafia-** trudności w opanowaniu kaligrafii.
- **Dysortografia-** trudności w opanowaniu poprawnej pisowni (błędy ortograficzne)
- **Dyskalkulia** – trudności w liczeniu.



DYSLEKSJA

**To specyficzne trudności w czytaniu
i pisaniu występujące u dzieci
o prawidłowym rozwoju umysłowym.**

**Są one spowodowane zaburzeniami funkcji
słuchowych, wzrokowych, ruchowych.**



RYZYZKO DYSLEKSJI



- Już w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym można dostrzec pierwsze symptomy zapowiadające trudności w czytaniu i pisaniu.
- Ryzyko wystąpienia dysleksji jest prawdopodobne w przypadku:
- obciążenia genetycznego (występowanie dysleksji w rodzinie),
- ciąży i porodu o nieprawidłowym przebiegu,
- dysharmonijnego rozwoju psychomotorycznego.

Pierwsze symptomy mogą pojawić się już u dziecka 3-4-letniego

- mała sprawność ruchowa, opóźniony rozwój ruchowy (dziecko późno zaczyna chodzić, siadać, może w ogóle nie raczkować),
- niechęć do zabaw ruchowych,
- mała sprawność dziecka w samoobsłudze (zapinanie guzików, wkładanie ubrań, wiązanie sznurowadeł),
- opóźniony rozwój mowy,
- niechęć do rysowania, układania klocków, puzzli,
- przekręcanie wyrazów (dziecko mówi „kordła” zamiast kołdra, „fusit” zamiast sufit, „tlaktor” zamiast traktor),
- trudności z zapamiętywaniem pór roku, dni tygodnia.



Symptomy dysleksji w wieku 5-6 lat:

- kłopoty z zapamiętywaniem wierszyków, piosenek,
- trudności z odróżnianiem lewej i prawej strony ciała,
- leworęczność lub oburęczność,
- kłopoty z odwzorowywaniem szlaczków, prostych figur geometrycznych,
- nie odróżnianie głosek podobnych słuchowo,
- kłopoty z dzieleniem i składaniem słów z głosek i sylab,
- gramatyczne błędy w wymowie,
- trudności w początkowej nauce czytania.



Objawy dysleksji w klasach I-III w zakresie czytania:

- mało błędów przy wolnym tempie czytania i prymitywnej technice (głoskowanie lub sylabizowanie z wtórną syntezą słowa), ze słabym rozumieniem przeczytanego tekstu lub
- bardzo szybkie tempo czytania z wieloma błędami, dziecko domyśla się treści na podstawie kontekstu, często niewłaściwie i słabo rozumie przeczytany tekst

albo występują pojedyncze objawy:

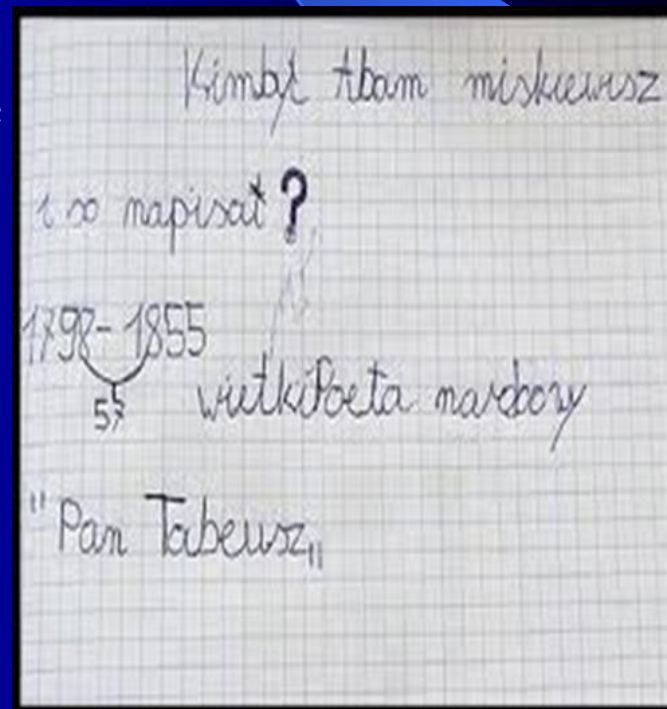
- niewłaściwe tempo czytania,
- nieodpowiednia do poziomu edukacji technika czytania.



W zakresie pisania

Przy zaburzonych funkcjach wzrokowych dziecko może:

- popełniać błędy podczas przepisywania tekstów ze wzoru,
- mieć trudności z zapamiętaniem alfabetu, kształtu liter rzadziej występujących lub o skomplikowanej strukturze (F, H, Ł, G),
- mylić litery o podobnym kształcie l-t-l, m-n, u-y, o-a-e, a-ą, e-ę,
- mylić litery różniące się położeniem w przestrzeni:
 - p-b-d-g,
 - m-w,
 - n-u.



W zakresie pisania

Przy zaburzonych funkcjach słuchowo-językowych dziecko może:

- mieć nasilone trudności w pisaniu ze słuchu,
- mylić litery odpowiadające głoskom podobnym pod względem słuchowo-artykulacyjnym:
z-s, w-f, d-t, k-g,
- mieć trudności z zapisywaniem zmiękczeń, mylić głoski i-j,
- mieć problemy z zapisywaniem głosek nosowych ą-om, ę-en,
- pisać wyrazy bezsensowne,
- często opuszczać, dodawać, przestawiać, podwajać litery i sylaby.



W zakresie pisania

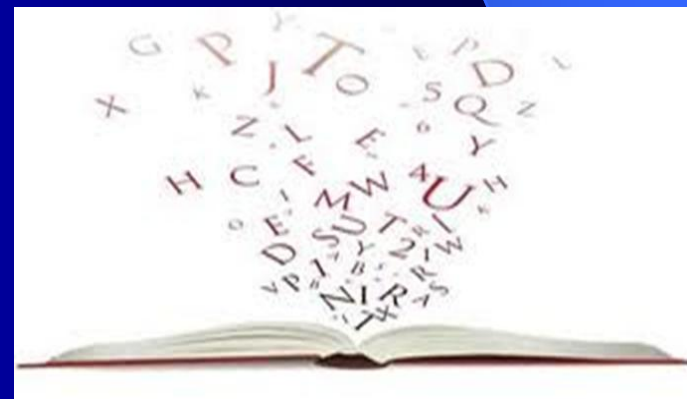
Przy opóźnionym rozwoju ruchowym i koordynacji wzrokowo-ruchowej dziecko może:

- nieprawidłowo trzymać długopis, ołówek, itp.,
- mieć nadmierny lub zbyt słaby nacisk długopisu na papier,
- pisać wolno, sygnalizować szybkie męczenie się ręki,
- pisać niekształtne litery,
- nie przestrzegać liniatury,
- nieprawidłowo łączyć litery,
- mieć mało czytelne pismo.



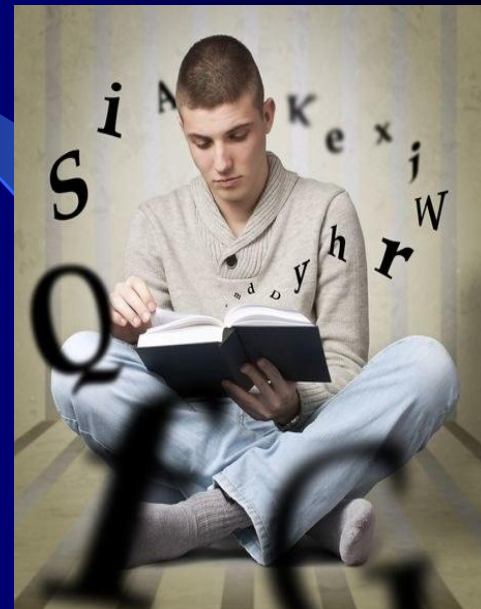
Problemy dyslektyka obserwowane w życiu codziennym:

- przekręcanie nazwisk i nazw,
- trudności ze zautomatyzowaniem własnego podpisu,
- trudności w wypełnianiu formularzy,
- problemy z nauką jazdy samochodem,
- kłopoty z nauczeniem się układów tanecznych na kursie tańca,
- zapamiętanie i dokładne przekazanie informacji odebranych przez telefon,



Problemy dyslektyka obserwowane w życiu codziennym:

- płynne nazwanie miesięcy w prawidłowej i odwróconej kolejności,
- mylenie numerów autobusów 95-59,
- mylenie kolejności cyfr przy wykręcaniu numeru telefonicznego,
- mylenie dat i godzin,
- kłopoty z zapamiętaniem numerów telefonów, danych liczbowych,
- kłopoty z planowaniem, organizacją i zarządzaniem czasem, materiałami oraz zadaniami,
- trudności z odróżnianiem strony prawej od lewej,
- kłopoty z czytaniem mapy lub orientowaniem się w nieznanym terenie.



Towarzyszące dysleksji zaburzenia powodują trudności uczniów w wielu przedmiotach, nie tylko na języku polskim. Dotyczy to:

- **geografii** - zła orientacja na mapie, w stronach świata,
- **arytmetyki** - odczytywanie liczb od prawej do lewej strony, mylenie znaków nierówności, trudności z przestrzenną organizacją zapisu działań w „słupkach”, trudności z operowaniem długimi liczbami, z wieloma zerami lub miejscami po przecinku, liczenie w pamięci, tabliczka mnożenia,
- **geometrii** - rysunek uproszczony, schematyczny,
- **chemii** - zapisywanie łańcuchów reakcji chemicznych,
- **muzyki** - czytanie i zapis nut,



Towarzyszące dysleksji zaburzenia powodują trudności uczniów w wielu przedmiotach, nie tylko na języku polskim. Dotyczy to:

- **języków obcych** - zapamiętywanie słówek, odróżnianie podobnych wyrazów, prawidłowa wymowa,
- **biologii** - opanowanie terminologii,
- **historii** - zapamiętywanie nazwisk, nazw, dat, orientacja w czasie - chronologia,
- **kultury fizycznej** - niektóre ćwiczenia, np. równoważne, układy gimnastyczne, szybkie bieganie, rzuty do celu piłką, celne odbijanie piłki.
- **sztuki (geometria, biologia, geografia)** - rysowanie.



ZASADY PRACY

- Zadania wykonywać w tym samym miejscu i (najlepiej) o tej samej porze,
- należy pozwolić dziecku odpocząć przed przystąpieniem do ćwiczeń,
- miejsce do pracy powinno być uprzątnięte,
- trzeba zadbać o ciszę,
- mózg wymaga rozgrzewki, czyli ćwiczeń wstępnych (najlepiej w formie zabawy),
- w pracy warto wykorzystywać skojarzenia,
- podczas ćwiczeń w czytaniu nie należy przyjmować zbyt wygodnej pozycji, bo to rozleniwia,
- należy wyposażyć się w odpowiednie pomoce do ćwiczeń.



ĆWICZENIA W CZYTANIU

- Oprzeć naukę czytania na interesującym tekście.
- Czytać z dzieckiem na zmianę.
- Czytać książki z dużym drukiem i kolorowymi obrazkami.
- Nie ponaglać dziecka.
- Sprawdzać rozumienie tekstu.



ĆWICZENIA W PISANIU

- Zezwolić na pisanie ołówkiem.
- Wskazać błędy i mobilizować do samokontroli.
- Utrwalać zasady pisowni.
- Prace domowe odrabiać w brudnopisie. Po sprawdzeniu i omówieniu błędów przepisywać do zeszytu.
- Dzieci leworęczne
- nie przestawiać na rękę prawą



CZEGO NIE ROBIĆ

- Nie tłumaczyć trudności dziecka wyłącznie lenistwem,
- nie porównywać z rówieśnikami,
- nie liczyć na natychmiastowe efekty,
- nie krytykować i nie ośmieszać,
- nie usprawiedliwiać niechęci do wykonywania ćwiczeń,
- nie poprawiać za dziecko błędów w pracach pisemnych tylko wskazać obszar do poprawy (dziecko powinno się nauczyć pracować ze słownikiem ortograficznym).



ZESPÓŁ TOURETTE'A



ZESPÓŁ (K#!%@) TOURETTE'A

- Zespół Tourette'a jest wrodzonym zaburzeniem (fizjo)neurologicznym, które charakteryzuje się występowaniem licznych tików motorycznych i głosowych - pojawia się między 2. a 15. r.ż.
- Występuje we wszystkich kulturach oraz grupach etnicznych. Choruje na nie 1 na 1000 dzieci w wieku szkolnym oraz 5 na 10 000 osób dorosłych, gdzie badania wskazują, że ukazuje się on 4 razy częściej wśród mężczyzn niż kobiet.
- Do dziś nie da się ustalić miejsca zmian genetycznych dotyczących tej choroby, niektóre przypadki wyjaśnia się zaburzeniami syntezy histaminy.



Pierwsze 9 przypadków zostało opisane w 1885 roku w paryskim Szpitalu Salpêtrière przez neuropsychiatrę Gillesa de la Tourette'a – od którego pochodzi nazwa choroby

Tik – jest nagłym, gwałtownym, czasem nawet bolesnym powtarzającym się ruchem lub wokalizacją, osoby chore opisują je jako niepohamowane, mimowolne i porywające. Dłuższe ich stłumienie powoduje bardzo duże napięcie wewnętrzne, po czym tik może powrócić z jeszcze większą siłą.



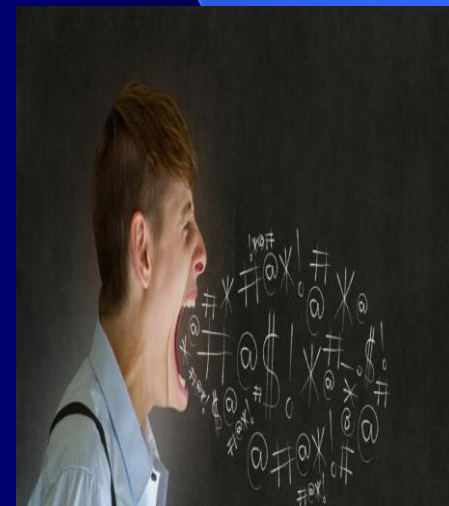
Tiki proste:

- Tiki motoryczne: mruganie oczami, wzruszanie ramionami, grymasy twarzy, rzucanie głową.
- Tiki wokalne: pochrząkiwanie, szczekanie, pomrukiwanie, prychanie, pociąganie nosem, mlaskanie językiem.

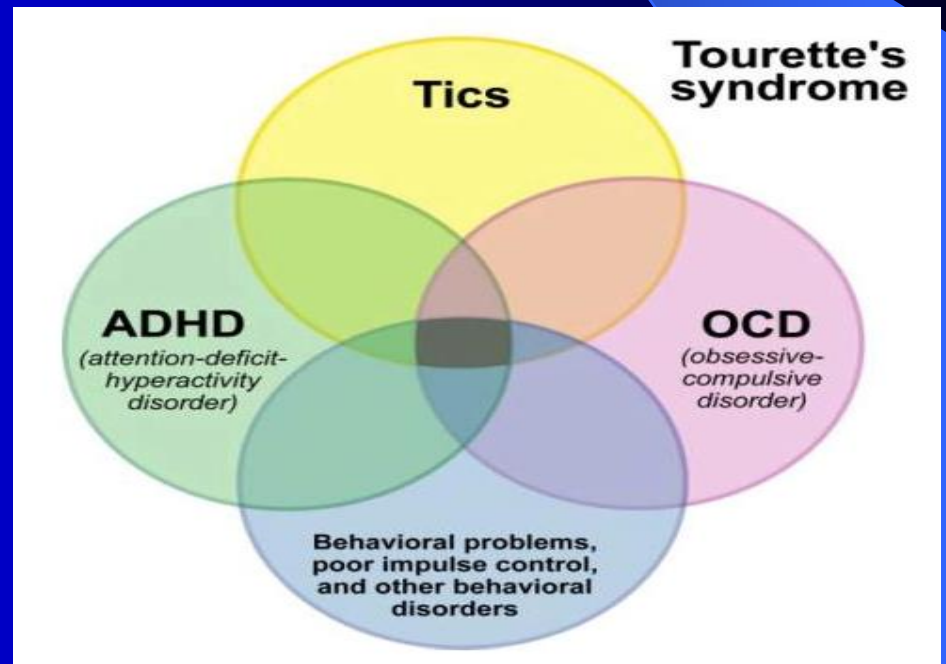


Tiki złożone:

- Motoryczne: podskakiwanie, dotykanie innych ludzi lub rzeczy, wążanie, kucanie, kręcenie się wkoło, oblizywanie się oraz rzadziej występujące zachowania samookaleczające się (uderzanie lub gryzienie samego siebie).
- Wokalne: wypowiedzanie słów lub zwrotów bezsensownych.
- Echolalia – zaburzenie polegające na powtarzaniu usłyszanych słów lub zwrotów wypowiedzianych przez inne osoby, ale również usłyszanych w telewizji lub radio.
- Palilalia – polega na mimowolnym powtarzaniu własnych słów lub zdań.
- Koprolalia – zaburzenie polegające na wypowiedzaniu nieprzyzwoitych słów lub zdań, przekleństw, wulgaryzmów.
- Echopraksja – polega na powtarzaniu ruchów zaobserwowanych u innych.
- Kopropraksja – zaburzenie polegające na pokazywaniu nieprzyzwoitych gestów. Występuje nagle i nie podlega kontroli chorego.



Tiki są najbardziej charakterystycznymi objawami Zespołu Tourett'a, jednak to nie tylko one składają się na całość choroby, występują również schorzenia współtowarzyszące: ADHD, stany lęku uogólnionego oraz zaburzenia obsesyjno – kompulsywne



Diagnoza i leczenie:

- Konsultacja neurologiczna
- Konsultacja psychiatryczna
- Konsultacja psychologiczna
- Konsultacja logopedyczna
- Konsultacja pedagogiczna
- Konsultacja genetyczna



ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU



Przyczyny



- Zaburzenia ze spektrum autyzmu należą do grupy tzw. całościowych zaburzeń neurorozwojowych.
- Uznaje się, że objawy autyzmu są spowodowane nieprawidłowym rozwojem funkcjonowania mózgu i można obserwować je już we wczesnym dzieciństwie.
- Za przyczyny można uznać m.in. czynniki genetyczne, infekcyjne, nieprawidłowości w przemianach metabolicznych, zaburzenia okresu ciąży i porodu.



- To złożone zaburzenia rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego charakteryzujące się:
- zakłóceniami zdolności **komunikowania** **uczuć** i **budowania** **relacji interpersonalnych**,
- zubożeniem i stereotypowością zachowań oraz
- trudnościami z integracją wrażeń **zmysłowych**.
- Każde dziecko w spektrum autyzmu ma typowy dla siebie, charakterystyczny wzorzec zachowań, jednak niektóre zachowania mogą być porównywalne i podobne.



OBJAWY:

- Objawy dotyczą głównie zaburzeń interakcji społecznych, zaburzeń porozumiewania (dwustronnej komunikacji słownej i bezsłownej) oraz występowania powtarzających się, ograniczonych i stereotypowych wzorców zachowań, zainteresowań aktywności.



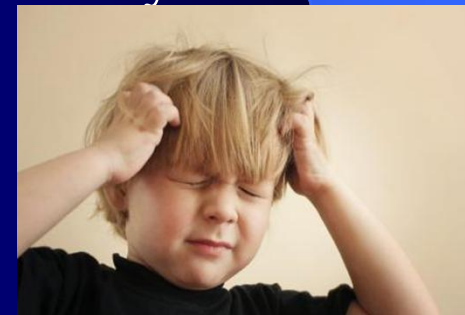
KONTAKT WZROKOWY:

- U dzieci ze spektrum autyzmu obserwuje się trudności z wyrażaniem niewerbalnym, np. w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu wzrokowego, mimice twarzy, gestykulacji;
- Dziecko nie nawiązuje kontaktu wzrokowego z innymi osobami lub jest to kontakt bardzo krótkotrwały i ulotny.
- Rodzice/nauczyciele czasami mówią „patrzy na mnie, jakby mnie nie widział, „jak z zza szyby”, jakbym był/a przezroczysty/a”.
- Dziecko autystyczne nie wykorzystuje kontaktu wzrokowego do regulowania swoich relacji z innymi.



