

ANKSTYVOJO AMŽIAUS VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMAI



ANKSTYVOJO AMŽIAUS VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMAI



Projektas „Vaikų ir paauglių psichikos ir
raidos sutrikimų prevencija ir pagalba šeimai“:
finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis

Ankstyvojo amžiaus vaikų raidos sutrikimai : Autorių kolektyvas – Vilnius : MB Euges, 2023 m. – 288 psl.: iliustr.

ISBN 978-609-96400-0-6

Vadovėlyje išdėstyti ankstyvojo amžiaus vaikų raidos sutrikimų šiuolaikiniai prevencijos, diagnostikos, gydymo, ankstyvosios reabilitacijos, pagalbos šeimai principai. Autoriai apibendrina naujausius šios srities mokslo pasiekimus ir Vaiko raidos centro specialistų 30 metų praktinio darbo patirtį. Vadovėlis skirtas visų specialybių gydytojams, medicinos psichologams, klinikiniais logopedams, kineziterapeutams, ergoterapeutams, socialiniams darbuotojams, slaugytojams, meno terapeutams, medicinos, sveikatos ir socialinių mokslų studentams.

Bibliografinė informacija pateikiama Lietuvos integralios bibliotekų informacinės sistemos (LIBIS) portale ibiblioteka.lt

Nuotraukos iš VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaiko raidos centro archyvo.

© Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, 2023 m.

© MB Euges, 2023 m.

Šiame leidinyje surinkta ir susisteminta medžiaga yra autorinis darbas, saugomas autoriaus teisės normų. Visą medžiagą arba dalį medžiagos, išspausdintos šiame leidinyje, dauginti, platinti arba naują medžiagą sisteminti, naudojantis šio leidinio struktūra, forma ir koncepcija, ne asmeniniams tikslams leidžiama tik turint raštišką leidyklos sutikimą. Leidinio medžiagą be leidyklos sutikimo naudoti galima tik Lietuvos Respublikos įstatymų numatytais atvejais.

Autoriai:

Prof. Dainius Pūras
Prof. Vytautas Basys
Dr. Jovita Petrulytė
Laima Mikulėnaitė
Rimutė Grigelionienė
Karolina Petrauskienė
Rūta Matukaitė
Edita Janonienė
Eglė Grakauskaitė-Kodikienė
Akvilė Marcikonytė
Judita Dovydenaitė
Irina Butkienė
Justina Tamošunienė
Milda Serbentavičiūtė
Vilma Danilevičienė

Recenzentai:

Prof. Juozas Raistenskis
Doc. Jurgita Grikinienė

Vadovėlio leidybai pritarė Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto taryba
2023-05-30, Protokolo Nr. (1.2) 150000-TP-6-7.

Turinys

Įvadas.....	7
1 skyrius • PAGALBA VAIKAMS SU RAIDOS IR PSICHIKOS SUTRIKIMAIS: POŽIŪRIŲ KAITA LIETUVOJE IR PASAULYJE	
<i>Dainius Pūras</i>	9
2 skyrius • NEIŠNEŠIOTŲ NAUJAGIMIŲ RAIDOS PRIEŽIŪRA IR ILGALAIKIS STEBĖJIMAS	23
Įvadas	
<i>Prof. Vytautas Basys</i>	23
Neišnešiotais gimusių vaikų raidos ypatumai	
<i>Rimutė Grigelionienė</i>	25
Neišnešiotų naujagimio raidos stebėjimas pirmaisiais metais	
<i>Karolina Petrauskienė</i>	37
Psichologiniai neišnešiotumo aspektai	
<i>Ieva Bačkienė</i>	53
Neišnešiotų naujagimių motorinės raidos ypatumai	
<i>Vilma Danilevičienė</i>	59
Neišnešiotų vaiko sensomotorinė raida, savireguliacija, elgsena	
<i>Judita Dovydenaitė</i>	63
3 skyrius • VAIKO RAIDA IR JOS IŠTYRIMAS	
<i>Laima Mikulėnaitė</i>	76
Vaiko raidos ypatumai	76
Vaiko raidos tyrimo principai.....	83
Bendri ankstyvi raidos sutrikimų požymiai	99
Ankstyvoji bendro raidos sutrikimo diagnozė.....	100
Ankstyvoji autizmo diagnozė.....	104
Ankstyvoji cerebrinio paralyžiaus diagnozė	112
4 skyrius • TĖVŲ IR VAIKO SANTYKIŲ RAIDA IR SUTRIKIMAI	
<i>Eglė Grakauskaitė-Kodikienė</i>	122
Ankstyvoji vaiko elgesio raida.....	122
Pirmieji gyvenimo metai	122
Antrieji ir tretieji gyvenimo metai.....	132

