

Nietypowe zachowania u dziecka – czy to powód do niepokoju?

Agnieszka Wentrych

W poprzednich numerach miesięcznika „BLIŻEJ PRZEDSZKOLA” pisałam o nagłych zmianach w zachowaniu dziecka (nr 11/2023) oraz o nieprzewidywalnych reakcjach występujących u dzieci (nr 12/2023). Tym razem chciałabym się zatrzymać nad jeszcze inną kategorią kłopotliwych dziecięcych zachowań – mianowicie nad zachowaniami nietypowymi. Pisząc „nietypowe”, mam na myśli zachowania dziwne, osobliwe, nienaturalne, niezrozumiałe i nieadekwatne z perspektywy określonych sytuacji, w jakich dziecko się znajduje i w jakich je obserwujemy.

O ile w przypadku wcześniej opisywanych zagadnień stunkowo łatwo można było uchwycić przyczynę czy kontekst określonych trudności, o tyle nietypowe zachowania dziecka zdają się wymykać logicznym rozważaniom. Budzą tym samym uzasadniony niepokój nauczycieli i opiekunów dziecka. Zachowania te w postaci na przykład mówienia do siebie, wyrwania sobie włosów, zjadania niejadalnych rzeczy, brudzenia się lub bawienia nieczystościami (kałem, moczem), ściągania ubrań, niszczenia przedmiotów, wbijania w przedmioty, nagłego upadania lub uderzania głową, samouszkodzeń, tworzenia rysunków o niepokojącej treści – wprawdzie rzadziej, ale także bywają obserwowane

u dzieci uczęszczających do regularnej grupy przedszkolnej. Zachowania te niestety najczęściej świadczą o poważnych zaburzeniach w rozwoju dziecka, które mogą dotyczyć różnych sfer i obszarów oraz mieć mniej lub bardziej złożone, ale konkretne przyczyny. W tym artykule odniosę się do dwóch spośród co najmniej kilku możliwych kategorii przyczynowych, to jest zaburzeń neurorozwojowych oraz zaburzeń psychicznych.

Zaburzenia neurorozwojowe

Ujawniają się zazwyczaj w okresie niemowlęcym, dzieciństwie lub w wieku dorastania. Powstają w wyniku nieprawidłowego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego w okresie płodowym lub we wczesnym dzieciństwie. Klasyfikacja DSM-V¹ wskazuje na kilka kategorii zaburzeń neurorozwojowych, wśród których znajdują się niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia komunikacji, zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), specyficzne zaburzenia uczenia się (na przykład dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia), zaburzenia motoryczne oraz inne określone i nieokreślone zaburzenia neurorozwojowe (na przykład FASD, tiki). Proponuję przyjrzeć się bliżej dwóm spośród nich: niepełnosprawności intelektualnej oraz zaburzeniom ze spektrum autyzmu, i na tych przykładach omówić charakter występowania nietypowych zachowań u dzieci.

W przypadku niepełnosprawności intelektualnej, która u małego dziecka objawia się często w wielu sferach rozwojowych (nie tylko intelektualnej, ale także ruchowej, językowej i właśnie behawioralnej), nietypowe i dziwaczne zachowania są częste i znamienne, szczególnie gdy zaburzenie ma głębszy stopień (umiarkowane, znaczne). Kilkułecnie

¹ DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – najnowsza klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.



dziecko, choć osiąga względną sprawność motoryczną, intelektualnie funkcjonuje na tak niskim poziomie, że zachowania, jakie prezentuje, bardzo odbiegają od typowej aktywności jego rówieśników. Dziecko na przykład rzadko potrafi się bawić zabawkami przeznaczonymi dla jego kategorii wiekowej w sposób zgodny z ich funkcją, wykazując znaczne ograniczenie rozumienia funkcji przedmiotów. Podobnie nie potrafi właściwie ocenić znaczenia sytuacji społecznej, w jakiej się znajduje, czy celu działania, jakie podejmuje. Nie umie przewidywać następstw swoich reakcji ani efektywnie się uczyć na podstawie uprzedniego doświadczenia. Bada świat z poziomu zmysłów, podobnie jak czynią to niemowlęta. Dlatego najchętniej potrząsa, rzuca, uderza przedmiotami, intensywnie wpatruje się w przedmioty migocące, kręcące się, rozsmazuje lub rozchlapuje substancje w postaci papek lub płynów. Emocje okazuje całym ciałem, nie tylko mimiką, śmiechem, płaczem czy werbalnie (dziecko zwykle nabywa mowę z opóźnieniem), ale często krzykiem, piskiem, stereotypowymi ruchami rąk i nóg (trzepotanie, uderzanie) lub całego ciała (obracanie się, padanie). Istnieje jeszcze cały szereg osobliwych zachowań, które mogą pojawić się u dzieci z niższym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, wynikających z poważnych uszkodzeń struktur mózgowych lub zaburzeń czynności układu nerwowego. W takich przypadkach trudności występujące u dzieci niestety zwykle słabo poddają się oddziaływaniom edukacyjnym, a nawet terapeutycznym.

