

Pierwsze symptomy. Kiedy dziecko potrzebuje pomocy specjalisty?

OBJAWY PSYCHOPATOLOGICZNE, O KTÓRYCH POWINIEN WIEDZIEĆ NAUCZYCIEL.

Martyna Zapła

Jak wygląda oraz zachowuje się szczęśliwe dziecko? Czy jest uśmiechnięte? Czyste i zadbane? Spokojne? A może aktywne i pewne siebie? Czy wykonuje polecenia osoby dorosłej? Na ogół jest życzliwe dla rówieśników? Przygotowane do zajęć? Czy jego rysunki są kolorowe? Warto zastanowić się nad własnym, indywidualnym rozumieniem pojęcia „dziecka szczęśliwego” oraz pytaniem: „Czy zawsze tak jest?”.



Do gabinetu psychologicznego wchodzi dziecko, lekko uśmiechnięte, ubrane odpowiednio do warunków pogodowych i potrzeb rozwojowych. Uczestniczy w zabawie, rysuje, odpowiada na zadawane pytania. Stara się najmocniej, jak tylko potrafi. W dalszej części spotkania okazuje się, że czuje się bardzo samotne, zgłasza myśli samobójcze, nie ma motywacji do wykonywania codziennych obowiązków domowych oraz szkolnych, nie lubi siebie, bądź ma też problemy z koncentracją i pamięcią. Oczywiście, nie zawsze tak się dzieje. W ciągu trwania pandemii koronawirusa dzieci i adolescenci zgłaszają jednak coraz częściej doświadczanie cierpienia psychicznego oraz trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Badanie internetowe włoskich rodzin w przebiegu lockdownu (Pisano, Galimi i Cerniglia, 2020) wstępnie ukazało sytuację dzieci w przedziale wiekowym od 4. do 10. roku życia oraz ich reakcje na pandemię. Wobec nagłego zakłócenia dotychczasowego stylu życia, badane dzieci, w relacji rodziców, doświadczały problemów ze snem, wahania nastroju oraz drażliwości, w tym

trudności ze stosowaniem się do zasad. Zaczęły wykazywać również zachowania regresywne, a więc takie, które są charakterystyczne dla wcześniejszego etapu rozwojowego. Regres dziecka w czasie pandemii, m.in. niechęć do samodzielnego spania we własnym łóżku, mimowolne oddawanie moczu, ogólne pogorszenie zasobu słownictwa czy przeżywanie lęków, których wcześniej nie miało, stanowiło jego naturalną reakcję obronną na stres (por. Jones, 2020). Co trzecie dziecko, w percepcji opiekunów, wydawało się być spokojniejsze, a co drugie – sprawiało wrażenie dojrzałego oraz rozsądniejszego w obliczu zagrożenia COVID-19. Jednocześnie, 43,26% dzieci zostało ocenionych jako znacznie bardziej apatyczne wobec tych samych czynności (tj. zabawa, nauka, granie), które wykonywało przed pandemią. Co istotne, aż 92,57% dzieci, w ocenie opiekunów, wydawało się być w stanie przystosować się do obostrzeń pandemicznych. Przytoczone rezultaty ukazują znaczący wpływ pandemii na emocje i zachowanie najmłodszych, zarazem sygnalizują zagrożenie związane z tym, że niektóre zachowania adaptacyjne dzieci mogą przystaniać obecność niepokoju psychicznego oraz pierwszych symptomów zaburzenia.

Wpływ skutków klęsk żywiołowych (a pandemia jest jedną z nich) na zdrowie emocjonalne dzieci, zależy od interakcji wielu różnych czynników. W szczególności od psychologicznej reakcji na sytuację trudną znaczących osób dorosłych (która pośrednio wpływa też na reakcję dziecka), dobrostanu psychofizycznego dziecka przed wystąpieniem zagrożenia czy odporności w radzeniu sobie z przeciwnościami losu (Alvarez i Hunt, 2005; za: Pisano, Galimi i Cerniglia, 2020). Odnosząc się do powyższego, to, w jaki sposób uczniowie będą radzić sobie w tzw. nowej rzeczywistości, będzie zależało od etapu rozwojowego, na jakim aktualnie się znajdują, stanu zdrowia psychicznego przed pandemią, temperamentu oraz środowiska tworzonego przez osoby ważne (rodziców, rówieśników, nauczycieli) i jakości tworzonych z dzieckiem interakcji.