5 skyrius • RAIDOS SUTRIKIMAI: DIAGNOSTIKA, PAGALBOS BŪDAI 137

Raidos sutrikimų sąvokos supratimas <i>Laima Mikulėnaitė</i>	137
Intelektų sutrikimas (protinis atsilikimas) <i>Laima Mikulėnaitė</i>	142
Vaikų kalbos ir kalbėjimo raidos sutrikimai <i>Jovita Petrulytė</i>	152
Autizmas <i>Laima Mikulėnaitė</i>	162
Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, vertinimas <i>Akvilė Marcikonytė</i>	184
Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, motorikos sutrikimai <i>Milda Serbentavičiūtė</i>	192
Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, elgesio valdymas <i>Irina Butkienė</i>	206
Cerebrinis paralyžius <i>Rūta Matukaitė</i>	216
Miegas ir jo ypatumai vaikams su raidos sutrikimais <i>Edita Janonienė</i>	227
Vaikų, turinčių raidos sutrikimų, maitinimo ypatumai <i>Jovita Petrulytė</i>	238
Vaikų, turinčių raidos sutrikimų, sensoriniai ypatumai <i>Justina Tamošunienė</i>	247

6 skyrius • PAGALBA TĖVAMS, AUGINANTIEMS SUTRIKUSIOS RAIDOS VAIKĄ

<i>Laima Mikulėnaitė</i>	278
Šeimos krizės įtaka.....	278
Tėvų mokymo principai.....	280
Išmokime būti partneriais.....	283

IVADAS

Vaikų raidos sutrikimai – tai viena iš dažniausių ankstyvojo amžiaus vaikų sveikatos problemų, apimančių visas pagrindines vaiko ir šeimos gyvenimo sritis. Ankstyvas šių sutrikimų išaiškinimas ir kompleksinė pagalba ypač svarbi tolesnei vaiko sveikatai ir raidai, elgesio ir emocinių sutrikimų prevencijai, vaiko integracijai į švietimo sistemą ir visuomenės gyvenimą.

Ankstyvoji reabilitacija yra sveikatos priežiūros sritis, apimanti ankstyvą raidos sutrikimų diagnostiką, ankstyvą kompleksinę pagalbą raidos sutrikimų ar jų rizikos veiksmų turintiems vaikams, pagalbą šeimai. Teikiant ją dalyvauja gydytojai, psichologai, klinikiniai logopedai, kineziterapeutai, ergoterapeutai, specialieji pedagogai, meno terapeutai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai. Lietuvoje nuo 2000 m. veikia daugiau kaip 50 asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių tiek ambulatorinę, tiek stacionarinę ankstyvąją reabilitaciją, tinklas. Teikiant pagalbą sutrikusios raidos vaikui ir šeimai dalyvauja įvairių sveikatos priežiūros sričių specialistai, kuriems reikalingos vaiko raidos, pediatrijos, neurologijos, psichologijos, psichiatrijos žinios.

Šis vadovėlis, parengtas Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Reabilitacijos, fizinės medicinos ir sporto katedros, Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinikos ir Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaiko raidos centro tarpdalykinės specialistų komandos, apibendrina ilgametę vaikų raidos sutrikimų diagnozavimo, gydymo ir reabilitacijos patirtį. Jis turėtų būti naudinga priemonė tiek įvairių sveikatos priežiūros sričių studentams, tiek specialistams praktikams.