RELACJE I KOMPETENCJE SPOŁECZNE

- Autyzm powoduje zaburzenia relacji społecznych i brak zdolności nawiązywania kontaktów rówieśniczych;
- Brak potrzeby wspólnej zabawy z innymi, posiadania wspólnych zainteresowań lub osiągnięć;
- Izolowanie się, uciekanie w swój świat;
- Okazywanie braku empatii;
- Trudności z podporządkowaniem się regułom społecznym wynikające z braku ich zrozumienia;
- U niektórych pojawiają się także zachowania agresywne i autoagresywne.



ZABURZENIA ZACHOWANIA

- Intensywne, stereotypowe, uporczywe zainteresowania (stereotypie, fiksacje);
- Sztywne powtarzanie rytuałów, nadmierna rutynowość;
- Koncentrowanie się na niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów, zainteresowanie elementami obiektów;
- Powtarzające się ruchy, np. trzepotanie rękami, ruchy całego ciała, podskakiwanie;
- Skrajne formy zaburzeń koncentracji.



STEREOTYPOWOŚĆ, POWTARZALNOŚĆ I SCHEMATYCZNOŚĆ

- Jednymi z pierwszych objawów obserwowanych u dzieci autystycznych są nietypowe wzorce zachowań polegające na ich uboższym repertuarze i stereotypowości w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami.
- Ich spontaniczna aktywność, zabawy rzadko polegają na eksploracji otoczenia i często przebiegają bez użycia słów lub w zupełnej ciszy.
- Dzieci te mogą spędzać całe godziny ustawiając/układając zabawki raz za razem w podobny, zrytualizowany sposób (np. samochodziki lub pociągi w jednej linii), zamiast bawić się nimi w sposób typowy dla rówieśników.



FASCYNACJA RUCHEM I PRZEDMIOTAMI

- Niekiedy u dzieci w spektrum obserwuje się bardzo silne przywiązanie do różnych przedmiotów, jak też fascynację poruszającymi się przedmiotami.
- Dzieci te mogą czerpać przyjemność z monotonnego, manierycznego, trwającego godzinami powtarzania tych samych ruchów.
- Niektóre spędzają wiele czasu machając rękami lub chodząc na palcach. Zdarza się, że nagle zamierają w bezruchu.
- Powtarzające się zachowania mogą mieć charakter kompulsji.
- U niskofunkcjonujących, głęboko upośledzonych intelektualnie dzieci autystycznych zrytualizowane, powtarzane zachowania mogą polegać na robieniu sobie krzywdy poprzez uderzanie się, drapanie, szczypanie lub gryzienie.



- U dzieci autystycznych rzadko obserwuje się w czasie zabawy elementy symboliki, naśladownictwa innych osób, odgrywania ról.
- Nie obserwuje się też przekazywania zabawki innej osobie ani wspólnej uwagi.
- U wysoko funkcjonujących dzieci ze spektrum powtarzalne zachowania przyjmują czasem postać skrajnie intensywnych zainteresowań np. mogą pragnąć wiedzieć wszystko o dinozaurach, planetach, państwach świata, odkurzaczach, rozkładzie jazdy autobusów czy latarniach morskich.
- Zdarzają się także zainteresowania liczbami, obrazkami, symbolami, zagadnieniami naukowymi.



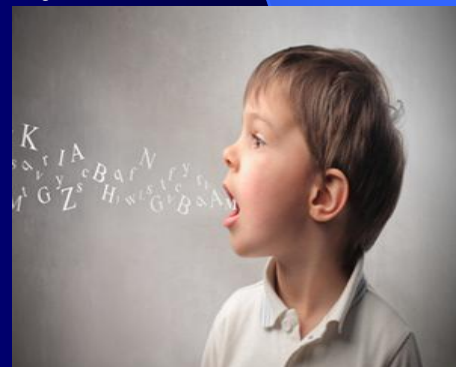
WRAŻLIWOŚĆ NA BODŹCE

- Osoby z autyzmem mają indywidualnie mniej lub bardziej nasilone problemy z odbiorem bodźców zmysłowych (wzrokowych, słuchowych, czuciowych itd.), co może wpływać znacząco na ich rozwój, zachowanie lub może rozpraszać ich uwagę.
- W przypadku nasilonych problemów z nadwrażliwością lub zbyt małą wrażliwością, może im to sprawiać duży dyskomfort lub ból i cierpienie.



MOWA I WYPOWIEDZI

- Niektóre dzieci z nisko funkcjonującym autyzm nie mówią, nie komunikują się gestem, mają trudności ze wskazywaniem, naśladowaniem i spełnianiem poleceń.
- Nie potrafią one tworzyć dłuższych rozbudowanych wypowiedzi, mają trudności z inicjowaniem i podtrzymywaniem wymiany konwersacyjnej.
- Jeśli takie dzieci mówią, to posługują się echolaliami.
- Mówiące dzieci ze spektrum autyzmu często posługują się stereotypową lub powtarzalną mową, nietypowym frazowaniem, także echolalią;
- Cechuje je nadmierne, konkretne rozumienie języka, brak rozumienia aluzji, sarkazmu, metafor, pojęć abstrakcyjnych;
- Nawet dobrze funkcjonujący „autyści” mają problemy z pragmatyką języka.



NADMIERNY OPÓR WOBEC ZMIANY



- Dzieci w spektrum autyzmu cechuje silne przywiązanie do wybranych, zawężonych zachowań, sytuacji, miejsc, obiektów, przedmiotów, pokarmów itp.;
- Drobne naruszenie porządku narzucanego przez owe dzieci otoczeniu lub porządku zajęć, do którego przywykły, m.in. podczas zabawy, codziennych czynności, jedzenia, ubierania się, kąpieli, przemieszczania się do szkoły, może wytrącać je z równowagi, powodować niepokój, a nawet napady złości.



ZAGROŻENIA

- Osobom, które mają obniżone odczuwanie bólu i ograniczoną świadomość własnego ciała grożą liczne problemy zdrowotne i przewlekłe choroby.
- Ze względu na ograniczoną możliwość przewidywania niebezpieczeństw są również zagrożone np. wypadkami komunikacyjnymi czy oparzeniami.
- Znacznie bardziej niż innym grożą im skutki nieprawidłowych nawyków w trybie życia (otyłość, niedożywienie, czy brak ruchu), ponieważ mają ograniczoną możliwość kierowania swoim postępowaniem.
- Często nie chcą także przestrzegać zaleceń opiekunów lub lekarzy.



Jak diagnozuje się zaburzenia ze spektrum autyzmu?

- Diagnozę stawia zespół specjalistów, w skład którego wchodzi psychiatra, psycholog i pedagog specjalny.
- Diagnoza jest stawiana w oparciu o kryteria Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11.
- Warunkiem postawienia rozpoznania jest pojawienie się nieprawidłowości w relacjach społecznych, komunikowaniu się oraz w rozwoju funkcjonalnej lub symbolicznej zabawy już przed 3 rokiem życia dziecka.



- Pierwsze symptomy zaburzeń ze spektrum autyzmu pojawiają się bardzo wcześnie, często już u kilkunastomiesięcznych niemowląt, najczęściej są widoczne przed ukończeniem przez dziecko 3 roku życia.
- Dawniej, według wcześniejszej klasyfikacji zaburzeń (ICD – 10), gdy pierwsze objawy pojawiały się w ciągu pierwszych trzech lat życia dziecko otrzymywało rozpoznanie autyzmu dziecięcego.
- Wcześniej dziecko, które miało objawy charakterystyczne dla spektrum autyzmu, ale nie spełniało wszystkich kryteriów diagnostycznych dawnego autyzmu dziecięcego otrzymywało diagnozę autyzmu atypowego (wg DSM -4).
- Aktualnie wszystkie zaburzenia ze spektrum autyzmu są klasyfikowane pod jedną kategorią jako "Zaburzenia ze spektrum autyzmu" zarówno wg klasyfikacji ICD – 11, jak i DSM – 5.



OBJAWY SPEKTRUM AUTYZMU ZAUWAŻALNE W STARSZYM WIEKU

- specyficzna mowa, język i sposób wypowiedzi,
- brak kontaktu wzrokowego z innymi,
- brak zainteresowania innymi ludźmi,
- brak reakcji na innych,
- charakterystyczne zainteresowanie przedmiotami,
- niechęć do przebywania w grupie rówieśników,
- trudności w budowaniu relacji społecznych.



DAWNE ZABURZENIA AUTYSTYCZNE



Obecnie w literaturze światowej używa się określenia „Zaburzenia ze spektrum autyzmu”, ponieważ zaburzenia te mają bardzo zróżnicowany charakter i nie tworzą jednolitego obrazu co do głębokości i symptomatologii zaburzeń.

Dawniej poza autyzmem dziecięcym i autyzmem atypowym mówiło się o zaburzeniach autystycznych, obejmujących następujące jednostki:

- Zespół Aspergera,
- Dziecięce zaburzenia dezintegracyjne – Zespół Hellera
- Zespół Rett’a
- inne całościowe zaburzenia rozwojowe.



DZIECIĘCE ZABURZENIA DEZINTEGRACYJNE (CDD) – ZESPÓŁ HELLERA

- Zespół Hellera charakteryzuje się w pierwszej fazie prawidłowym rozwojem dziecka, po czym następuje całkowita utrata zdobytych już umiejętności: językowych, społecznych i motorycznych.
- Objawy są zauważalne stosunkowo późno w porównaniu z innymi zaburzeniami rozwoju psychologicznego.
- Zespół Hellera pod względem funkcjonalnym jest podobny do autyzmu dziecięcego, a rozróżnienie obu schorzeń jest trudne ze względu na określenie momentu regresu.



OBJAWY ZESPOŁU HELLERA

- Pogorszenie zazwyczaj następuje powoli, rzadziej gwałtownie, może to trwać do 10 roku życia.
- Dziecięce zaburzenia dezintegracyjne objawiają się zwykle po 24. miesiącu życia dziecka, następuje regresja umiejętności w:
 - **mowie,**
 - **komunikacjach społecznych,**
 - **kontroli wydalania moczu lub kału,**
 - **zabawie,**
 - **umiejętnościach ruchowych,**
 - **ogólnej utracie zainteresowania obiektami i środowiskiem.**



ZESPÓŁ RETTA

- To neurologiczne zaburzenie rozwoju, uwarunkowane genetycznie.
- Na obraz kliniczny składają się zaburzenia neurorozwojowe, które w większości wypadków prowadzą do znacznej i głębokiej niepełnosprawności ruchowej oraz znacząco ograniczają możliwość komunikacji z otoczeniem.
- Charakterystyczna dla zespołu Retta jest nasilona dyspraksja (niezgrabność ruchowa), a w wielu wypadkach apraksja (upośledzenie ruchów) połączona ze specyficznymi ruchami stereotypowymi w obrębie kończyn górnych.
- Uważa się, że zespół Retta stanowi jedną z najczęstszych przyczyn obniżenia poziomu rozwoju intelektualnego u dziewczynek.



Dawny ZESPÓŁ ASPERGERA

- Zaburzenie to uwzględniało przede wszystkim upośledzenie umiejętności społecznych, trudności w akceptowaniu zmian, ograniczoną elastyczność myślenia przy braku upośledzenia umysłowego oraz szczególnie pochłaniające, obsesyjne zainteresowania.
- Dawniej głównymi kryteriami różnicującymi Zespół Aspergera od autyzmu głębokiego były: brak opóźnienia rozwoju mowy i innych istotnych jej zaburzeń uniemożliwiających logiczną komunikację, brak zaburzeń w rozwoju poznawczym oraz lepsza adaptacja społeczna.
- Osoby z dawną diagnozą Zespołu Aspergera z powodu swych niezwykłych zainteresowań częściej uchodzili za ekscentryków i „dziwaków” niż ludzi o zaburzonej osobowości.



Ogólna charakterystyka zachowań dziecka z dawną diagnozą Zespołu Aspergera:

- Ma trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami, komunikowaniu się z innymi, z nawiązywaniem i podtrzymywaniem konwersacji;
- Mówi w dość specyficzny sposób, często używając całych zwrotów;
- Jest nadmiernie nieśmiały i ma charakter samotnika;
- Jest nadmiernie poważny lub dziecinny;
- Nie interesuje się problemami bliskich i nie przejawia empatii, nie zwierza się, nie opowiada o sobie, jakie jest, co czuje, co lubi itp.;
- Jest zmienne uczuciowo;
- Jest pozbawione poczucia humoru lub bawią je sytuacje niezrozumiałe dla innych;



Ogólna charakterystyka zachowań dziecka z Zespołem

Aspergera:

- Najczęściej nie cierpi rywalizacji na lekcjach w-f, różnego rodzaju gier zespołowych, sztafet, wyścigów;
- Bywa wybitnie zdolne z jednego lub dwóch przedmiotów, a pozostałe sprawiają mu ogromną trudność;
- Bywa niegrzeczne, czasami wręcz agresywne, uparte, lubi postawić na swoim;
- Często nie przejawia i nie przestrzega podstawowych norm społecznych, mimo wielokrotnego tłumaczenia ich;



- Denerwują je różnego rodzaju rzeczy, osoby, sytuacje – nie rozumie ich;
- Jest zajęte sobą, swoimi zainteresowaniami, ocenia świat ze swojego punktu widzenia;
- Najchętniej stworzyłoby cały świat po swojemu i na swoich prawach;
- Przejawia specyficzne zainteresowania i niebanalne zachowania;
- Nie przywiązuje wagi do własnego wyglądu;
- Czasami jest niezgrabne, wręcz niezdarne;
- Może nie mieć poczucia zagrożenia, odległości, wysokości;
- Często zatyka uszy, kiedy inni za głośno rozmawiają lub wręcz przesuwając ucho do głośnika w czasie akademii czy występów klasowych;
- Nie lubi niektórych potraw – ich koloru, wyglądu, zapachu (wybiórczość pokarmowa, nadwrażliwość lub niedowrażliwość sensoryczna);
- Nie chce być dotykane czy głaskane, nie przepada za przebywaniem w tłumie;
- Ma nietypowy chód, np. chodzi „na palcach”.



ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU I NAUKA W SZKOLE

- Większość osób w spektrum może uczyć się w szkole według programu zawierającego treści i formy nauczania dostosowanego do ich indywidualnych potrzeb i możliwości (Indywidualny Program Edukacyjno – Terapeutyczny – tzw. IPET).
- Zgodnie z modelem edukacji włączającej, aktualnie większość dzieci ze spektrum uczęszcza do integracyjnych lub zwykłych klas w szkołach ogólnodostępnych.
- Uczniowie, którzy wymagają kształcenia indywidualnego, mogą mieć tzw. zajęcia „w rozłączeniu” i indywidualnie z nauczycielem uczyć się przedmiotów takich, jak matematyka, język polski czy angielski (jeśli w ich orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego znajduje się zapis o takiej możliwości).



UCZNIOWIE Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU:

- Mogą być zwolnienie z nauki drugiego języka, jeśli taki zapis znajduje się w ich orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.
- Mogą korzystać ze wsparcia i zindywidualizowanej pomocy nauczycieli wspierających (współorganizujących proces kształcenia ucznia), którzy pomagają uczniom z autyzmem w komunikacji z nauczycielami i w zrozumieniu ich poleceń i zadań. Wspierają ich także w realizowaniu codziennych obowiązków szkolnych, a także w radzeniu sobie z innymi trudnościami w środowisku szkolnym.
- Mogą korzystać ze wsparcia i pomocy specjalistów szkolnych (psychologa, pedagoga, pedagoga specjalnego, nauczyciela prowadzącego zajęcia rewalidacyjne i rozwijające kompetencje emocjonalno – społeczne oraz nauczycieli prowadzących zajęcia logopedyczne, dydaktyczno – wyrównacze lub korekcyjno – kompensacyjne, jeśli takie zalecane są dla ucznia w jego orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego).



Zaburzenia ze spektrum autyzmu i niepełnosprawność intelektualna

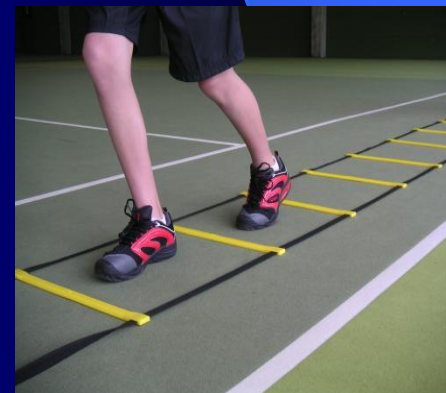
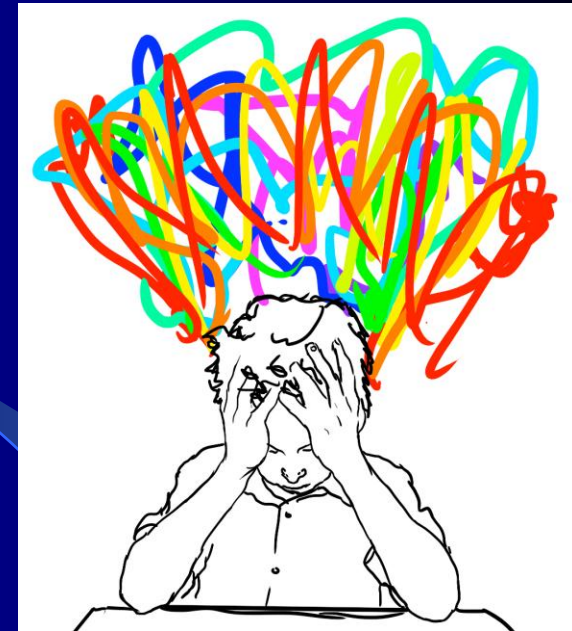


- Osoby w spektrum autyzmu w odmienny sposób odbierają i przetwarzają informacje, ale mogą mieć przy tym iloraz inteligencji w granicach normy.
- Jednak u dużej części osób w spektrum te same przyczyny, które spowodowały to zaburzenie, równocześnie powodują inne problemy w funkcjonowaniu mózgu, takie jak niepełnosprawność intelektualna, epilepsja czy niedosłuch lub mózgowie porażenie dziecięce. Są to jednak zaburzenia współistniejące, sprzężone, niezależne od siebie.



ZABURZENIA MOGĄCE WSPÓŁWYSTĘPOWAĆ Z ASD

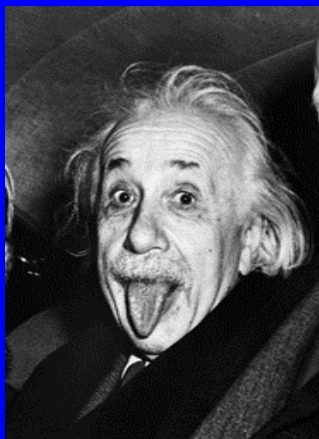
- Niepełnosprawność intelektualna,
- ADHD (zaburzenia deficytów uwagi wraz z nadpobudliwością psychoruchową),
- ADD (zaburzenie deficytu uwagi, bez nadpobudliwości psychoruchowej);
- Zespół Tourette'a – zaburzenie neurologiczne, które może być motoryczne (machanie rękoma) i głosowe (wydawanie nieartykułowanych dźwięków, często niecenzuralnych);
- Dysgrafia, dysortografia, dysleksja, dyskalkulia;
- Dyspraksja – neurologiczne uszkodzenie lub niedojrzałość organizacji ruchów (niezgrabność)
- Zaburzenia integracji sensorycznej;
- Wady wzroku, słuchu, echolalia.



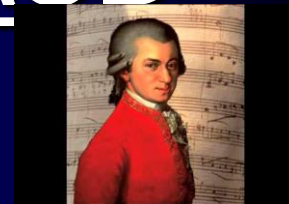
Rozwinięte ponad wiek, niszowe umiejętności (umiejętności sawantyczne)

- Około 10% osób z zaburzeniami ze spektrum autystyzmu dysponuje szczególnie rozwiniętymi umiejętnościami w wąskim zakresie (umiejętnościami sawantycznymi), a według niektórych badań może nimi dysponować niemal 30% osób w spektrum autyzmu.
- Osoby z zaburzeniami w spektrum autyzmu cechujące się wysoko rozwiniętymi, niszowymi umiejętnościami tego rodzaju określa się mianem sawantów.