Z uwagi na to, że pandemia może prowadzić do długofalowych skutków w postaci wzrostu problemów ze zdrowiem psychicznym najmłodszych, poniżej nakreślono objawy psychopatologiczne, które wymagają uważnej obserwacji najbliższego otoczenia dziecka. Dzieci mogą doświadczać typowych objawów charakterystycznych dla danego zaburzenia psychicznego, ale warto również poznać inne symptomy, sygnalizujące przeżywanie głębszych trudności (Dryden-Edwards, 2020).



Ramka nr 1. Jakie objawy u dziecka mogą budzić niepokój dorosłego?

(por. Dryden-Edwards, 2020; Marcelli, 2013; Sawaściuk, 2003; Rola, 2001).

- Somatyzacje (częste skargi somatyczne), np. bóle mięśniowe, nudności, bóle brzucha, głowy, złe samopoczucie.
- Problemy ze snem: bezsenność, ucieczka w sen (np. nadmierna senność w ciągu dnia), trudności z zasypianiem, koszmary senne, zgłaszanie uczucia zmęczenia zaraz po przebudzeniu rano, liczne wybudzenia w nocy.
- Zachowania charakterystyczne dla młodszego wieku (regresja w rozwoju), np. moczenie nocne, problemy z samodzielnym zasypianiem, napady złości, spieszczenie mowy.
- Obniżenie poziomu aktywności związanych z zabawą oraz nauką szkolną.
- Częste doświadczanie zmęczenia, apatia, utrata zainteresowania otoczeniem.
- Zmiany w zakresie apetytu (wzmóżony lub osłabiony apetyt, „zajadanie” emocji), wagi ciała i/lub nawyków żywieniowych.
- Osiąganie słabszych wyników w nauce.
- Zmiana postawy wobec szkoły, np. dziecko, które do tej pory lubiło chodzić do szkoły, przestało czerpać radość z aktywności szkolnej.
- Uporczywe doświadczanie nudy.
- Niestosowanie się do zasad lub zachowania agresywne, w tym agresja skierowana na siebie samego (autoagresja) w postaci: zaniżania własnej samooceny, samookaleczania się, uderzania, przymusu wyrywania sobie włosów lub szczypania się, nadmiernego odchudzania się.
- Poczucie niskiej wartości, nasilony samokrytycyzm.
- Okazywanie mniejszej troski o własne zdrowie i bezpieczeństwo oraz podejmowanie zachowań ryzykownych, np. zabawa niebezpiecznymi przedmiotami, inicjowanie bójek.
- Wzmóżony poziom obaw, nasilony lęk separacyjny, doświadczanie nagłego, przytłaczającego uczucia strachu bez wyraźnego powodu.
- Poczucie smutku i płaczliwość. Duże wahania nastroju.
- Wycofywanie się z kontaktów społecznych.
- Nieobecność zabawy z rówieśnikami.
- Nadmierny spokój lub podniecenie psychomotoryczne.

Chociaż dzieci w wieku szkolnym potrafią coraz lepiej werbalizować swoje emocje i potrzeby, to najprawdopodobniej nie będą w stanie zakomunikować opiekunowi lub nauczycielowi, że ich samopoczucie psychiczne uległo pogorszeniu. Problemy emocjonalne małego dziecka często są też maskowane objawami somatycznymi (np. ból brzucha). Uczeń doświadczający wzmożonego napięcia oraz lęku może jednocześnie być cichy i posłuszny, przez co jego trudności mogą zostać niedostrzeżone w społeczności szkolnej. Warto również wspomnieć, że kliniczny obraz objawów depresji małego dziecka różni się znacząco od depresji występującej u nastolatków czy osób dorosłych (Rola, 2001)¹. Na pierwszy plan wysuwa się drażliwość, gniew i/lub skłonność do irytacji, poczucie winy, beznadziejności czy częste skargi na odczuwanie nudy. Dlatego systematyczna obserwacja dziecka podczas codziennych aktywności może przynieść informacje diagnostyczne na temat jego aktualnego funkcjonowania. Jednymi z najcenniejszych informacji o dziecku są te pozyskane przez nauczyciela w środowisku szkolnym. Nauczyciel ma możliwość obserwacji ucznia podczas rozmowy, wykonywania przez niego zadań, pracy grupowej, zabawy indywidualnej lub w grupie rówieśniczej. Dodatkowo ma okazję do obserwacji aktywności podejmowanych przez ucznia w przebiegu przerwy międzylekcyjnej oraz zajęć wychowania fizycznego. Wychowawca jest w stanie także ocenić, jak często uczeń przebywa samotnie w klasie szkolnej (Rola, 2001).