Dr. Jovita Petruolytė

1 skyrius

PAGALBA VAIKAMS SU RAIDOS IR PSICHIKOS SUTRIKIMAIS: POŽIŪRIŲ KAITA LIETUVOJE IR PASAULYJE

Dainius Pūras

Jau 20 amžiaus pabaigoje, o dar labiau – 21-ajame amžiuje, psichikos sveikata iš anksčiau buvusios paribio srities palaipsniui tapo viena iš svarbiausių sveikatos, švietimo ir socialinės politikos sričių. Ypač svarbia sritimi vis labiau laikoma vaikų psichikos sveikata, kuri daugiausia apima sveikos vaiko raidos stiprinimą. Tarptautinės organizacijos, tokios kaip Jungtinės Tautos (JT), Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), Europos Sąjungos (ES) bei Europos Tarybos (ET) struktūros, skatina valstybes ir jų vyriausybes vis daugiau ir su geresne kokybe investuoti į psichikos sutrikimų prevenciją bei kompleksinę pagalbą psichikos ir raidos sutrikimus turintiems vaikams. Kompleksinė pagalba apima ugdymą, gydymą, reabilitaciją ir pagalbą šeimoms, kuriose auga tokie vaikai.

Kaip paaiškinti didėjančią vaikų psichikos sveikatos bei sveikos raidos svarbą ir būtinybę veiksmingai investuoti į problemų, susijusių su šia sveikata, prevenciją? Visų pirma, epidemiologiniai tyrimai atskleidė didelį vaikų raidos ir psichikos sutrikimų paplitimą. Antra, kaupėsi žinios apie tai, kad, jei šios problemos veiksmingai nesprenžiamos, sukeliama labai didelė ekonominė ir socialinė našta visuomenėms. Trečia, vaikystėje ir paauglystėje prasidėję raidos ir psichikos sutrikimai dažnai linkę tęstis suaugusiųjų amžiuje ir todėl gali ilgam ir stipriai sutrikdyti gyvenimo kokybę.

Trumpa istorija, ištakos ir šiuolaikiniai principai

Pagalbos vaikams su raidos ir psichikos sutrikimais istorija yra labai įdomi ir pamokanti. Paieškos, kaip vykdyti veiksmingą šių sutrikimų prevenciją ir teikti efektyvią pagalbą esant tokiems sutrikimams, vyksta pasaulyje jau daug metų. Šios paieškos susijusios su įvairiomis mokslo ir praktikos sritimis, todėl proveržiai sėkmingai įgyvendinant mokslo atradimus praktikoje vyksta ne tiek kurioje nors vienoje mokslo srityje, kiek įvairių sričių sankirtoje. Tai medicina (pediatrija, psichiatrija, reabilitacija, neurologija), psichologija, pedagogika (bendroji, socialinė ir specialioji), socialinis darbas, visuomenės sveikata ir dar daugybė kitų sričių.

Pagalbos būdų kūrimas, diegimas į kasdienę praktiką ir jų tvari plėtra turi bendrus visam pasauliui ypatumus, tačiau esama ir nemažų skirtumų tarp žemynų ir valstybių.

Ypač vaisingas šios srities plėtrai buvo 20-asis amžius. Jau ir iki Antrojo pasaulinio karo būta nemažai įvairių tarnybų ir paslaugų rizikos grupių vaikams ir šeimoms užuomazgų. Bet ypač sparčiai, labiausiai – Vakarų Europos ir Šiaurės Amerikos valstybėse, kompleksinė pagalba šiems vaikams pradėta plėtoti po Antrojo pasaulinio karo.

Jau apie 1960-uosius metus daugelyje išsivysčiusių Vakarų pasaulio valstybių veikė platus tinklas tarnybų, teikiančių kompleksinę (medicininę, psichologinę, socialinę, pedagoginę, logopedinę) pagalbą vaikams su raidos, psichikos ir elgesio sutrikimais.

Nors įvairiose valstybėse dėl jų nacionalinių istorinės raidos ypatumų buvo paslaugų plėtros skirtumų, svarbiausia yra žinoti bendrus principus, kurių laikomasi tose valstybėse, kurios sukūrė veiksmingiausias pagalbos sistemas. Mokantis iš padarytų klaidų, įgyvendinant šiuolaikinius principus, visų pirma remiantis žmogaus teisių ir mokslo žinių principais, per 20-ojo amžiaus antrąją pusę susiformavo svarbiausi tokių paslaugų plėtros principai, kurių rekomenduojama laikytis.