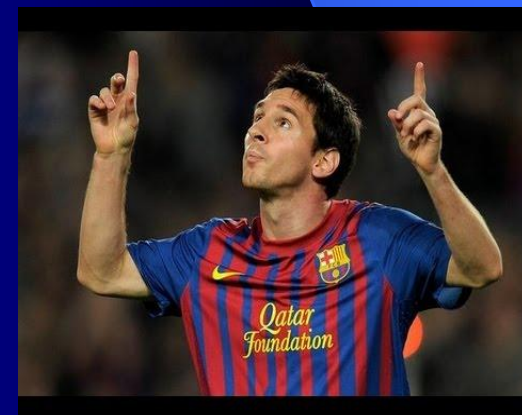
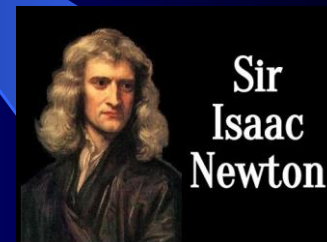




POSTACIE HISTORYCZNE I ZNANE OSOBY Z ASD



- Michał Anioł, Wolfgang Amadeusz Mozart
- Albert Einstein, Izaak Newton
- Thomas Edison, Thomas Jefferson
- Karol Darwin, Hans Christian Andersen
- Alfred Hitchcock, Bill Gates
- Lionel Messi, Anthony Hopkins
- Daryl Hannah, Cortney Love



TERAPIA

- Zaburzenia ze spektrum autyzmu poddaje się różnym formom terapii (zwłaszcza oddziaływaniom behawioralnym, edukacyjnym, rozwijającym kompetencje emocjonalno - społeczne), które mogą istotnie poprawić funkcjonowanie osoby w spektrum, ale zaburzenie to jako zaburzenie neurorozwojowe nie jest w pełni uleczalne – utrzymuje się do końca życia.
- Zakres możliwej do osiągnięcia poprawy objawowej uzależniony jest m.in. od tego, jak wcześnie zaburzenie zostanie rozpoznane i jak wcześnie dziecko zostanie objęte odpowiednim programem terapeutycznym wspierającym jego rozwój.



METODY PRACY Z UCZNIAMI Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU (ASD)

- W pracy z osobami z ASD kluczową i najważniejszą umiejętnością jest rozpoznanie, właściwe zdiagnozowanie i zsynchronizowanie specyficznych potrzeb i możliwości wynikających z rodzaju ich zaburzeń i niepełnosprawności oraz ich indywidualnych cech i predyspozycji z ogólnymi wymaganiami wychowawczymi, edukacyjnymi i celami terapeutycznymi.
- Niezbędnym jest, by wymagającym pomocy podopiecznym umożliwić udany rozwój emocjonalny, społeczny, poznawczy i edukacyjny.

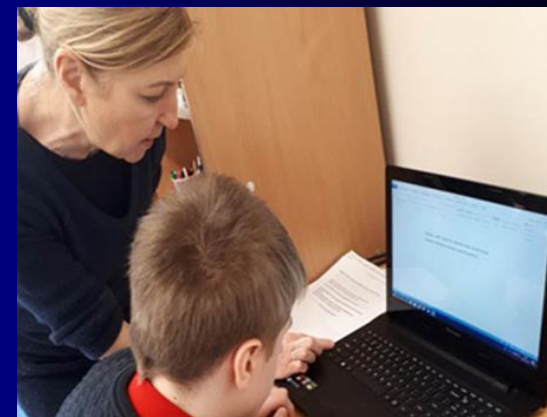


ZASADY PRACY Z UCZNIAMI Z ASD:

- Staraj się poznać jak najwszechstronniej osobę, z którą pracujesz oraz środowisko, w którym ona przebywa;
- Utrzymuj częste kontakty i czynnie współpracuj z rodzicami lub opiekunami osoby, z którą pracujesz;
- Oni są zazwyczaj największą skarbnicą wiedzy na temat swojego dziecka i na pewno odpowiedzą, jak postępować w trudnych sytuacjach.
- Pomóż im zaplanować skuteczną strategię pomocy i kontroli;
- Zaplanuj swoją pracę, zapoznaj ucznia z konkretnym planem, aby mógł/mogła wiedzieć i oswoić się z tym, co go/ją czeka; unikaj niespodzianek, nagłych zmian, zamieszania.
- Stosuj strukturyzację jego aktywności w ciągu dnia.



- Stwarzaj miłą, pogodną i serdeczną atmosferę podczas kontaktu z uczniem.
- Bądź uważna/y: obserwuj zachowanie ucznia, jego/jej reakcje, szukaj przyczyn konkretnych reakcji oraz zachowań, nie likwiduj tylko objawów;
- Zwróć uwagę również na to, czego Ty uczysz się w kontaktach z młodą osobą ze spektrum autyzmu;
- Kształć się, poszerzaj swą wiedzę, poszukuj nowych, skuteczniejszych metod, sposobów pracy.
- Stosuj zasadę indywidualizacji: indywidualny program - różnicuj oddziaływania w stosunku do poszczególnych uczniów;
- Unikaj pośpiechu w pracy, stosuj częste przerwy oddzielające krótkie okresy intensywnej pracy.
- Stosuj zasadę stopniowania trudności.



- Staraj się być dla niego/niej wzorem w działaniu, w każdej wykonywanej przez Ciebie czynności.
- Stwarzaj sytuacje pozwalające na systematyczne powtarzanie opanowanych umiejętności.
- Bądź konsekwentny/a w swoim postępowaniu, działaniu, wymaganiach.
- Stwarzaj sytuację problemowe, aby osoba z ASD mogła sama podejmować decyzję i dokonywać wyboru, a także uczyć się na błędach, dostrzegać porażki i budować racjonalne, konstruktywne rozwiązania problemów;
- W miarę możliwości wycofuj się z precyzyjnych instrukcji, wyjaśniania czegoś krok po kroku;
- Gdy nie jest to konieczne nie pomagaj mu/jej, nie wykonuj za niego/nią czynności, które do końca może wykonać samodzielnie.



- Poszukaj sposobów na uaktywnienie ucznia.
- Zachęcaj go do podejmowania różnorodnych aktywności.
- Twórz jak najwięcej okazji do osiągnięcia sukcesów ucznia z ASD.
- Używaj różnego typu wzmocnień – nagradzając każdą nadarzającą się okazję.
- Umożliwiaj uczniowi realizację swoich pasji, pozwól mu/jej na to, aby mógł/mogła opowiedzieć o swoich zainteresowaniach.
- Nie należy jednak dopuścić do sytuacji, kiedy będzie mógł/mogła zawsze, gdy tylko będzie mieć okazję, mówić o nich.



- Organizuj możliwie jak najwięcej okazji do kontaktów z rówieśnikami, ćwiczeń w parach i grupach podczas zajęć.
- Jasno ustalaj reguły obowiązujące w grupie, objaśniaj, jakie zachowanie jest dobre, a jakie złe.
- To bardzo ważne, gdyż uczeń/uczennica ma duże problemy z przestrzeganiem norm społecznych w określonej społeczności.
- Często nie zdaje sobie sprawy z tego, że to, co mówi i to, jak się zachowuje, może kogoś ranić.
- Nie wystarczy mu/jej powiedzieć, czego nie wolno robić, ale także, co w zamian za to należy uczynić;



- Dbaj o przystępność języka i treści. Przekazuj osobie z ASD komunikaty jednoznaczne, krótkie, sugestywne, zwięzłe;
- Zwracaj się do niej prostym językiem; jeśli chcesz użyć przenośni, metafory, przysłówia czy zwrotu typu: „zamurowało go ze strachu”, to dokładnie wyjaśnij, o co ci chodzi.
- Opisz słowami wykonywane przez nią czynności, słowa powinny towarzyszyć również twojemu działaniu.
- Kieruj je do ucznia/uczennicy i dopytuj, czy zrozumiał/a informację lub polecenie. Proś, aby spróbował/a wyjaśnić je własnymi słowami;
- Nie zwracaj nadmiernej uwagi na ton lub melodię głosu ucznia;
- Pamiętaj, że dla takich osób zdarzenia, sytuacje czy sformułowania brzmiące fantastycznie, nierealnie, abstrakcyjnie są czymś zupełnie nieodgadnionym, nie do zrozumienia.



- Może się zdarzyć, że uczeń niechcący zrani lub obrazi nauczyciela niefortunnym sformułowaniem.
- Należy być świadomym tego, że osoba ze spektrum często mówi dokładnie to, co myśli, nie przebierając w słowach;
- Nie zakładaj, że jeżeli uczeń/uczennica z ASD zapatrzony/a jest w obraz na ścianie czy uchylone okno lub siedzi bokiem do nauczyciela, to znaczy, że nie słucha.
- Czasami takiemu dziecku łatwiej jest odbierać informację, nie angażując wzroku;



- Pracuj nad poprawą u niego/niej zachowań nieakceptowanych przez otoczenie.
- Zawsze przy tym wspieraj go/ją oraz miej dużo cierpliwości i zrozumienia;
- Jeżeli planujesz pracę w grupie czy w parach, to bądź czujna/y; staraj się, aby uczeń/uczennica zawsze miał/a z kim wykonywać dane zadanie.
- W przeciwnym wypadku będzie się pogłębiać jego/ jej izolacja w środowisku, a to z kolei niekorzystnie wpłynie na jego/jej rozwój.
- Oprócz tego pamiętaj o asymilacji ze środowiskiem w każdej sytuacji, w której ma on/ona kontakt z innymi w grupie.



- Po każdym konflikcie, który wybuchł pomiędzy uczniem z ASD a innym uczniem szkoły, staraj się tłumaczyć, co czuje on sam, obrażony/a kolega/koleżanka i co Ty czujesz w danej sytuacji.
- Zawsze sprawdzaj, czy uczeń lub uczennica zrozumiał/a Ciebie i Twój wywód;
- Otocz go/ją fachową, aczkolwiek dyskretną opieką.
- Pamiętaj, że może on/ona stać się łatwym obiektem zaczepek, prowokacji czy nawet chuligańskich wybryków ze strony rówieśników;



- Nie wymagaj od ucznia/uczennicy z ASD, że będzie spontanicznie okazywał/a uczucia lub, że będzie nadmiernie empatyczny/a w stosunku do Ciebie czy swoich kolegów i koleżanek z klasy.
- Jeżeli jednak zauważysz u niego/niej zachowanie empatyczne, współczujące, zawsze je nazwij i pochwal go/ją – w ten sposób pomożesz mu/jej zrozumieć, czego inni od niego/niej oczekują, jakie zachowanie są społecznie pożądane;



- Pracuj nad emocjami ucznia/uczennicy z ASD (elementy treningu komunikacyjnego i społecznego, oddziaływania arteterapeutyczne itp.) oraz innych osób – ich rozpoznaniem i nazywaniem, zachęcaj do obserwacji mowy niewerbalnej;
- Przy każdej sposobności i okazji wzmacniaj u niego/niej pozytywne myślenie o sobie, podnoś jego/jej samoocenę, ponieważ często może wpadać z jednego stanu emocjonalnego w drugi (ambiwalencja emocjonalna), być bardzo labilny/a emocjonalnie, mieć skłonności depresyjne lub wręcz schizofreniczne;
- Pomóż uczniowi/uczennicy z ASD opanować sposoby postępowania w sytuacjach dla niego/niej trudnych, radzenia sobie ze stresem, opanowania złości;



- Jeżeli zauważysz u niego/niej nagromadzony lęk czy opór związany z kontaktami społecznymi lub czymś innym, to absolutnie nie bagatelizuj tego. Pamiętaj, że fobia nie jest cechą osób z ASD, ale współwystępującym problemem, który może skomplikować i tak już trudne życie takiego/takiej ucznia/uczennicy;
- Staraj się zachować cierpliwość i wyrozumiałość, gdy osoba z ASD wpada w złość lub agresję.
- Staraj się usuwać z jego/jej pola widzenia bodźce wywołujące taki stan. Po opanowaniu sytuacji zawsze próbuj wytłumaczyć, co spowodowało złość.
- Ucz go/ją alternatywnych sposobów rozładowania złości i agresji.
- Pamiętaj, że pozytywne wzmocnienia zawsze pomagają;



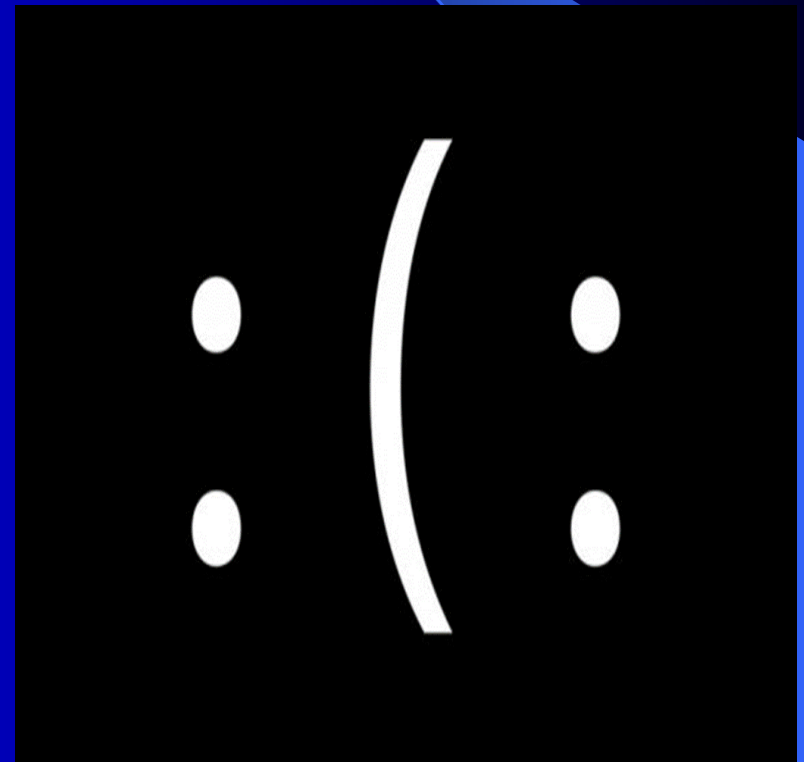
- „Spektrum (autyzmu) jest długie i szerokie, i wszyscy się w nim znajdujemy. Kiedy się w to uwierzy, łatwo zobaczyć, ile mamy ze sobą wspólnego.”



Lisa Genova
„Kochając syna”

ZABURZENIA NASTROJU

- Depresja
- Zaburzenia Afektywne Dwubiegunowe



DEPRESJA

- W medycznych klasyfikacjach depresja to choroba umieszczana w grupie zaburzeń nastroju.
- Gdy w przeżywaniu świata dominują negatywne uczucia pojawia się stały nastrój depresyjny, który nie przemija.
- Ten przewlekły obniżony nastrój w głównej mierze właśnie może świadczyć o poważnym zaburzeniu lub chorobie depresyjnej.
- Przeżywamy wówczas uczucia to głównie smutek, przygnębienie, niepokój, lęk czy poczucie winy.
- Depresja może współwystępować z innymi zaburzeniami takimi jak: zaburzenia lękowe (np. lęk separacyjny czy fobie), zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych itp..
- Występowanie depresji stanowi ryzyko samobójstwa.



- **Depresja endogenna** – uwarunkowana biologicznie, typowa; ostrzejsza w przebiegu od egzogennej; depresja duża, epizod depresyjny o znacznym nasileniu;
- **Depresja egzogenna, depresja reaktywna** – poprzedzona stresującym zdarzeniem.

Niektórzy badacze twierdzą, iż w rzeczywistości jest to ta sama depresja jednobiegunowa, a powyższy podział tak naprawdę odzwierciedla podział na depresję ostrą i łagodną.



ZABURZENIA DEPRESYNE:

- zaburzenia psychiczne z grupy zaburzeń afektywnych, charakteryzujące się:
- obniżeniem nastroju,
- obniżeniem napędu psychoruchowego,
- utratą zainteresowań lub przyjemności,
- zmianą w apetycie lub wadze,
- zaburzeniem rytmów okołodobowych,
- problemami ze snem,
- zmęczeniem lub utratą energii,
- trudności w koncentracji,
- lękiem, myślami samobójczymi.,



Znaczące Zaburzenie Depresyjne (MDD) [depresja duża]:

- Występowanie minimum pięciu objawów przez okres 2 tygodni, pod warunkiem, że stanowią one istotną zmianę w zachowaniu:
- obniżenie nastroju lub dysforia, występujące codziennie przez przeważającą część dnia, odczuwana subiektywnie i dostrzegana przez otoczenie;
- znaczne ograniczenie zainteresowań wszystkimi czynnościami oraz brak odczuwania przyjemności związanej z ich wykonywaniem;
- spadek lub wzrost masy ciała minimum 5% w ciągu miesiąca lub codzienny wzrost lub spadek apetytu;



- utrzymująca się bezsenność lub nadmierna senność;
- spowolnienie lub podniecenie ruchowe;
- uczucie zmęczenia lub utrata energii;
- poczucie nieuzasadnionej winy, obniżenie poczucia własnej wartości;
- obniżenie sprawności myślenia, zaburzenia koncentracji uwagi, niemożność podjęcia decyzji;
- nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze
– realizowane bądź nie.



ZABURZENIE DYSFORYCZNE/DYSFORICZNE

- Zaburzenie dysforyczne / dysforiczne (Disruptive Mood Dysregulation Disorder - DMDD): Charakteryzują się u dzieci i młodzieży chronicznymi zaburzeniami nastroju, takimi jak nadmierna drażliwość i wybuchy gniewu.



DYSFORIA

- Dysforia to stan emocjonalny charakteryzujący się głębokim uczuciem niepokoju, napięcia, niezadowolenia, niezadowolenia lub ogólnego złego samopoczucia.
- Jest to przeciwieństwo euforii, która jest stanem silnego uczucia szczęścia lub ekscytacji.
- Dysforia może występować w różnych kontekstach, włączając w to zaburzenia nastroju, takie jak depresja i zaburzenie afektywne dwubiegunowe, a także w innych zaburzeniach psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe czy zaburzenia dysforyczne przedmiesiączkowe.



DYSFORIA PŁCIOWA

- W kontekście dysforii związanej z płcią, termin ten może odnosić się do dysforii płciowej, która jest silnym niezgodnym doświadczeniem płciowym, gdy doświadczenie płciowej tożsamości osoby nie jest zgodne z ich przypisanym przy urodzeniu płcią.
- Dysforia płciowa może prowadzić do znaczącego cierpienia.
- W przypadku dysforii związanej z seksualnością, termin ten może być używany do opisanie dysforii związanej z doświadczeniem własnej seksualności, które może wynikać z konfliktów lub trudności z akceptacją własnej orientacji seksualnej.



ZABURZENIA DYSFORYCZNE PRZEDMIESIĄCZKOWE

- Zaburzenie dysforyczne przedmiesiączkowe (Premenstrual Dysphoric Disorder - PMDD): Jest to ciężkie zaburzenie nastroju, które występuje u niektórych kobiet przed miesiączką.
- Charakteryzuje się silnymi objawami depresyjnymi, lękowymi i emocjonalnymi w okresie przedmiesiączkowym.



DEPRESJA POPORODOWA

- Pojawia się u niektórych kobiet po urodzeniu dziecka.
- Objawia się obniżeniem nastroju, lękiem, płaczem, trudnościami w koncentracji uwagi oraz uczuciem beznadziejności lub braku zainteresowania dzieckiem.
- Może mieć zróżnicowany czas trwania w zależności od indywidualnych czynników i skłonności danej osoby oraz od tego, czy otrzymuje ona odpowiednie leczenie i wsparcie.
- Depresja poporodowa może utrzymywać się od kilku tygodni do kilku miesięcy lub dłużej.



DEPRESJA SEZONOWA

- Zaburzenie depresyjne z określonym okresem (Seasonal Depressive Disorder, SAD):
- SAD jest szczególnym typem depresji, który ma charakter sezonowy, występując przeważnie w okresie jesienno-zimowym.
- Osoby z SAD mogą doświadczać nawracających epizodów depresji co roku w określonym sezonie.



EPIZOD DEPRESYJNY:

- Kryteria diagnostyczne muszą występować przez co najmniej 2 tygodnie, nie mniej niż dwa z trzech poniższych objawów:
- obniżenie nastroju,
- utrata zainteresowań i anhedonia (niemożność odczuwania przyjemności i radości)
- mniejsza energia lub wytrzymałość na zmęczenie,



oraz dwa lub więcej objawów takich jak:

- trudności w skupieniu uwagi,
- obniżenie samooceny,
- odczuwanie winy,
- czucie się bezwartościowym,
- pesymistyczne postrzeganie przyszłych wydarzeń,
- myśli bądź zachowania suicydalne lub zachowania autoagresywne,
- problemy ze snem,
- zmniejszenie apetytu.