Funkcjonowanie małego dziecka można podzielić na kilka kluczowych obszarów. Jednym z nich jest obszar relacji z innymi ludźmi. Aby obraz relacji dziecka z innymi (np. rówieśnikami, znaczącymi osobami dorosłymi) był nauczycielowi bliższy, pomocne mogą okazać się pytania zamieszczone poniżej (ramka nr 2).

¹ Więcej informacji na temat depresji dziecięcej dostarczy artykuł dostępny w ramach projektu „Szkoła wsparcia” – „Małe dziecko, duży smutek. Wsparcie ucznia z objawami depresji”.



Ramka nr 2. Obszar relacji

- Jak aktualnie przebiegają kontakty dziecka z rówieśnikami, a jak z osobami dorosłymi?
- Czy dziecko ma łatwość w nawiązywaniu relacji rówieśniczych? A może doświadcza znacznych trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z innymi dziećmi?
- Z kim najchętniej spędza czas wolny, bawi się i rozmawia?
- Czy werbalizuje, że źle się czuje, przebywając wśród innych osób, np. podczas przerwy międzylekcyjnej?
- Czy często doświadcza konfliktów koleżeńskich?
- Czy ma przyjaciółkę (przyjaciela) w swoim wieku? A może woli bawić się z dziećmi młodszymi lub starszymi od siebie?
- Czy werbalizuje, że doświadcza uczucia samotności albo odrzucenia ze strony innych dzieci?
- Czy, w percepcji dorosłego, dziecko od pewnego czasu stało się wycofane? Unika zabawy? Izoluje się od grupy rówieśniczej? Woli spędzać czas samotnie? Zdecydowanie częściej niż wcześniej wybiera zabawę indywidualną od włączenia się do zabawy z rówieśnikami?
- W jaki sposób wypowiada się o koleżankach i kolegach?
- Jak nauczyciel ocenia samopoczucie ucznia w zespole klasowym?
- Czy dziecko spędza czas z rówieśnikami także poza środowiskiem szkolnym, np. jest zapraszane na urodziny, koleżanki (koledzy) odwiedzają je w domu?

Umiejętność budowania pozytywnych relacji z rówieśnikami nabiera szczególnej roli w wieku szkolnym (Brzezińska, 2016; 2005). W kontakcie z koleżankami i kolegami dziecko ma możliwość nabywania nowych umiejętności społecznych – współpracy, rozwiązywania konfliktów, podejmowania różnych ról grupowych. W omawianej fazie rozwoju uczeń ma szansę kształtowania własnego poczucia kompetencji oraz pozytywnej samooceny. Brak satysfakcjonujących relacji koleżeńskich może zakłócać zaspokajanie potrzeby przynależności (tj. potrzeby przyjaźni, bycia kochanym, akceptacji grupy). Wczesne rozpoznanie problemów w obszarze relacji interpersonalnych pozwoli na szybsze ustalenie najodpowiedniejszej formy pomocy uczniowi, zaplanowanie interwencji oraz udzielenie mu wsparcia.

Drugim niezwykle ważnym obszarem funkcjonowania dziecka, który jednocześnie wpływa na jakość budowanych relacji interpersonalnych, jest obraz samego siebie (ramka nr 3).