Vaiko teisių apsaugos principai

Pagal Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvenciją, kurią yra ratifikavusi ir Lietuvos Respublika, kiekvienam vaikui reikia užtikrinti šias teises:

- Vaikui be jokių išimčių garantuojamos visos piliečio teisės.
- Vaikas turi teisę visapusiškai vystytis, įskaitant ir teisę į emocinę bei socialinę raidą.
- Vaikui teikiama ypatinga apsauga ir sudaromos galimybės sveikai raidai.
- Vaikui užtikrinamas visapusiškas socialinis aprūpinimas ir sveikatos priežiūra.
- Specialiųjų poreikių vaikas turi teisę į ypatingą globą, padedant jam gyventi visą gyvenimą ir integruotis į socialinę aplinką.
- Vaikas turi teisę gyventi su tėvais jų mylimas ir globojamas. Valstybė turi užtikrinti reikiamą paramą, kad tėvai galėtų įgyvendinti šią vaiko teisę.
- Vaikas turi teisę į mokymą, lavinimą, poilsį ir laisvalaikį.
- Vaikas turi teisę į apsaugą nuo bet kokio išnaudojimo ir netinkamo elgesio.
- Vaikas turi teisę į asmeninio gyvenimo apsaugą.
- Vaikas turi teisę turėti savo nuomonę ir ją reikšti.

Paslaugų teikimo principai

Pasaulio sveikatos organizacija, Europos Sąjungos institucijos ir kitos tarptautinės organizacijos yra sutarusios dėl svarbiausių vaikų psichikos sveikatos priežiūros principų. Nemažai valstybių šiuos principus yra įdiegusios praktikoje per moksliskai pagrįstos vaikų psichikos sveikatos politikos formulavimą, stebėseną ir nuoseklų įgyvendinimą.

Teikiant kompleksinę pagalbą vaikams su raidos ir psichikos sutrikimais, svarbu užtikrinti, kad ši pagalba būtų teikiama keliuose lygiuose.

Ikklinikiniu (prevencijos) lygiu turi būti užtikrinta veiksminga vaikų raidos, psichikos ir elgesio sutrikimų prevencija. Ši prevencija vyksta keliais būdais (universalai, selektyvi ir kt.). Kartu su psichikos sveikatos stiprinimo, emocinio raštingumo mokymo, socialinių įgūdžių mokymo, tėvystės įgūdžių mokymo programomis, tęstines, mokslo žiniomis grįstas prevencines programas turi teikti ir finansuoti keli sektoriai, visų pirma – sveikatos apsaugos, švietimo ir socialinės apsaugos sektoriai. Sveikatos apsaugos sektorius, be abejo, neturi būti atsakingas už visas šios srities prevencines programas. Tačiau dėl suprantamos priežasties – kadangi kalbama apie sveikatą – sveikatos sektorius turi demonstruoti lyderystę šioje srityje ir kviesti kitus sektorius atsakingai prisijungti.

Pasaulyje ir Europoje sukaupia labai plati įvairių prevencijos programų, nukreiptų į saugią ir sveiką vaikystę, patirtis. Kaip viena iš svarbiausių prevencijos krypčių, yra valstybių pastangos investuoti į veiksmingą (pozityvią) tėvystę, mokant mamas ir tėčius praktinių įgūdžių auginti ir auklėti vaikus be smurto, kartu aiškiai nustatant ribas tarp priimtino ir nepriimtino elgesio.

Tėvų kompetencijos stiprinimas nėra vienintelis apsauginis veiksnys. Atsparumo reiškinys buvo tyrinėjamas trečiojo pasaulio valstybėse analizuojant, kodėl net labai sunkiomis sąlygomis (skurde, be tėvų globos, be būsto ir labai sunkiomis materialinėmis ir fizinėmis sąlygomis) augantys vaikai dažnai subręsta kaip sveikos asmenybės. Nors teoriškai tokia didelė rizikos veiksnių sanauka neišvengiamai turėtų sukelti gausius elgesio, emocijų ir asmenybės sutrikimus, daugeliui vaikų pavyksta tokių sutrikimų išvengti. Tyrimai parodė, kad gali užtekti net ir vieno ilgiau veikiančio apsauginio faktoriaus keliems ar net keliolikai rizikos veiksnių neutralizuoti. Tokį vaidmenį gali atlikti net ir vienas suaugęs žmogus, užmezgęs emocinį ryšį ir ilgesnį laiką su tinkamai bendraujantis su vaiku (pvz., vaiko futbolo treneris, giminaitis ar kitas artimas žmogus).