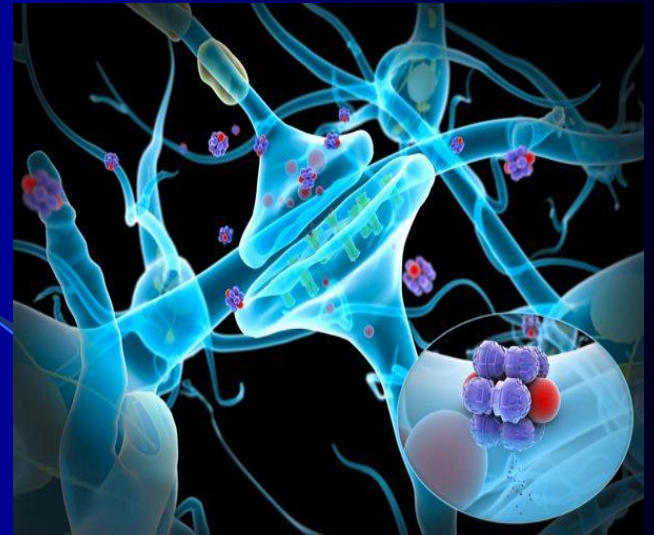
Utrzymujące się Zaburzenie Depresyjne (Dysthymia):

- Dysthymia jest opisana jako przewlekłe obniżenie nastroju, które trwa przez większość dni przez co najmniej dwa lata u dorosłych, a jeden rok u dzieci i młodzieży.
- Objawy są zazwyczaj łagodniejsze niż w MDD, ale trwają dłużej i są wystarczająco ciężkie, aby utrudnić codzienne funkcjonowanie.
- Remisja (okres bez występowania objawów) nie trwa dłużej niż dwa miesiące.

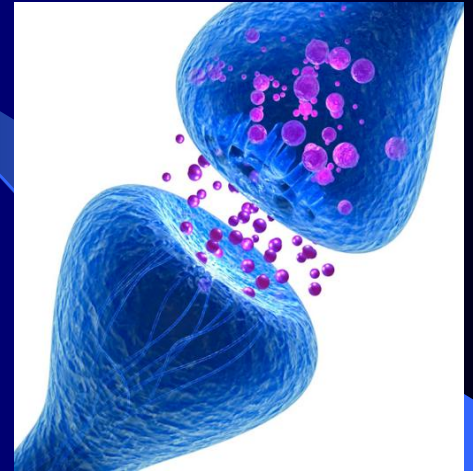


MODEL BIOLOGICZNY:

- Według modelu *neurochemicznego* przyczyną depresji może być niedobór pewnych amin biogennych.
- Hipotezy na temat neurochemicznego podłoża depresji dotyczą głównie spadku poziomu **norepinefryny** (inaczej **noradrenaliny**; hipoteza katecholaminowa) oraz **serotoniny** (hipoteza serotoninowa). Obniżenie poziomu tych amin biogennych powoduje pojawienie się deficytów motywacyjnych.



- Norepinefryna (bądź serotonina) wyprodukowana w jednej komórce nerwowej jest uwalniana do synapsy, gdzie stymuluje drugą komórkę.
- Aby powstrzymać tę stymulację, norepinefryna (bądź serotonina) musi zostać zdeaktywowana:
- albo przez reabsorpcję do neuronu presynaptycznego albo przez jej zniszczenie.
- Leki przeciwdepresyjne powstrzymują te procesy, nie dopuszczając do spadku poziomu norepinefryny i serotoniny.



MODEL PSYCHODYNAMICZNY:

- Depresja ma swoje źródła w nierozwiązanym konflikcie z przeszłości.
- Freud uważał, że przyczyną depresji jest skierowanie całej agresji do wewnątrz, w efekcie czego dochodzi do obniżenia samooceny, samooskarżeń, samookaleczeń czy wręcz samobójstwa.
- Osoba depresyjna w dzieciństwie skierowała swoją miłość na drugą osobę i doznała rozczarowania. W efekcie identyfikuje się z utraconym obiektem, „włącza” go w obszar swojego ego.
- Złość odczuwana pierwotnie wobec utraconego obiektu zostaje skierowana na samego siebie.
- Kolejne doświadczenia straty i odrzucenia reaktywują uczucia związane z utratą pierwotnego obiektu.



- Według Melanie Klein (teoria relacji z obiektem) jakość relacji matki i dziecka w pierwszym roku życia decyduje o tym, czy w przyszłości jednostka będzie miała skłonności do depresji.
- Każde dziecko przechodzi przed pierwszym rokiem życia okres, w którym szczególnie silnie przeżywa złość – reakcję na frustracje w kontakcie z matką oraz strach, będący z kolei reakcją na przeżywany gniew (tzw. *pozycja depresyjna*).
- Jeżeli uczucia gniewu i strachu w relacji z matką są silniejsze niż doświadczane uczucie miłości, pojawiają się patologiczne sposoby rozwiązywania „pozycji depresyjnej”, do których jednostka może powracać w życiu dorosłym.



- Z kolei nurt związany z Edwardem Bibringiem podkreśla, że kluczowym czynnikiem w rozwoju depresji jest bezradność w osiąganiu celów – zaburzenie to pojawia się, gdy ego czuje się bezradne w zaspokajaniu swoich aspiracji.
- Przyczyną tego stanu rzeczy mogą być stawiane nierealistyczne oczekiwania oraz przeżycie silnego poczucia bezradności, najprawdopodobniej w fazie oralnej.



MODEL BEHAWIORALNO - POZNAWCZY

- Teorie poznawczo-behawioralne depresji zakładają, że osoba depresyjna przyswoiła sobie nieadaptacyjny wzór reagowania, który można zmienić w procesie uczenia się nowych umiejętności.
- Celem leczenia jest modyfikacja specyficznych zachowań i myśli, w których upatruje się przyczynę depresji.



- Szczególną popularnością cieszy się model zaproponowany przez **Aarona T. Becka**.
- Jego zdaniem zachowanie jednostki zależy od typu informacji, jakie docierają do niej z zewnątrz oraz sposobu, w jaki ona te informacje przekształca i interpretuje.
- U podłoża depresji zdaniem Becka leżą nieracjonalne schematy poznawcze, które mają źródło w dzieciństwie i są rezultatem traumatycznych wydarzeń, powtarzanych negatywnych osądów (najczęściej przez rodziców) oraz przez naśladowanie depresyjnych modeli.



Podstawowy schemat poznawczy w depresji to tzw. *triada poznawcza*:

- negatywne myśli o sobie,
- o świecie,
- o przyszłości.



- Takie poglądy są przyczyną niskiej samooceny oraz emocjonalnych i fizycznych objawów charakterystycznych dla depresji.
- Drugim mechanizmem depresji są systematycznie dokonywane *błędy logiczne* w procesie wnioskowania, które sprzyjają pogorszeniu się samopoczucia i uniemożliwiają obiektywną ocenę sytuacji przez jednostkę.

Inne teorie behawioralno – poznawcze:

- **Teorie samokontroli** (O'Hara i Rehm) – wskazują jako przyczynę depresji specyficzne deficyty w zakresie samoobserwacji, samoewaluacji oraz samowzmocniania. Terapia przypomina w ogólnych zasadach terapię w podejściu Becka.
- **Teorie oparte na pojęciu wzmocnienia** (Lewinsohn) – upatrujące przyczyny depresji w niskim poziomie pozytywnych zewnętrznych wzmocnień. Jako jeden z typów terapii proponuje się tu trening umiejętności społecznych.



Depresja u dzieci i młodzieży

- Ze względu na nieco inne przejawy depresji u dzieci, nie jest zazwyczaj tak szybko diagnozowana, a u części z nich w ogóle nie zostaje rozpoznana.
- O ile osoba dorosła bardziej rozumie swoje trudności, dziecko i nastolatek nie potrafi nazwać swoich uczuć, więc różnie reaguje. Stąd obraz kliniczny depresji jest bardzo zróżnicowany w zależności od wieku.
- U osób nieletnich rzadko występują typowe objawy stanów depresyjnych, jakie zauważamy u osób dorosłych.



PODŁOŻE:

- podatność biologiczna,
- zaburzenia czynności neuroprzekaźników,
- procesy biochemiczne zachodzące w mózgu,
- osobowość,
- temperament,
- przeszłe doświadczenia oraz aktualna sytuacja życiowa,
- czynniki środowiskowe.



Spośród czynników środowiskowych mających wpływ na rozwój depresji w domu istotne są:

- **utrata ukochanej bliskiej osoby z powodu śmierci, rozstania np. rozwodu rodziców**
- **konflikty, przemoc w rodzinie**
- **przewlekła choroba któregoś z rodziców**
- **nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny**
- **osamotnienie, brak czasu dla dziecka, częste zmiany otoczenia i osób opiekujących się dzieckiem**
- **wrogość emocjonalna i odrzucenie**
- **obarczanie dziecka zbyt dużą, przerastającą jego możliwości odpowiedzialnością i oczekiwaniami.**



Spośród czynników środowiskowych mających wpływ na rozwój depresji w szkole istotne są:

- nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli i rodziców
- niepowodzenia szkolne
- brak integracji z grupą rówieśniczą, poczucie wyalienowania
- brak akceptacji i aprobaty ze strony rówieśników.

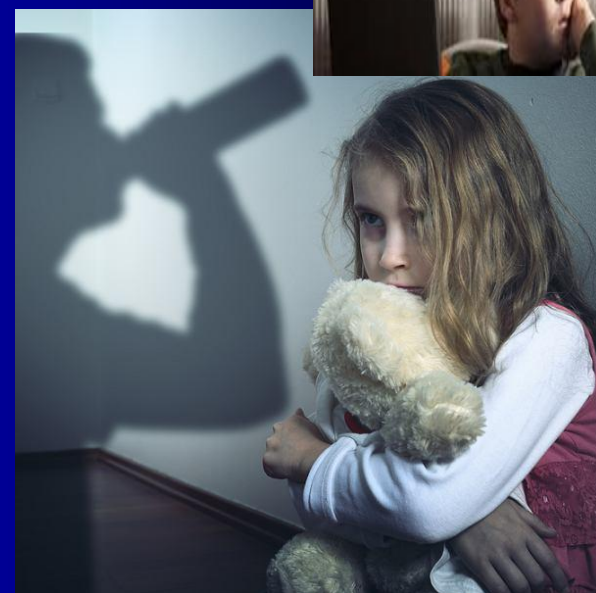
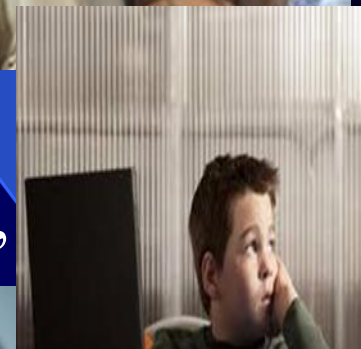


NAJCZĘSTRZE PRZYCZYNY niezależne od wieku:

- brak akceptacji, miłości, bliskości, czułości, zrozumienia,
- brak kontaktu i obecności bliskich osób, ich uwagi, atencji,
- poczucie osamotnienia, rozłąka z bliskimi, tęsknota,
- zmiana miejsca zamieszkania, pokoju, przedszkola, szkoły,
- niska samoocena, niepewność, nieśmiałość,
- depresja rodzica, opiekuna, bliskiej osoby,



- konflikty pomiędzy bliskimi osobami,
- konflikty z otoczeniem,
- agresja ze strony dorosłych
- trudności, problemy,
zawód miłosny, porażka szkolna,
- presja, nadmierne wymagania i obciążenia
obowiązkami (szkolnymi i pozaszkolnymi),
- brak czasu na spontaniczną
aktywność, zabawę, beztroskę,
- lęk przed nieznanym,
niepewność, brak stabilizacji
- sytuacja szkodliwa, zagrażająca,
stanowiąca wyzwanie.



Depresja u dzieci manifestuje się zazwyczaj najróżniejszymi niespecyficznymi symptomami np.:

- smutkiem, obniżonym nastrojem,
- skłonnością do płaczu,
- nagłym „nieuzasadnionym” przechodzeniem od długiego płaczu do całkowitego spokoju,
- niechęcią do zabawy, izolacją i niechęcią do kontaktu z innymi dziećmi,
- zmęczeniem, utratą energii (nagła męczliwość) lub czasami pobudzeniem i nadmierną aktywnością, nie obserwowaną wcześniej,



- zmniejszonym kontaktem z dzieckiem,
- brakiem komunikowania własnych życzeń,
- zaburzeniami zachowania w postaci agresji i skłonności opozycyjno-buntowniczych,
- drażliwością, napadami złości (czasem autoagresja, np. uderzanie głową w ścianę, drzwi, meble, okaleczanie się),
- obawami, niepokojem, napięciem, lękami (np. przed zmianami, nowymi miejscami, zadaniami),
- dokuczaniem innym dzieciom, rodzeństwu (dziecko depresyjne wzbudza złość rówieśników, w szkole i w domu),
- niepewnością,
- nieśmiałością,
- bojaźliwością,
- zmniejszoną chęcią do mówienia i rozmowy.



OBJAWY DEPRESJI U DZIECI

Dziecko może manifestować swój nastrój depresyjny poprzez:

- apatię, brak energii i brak zainteresowania zabawą czy eksplorowaniem otoczenia,
- obniżoną motorykę,
- brak właściwej dla wieku ekspresji emocjonalnej,
- wycofanie, zamykanie się w swoim świecie (to niekiedy dziecko jakby przeźroczyste, które zajmuje się sobą nie dopuszczając do siebie nikogo),
- smutek w postawie ciała i wyrazie twarzy,
- zmienność nastroju, płaczliwość i brak ekspresji radości,
- nadmierny niepokój, napady złego humoru,
- pobudzenie psychoruchowe i nadaktywność,



- zgarbioną postawę ciała, niedbały ubiór i smutny wyraz twarzy,
- trudności z zasypianiem, spokojnym snem, ciągle niewyspanie,
- brak apetytu, zmniejszone łaknienie, zmiany wagi,
- dolegliwości psychosomatyczne, takie jak: bóle brzucha, głowy, zaparcia/biegunki, nerwobóle, choroby dróg oddechowych,
- samotnie spędzanie czasu (bywa, że zachęcane do kontaktu reaguje czasami drażliwością lub napadem złości),
- odsuwanie się od kolegów (nastrój depresyjny pogłębia się wtórnie z powodu wykluczenia z grupy – dziecko samo skazuje się na samotność, choć ta samotność dodatkowo przyczynia się do pogłębiania smutku),
- niskie poczucie własnej wartości, lęk przed wyzwaniem z powodu przekonania o swojej mniejszej wartości,
- nadmierne przepraszenie i reagowanie lękiem na większość zadań z obawy przed najmniejszym błędem lub niedociągnięciem,
- problemy w szkole, mniejsza wydolność w nauce, mniejsza efektywność zadaniowa w porównaniu z rówieśnikami z powodu trudności z koncentracją uwagi i zapamiętywaniem.



- Działania wychowawcze, bez próby zrozumienia uczuć dziecka pogłębiają tylko proces odsuwania się od otoczenia.
- Często depresja nieleczone u małych dzieci nasila się w okresie dojrzewania.
- Im dłużej zwlekamy z leczeniem, tym ciężiej ją potem wyleczyć.



**Depresja u nastolatków manifestuje się
zazwyczaj najróżniejszymi
niespecyficznymi symptomami np.:**

- poczuciem beznadziejności,
bezsensowności życia,
- niemożnością przeżywania radości
(„nic mnie nie cieszy”),
- smutkiem, przygnębieniem,
- lękiem, niepokojem,
- stałym napięciem,
- lękami egzystencjalnymi,
- strachem przed przyszłością,
- niską samooceną,



- poczuciem wszechogarniającej nudy,
- porzuceniem hobby,
- rezygnacją z dotychczasowych zainteresowań,
- unikaniem towarzystwa rówieśników, znajomych,
- częstym zamykaniem się w pokoju,
- zmianami apetytu (utrata apetytu i spadek wagi ciała albo przejadanie się i przyrost wagi), suchością w ustach,
- zaburzeniami snu: bezsenności lub nadmierna senność,
- trudnościami z porannym wstawaniem,



- spowolnieniem psychoruchowym,
- apatią, zmęczeniem,
- niechęcią do działania,
- brakiem siły i ochoty do podejmowania jakichkolwiek aktywności,
- osłabieniem sprawności intelektualnej,
- trudnościami w koncentracji i zapamiętywaniu,
- niechęcią do nauki,
- pogorszeniem ocen,
- wagarowaniem,
- ucieczkami z domu,
- przekraczaniem obowiązujących norm społecznych,
- nadużywaniem alkoholu, papierosów, narkotyków,



- dolegliwościami somatycznymi (ból głowy, w klatce piersiowej, duszności, dolegliwości żołądkowe)
- zniecierpliwieniem,
- nieposłuszeństwem,
- prowokowaniem bójek,
- reakcjami agresywnymi lub autoagresywnymi, np. samookaleczaniem się,
- myślami o śmierci i chęcią zrobienia sobie krzywdy, próbami samobójczymi.

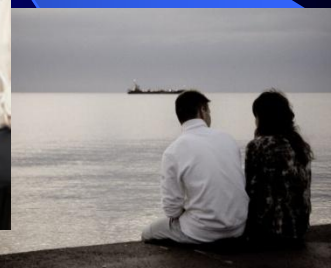


LECZENIE DEPRESJI:

Leczenie depresji powinno odbywać się pod okiem:

- lekarza psychiatry,
 - psychologa lub
 - psychoterapeuty.
- 
- 
- **Najważniejsze jest zapewnienie bezpieczeństwa choremu,**
w tym zapobieżenie ewentualnej próbie samobójczej.

- Przy leczeniu depresji trzeba działać szybko i zdecydowanie.
- Leczenie może przybierać różne formy.
- Czasami wystarczy rozmowa z kimś bliskim, podzielenie się problemem, zainteresowanie i wsparcie otoczenia.



- Pomaga też, kiedy problem, który zgłasza dziecko zostaje rozwiązany, np. kiedy rezygnuje on z jakiś zajęć pozalekcyjnych, które były dla niego nadmiernym obciążeniem i których nie lubił.

- Przy głębszej depresji, zwłaszcza gdy występują zachowania autoagresywne (samookaleczenia, narkotyki, alkohol, problemy z jedzeniem lub zagrożenie samobójstwem), leczenie wymaga terapii i spotkań z psychologiem.



- W przypadkach, kiedy nastolatek zupełnie stracił motywację do życia, a jego zły stan się przedłuża, trzeba stosować leczenie łączone, czyli leki, które zaleca psychiatra oraz psychoterapię. Czasem konieczna jest hospitalizacja.



- Niektóre leki, działając silniej aktywizująco (na napęd) mogą spowodować „odhamowanie” chorego przed wyrównaniem nastroju i poważne ryzyko targnięcia się chorego na własne życie.
- Dlatego w wielu przypadkach depresji zalecana jest hospitalizacja, często nie dłuższa niż kilkanaście dni, która pomaga też w doborze leków i wielkości dawki.



POMOC W RODZINIE



- Objawy depresyjne u dziecka powinny być okazją do refleksji nad sytuacją dziecka w domu i poza nim.
- Traktując rodzinę jak system wzajemnie działających na siebie członków warto bez poczucia winy spojrzeć na siebie i relacje z dzieckiem.
- Nigdy nie jest tak, by trudności jednego domownika nie wynikały w pewnym stopniu z relacji panujących w domu i odwrotnie – kształt rodziny zależy od tego jacy są i jak zachowują się członkowie rodziny/domownicy.

POMOC W SZKOLE

- Szkoła jest często miejscem, w którym ujawniają się zaburzenia nastroju dziecka.
- Ważne by próbować diagnozować trudności biorąc pod uwagę całość funkcjonowania dziecka.
- Skupianie się wyłącznie na jednym objawie, na przykład na wagarowaniu dziecka, bądź na zaburzeniach zachowania zamiast pomóc, pogłębia trudności dziecka.
- Należy zainteresować się dzieckiem bez nadmiernego wypytywania, pokazując gotowość do rozmowy w dogodnym dla dziecka momencie.