Bardzo często łączymy nietypowe zachowania u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD). Charakter i przejawy osobliwych zachowań zależne są od poziomu funkcjonowania dziecka z ASD. Zachowanie dzieci z tzw. spektrum o postaci wysokofunkcjonującej może w stosunkowo niewielkim stopniu odbiegać od zachowania „neurotypowego” rówieśnika (lub trudności ujawniają się u nich tylko w określonych

sytuacjach). Inaczej jest w przypadku dzieci, które funkcjonują na niskim poziomie, czyli gdy zaburzenie ma głębszy charakter. Niski poziom funkcjonowania dzieci z ASD wiąże się zarówno ze specyficznymi dla tego „syndromu” deficytami w sferach komunikacji, kontaktów społecznych oraz aktywności własnej, jak i z niespecyficznymi symptomami (czyli występującymi także w innych zaburzeniach lub w sposób izolowany) zaburzeń w rozwoju intelektualnym czy motorycznym. U dzieci z ASD obserwujemy często nietypowe zachowania w postaci na przykład stereotypii ruchowych, sztywnego przywiązania do rutyny, „nadwrażliwości” sensorycznych (szczególnie w obszarze słuchowym, dotykowym), skrajnej wybiórczości pokarmowej, „wyłączania się” czy „uciekania do swojego świata”, posługiwania się nietypowym (dziwacznym) językiem, niezdolności do podejmowania celowej zabawy oraz nawiązywania interakcji z rówieśnikami. Możemy zaobserwować też inne osobliwe zachowania, charakterystyczne także dla dzieci z intelektualną niepełnosprawnością czy problemami motorycznymi, na przykład machanie rękami, chodzenie na palcach, niezgrabność ruchową, trudności poznawcze, dziwaczne zabawy.

Odnosząc się do powyższych rozważań, zaznaczmy, iż nietypowe zachowania mogą pojawiać się u dzieci, u których występują inne z wymienionych wyżej zaburzeń neurorozwojowych. Dlatego zawsze stanowią one powód do niepokoju, uzasadniając potrzebę poszukiwania specjalistycznej pomocy dla dziecka.

Zaburzenia psychiczne

Nietypowe zachowania mogą być również symptomem szeroko pojętych zaburzeń psychicznych, do których zaliczamy m.in. zaburzenia emocjonalne. Zaburzenia psychiczne

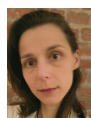
klasyfikowane medycznie występują nie tylko u osób dorosłych czy nastolatków, ale niestety dotyczą też najmłodszych. Mogą one mieć podłoże genetyczne, organiczne (szkodzenie struktur OUN) czy współwystępować z zaburzeniami nerurowzwojowymi. Mogą być także skutkiem doznanej przez dziecko traumy. Doświadczenie traumy ma swoisty charakter, gdyż kontekst tego doświadczenia w przypadku każdego dziecka jest inny. Ogólnie traumatyzacja może się wiązać na przykład ze stosowaniem przemocy lub nadużyć seksualnych wobec dziecka, może być skutkiem poważnych zaniedbań (deprywacja podstawowych potrzeb dziecka) lub porzucenia (zaburzenia więzi), może wynikać z doznanej utraty (śmierć najbliższego opiekuna), zagrożenia życia (pożar, wypadek, zbrodnia). Nie będę w tym miejscu przedstawiać szczegółowo klasyfikacji zawartej w indeksach medycznych (DSM, ICD²). Wskażę kilka przykładów czy przejawów zaburzeń psychicznych, z jakimi częściej można się spotkać, a mianowicie zaburzenia lękowe w postaci fobii, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (natręctwa, tiki), zaburzenia depresyjne (przejawiające się u dzieci bądź to skrajnym wycofaniem i zahamowaniem, bądź reakcjami agresywnymi i impulsywnymi), dziecięce psychozy (urojenia, omamy), dysocjacje (odrealnienie). Spotyka się także zaburzenia adaptacyjne (powodowane na przykład nagłą zmianą sytuacji życiowej) oraz zaburzenia pourazowe (tzw. zespół stresu pourazowego). Przejawami poważnych zaburzeń psychicznych mogą być wyjątkowo osobliwe zachowania dzieci, na przykład dziecko słyszy głosy lub widzi zjawiska, które obiektywnie nie istnieją (mówi do kogoś, kogo nie ma; zachowuje się, jakby było uczestnikiem sytuacji, która się w rzeczywistości nie odbywa – oczywiście nie chodzi o zabawy w udawanie i odgrywanie scen z bajek); tworzy rysunki o treści agresywnej (przemoc) lub seksualnej (wyłączając ilustracje nawiązujące do bajek, jakie dzieci zwykle oglądają);