Ramka nr 3. Obraz samego siebie

- Czy, w percepcji dorosłego, dziecko lubi siebie?
- Czy uczeń akceptuje cechy swojej kształtującej się osobowości oraz wygląd fizyczny?
- W jaki sposób dziecko wypowiada się o sobie oraz koleżankach i kolegach?
- Czy potrafi wymienić swoje mocne strony, uzdolnienia, sukcesy, powody, dla których jest z siebie dumne?
- Czy jest zadowolone z otrzymywanych ocen szkolnych?
- Czy dziecko pragnie rozwijać swoje zainteresowania?
- Czy żywi przekonanie, że potrafi wykonywać zadania tak samo dobrze, jak reszta jego rówieśników?
- Jak reaguje na pochwały słowne i okazywane zainteresowanie?

To, w jaki sposób dziecko będzie postrzegało siebie, mówiło o znaczących osobach, zainteresowaniach, sukcesach czy niepowodzeniach, stanowi „odbicie” jego wewnętrznego świata, który chcemy bliżej poznać. Jeżeli dziecko, porównując się z rówieśnikami, żywi przekonanie, że jest gorsze, ma w sobie poczucie bezwartościowości oraz nie jest zadowolone z siebie, będzie to wpływało nie tylko na kształtowanie się u niego poczucia mniejszej skuteczności oraz kompetencji (a tym samym stosunku do podejmowanych nowych zadań), ale i wpłynie na świat relacji z innymi. Pozytywny obraz siebie jest filarem zdolności do odczuwania radości, zaangażowania w naukę, realizowania uzdolnień oraz szacunku do samego siebie.

Każda nagła zmiana funkcjonowania dziecka w środowisku domowym i/lub szkolnym powinna zwrócić uwagę osoby dorosłej. Im wcześniej dorosły dostrzeże oraz zrozumie niepokojące emocje i zachowania dziecka, tym szybciej może zapewnić mu wspierające otoczenie rodzinne i edukacyjne oraz, w razie potrzeby, ułatwić dostęp do pogłębionej diagnostyki i specjalistycznego leczenia. Najczęstsze formy wsparcia dziecka obejmują: udział w regularnych spotkaniach z psychologiem dziecięcym lub w procesie psychoterapii indywidualnej (czasem dodatkowo w terapii rodzinnej) oraz konsultację z lekarzem psychiatrą dziecięcym, który może zalecić wdrożenie odpowiednio dobranej farmakoterapii. Priorytetem jest poznanie przyczyny problemu występującego u dziecka, co wiąże się z próbą udzielenia odpowiedzi na pytanie: „Co kryje się za danym objawem?”.

Bibliografia:

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2017). Anxiety and Children.
https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/The-Anxious-Child-047.aspx
2. Brzezińska, A. I. (2005). Psychologiczne portrety człowieka. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
3. Brzezińska, A. I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2016). Psychologia rozwoju człowieka. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
4. Child Mind Institute. 11 Signs of a Psychiatric Disorder. New list aims to help identify problems earlier.
https://childmind.org/article/11-simple-signs-a-child-may-have-a-psychiatricdisorder/#full_article
5. Dryden-Edwards, R. (2020). Mental illness in children.
https://www.medicinenet.com/mental_illness_in_children/article.htm
6. Jones, A. (2020). Your Kid's Baby Talk & Tantrums Are Normal Reactions To The Quarantine, Experts Say.
https://www.romper.com/p/children-regressing-during-quarantine-is-expected-reaction-experts-say22816851?utm_campaign=romper&utm_content=1588560900&utm_medium=owned&utm_source=facebook&fbclid=IwAR14yqUEH-OQWK-rS8g6MqDIMP3W6yYpAnNgdtV6XBtrpsSMY1YWKHjV-E8
7. Marcelli, D. (2013). Psychopatologia wieku dziecięcego. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
8. Nęcki, T. Psychopatologia dziecięca – co powinno zaniepokoić rodzica?
<https://www.psychiatria.pl/artukul/psychopatologia-dziecieca-co-powinno-zaniepokoic-rodzica/20729/2>
9. Pisano, L., Galimi, D., i Cerniglia, L. (2020). A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of Covid-19 lockdown in 4-10 years children in Italy.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/stwbn>
10. Rola, J. (2001). Depresja u dzieci. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
11. Sawaściuk, E. (2003). Autoagresja.
<https://psychologia.edu.pl/czytelnia/59-niebieska-linia/816-autoagresja.html>
12. Wilk, M. (2014). Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.