- Nie każda zmiana zachowania, pogorszenie nastroju czy ataki złości muszą świadczyć o depresji, w sytuacji wątpliwości warto porozmawiać na ten temat ze specjalistą.
- Diagnoza depresji wymaga kompleksowych oddziaływań uwzględniających kłopoty dziecka na polu rodzinnym, w relacjach społecznych i trudnościach emocjonalnych.
- W zależności od głębokości zaburzeń leczenie polega na farmakoterapii (przy głębokiej depresji z hospitalizacją włącznie), psychoterapii indywidualnej, grupowej i/lub rodzinnej oraz psychoedukacji.



PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA

- Pomocna dla nastolatków, gdy z jakiś powodów nie można zgłosić się na terapię rodzinną.
- Polega na spotkaniach z psychoterapeutą, na których nastolatek może zastanowić się nad swoją sytuacją i poszukać dróg wyjścia.
- Psychoterapia pomaga zrozumieć nastolatkowi jego wewnętrzny świat i to, co jest źródłem cierpienia.
- Daje też doświadczenie dobrej i rozumiejącej relacji, poczucie bycia wysłuchanym oraz tego, że to co czuje jest ważne i akceptowane.



PSYCHOTERAPIA GRUPOWA

- Polega na spotkaniu w grupie osób, w tym przypadku nastolatków.
- Grupa prowadzona jest przez jednego albo dwóch psychoterapeutów.
- Terapia grupowa ma tę przewagę nad indywidualną, że pozwala nastolatkowi nawiązać kontakt z ludźmi w podobnym wieku, podzielić się swoimi problemami i uzyskać wsparcie od innych nastolatków.
- To także okazja do trenowania umiejętności społecznych i uzyskania pozytywnych informacji zwrotnych od grupy.
- Dobrze prowadzona grupa powinna wzmocnić poczucie własnej wartości, zapobiegać odrzuceniu, wprowadzić zdrowe normy zachowania.



TERAPIA RODZINNA



- Uczestniczy w niej cała rodzina.
- Pozwala zrozumieć zachowanie dziecka w kontekście tego, co dzieje się w całej rodzinie.
- Psychoterapia rodzinna jest bardzo skuteczna w problemach z zachowaniem u dzieci i młodzieży.
- Pozwala uniknąć stygmatyzacji nastolatka jako tego, który jest źródłem problemów oraz przyjrzeć się temu, jak rodzina się komunikuje, jakie są potrzeby poszczególnych jej członków oraz jaka jest funkcja nastolatka w rodzinie.
- Często kiedy cała rodzina zaczyna się lepiej ze sobą komunikować, potrzeby emocjonalne wszystkich są lepiej zaspokajane, nastolatek zdrowieje.

PROFILAKTYKA - JAK ZAPOBIEGAĆ ROZWOJOWI DEPRESJI U DZIECKA?

- Postarać się znaleźć czas, by słuchać i rozmawiać z dzieckiem, u którego dostrzegamy niepokojące sygnały w zachowaniu.
- Interesować się uczniem, jego radościami, trudnościami, przeżyciami, smutkami;
- Okazywać troskę, szacunek, wyrozumiałość;
- Okazywać dziecku, że jest dla nas ważne i wartościowe;
- Podkreślać mocne strony ucznia, dostrzegać jego sukcesy;
- Doceniać postępy i osiągnięcia szkolne, chwalić, nagradzać;
- Realizować program bez nadmiernego obciążania zadaniami czy zajęciami;
- Pozwalać dziecku na odreagowanie napięć podczas przerw (w granicach bezpieczeństwa) - gry, zabawy, aktywności.

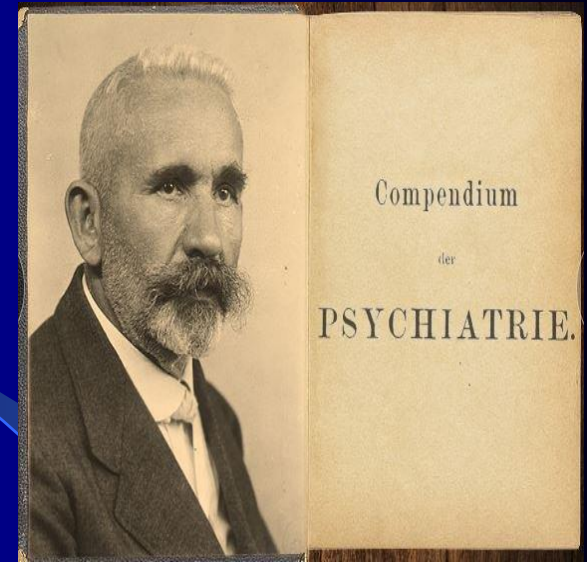


WSKAZÓWKI - JAK BYĆ NAUCZYCIELEM WSPIERAJĄCYM I MIEĆ DOBRY KONTAKT Z DZIECKIEM?

- Przede wszystkim należy uważnie słuchać dziecka.
- Nie oceniać i nie negować jego myśli lub uczuć, nie rozkazywać: „Weź się wreszcie do roboty”.
- Nie zadawać pytań, gdy nie interesuje nas odpowiedź.
- Przede wszystkim musimy szanować godność dziecka. Nie możemy obrażać go, ośmieszać i podważać wiarygodności jego słów.
- Życie we współczesnym świecie jest wystarczająco trudne, warto się postarać, aby szkoła była miejscem bezpiecznym, ciepłym i przyjaznym dla „naszych” dzieci.



Zaburzenia Afektywne Dwubiegunowe Historia



- Powtarzająca się cykle manii i melancholii zauważono już w VI w. n.e, jednak dopiero w 1899 roku Emil Kraepelin wprowadził termin „choroby maniakalno-depresyjnej” i opisał jej obraz kliniczny jako powtarzające się napady euforii i depresji, rozdzielonej okresami względnej normalności.

ZABURZENIA AFEKTYWNE DWUBIEGUNOWE

- Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, znane również jako choroba maniakalno-depresyjna lub endogenne zaburzenie nastroju, emocji i aktywności.
- Charakteryzują się nawracającymi epizodami maniakalnymi (okresy podwyższonego nastroju) oraz epizodami depresyjnymi (okresy obniżonego nastroju).

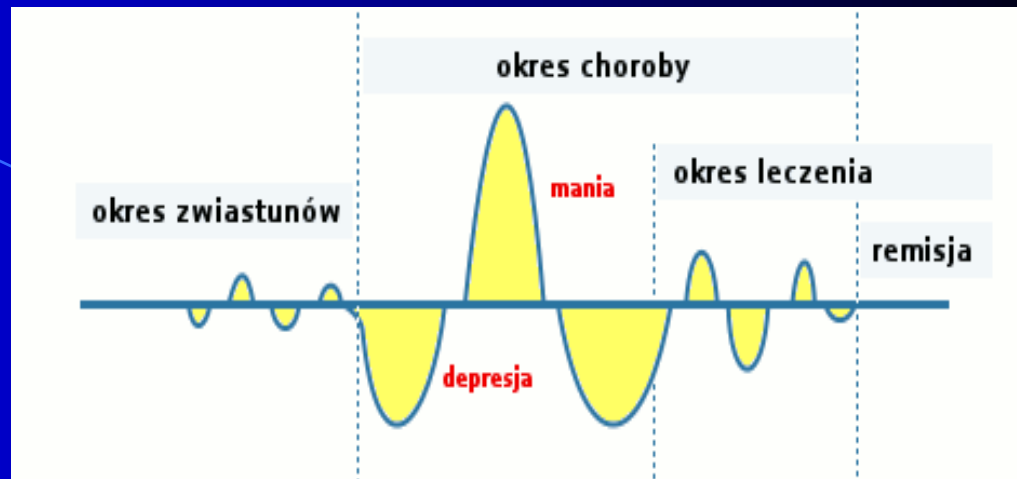


Dwa główne typy zaburzeń afektywnych dwubiegunowych:

- Typ I: Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I charakteryzuje się występowaniem przynajmniej jednego epizodu manii, który może być poprzedzony lub poprzedzony epizodami depresji lub występować razem z nimi.
- Typ II: Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II charakteryzuje się występowaniem przynajmniej jednego epizodu depresji oraz co najmniej jednego epizodu hipomanii, który jest mniej intensywny niż mania.



OKRESY:



- **Mania:** podwyższony nastrój charakteryzujący się zwiększoną energią, impulsywnością, wyższym poziomem aktywności, zmniejszoną potrzebą snu, wyższym poczuciem własnej wartości, myśleniem rozbłyśkowym, a czasami również halucynacjami lub urojeniami.
- **Hipomania:** łagodniejsza forma manii charakteryzująca się podobnymi objawami, ale mniej intensywna i krótsza. Osoba może nadal funkcjonować w swoim życiu codziennym, ale jej zachowanie może być nieco odmienne niż zwykle.
- **Depresja:** obniżony nastrój charakteryzujący się uczuciem smutku, beznadziejności, zmniejszoną energią, trudnościami ze snem, utratą zainteresowań i przyjemności, a także myślami samobójczymi.

CYKLOTYMIA

- Cyklotymia jest rodzajem zaburzenia nastroju, które charakteryzuje się przewlekłymi zmianami nastroju obejmującymi okresy niskiego nastroju (depresji) i okresy podwyższonego nastroju (maniakalne).
- W przeciwieństwie do zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu I i II, w których występują pełne epizody maniakalne i depresyjne, cyklotymia jest mniej intensywna i charakteryzuje się łagodniejszymi objawami.



Podstawowe cechy cyklotymii obejmują:

- **Okresy niskiego nastroju:** Osoba z cyklotymią może doświadczać okresów depresyjnych, które mogą obejmować uczucie smutku, beznadziejności, zmniejszenie energii, problemy ze snem, utratę zainteresowań i innych objawów depresyjnych. Te okresy mogą być łagodne w porównaniu z pełnymi epizodami depresyjnymi.
- **Okresy podwyższonego nastroju:** Oprócz okresów depresyjnych, osoba z cyklotymią może doświadczać okresów podwyższonego nastroju, które mogą obejmować wyższy poziom energii, zwiększoną aktywność, rozdrażnienie, impulsywność, zmniejszoną potrzebę snu i inne objawy maniakalne. Te okresy również mogą być łagodne w porównaniu z pełnymi epizodami maniakalnymi.



- Cyklotymia ma charakter przewlekły, a objawy mogą się pojawiać przez długi czas, czasami przez lata.
- Osoby z cyklotymią mogą mieć trudności w funkcjonowaniu codziennym ze względu na niestabilność nastroju i zmiany zachowania.
- Leczenie cyklotymii może obejmować terapię psychoedukacyjną, terapię poznawczo-behawioralną oraz farmakoterapię w celu stabilizacji nastroju i zarządzania objawami.



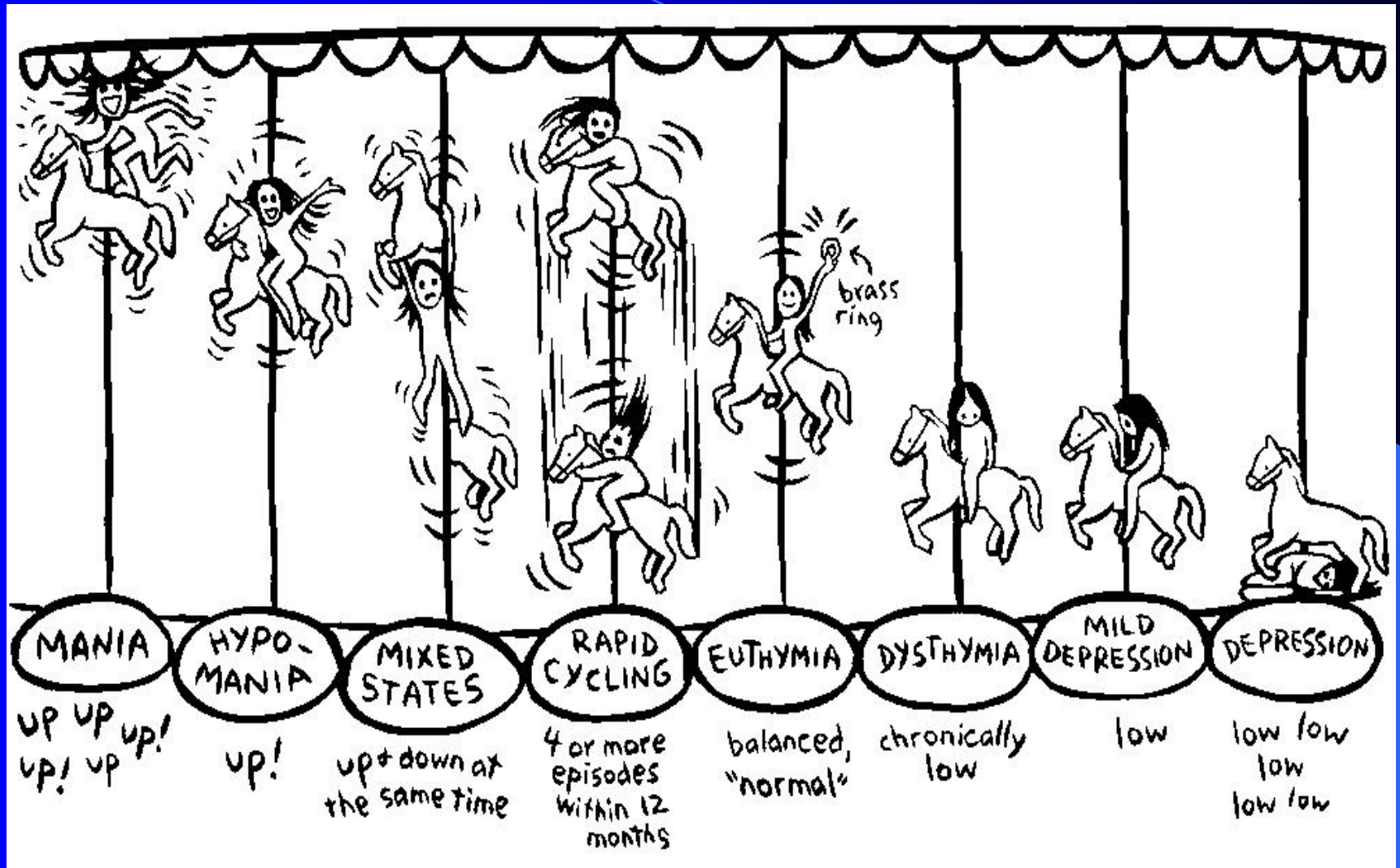
SZYBKIE ZMIANY NASTROJU – RAPID CYCLING

- Rapid cycling to termin używany w kontekście zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, aby opisać sytuację, w której osoba doświadcza czterech lub więcej epizodów manii, hipomanii, depresji lub mieszanych epizodów w ciągu jednego roku.
- Epizody te mogą występować z większą częstotliwością niż w przypadku typowego przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego.



- **Zmienność nastroju:** Zaburzenia afektywne w rapid cycling mogą charakteryzować się nagłymi zmianami nastroju, które mogą prowadzić do szybkich zmian między stanami manii lub hipomanii, a stanami depresyjnymi.
- **Trudności w leczeniu:** Rapid cycling może być trudniejszy do leczenia niż inne formy zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, co może wymagać bardziej intensywnej terapii farmakologicznej i terapii psychologicznej.





Zaburzenia lękowe



Zaburzenia lękowe

Lęk oznacza nieprzyjemne uczucie strachu i zaniepokojenia.

- Nerwica jest dawnym terminem na określenie grupy zaburzeń, obejmujących nieuzasadnione lęki, uznawane za rezultat nieuświadamianych konfliktów.



Zaburzenia lękowe wiążą się z obecnością wyraźnych symptomów lękowych

- Lęk nie jest charakterystyczny jedynie dla zaburzeń lękowych.
- Pojęcie współwystępowania: zdiagnozowanie u danej osoby więcej niż jednego zaburzenia.

Fobie



- Osoby z *fobią* boją się obiektu lub sytuacji tak intensywnie, że muszą unikać jej nawet, gdy wiedzą, że ich strach jest nieuzasadniony i nierozsądny i przeszkadza im w życiu.
- Przykłady fobii: Agorafobia (strach przed otwartą przestrzenią lub przebywania w zatłoczonych, miejscach publicznych, lęk przed opuszczeniem bezpiecznego miejsca), Akrofobia (lęk wysokości), Arachnofobia (strach przed pajakami), Gerontofobia (strach przed starszymi ludźmi/starzeniem się).

Rodzaje fobii

- Fobie specyficzne: nieuzasadniony lęk powodowany obecnością określonego przedmiotu lub sytuacji
 - Środowisko naturalne (woda, wysokość)
 - Krew, zranienie i zastrzyki
 - Sytuacje (samolot, winda)
 - Zwierzęta
- Fobia społeczna związana jest z utrzymującym się, irracjonalnym strachem związanym z obecnością innych ludzi.



Etiologia fobii

- Teoria psychoanalityczna: fobie są efektem lęku wywołanego przez stłumione sygnały *id*
- Teoria behawioralna - koncentruje się na uczeniu jako etiologicznym podłożu fobii:
 - Fobie są wyuczonymi zachowaniami unikowymi
 - Fobie mogą być wywołane modelowaniem
 - Jesteśmy biologicznie przygotowani do wyuczenia się określonych lęków (na przykład smak i mdłości).
- Teoria poznawcza: procesy myślowe powodują wysoki poziom lęku.



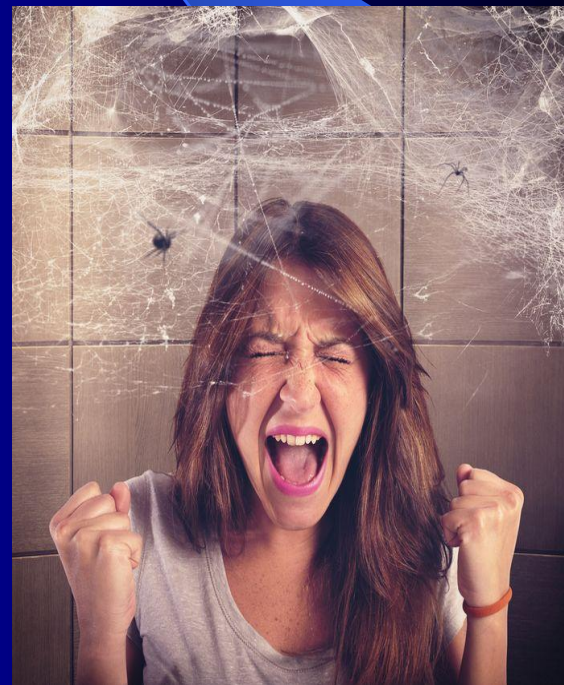
Leczenie fobii

- Terapia psychoanalityczna dąży do odkrycia stłumionych konfliktów.
- Podejście behawioralne wykorzystuje systematyczną desensytyzację w celu zlikwidowania reakcji lękowych na określone bodźce i sytuacje lub zatapianie (flooding): wystawienie na bodziec o maksymalnej (subiektywnie) sile.
- Terapia poznawcza: koncentruje się na zmianie nieracjonalnych przekonań.
- Podejście biologiczne wykorzystuje leki w celu wyeliminowania objawów lękowych
 - Leki anksjolityczne takie jak benzodiazepiny mogą redukować lęk, ale są także uzależniające i powodują symptomy *odstawienia* po zaprzestaniu przyjmowania
 - Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI's) (fluoksetyna) zwiększają poziom serotoniny w mózgu.



Zaburzenie lęku panicznego

- Ataki paniki: trudności z oddychaniem, mdłości, bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy i silny, paralizujący lęk
 - Depersonalizacji: poczuciu bycia poza własnym ciałem
 - Odrealnieniu (derealizacji): poczuciu, że świat nie jest prawdziwy.
- Rozpowszechnienie lęku panicznego: 2% u mężczyzn i 5% u kobiet.



NAPADY PANIKI VS ZESPÓŁ PANIKI

- W rzeczywistości 40–60% młodzieży przyznaje się do sporadycznych napadów paniki, podczas gdy około jeden na stu nastolatków cierpi na zespół paniki, charakteryzujący się nagłym, nieoczekiwanym przyływem silnego lęku.
- Panika więc jest stosunkowo powszechnym, jednak często błędnie rozumianym doświadczeniem występującym w okresie dorastania.



CZYM SĄ NAPADY PANIKI?