Kitas pagalbos teikimo lygis – tai klinikinės (asmens sveikatos priežiūros) paslaugos.

Kad ir kokia būtų sėkminga prevencinė veikla, jokiai valstybei niekada nepavyks išvengti, kad joje nebūtų vaikų ir paauglių su įvairiais raidos ir psichikos sutrikimais. Todėl kita, ne mažiau svarbi vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtros dalis yra kompleksinė pagalba tiems vaikams (ir jų šeimų nariams), kurie turi lengvesnių ar sunkesnių psichikos sveikatos sutrikimų.

Pasaulio valstybių patirtis, plėtojant tokias paslaugas, yra labai turtinga. Jau daug dešimtmečių svarbiausia kryptis buvo atsisakyti institucinės pagalbos formų ir plėtoti bendruomenės lygiu teikiamas ir į šeimą orientuotas paslaugas. Nors svarbiausias gydymo objektas visada buvo vaikas, turintis sutrikimą, jau senokai pripažinta, kad vien į vaiką ir jo psichikos sutrikimą nukreiptų intervencijų nepakaks. Vienodai svarbios yra

paslaugos, nukreiptos į vaikui svarbią aplinką. Tai pagalba tėvams ir kitiems šeimos nariams, taip pat bendradarbiavimas su švietimo ir socialinės apsaugos sistemomis, ypač su ugdymo įstaigomis ir vaiko teisių apsaugos tarnybomis.

Taigi, raidos pediatrija bei vaikų ir paauglių psichiatrija skiriasi nuo kai kurių kitų medicinos ir pediatrijos sričių. Į pagalbos sistemas nukreipti žmoniškieji ir finansiniai ištekliai turi būti racionaliai ir išmintingai paskirstyti tokiu būdu, kad nemaža specialistų darbo laiko dalis būtų skirta darbui ne tik su vaiku, bet ir su tėvais, mokytojais, socialinių tarnybų darbuotojais.

Kitas vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistemos ypatumas – diagnostikos ir gydymo priemonių arsenale dominuoja ne biomedicininiai, o psichosocialiniai diagnostikos ir gydymo metodai.

Pirminiu sveikatos priežiūros lygiu jau vyksta asmens sveikatos priežiūros paslaugų (t. y. klinikinių paslaugų) teikimas. Šią veiklą vykdo bendrosios praktikos gydytojai ir pediatrai su savo pagalbininkais, pasitelkdami savivaldybių psichikos sveikatos specialistus (vaikų ir paauglių psichiatrus, psichologus, socialinius darbuotojus).

Antriniu sveikatos priežiūros lygiu teikiama specializuota pagalba vaikams ir paaugliams, kurie turi klinikiniu aspektu sunkesnius arba vadybiniu atžvilgiu sudėtingesnius psichikos sutrikimus. Tokią pagalbą daugelyje valstybių užtikrina atskirai dirbantys – po vieną arba komandos principu – vaikų psichikos sveikatos priežiūros specialistai. Daugelyje valstybių privačiai dirbantys specialistai (dažniausiai tai psichologai arba socialiniai darbuotojai) teikia tęstines psichoterapijos paslaugas, kurios yra apmokamos, jei tam yra klinikinių indikacijų, iš sveikatos draudimo arba valstybės biudžeto lėšų. Sudėtingesni atvejai nukreipiami į regioninius centrus, kuriuose mobili nestacionarinė arba dienos stacionaro pagalba teikiama vaikams, paaugliams ir šeimoms. Tokie centrai, kaip rodo įvairių valstybių patirtis, turėtų aptarnauti ne mažiau kaip 150 000 ir ne daugiau kaip 500 000 gyventojų turinčią teritoriją. Tokiam gyventojų skaičiui aptarnauti turi būti steigiamas regioninis vaikų psichikos sveikatos priežiūros centras su visais būtinaisiais infrastruktūros komponentais.