opowiada dziwaczne historie; zadaje osobliwe pytania; odgrywa za pomocą zabawek sceny o brutalnej treści (jakiej nie zawierają dziecięce bajki); okazuje lęk lub zahamowanie, gdy zostanie przypadkowo dotknięte lub gdy ktoś zbliży się do niego; dokonuje samouszkodzeń (wyrwa włosy, intensywnie rozdrapuje rany, gryzie, szczypie, uderza się); uporczywie moczy się lub zanieczyszcza.

Jeśli nauczyciel obserwuje tego typu reakcje u dziecka w grupie przedszkolnej, z pewnością nie powinien przechodzić obok nich obojętnie. Wręcz przeciwnie, wydaje się, iż należy jak najszybciej interweniować. Trzeba jednak najpierw skonfrontować i skonsultować swoje obserwacje z zespołem przedszkolnym oraz opiekunami dziecka (warto jednakowoż mieć na względzie, że zaburzenia psychiczne i emocjonalne mogą częściej pojawiać się u dzieci, których środowiska wychowawcze są „pozabezpieczone”, co może oznaczać trudności w podjęciu współpracy z opiekunami).

Przywołując na koniec pytanie postawione w tytule artykułu: Czy nietypowe zachowania u dziecka stanowią powód do niepokoju?, odpowiadam – tak, niestety najczęściej są one powodem do niepokoju dla nauczyciela i opiekuna dziecka. Uzasadniają potrzebę zasięgnięcia specjalistycznej pomocy, w szczególności medycznej, psychologiczno-pedagogicznej, a często także instytucjonalnej. Nie należy ich ignorować. Praktyka psychologa poradni dowodzi, że w istocie nauczyciele nie pozostają obojętni wobec dziecięcych trudności. Przeciwnie – wykazują godną uznania otwartość do szukania wsparcia i podejmowania współpracy z szeroko pojętymi specjalistami. ■

Agnieszka Wentrych – psycholog, ukończyła szkolenie z zakresu psychoterapii systemowo-psychodynamicznej oraz szkolenie dla terapeutów EEG Biofeedback I i II stopnia. Na co dzień pracuje w poradni psychologiczno-pedagogicznej z dziećmi, młodzieżą i ich rodzicami. Prowadzi diagnozę psychologiczną rozwoju psychoruchowego oraz diagnozę trudności szkolnych dzieci i młodzieży, zajęcia terapeutyczne i ogólnorozwojowe, konsultacje dla rodziców dot. rozwoju i wychowania dziecka. Współpracuje z miesięcznikiem BLIŻEJ PRZEDSZKOLA od 2010 roku. Zawodowo interesuje się zagadnieniami z zakresu psychosomatyki, profilaktyki i promocji zdrowia, rozwoju i wychowania małego dziecka oraz rozwoju osobistego.



² ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (*International Classification of Diseases*); najnowsza wersja: ICD-11

R E K L A M A



dr Zuzanna Jastrzębska-Krajewska | Monika Sobkowiak | Miłosz Konarski

Jedynie takie TRIO: Pani Zuzia - Pani Monia - Pan Miłosz

Praktyczna i teoretyczna baza
rozwiązań do pracy w przedszkolu



informacje i zapisy: www.blizejprzedszkola.pl/szkolenia