- Zjawisko paniki zostało zdefiniowane w Diagnostyczno-Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych (DSM-V) jako nagły epizod silnego lęku, obawy lub dyskomfortu, któremu towarzyszą przynajmniej cztery fizyczne lub poznawcze objawy, przybierające na sile w ciągu pierwszych dziesięciu minut.



ATAKI/NAPADY LĘKU PANICZNEGO

- W polskiej nomenklaturze fachowej funkcjonuje też określenie zaburzenia z napadami lęku panicznego.
- Ataki, w których rozpoznać można mniej niż cztery objawy, są określane mianem ataków o ograniczonych symptomach.



OBJAWY TOWARZYSZĄCE:

- palpitacje/kołatanie serca, pocenie się;
- drżenie ciała lub trzęsienie się, uczucie dławienia się;
- spłycony oddech lub nagły brak powietrza;
- wrażenie dyskomfortu lub bólu w klatce piersiowej;
- mdłości lub bóle brzucha, zawroty głowy;
- uczucie braku świadomości siebie i świata;
- zdrętwienie lub uczucie mrowienia;
- dreszcze lub uderzenie gorąca;
- lęk przed utratą panowania nad sobą lub przed obłędem, lęk przed śmiercią.



NAJCZĘŚCIEJ WYMIENIANE OBJAWY TO:

- kołatanie serca;
- drzenie ciała lub trzęsienie się;
- pocenie się;
- mdłości;
- omdlenia;
- zawroty głowy.



NAJCZĘSTRZE OKOLICZNOŚCI TOWARZYSZĄCE ATAKOM PANIKI:

- odseparowanie od bliskiej osoby;
- samotny spacer w nocy;
- sprawdziany/egzaminy;
- bycie obserwowanym.



ZIDENTYFIKOWANO TRZY RODZAJE ATAKÓW PANIKI:

- Napady paniki nieoczekiwane lub bez wcześniejszych oznak nie są związane z czynnikami sytuacyjnymi, dlatego też występują spontanicznie lub bez wyraźnej przyczyny;



NAPADY PANIKI ZDETERMINOWANE SYTUACYJNIE



- Prawie zawsze występują natychmiast po zadziałaniu określonego czynnika sytuacyjnego lub w oczekiwaniu na niego (np. nastolatek doświadcza ataku paniki za każdym razem, gdy jest wywoływany na środek klasy);

NAPADY PANIKI WYWOŁYWANE SYTUACYJNIE

- Mogą wystąpić w odpowiedzi na kontakt z bodźcem sytuacyjnym, jednak nie zawsze występują natychmiast po jego zadziałaniu (np. istnieje prawdopodobieństwo, iż u danego nastolatka atak paniki nastąpi w kinie, jednak nie zawsze dzieje się to w tej właśnie sytuacji, równie dobrze do ataku może dojść godzinę później).



- Napady paniki zdeterminowane sytuacyjnie są charakterystyczne dla różnego rodzaju fobii. Niektórzy młodzi ludzie mogą doświadczać sporadycznych ataków paniki przy jednoczesnym braku zaburzeń lękowych.
- Niemniej jednak w większości przypadków młodzież doświadczająca napadów paniki opisuje je jako uczucie zbliżającej się katastrofy oraz niepohamowanej chęci ucieczki.



ZESPÓŁ PANIKI

- Powyższe trzy rodzaje ataków paniki mogą towarzyszyć różnego rodzaju zaburzeniom lękowym.
- Aby u nastoletniej osoby stwierdzić zespół paniki, musi ona doświadczać powtarzających się, niespodziewanych jej ataków, jakkolwiek w tej przypadłości powszechne są także powtarzające się napady paniki wywoływane sytuacyjnie.



Wnioski na podstawie wypełnionych przez młodzież ankiet na temat ich doświadczeń związanych z paniką:

- Zjawisko to jest stosunkowo powszechnym doświadczeniem w okresie dojrzewania (36–63% badanych nastolatków z różnych środowisk donosi o atakach paniki);
- napady panicznego lęku zgłaszane są częściej przez dziewczęta niż przez chłopców;
- częstotliwość oraz przebieg stanów paniki mają bezpośredni związek z lękiem, depresją lub stresem, zaś wsparcie społeczne jest czynnikiem redukującym zarówno częstość występowania tych ataków, jak i ich nasilenie.



INFORMACJE UZYSKANE OD OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH STANÓW PANIKI DOWODZIŁY, ŻE:

- uzyskują one mniejsze wsparcie ze strony rodziny,
- żyją w większym stresie oraz są poddawane silniejszej presji ze strony domowników w porównaniu z rówieśnikami, którzy nigdy nie ulegli takiemu napadowi.
- A zatem ważne jest, by rodzice, pedagodzy oraz nauczyciele pracujący z nastolatkami mieli świadomość czynników ryzyka oraz ich roli w rozwoju ataków paniki w okresie dojrzewania.



Etiologia i leczenie lęku panicznego

- Teorie biologiczne koncentrują się na obserwacji, czy ataki paniki występują w rodzinach i czy mogą być wywołane metodami eksperymentalnymi.
- Metody biologiczne wykorzystują leki przeciwdepresyjne i przeciwlękowe.
- Wymagane długotrwałe przyjmowanie, objawy wracają po odstawieniu leków.
- Metody psychologiczne koncentrują się na eksponowaniu pacjenta na bodziec, który towarzyszy atakom paniki.
- Terapia Barlowe'a jest połączeniem treningu relaksacyjnego, interwencji poznawczych oraz ekspozycji na bodźce zewnętrzne, które wywołują ataki paniki.



Zaburzenie lęku uogólnionego



- Zaburzenie lęku uogólnionego (GAD – *generalized anxiety disorder*) wiąże się ze stałym lękiem i chronicznymi, niekontrolowanymi obawami – martwieniem się.
- Rozpowszechnienie GAD wynosi ogółem 5%
- Prawdopodobieństwo wystąpienia GAD u kobiet jest dwukrotnie większe niż u mężczyzn.

Etiologia i leczenie GAD



- Podejście psychoanalityczne: uogólniony lęk wynika z nieuświadamianego konfliktu pomiędzy popędami *id* i *ego*. Terapia psychoanalityczna dla GAD jest podobna do terapii fobii.
- Podejście poznawczo-behawioralne: lęk jest wynikiem obecności sytuacji powodujących reakcje lękowe w odpowiedzi na bodziec zewnętrzny. Terapia behawioralna składa się z połączenia treningu relaksacyjnego i interwencji poznawczych.
- Terapia biologiczna zakłada wykorzystanie leków przeciwlękowych w celu obniżenia poziomu lęku.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (obsessive-compulsive disorder - OCD)

- Obsesje to natrętne i powracające myśli
- Kompulsje to powtarzane zachowania lub czynności umysłowe, które mają na celu zmniejszenie lęku
- Występowanie OCD ogółem to 1-2 %
 - Większe jest prawdopodobieństwo, że na OCD zachorują kobiety niż mężczyźni.

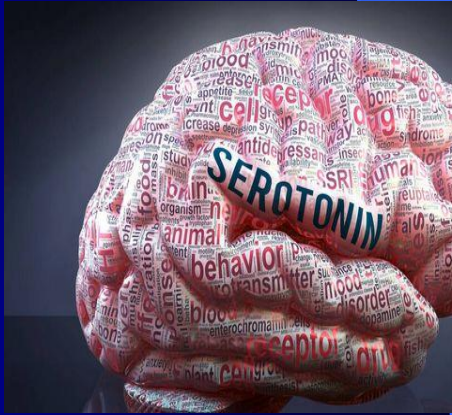


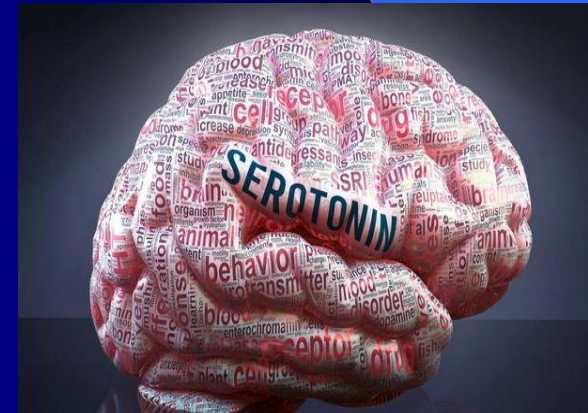
Przykłady często występujących kompulsji (natręctw)

- Związane z czystością (mycie, czyszczenie)
- Unikanie konkretnych przedmiotów (na przykład pęknięć chodnika);
- Wykonywanie powtarzalnych, magicznych, ochronnych czynności;
- Sprawdzanie (na przykład „czy wyłączyłam żelazko?”);
- Wykonywanie określonej czynności (na przykład powolne przeżuwanie).



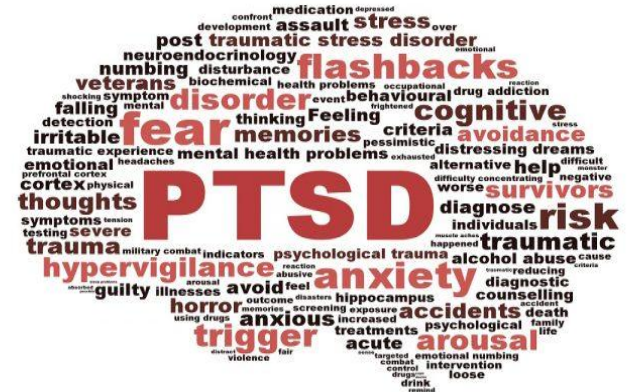
Etiologia i leczenie OCD

- Według teorii psychoanalitycznej OCD jest efektem zatrzymanie rozwoju (fiksacji) osobowości w fazie analnej.
 - Podejście behawioralne do OCD wskazuje na to, że wyuczone zachowania ulegają wzmocnieniu poprzez redukcję lęku.
 - Ujęcie biologiczne OCD koncentruje się na aktywacji płatów czołowych i jąder podstawnych.
 - **Ekspozycja i zapobieganie reakcji** (ERP: *Exposure and Response Prevention*) polega na eksponowaniu pacjenta z OCD na sytuacje wywołujące zachowanie kompulsywne i powstrzymywaniu go od reakcji kompulsywnej.
 - **Leczenie biologiczne** wykorzystuje leki, które zwiększają poziom serotoniny w mózgu.
- 



Zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD)

- Zaburzenie po stresie traumatycznym (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD) odnosi się do nasilonej reakcji na silny (ekstremalny) stresor.
- PTSD obejmuje trzy grupy objawów:
 - Powtórne przeżywanie traumatycznego wydarzenia
 - Unikanie bodźców związanych z traumą
 - Podwyższony lęk i pobudzenie



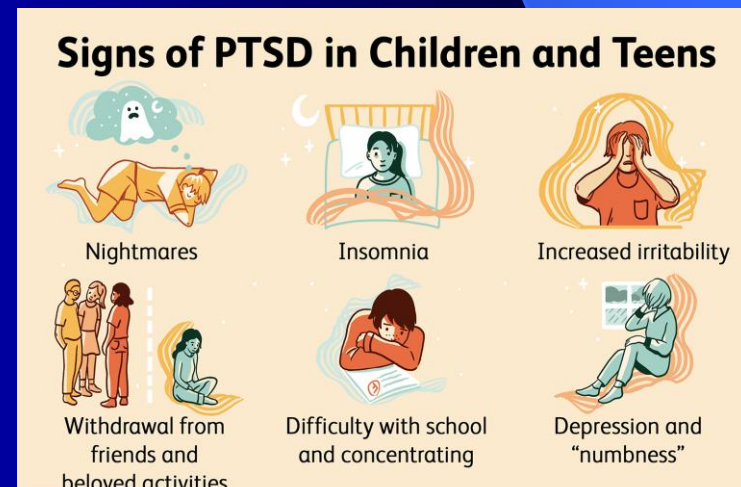
Traumatyczny stresor

- Jako traumatyczny stresor określa się:
- (1) zdarzenie lub zdarzenia, których jednostka doświadczyła bezpośrednio lub była świadkiem, obejmujące rzeczywistą śmierć, zagrożenie śmiercią lub poważnym zranieniem lub zagrożenie fizycznej integralności własnej lub innych ludzi;
- (2) jeżeli wystąpiła reakcja przerażenia, bezradności lub poczucia makabry („A”).



Kryteria diagnostyczne PTSD

- „B”: Ponowne odtwarzanie - Jednostka często wspomina zdarzenie i ma koszmary senne na ten temat. Bodźce symbolizujące zdarzenie powodują znaczące pogorszenie nastroju
- „C”: Unikanie/odrętwienie - Jednostka stara się unikać myślenia o traumie lub unika kontaktu z osobami, które mogą ją przypomnieć. Może wystąpić amnezja zdarzenia. Odrętwienie odnosi się do zmniejszonego zainteresowania innymi ludźmi, poczucia wyobcowania i niezdolności odczuwania pozytywnych emocji.



Kryteria diagnostyczne PTSD

- „D”: Nadmierne pobudzenie

Te objawy obejmują trudności w zasypianiu i ze snem, trudności w koncentracji, nadmierną czujność i tzw. odpowiedź startową

- „E”: Czas trwania objawów (4 tygodnie)

- „F”: Kryterium funkcjonalne

Znaczący dystres w związku w funkcjonowaniem w rolach społecznych i zawodowych.



Zmiany neurobiologiczne w PTSD

- Badania dotyczące zaburzeń biologicznych występujących w PTSD wskazują na zmiany dotyczące:
 - funkcjonowania psychofizjologicznego
 - wydzielania neuroprzekaźników osi podwzgórze – przysadka – nadnercza
 - pamięci
 - neuroanatomiczne



Czynniki ryzyka PTSD

- Czynniki ryzyka PTSD (poza rodzajem traumy):
- **przedtraumatyczne czynniki podatności** (m. in.: historia zaburzeń psychicznych w rodzinie, wczesna traumatyzacja – np. seksualne lub fizyczne wykorzystywanie w dzieciństwie);
 - **wielkość stresora** (np. intensywność działań wojennych dla żołnierzy);
 - **reakcja podczas trwania stresora**
 - bezpośrednia reakcja mająca charakter dysocjacji



ZABURZENIA ODŻYWIANIA



ANOREKSJA (JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY)

- Polega na tym, że osoba chora odczuwa silny lęk przed przytyciem i dąży do uzyskania możliwie niskiej wagi.
- Aby ten cel zrealizować stosuje głodówki, intensywnie ćwiczy, czasem także stosuje środki przeczyszczające.
- Skutkiem choroby jest znaczna utrata masy ciała, z którą wiążą się problemy zdrowotne.
- Anoreksja wyniszcza nie tylko ciało, ale także umysł.



SYMPTOMY FIZYCZNE:

- Widoczna utrata ciężaru ciała;
- Zanik miesiączkowania;
- Uczucie zimna;
- Zwolnienie oddechów;
- Wzdęcia, zaparcia;
- Zrzesztnienie kości / osteoporoza/;
- Niedokrwistość;
- Obniżone ciśnienie krwi;
- Zwolnienie akcji serca - zastoinowa niewydolność krążenia;
- Zasinienie dłoni i stóp, obrzęki dłoni, stóp i twarzy;
- Meszek na skórze, sucha, łuszcząca się skóra;
- Kruche łamliwe włosy na głowie, wypadanie włosów w dole pachowym;
- Trudności z zasypianiem i przesypianiem nocy;



SYMPTOMY PSYCHICZNE:

- Drażliwość i zmienność nastrojów;
- Spowolnienie psychoruchowe;
- Nieadekwatne postrzeganie kształtu i ciężaru ciała;
- Społeczna izolacja;
- Powrót do zachowań wcześniejszych etapów (wczesno dziecięcych)

.



CZYM GROZI NIELECZONA ANOREKSJA?:

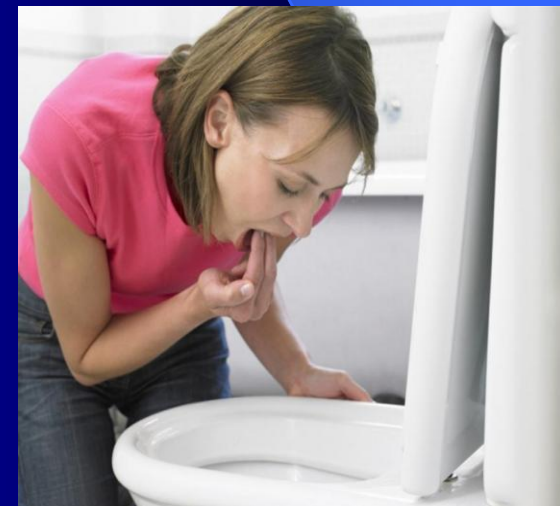
Anoreksja może doprowadzić do:

- bezpłodności,
- chorób kości:
- osteoporozy,
- osteopenii,
- do śmierci.



BULIMIA

- Polega na przyjmowaniu dużej, niekiedy olbrzymiej, ilości pokarmu w krótkim czasie - niekiedy wartość kaloryczna takiego posiłku kilkakrotnie przekracza dzienne zapotrzebowanie.
- Napady obżerania mogą występować raz na kilka dni, mogą też być inicjowane kilka razy dziennie.
- Cechą znaną bulimii są działania kompensujące wspomniane napady, czyli aktywności przeciwdziałające przytyciu.



NAJCZĘŚCIEJ OBSERWUJE SIĘ u chorych na BULIMIE:

- prowokowanie wymiotów,
- używanie środków przeczyszczających,
- używanie środków moczopędnych,
- intensywne ćwiczenia fizyczne,
- intensywne diety lub głodówki między napadami.



FIZYCZNE SYMPTOMY BULIMII:

- Obrażenia na grzbietowych powierzchniach dłoni powstające w wyniku pobudzania wymiotów;
- Erozja szkliwa i przebarwienia towarzyszące próchnicy zębów;
- Nieregularne miesiączkowanie;
- Senność, spowolnienie;
- Odwodnienie skóry;
- Obrzęki stóp, dłoni, twarzy.



FIZYCZNE SYMPTOMY BULIMII:

- Powiększenie ślinianek przyusznych;
- Nadżerki w przełyku i żołądku;
- Chrypka;
- Bóle w zakresie nerwu twarzowego;
- Dzwonienie w uchu;
- Duże, występujące w krótkim czasie spadki masy ciała przebiegające z objawami odwodnienia.



PSYCHICZNE SYMPTOMY

- Izolacja społeczna;
- Znikanie w toalecie po posiłkach;
- Wielogodzinne ćwiczenia fizyczne;
- Sekretne, rytualne zachowania jedzeniowe;
- Przyjmowanie pokarmów ułatwiających wymioty.



CZYM GROZI NIELECZONA BULIMIA?

Bulimia może doprowadzić do:

- poważnych zaburzeń metabolicznych,
- stałego odwodnienia organizmu i niewydolności nerek,
- skrajnego wyniszczenia organizmu,
- depresji.



KOMPULSYWNE OBJADANIE SIĘ

- wewnętrzny przymus nadmiernego jedzenia

- Chorzy nie potrafią kontrolować chęci jedzenia i czują głód nawet po spożyciu dużych porcji pokarmu.
- Prowadzi to w większości przypadków do otyłości będącej przyczyną kompleksów, niskiego poczucia własnej wartości i przekonania o nieatrakcyjności swojego ciała.



- Nadwaga, później otyłość, jest przyczyną izolacji społecznej, unikania kontaktów z rówieśnikami a także aktywności ruchowej.
- Przekonanie o własnej nieatrakcyjności może przyjąć postać wręcz wstrętu do swojego ciała, co powoduje pogłębienie zaburzeń emocjonalnych, a zatem również choroby i nieadaptacyjnych zachowań.



OTYŁOŚĆ PSYCHOGENNA:

- Zdarza się to zarówno w sytuacjach mających charakter stresu, epizodycznego lub przewlekłego, jak i u osób samotnych, cierpiących na niedosyt emocjonalny, w okresach żałoby itp.



OTYŁOŚĆ PSYCHOGENNA:

- Otyłość związana z przekarmianiem się może prowadzić do nadwagi ze wszystkimi jej somatycznymi konsekwencjami.
- Próby stosowania diety odchudzającej również mogą być przyczyną rozmaitych zaburzeń m.in. afektywnych (związanych z nastrojem), lękowych itp.
- Mamy tu do czynienia z zachowaniami, mającymi doprowadzić do obniżenia napięcia przez jedzenie.



CZYM GROZI NIELECZONE KOMPULSYWNE OBJADANIE SIĘ?

- Kompulsywne objadanie się prowadzi do otyłości, a ta prowadzi do szeregu chorób:
- chorób zwyrodnieniowych stawów,
- choroby wieńcowej i nadciśnienia tętniczego, obrzęków,
- cukrzycy,
- częstych zaburzeń hormonalnych, zaburzeń miesiączkowania,
- depresji.



PRZYCZYNY ZABURZEŃ ODŻYWIANIA - BIOLOGICZNE:

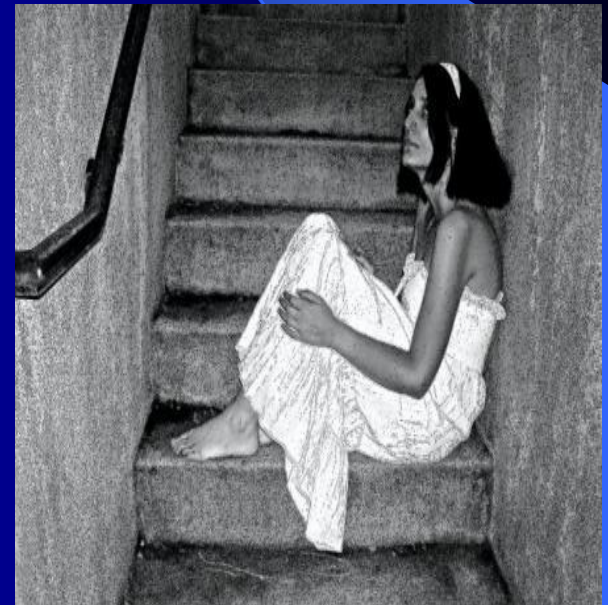
Wymienia się 2 rodzaje czynników:

- genetyczne (stwierdzono, że prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń odżywiania zwiększa się, gdy wśród krewnych danej osoby jest osoba chora na tego typu zaburzenia).
- biochemiczne (zaburzenia dotyczące określonych substancji odpowiedzialnych za kontrolowanie fizjologii organizmu - hormonów, enzymów czy neuroprzekaźników).



PRZYCZYNY ZABURZEŃ ODŻYWIANIA – PSYCHICZNE:

- Pewne cechy osobowości oraz problemy emocjonalne mają istotny wkład w powstawanie zaburzeń odżywiania, wymienia się tutaj:
- niską samoocenę,
- poczucie beznadziejności,
- perfekcjonizm,
- paniczny lęk przed przytyciem,
- chłód emocjonalny,
- niestabilność emocjonalną,
- nieumiejętność wyrażania gniewu.



PRZYCZYNY ZABURZEŃ ODŻYWIANIA – RODZINNE:

- Zdarza się, że ogromny wpływ na powstanie zaburzeń odżywiania ma otoczenie a przede wszystkim sytuacja rodzinna, w jakiej dorasta młody człowiek.
- Wśród czynników wymienia się dużą konfliktowość czy chłód emocjonalny, zachowania rodziców, sposób spożywania posiłków rodzinnych, zaburzenia emocjonalne i uzależnienia w najbliższej rodzinie.



WPŁY CZYNNIKÓW SOCJOLOGICZNYCH I KULTUROWYCH:

- Mass - media i przemysł kosmetyczny oraz świat mody ukształtowały pogląd, że bycie szczupłym jest oznaką sukcesu, szczęścia i samokontroli.
- Ponadto duże znaczenie w okresie dorastania ma zdanie i ocena ze strony rówieśników, jedna krytyczna uwaga na temat figury może spowodować nadmierne odchudzanie się lub kompulsywne objadanie się.



CELE I METODY LECZENIA:

- Przywrócenie normalnej masy ciała, a także leczenie ewentualnych fizycznych następstw długotrwałego niedożywienia lub obżarstwa;
- Leczenie problemów psychicznych związanych z zaburzonym jedzeniem;
- Wyeliminowanie zachowań i myśli, które towarzyszyły zaburzonemu jedzeniu, głównie celem zapobiegnięcia nawrotowi choroby.



- Zwykle leczenie szpitalne zastrzegane jest w przypadku pacjentów o bardzo niskiej wadze, braku efektów stosowanego leczenia, złego stanu ogólnego, złej kondycji psychicznej (depresja, myśli i tendencje samobójcze).



- Zasadniczą rolę w leczeniu zaburzeń odżywiania odgrywa psychoterapia.
- Istnieje wiele różnych szkół terapeutycznych, z których każda ma swoje wady i zalety.
- Wybór konkretnej metody powinien odbywać się w zależności od indywidualnej sytuacji danego pacjenta - jego wieku, stanu fizycznego i psychicznego, oraz zaangażowania najbliższych w proces leczenia.



- Podobnie jest z zastosowaniem farmakoterapii.
- Lekarze decydują się na leczenie farmakologiczne dla zmniejszenia lęków związanych z jedzeniem i przytępieniem, zwiększania szans powodzenia psychoterapii, poprawy nastroju, zmniejszenie ryzyka śmierci.



ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE



ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE

- F20-F29 - Schizofrenia, inne zaburzenia psychotyczne i zaburzenia zachowania z objawami psychotycznymi:
- F20 - Schizofrenia
- F21 - Zaburzenia schizotypowe
- F22 - Zaburzenia urojeniowe przewlekłe
- F23 - Przypadkowe zaburzenia psychotyczne
- F24 - Indukowane urojeniami zaburzenia psychoaktywne
- F25 - Zaburzenia schizoafektywne
- F26 – Zaburzenia schizofreniformne
- F27 – Inne zaburzenia psychoorganiczne
- F28 - Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
- F29 - Nieorganiczne zaburzenia psychotyczne, nieokreślone
- Zaburzenia schizofreniczne: Schizofrenia (295.90); Zaburzenie schizoafektywne (295.70); schizotypowe (301.22)
- Zaburzenia nastroju z cechami psychotycznymi: Zaburzenia afektywne dwubiegunowe – w tym epizody maniakalne lub mieszane (typ I: 296.40; typ II: 296.89); Depresja z cechami psychotycznymi (296.24)
- Inne zaburzenia psychotyczne: Przypadkowe zaburzenia psychotyczne (298.8)
- Zaburzenia urojeniowe (297.1)

ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE

- Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoidalne – omówimy w zaburzeniach osobowości
- Zaburzenia nastroju (zaburzenie afektywne dwubiegunowe i depresja) – omówione wcześniej w części poświęconej zaburzeniom nastroju
- Zaburzenia urojeniowe przewlekłe
- Przypadkowe zaburzenia psychotyczne
- Indukowane urojeniami zaburzenia psychoaktywne
- Zaburzenia schizoafektywne – połączenie cech schizofrenii i zaburzeń nastroju
- Zaburzenia schizofreniformne
- Inne zaburzenia psychoorganiczne
- Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
- Zaburzenia związane z używaniem substancji



ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE

- Zaburzenia psychotyczne to szeroka kategoria zaburzeń psychicznych, które charakteryzują się utratą kontaktu z rzeczywistością, co objawia się w postaci halucynacji, urojeń, dezorganizacji myślenia lub zachowania oraz negatywnych objawów, takich jak spływanie emocji czy brak motywacji.



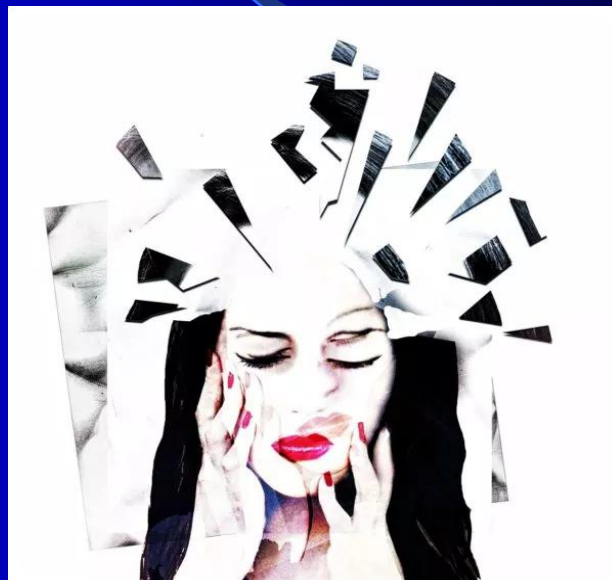
OBJAWY

- Halucynacje - fałszywe doświadczenia sensoryczne, takie jak słyszenie głosów, widzenie rzeczy, które nie istnieją;
- Urojenia - fałszywe przekonania, np. o prześladowaniu, wpływie, wielkości;
- Dezorganizacja myślenia - np. trudności w koncentracji, myśleniu logicznym;
- Negatywne objawy – np. spłylenie emocji, apatia;
- Zaburzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego i osobistego.



PRZYCZYNY

- Zaburzenia psychiatryczne mogą mieć różne przyczyny, w tym:
- genetyczne,
- neurologiczne,
- biochemiczne,
- środowiskowe,
- psychospołeczne.



Mogą występować zarówno u osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i bez wcześniejszej historii choroby psychicznej.

ZABURZENIA UROJENIOWE PRZEWLEKŁE

- Charakteryzują się trwałym i stabilnym systemem urojeń, które są w znacznym stopniu nieracjonalne i nieadekwatne do rzeczywistości.
- Urojenia te mogą dotyczyć różnych tematów, takich jak urojenia prześladowcze, wielkościowe, zazdrości, somatyczne itp.
- Osoby z zaburzeniami urojeniowymi przewlekłymi zazwyczaj utrzymują swoje urojenia pomimo racjonalnych argumentów czy dowodów przeczących ich treści.
- Urojenia te mogą znacznie wpływać na funkcjonowanie społeczne, zawodowe i osobiste.



ZABURZENIA UROJENIOWE

- To grupa chorób psychicznych, które charakteryzują się występowaniem usystematyzowanych, spójnych urojeń.
- Urojenia to fałszywe przekonania, czyli przekonania o istnieniu rzeczy, zjawisk lub wydarzeń wokół osoby, które naprawdę nie istnieją.
- W przypadku zaburzeń urojeniowych, te przekonania są niekorygowalne, a osoba jest głęboko przekonana o ich prawdziwości (nie daje sobie wyjaśnić, że to, co myśli, nie ma miejsca w rzeczywistości).



- Osoba cierpiąca na zaburzenia urojeniowe zmaga się ze zniekształconym obrazem rzeczywistości.
- Chory doświadcza urojeń o różnym nasileniu i odmiennej tematyce, co może prowadzić do nietypowych dla danej osoby zachowań.
- Chory ma przekonanie, że jest obserwowany i/lub śledzony, że jego poczynania są nieustannie obserwowane przez osoby, które źle mu życzą.
- Paranoik inaczej interpretuje wydarzenia i zachowania innych, wyolbrzymia fakty, ma wrażenie, że jest przedmiotem nadmiernego zainteresowania innych, ma przekonanie, że żyje w ciągłym niebezpieczeństwie.



- W przeciwieństwie do schizofrenii, zaburzeniom urojeniowym zazwyczaj nie towarzyszą halucynacje słuchowe (np. głosy, które nie istnieją w rzeczywistości).
- Osoby z zaburzeniami urojeniowymi często wierzą w swoje urojenia i mogą uważać, że inni są przeciwko nim lub chcą zrobić im krzywdę.
- To może utrudniać pomoc i leczenie, ponieważ osoba może odrzucać wszelkie próby tłumaczenia, że jej przekonania są fałszywe



PRZYPADKOWE ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE

- Przypadkowe zaburzenia psychotyczne to przejściowe epizody psychozy, które mogą trwać od kilku dni do kilku tygodni.
- Charakteryzują się one nagłym początkiem i krótkim czasem trwania.
- Objawy mogą obejmować urojenia, halucynacje, dezorganizację myślenia i zachowania, a także negatywne objawy.



PRZYCZYNY I LECZENIE

- Przyczyny tych zaburzeń mogą być różnorodne, w tym stres, urazy psychiczne, ekspozycja na substancje psychoaktywne, choroby somatyczne, zaburzenia nastroju lub inne czynniki wywołujące.
- Leczenie zwykle obejmuje stabilizację pacjenta, kontrolę objawów, wsparcie psychologiczne oraz identyfikację i leczenie ewentualnych czynników wyzwalających.
- W większości przypadków objawy ustępują samoistnie w ciągu kilku tygodni, ale w niektórych przypadkach może być konieczne zastosowanie farmakoterapii lub terapii psychologicznej.



INDUKOWANE ZABURZENIA UROJENIOWE

- to stan, w którym osoba zdrowa (zindukowana) zaczyna doświadczać fałszywych przekonań (które nie mają podstaw naukowych), przejmując urojeniowe objawy od osoby psychicznie chorej.
- Osoba zindukowana reaguje, postrzega świat oraz zachowuje się w sposób podobny do osoby chorej, jednak dotyczące jej zaburzenie jest lżejsze, a po oddzieleniu jej od osoby chorej, objawy ustępują stosunkowo szybko.
- Może być spowodowane przez różne czynniki, takie jak narkotyki, choroby psychiczne lub stres.



- Indukowane zaburzenie urojeniowe (lub wspólne zaburzenie paranoidalne) charakteryzuje się występowaniem podobnych objawów psychotycznych u dwóch lub więcej osób.
- Najczęściej są to objawy urojeniowe, np. widzenie, słyszenie lub odczuwanie rzeczy, których tak naprawdę nie ma.
- Zwykle można odróżnić przypadek „pierwotny”, tj. osoba, u której po raz pierwszy wystąpiły objawy psychotyczne, od jednego lub kilku przypadków „wtórnych”, w których objawy te są indukowane.



LECZENIE

- Paranoja jest chorobą przewlekłą, w związku z czym zazwyczaj trwa ona do końca życia.
- Jej leczenie opiera się natomiast na farmakoterapii i stosowaniu leków psychotycznych, których celem jest zmniejszenie występowania uporczywych objawów.
- W leczeniu zaburzeń urojeniowych stosuje się także psychoterapię, ale jej skuteczność zależy od możliwości utrzymania kontaktu z chorym.



ZABURZENIA SCHIZOFRENIFORMNE

- Zaburzenia schizofreniformne są charakteryzowane przez występowanie objawów podobnych do schizofrenii, ale trwają krócej niż 6 miesięcy.
- Jest to rodzaj zaburzenia psychiatrycznego, które może obejmować halucynacje, urojenia, dezorganizację myślenia oraz negatywne objawy, ale trwa krócej niż w przypadku schizofrenii.



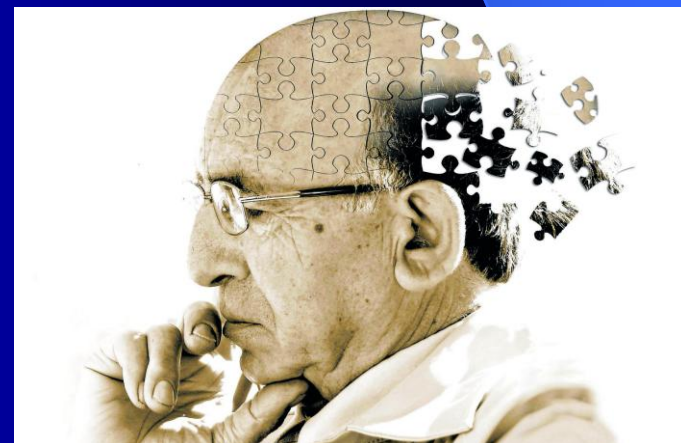
INNE ZABURZENIA PSYCHOORGANICZNE

- Zaburzenia psychoorganiczne to grupa zaburzeń psychicznych, które mają podłoże organiczne, czyli wynikają z uszkodzenia mózgu lub zaburzeń funkcji mózgu.
- Objawy mogą obejmować zmiany w funkcjonowaniu poznawczym, zaburzenia pamięci, zmiany osobowości oraz inne objawy psychiczne.



PRZYKŁADY

- Przykładowe przypadki zaburzeń psychoorganicznych mogą obejmować:
- otępienie na tle choroby Alzheimera,
- zaburzenia poznawcze na tle naczyniowym,
- zaburzenia poznawcze spowodowane urazem mózgu oraz inne przypadki, w których zaburzenia psychiczne wynikają z organicznych uszkodzeń lub zaburzeń mózgu.



INNE NIEORGANICZNE ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE

- Jest to kategoria, która obejmuje różnorodne zaburzenia psychiczne, które nie wynikają z organicznych przyczyn, czyli nie mają podłoża biologicznego, takiego jak urazy mózgu czy inne uszkodzenia mózgu.
- Zaburzenia te mogą mieć różnorodne objawy i przejawy, mogą występować w różnych postaciach i nasileniu, ale nie są spowodowane organicznymi uszkodzeniami mózgu.



PRZYKŁADY



- Nieorganiczne zaburzenia urojeniowe
- Nieorganiczne zaburzenia halucynacyjne
- Nieorganiczne zaburzenia myślenia
- Inne nieorganiczne zaburzenia psychiczne

ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI

- Występują w wyniku używania substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, narkotyki, leki psychoaktywne itp.
- Użycie substancji psychoaktywnych, takich jak metamfetamina, kokaina czy LSD, może wywołać objawy psychotyczne, które mogą przypominać objawy schizofrenii.
- Objawy mogą obejmować halucynacje, urojenia, dezorganizację myślenia oraz inne objawy psychotyczne, które pojawiają się pod wpływem substancji.



- Diagnoza i leczenie tych zaburzeń wymagają uwzględnienia zarówno objawów psychotycznych, jak i problemu używania substancji.
- W niektórych przypadkach, po ustaniu działania substancji psychoaktywnej, objawy psychotyczne mogą ustąpić, ale może być również konieczne leczenie farmakologiczne i terapia psychologiczna w celu zarządzania objawami oraz problemem uzależnienia.



ZABURZENIA OSOLOWOŚCI



Kategorie zaburzeń osobowości

Grupa A – zaburzenia:



- **paranoiczne,**
- **schizoidalne,**
- **schizotypowe.**

Osoby wykazujące je często wydają się ekscentryczne i dziwnie się zachowują, bywają nieufne, podejrzliwe, a nawet wyobcowane.

Grupa B – zaburzenia:



- histrioniczne,
- narcystyczne,
- antyspołeczne,
- z pogranicza.

Osoby z tymi zaburzeniami mają tendencję do dramatyzowania, są emocjonalne i niekonsekwentne. Ich impulsywne zachowanie, często połączone z działaniem antyspołecznym jest wyraźniejsze niż w grupie A i często prowadzi do kontaktu z placówkami ochrony zdrowia psychicznego lub konfliktu z prawem.

Grupa C – zaburzenia:



- unikające,
- zależne,
- obsesyjno -kompulsyjne.

W przeciwieństwie do zaburzeń grupy A i B, często towarzyszy im lęk i obawa, co w niektórych przypadkach utrudnia ich odróżnienie od zaburzeń lękowych. Ludzie z tymi nieprawidłowościami, powodowani lękiem, częściej zgłaszają się po pomoc.

Dwa inne zaburzenia osobowości:

- depresyjne,
- bierno – agresywne

zaliczone są
w DSM - V
do grupy
tymczasowej.



Osobowość paranoiczna (A)



Jednostki z osobowością paranoiczną:

- Przejawiają perwersyjną podejrzliwość i nieufność względem otoczenia;
- Uważają się za doskonałych a winą za własne błędy i niepowodzenia obarczają innych;
- Nieustannie spodziewają się, że zostaną oszukani;
- Wątpią w lojalność swoich bliskich, chowają wobec nich urazy i nie potrafią przebaczać;
- Niewiele im trzeba, by zareagowali gniewem;
- Rzadko bywają psychotyczni (przez większość czasu zachowują normalny kontakt z rzeczywistością).

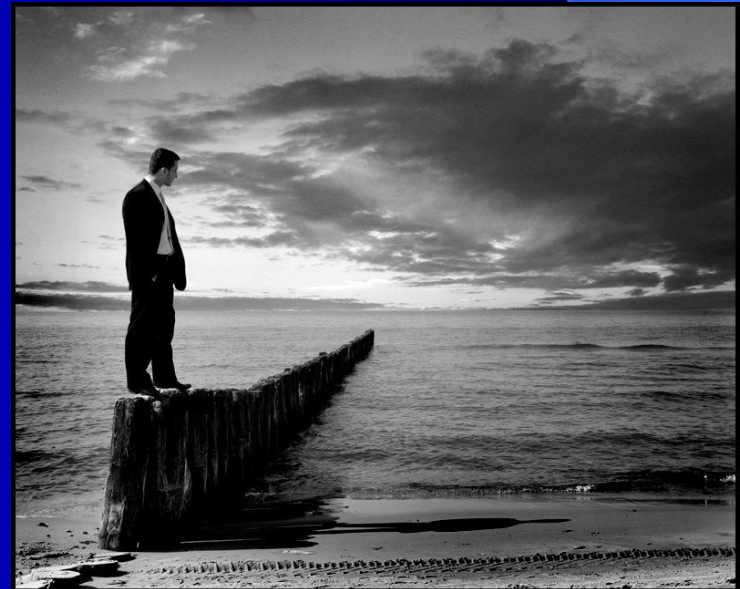
Schizoidalne zaburzenie osobowości (A)

Ludzie ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości:

- Są z reguły niezdolni do nawiązywania kontaktów społecznych i nie zdradzają zainteresowania nimi;
- Nie mają przyjaciół (z wyjątkiem najbliższych krewnych);
- Nie umieją wyrażać uczuć, uchodzą za chłodnych i nieprzystępnych;
- Zaliczają się do samotników i introwertyków;
- Swoim zajęciom i zainteresowaniom oddają się również w samotności.



- Wiele czynności, w tym seks, nie sprawia im przyjemności;
- Nie są zbyt aktywni emocjonalnie i rzadko odczuwają silne pozytywne lub negatywne emocje.
- Dawniej schizoidalne zaburzenie osobowości było uważane za początek schizofrenii. Badania genetyczne jednak nie potwierdziły jego związku ze schizofrenią.



Schizotypowe zaburzenie osobowości (A)

Ludzie ze schizotypowym zaburzeniem osobowości:

- Są nadmiernie zamknięci w sobie i nie nawiązują kontaktów społecznych,
- charakteryzują się zaburzeniami poznawczymi, percepcyjnymi oraz ekscentrycznością w porozumiewaniu się i zachowywaniu (dziwaczne myślenie, spostrzeganie i mowa),
- mimo, że zachowują kontakt z rzeczywistością, to jednak wykazują myślenie zabobonne i ksobne,
- pod wpływem stresu mogą się u nich pojawiać przejściowe objawy psychotyczne.



- mogą wierzyć, że posiadają nadprzyrodzoną moc i angażować się w magiczne rytuały,
- nie mają umiejętności śledzenia oczami ruchomego celu i nie potrafią koncentrować uwagi (podobnie, jak w przypadku schizofrenii).



- Ponieważ ich dziwne zachowanie może wskazywać na schizofrenię – możliwe błędne postawienie diagnozy (ważne – objawy złego funkcjonowania poznawczego).
- Istnieje genetyczny i biologiczny związek ze schizofrenią.
- Rozpowszechnienie – 3 % populacji.

Histrioniczne zaburzenie osobowości (B)



- Główna cecha – nadmierna potrzeba zwracania na siebie uwagi i emocjonalność.
- Chęć bycia w centrum uwagi (w przeciwnym przypadku – poczucie niedocenienia).
- Żywy, dramatyczny i nadmiernie ekstrawertyczny styl bycia.
- Zachowanie i wygląd – może nabierać cech teatralnych i przesadnie emocjonalnych oraz nadmiernie prowokujących seksualnie i uwodzicielskich.
- Sposób mówienie – dramatyczny, zawoalowany, pozbawiony precyzji.



- Podatność na sugestie,
- Uznawanie kontaktów z innymi za bliższe, niż są w rzeczywistości,
- Przystosowanie w relacjach seksualnych – słabe a kontakty z partnerem – burzliwe (kontrolowanie partnera przez uwodzicielskie zachowania i manipulacje emocjonalne, przy równoczesnych wykazywaniu dużej zależności).
- Opinia - ludzi egocentrycznych, nadmiernie czułych na opinię otoczenia, przewrażliwionych, powierzchownych i nieszczerych.
- Występowanie – 2 do 3 % populacji (nieco częściej u kobiet).



Osobowość narcystyczna (B)

- Przesadne poczucie własnej wartości (najbardziej uogólnione kryterium diagnozy);
- Brak zrozumienia dla uczuć innych osób;
- Brak empatii;
- Wykorzystywanie innych dla własnych celów;
- Nadwrażliwość na krytykę;
- Marzenia o sukcesie i karierze;
- Postawa arogancji, snobizmu i wyniosłości.



- Wszyscy rodzimy się narcyzami.
- Zaburzenie może mieć podłoże w zachwianym poczuciu własnej wartości.
- Występowanie – 1% populacji (częściej u mężczyzn).
- Różnice między narcyzem a histrionikiem:
 - H zachowuje się bardziej teatralnie i emocjonalnie,
 - N nie ma skrupułów w wykorzystywaniu innych,
 - H poszukuje zainteresowania a N podziwu.



VS



Antyspołeczne zaburzenie osobowości (B)

- Brak wyrzutów sumienia i lojalności wobec kogokolwiek;
- Fałszywe, agresywne i antyspołeczne zachowanie;
- Lekceważenie praw innych ludzi;
- Nieodpowiedzialność.



- Wg DSM pojawia się po 15 r. ż, a poprzedzone jest zaburzeniami zachowania w latach wcześniejszych.
- Występowanie częstsze u mężczyzn (ok. 3%) niż u kobiet (ok. 1 % populacji).
- Kryteria narcystycznego i antyspołecznego zaburzenia osobowości często się pokrywają. Główna różnica – N wykorzystuje otoczenie, aby zademonstrować dominację, prestiż i wyższość a nie osiągnąć korzyści materialne lub osobiste.



VS

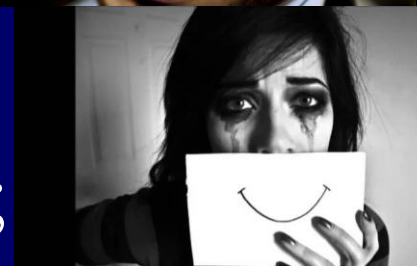


Osobowość typu borderline (z pogranicza) (B)

- Wzorzec zachowania charakteryzuje się impulsywnością i niestabilnością w kontaktach międzyludzkich, troską o wizerunek własnej osoby i zmiennym nastrojem.



- Ludzie z tym zaburzeniem są niepewni siebie, czują się stale lekceważeni i potrafią z byle powodu grozić samobójstwem lub słownie atakować partnera;
- Ich związki zaczynają się wyidealizowaniem partnera, a kończą rozczarowaniem i żalem;
- Niestabilność i podatność na wpływ;
- Obawa przed porzuceniem, a w razie jego wystąpienia – poczucie pustki, wściekłość;
- Związki – intensywne i burzliwe;



- Skrajna niestabilność emocjonalna;
- Niska tolerancja frustracji;
- Poczucie pustki związane z samotnością;
- Impulsywne zachowania (hazard, ryzykowny seks, narkotyki, obżarstwo, brawurowa jazda);
- Próby samobójcze, często o charakterze manipulacyjnym;
- Samookaleczenia – na tyle częste, że pozwalają odróżnić ten typ zaburzenia.



Osobowość unikająca (C)



- Introwersja;
- Niechęć do nawiązywania kontaktów;
- Skrajnie zahamowane zachowania społeczne;
- Nadwrażliwość;
- Pragnienie uczucia;
- Obawa przed krytyką lub odrzuceniem;
- Osamotnienie, znudzenie.

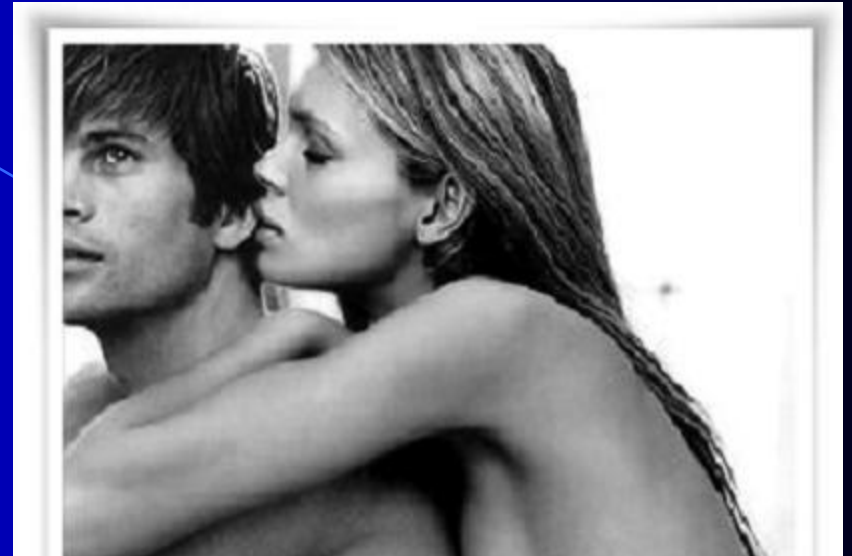


- W przeciwieństwie do osobowości schizoidalnej – nie cieszą się swoją samotnością;
- Niezdolność do swobodnych kontaktów z ludźmi wynika z lęku, niskiego poczucia własnej wartości i nadmiernej koncentracji na sobie;
- Główny motyw działania – chęć uniknięcia upokorzenia i odrzucenia;
- Możliwość współwystępowania z zaburzeniem osobowości zależnej;
- Terapia – często ukierunkowana na wzmocnienie umiejętności społecznych i asertywność.



Osobowość zależna (C)

- Uzależnienie od innych;
- Potrzeba oddania się pod czyjąś opiekę;
- Zachowania natrętne i uległe;
- Budowanie życia wokół innych.



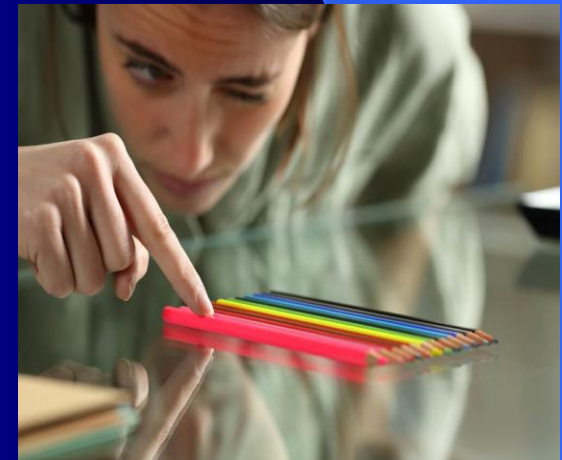
- Perspektywa rozstania wywołuje poczucie silnego niepokoju a niekiedy wręcz paniki;
- W celu utrzymania drugiej osoby – podporządkowanie do nich swoich potrzeb i poglądów;
- Możliwe znoszenie nawet psychicznego lub fizycznego znęcania ze strony partnera;
- Możliwe współwystępowanie z fobią społeczną, napadami paniki, zespołem uogólnionego lęku lub zaburzeniami odżywiania.



Obsesyjno – kompulsyjne zaburzenie osobowości (C)



- Dążenie do doskonałości, perfekcjonizm;
- Przesadne przywiązywanie znaczenia do utrzymywania porządku;
- Próba zupełnej kontroli psychiki i kontaktów międzyludzkich;
- Skrupulatne przestrzeganie zasad.

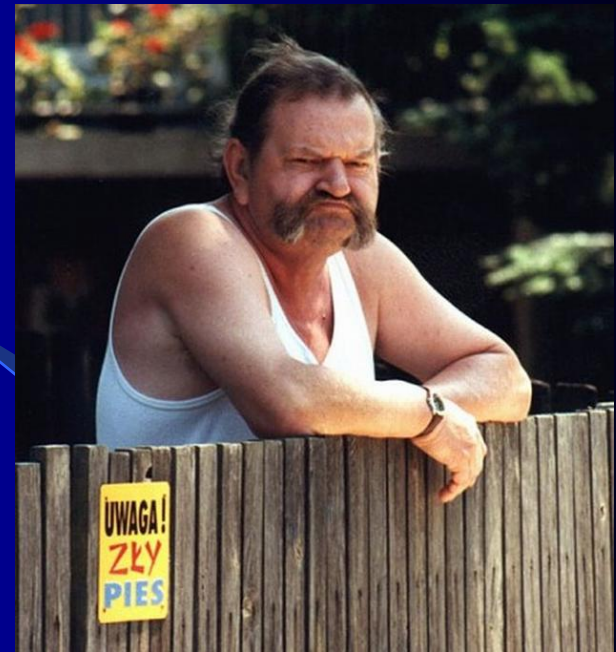


- Sprawdzanie wszystkiego kilkakrotnie;
- Przykładanie wagi do błałych drobiazgów;
- Oddanie pracy i rezygnacja z wypoczynku;
- Skłonność do wyrachowania, zdyscyplinowania, fachowości;
- Trudności w kontaktach społecznych;
- Brak elastyczności w sprawach moralności i etyki;
- Dążenie do sukcesu;
- Trudności z dokończeniem rozpoczętej pracy.



Osobowość bierno - agresywna

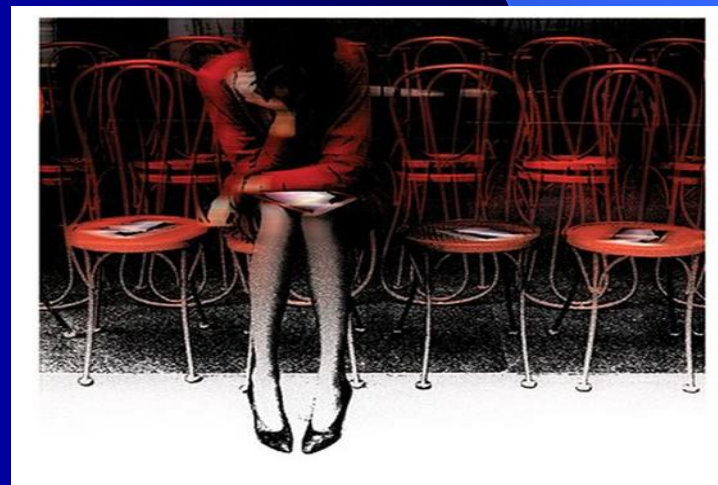
- Bierny opór wobec wymagań społecznych i zawodowych.
- Objawy:
 - kłótniowość,
 - niewykonywanie codziennych obowiązków,
 - demonstrowanie złego humoru,
 - bunt i podporządkowanie (na przemian),
 - wrogość wobec przełożonych.
- Ludzie z tym zaburzeniem nie sprzeciwiają się niczemu bezpośrednio,
- ociągają się, zapominają, wpadają w zły humor, stawiają bierny opór.



Osobowość depresyjna



- Wzorcami poznawczymi i behawioralnymi przypomina depresję;
- Nastrój oscyluje między przygnębieniem a załamaniem;
- Ludzie czują się nieudolni, bezwartościowi, mają poczucie winy;
- Krytycznie oceniają siebie i innych;
- Może być mylona z dystymią (w dystymii więcej objawów depresyjnych),
- Może pokrywać się z zaburzeniami osobowości zależnej, unikającej i obsesyjno – kompulsyjnej.



Zestawienie zaburzeń osobowości

Osobowość Paranoiczna

- Podejrzliwość i brak zaufania do innych.
- „Ja” – człowiek bez skazy.
- Wyczulenie na przewidywane ataki ze strony innych.



Schizoidalne zaburzenie osobowości

- Osłabione kontakty społeczne.
- Niezdolność i brak potrzeby więzi z ludźmi.



Schizotypowe zaburzenie osobowości



- Dziwaczne wzorce myślenia oraz sposoby percepcji i mówienia, zakłócające porozumiewanie się i kontakty społeczne.

Histrioniczne zaburzenie osobowości

- Dramatyzowanie własnej osoby.
- Nadmierna troska o wygląd.
- Irytacja i wybuchy, w razie braku zainteresowania osobą.



Osobowość narcystyczna

- Poczucie własnej wspaniałości. Chwalenie samego siebie.
- Brak empatii.



Antyspołeczne zaburzenie osobowości



- Niedorozwój w zakresie moralności i etyki.
- Fałsz, manipulacja innymi,
- Problemy z zachowaniem.

Osobowość z pogranicza

- Impulsywność, złość bez powodu,
- Drastyczne wahania nastroju,
- Usiłowanie samookaleczenia lub samobójstwa.



Osobowość unikająca



- Przewrażliwienie na odrzucenie lub poniżenie społeczne,
- Wstydlivość oraz brak pewności siebie w stosunkach społecznych i nawiązywaniu kontaktów.

Osobowość zależna

- Dramatyczne przeżywanie rozłąki z partnerem,
- Niezdecydowanie,
- Podporządkowanie własnych potrzeb celowi utrzymania związku.



Obsesyjno – kompulsyjne zaburzenie osobowości

- Nadmierne przejmowanie się porządkiem, zasadami i nieistotnymi szczegółami, perfekcjonizm,
- Nieumiejętność okazywania uczuć,
- Ograniczona zdolność do wypoczynku i rozrywek.



Osobowość bierno - agresywna

- Negatywna postawa i bierny opór wobec właściwego działania, niewyrażony wprost lecz poprzez narzekanie, ponuractwo i kłótniwość,
- Zazdrość i niechęć wobec tych, którym lepiej się wiedzie.



Osobowość depresyjna

- Depresyjne schematy poznawcze,
- Uporczywe poczucie winy, niezadowolenie lub przygnębienia.



Typowe strategie interpersonalne

Zaburzenie	Strategie nadmiernie rozwinięte	Strategie niedostatecznie rozwinięte
Obsesyjno – kompulsyjne	● Kontrola ● Odpowiedzialność	● Spontaniczność ● Poczucie humoru
Osobowość zależna	● Poszukiwanie pomocy ● Uczepienie się kogoś	● Samowystarczalność ● Mobilność
Osobowość bierno - agresywna	● Niezależność ● Stawianie oporu ● Bierność ● Sabotowanie	● Intymność ● Asertywność ● Aktywność ● Współpraca
Osobowość paranoiczna	● Czujność ● Nieufność	● Spokój ● Zaufanie
Osobowość narcystyczna	● Poczucie własnej wielkości ● Współzawodnictwo	● Dzielenie się z innymi, ● Identyfikacja z grupą

Antyspołeczne zaburzenie osobowości	● Bojowość ● Wykorzystywanie innych ● Drapieżność	● Empatia ● Wzajemność ● Wrażliwość społeczna
Schizoidalne zaburzenie osobowości	● Niezależność ● Izolacja	● Intymność ● Wzajemność
Osobowość unikająca	● Podatność na wpływ otoczenia ● Zahamowania	● Pewność siebie ● Towarzyskość
Histrioniczne zaburzenie osobowości	● Ekshibicjonizm ● Ekspresywność ● Wywieranie wrażenia	● Refleksyjność ● Kontrola ● Uporządkowanie

Przyczyny zaburzeń osobowości



- Czynniki biologiczne
- Czynniki psychologiczne
- Czynniki społeczno – kulturowe

(uszkodzenia w genach,
zaburzenia socjalizacji
lub dojrzewania)



Leczenie i jego wyniki

- Bywają szczególnie odporne na terapię (ludzie są oporni na leczenie).
- Ważne jest dostosowanie technik terapeutycznych do poszczególnych zaburzeń.



GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

- Warto zadzwonić i umówić się na wizytę do specjalisty po to, by rozwiązać wątpliwości i przede wszystkim po to, by sobie pomóc.
- Niepotrzebne jest do tego skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. Wystarczy, by opiekun prawny zadzwonił na rejestrację do Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Jadwigi w Opolu przy ul. Wodociągowej pod numer 77 54 14 221 lub 77 54 14 222 i umówił termin wizyty.
- Osoba pełnoletnia może zarejestrować się sama do gabinetu psychiatrii dla osób dorosłych.
- Wizyta w szpitalu jest bezpłatna (NFZ).
- Bezpłatna jest też pomoc w Centrum Zdrowia Psychicznego w Punkcie Zgłoszeniowo – Koordynacyjnym: 77 541 40 00 lub 77 541 40 01
- Można też skorzystać z pomocy psychiatrii, psychologa lub terapeuty, który prowadzi prywatny gabinet, ale niestety odpłatnie.



Dziękuję za uwagę ;)