Dar sudėtingesniems atvejams gydyti kuriami specializuoti paslaugų teikimo lygiai. Pvz., Jungtinėje Karalystėje veikia tretinio ir ketvirtinio lygių (angl. *tiers*) infrastruktūra. Šiuose lygiuose teikiama labai specializuota pagalba vaikams ir paaugliams, kurie turi kompleksinių psichikos sutrikimų ir kurių veiksmingam tęstiniam gydymui reikia išplėstinės specialistų komandos.

Prireikus sprendžiama dėl hospitalizacijos į vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionarą. Ilgametė patirtis parodė, kad vaikų ir paauglių sutrikimams veiksmingai gydyti svarbiausia yra išvystyti lankstų kelių lygių nestacionarinės pagalbos tinklą ir vengti per dažnai naudoti stacionaro lygį.

Kelių visaverčių lygių kokybiška veikla yra būtina sistemos efektyvumo garantija. Jei kuriame nors lygyje dėl vieno ar kitų priežasčių neveikia „filtras“, visa sistema sutrinka ir tampa neefektyvi.

Lietuvos situacija iki 1990 metų

Lietuvoje iki 1990 metų dėl gerai žinomų istorinių ir geopolitinių priežasčių didelę įtaką darė sovietinė ideologija ir specifinės sovietinės konkrečių mokslo ir praktikos sričių mokyklos. Tarp jų verta paminėti psichiatrijos ir defektologijos mokyklas.

Sovietinė psichiatrijos mokykla formavosi per keletą dešimtmečių kaip pabrėžtinai biomedicininis modeliu grįsta psichikos sutrikimų diagnostikos bei gydymo teorija bei praktika. To meto ideologija pabrėžė, kad yra įveiktas kapitalizmas ir kartu esą pašalintos visos priežastys psichikos sveikatos problemoms atsirasti dėl ekonominių ir socialinių veikslių, todėl bet kokia psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra (išskyrus gydymą medikamentais, stacionarinį gydymą ir asmenų talpinimą į nuolatinės globos įstaigas) daug dešimtmečių apskritai nevyko.

Toks vienpusis modelis visų pirma neigiamai atsiliepė psichologinių, psichosocialinių, psichoterapinių ir kitų nemedikamentinių paslaugų plėtrai. Vakarų psichiatrijoje, pediatrijoje ir kitose medicinos srityse įvairios „terapijomis“ (angl. *therapy*) vadinamos nemedikamentinės paslaugos 20 amžiuje įsitvirtino kaip reikalingos, mokslo žiniomis grįstos, lygiavertės biomedicininėms intervencijoms, o Rytų ir Vidurio Europoje dėl jau minėtų aplinkybių jos ilgą laiką buvo nei vertinamos, nei laikomos svarbiomis, nei plėtojamoms ar adekvačiai finansuojamos.

Kitas svarbus sovietinės psichiatrijos ypatumas buvo šiuolaikinių žmogaus teisių principų nepaisymas. Sovietinė psichiatrijos mokykla susilaukė tarptautinio pasmerkimo dėl piktnaudžiavimo psichiatrija politiniais tikslais. Buvo paplitusi žmonių, kuriems diagnozuotas psichikos sutrikimas, diskriminacija. Įprasta praktika buvo kiek sunkesniu ir užsitęsusiu psichikos sutrikimu susirgusį žmogų visam likusiam gyvenimui patalpinti į vadinamąjį psichoneurologinį internatą, kuriame paprastai būdavo orumą žeminančios gyvenimo sąlygos, ką jau kalbėti apie nepagarbą šių žmonių pilietinėms teisėms ir laisvėms.

Būtent suaugusiųjų psichiatrijos ir iš dalies vaikų neurologijos pagrindu apie 1970-uosius metus pradėjo formuotis sovietinė vaikų ir paauglių psichiatrija. Kadangi visos tuometinės sąjunginės respublikos (taigi ir Lietuva) turėjo unifikuotu būdu vykdyti nurodymus iš Maskvos, Lietuvoje taip pat pradėta plėtoti vaikų ir paauglių psichiatrijos tarnyba. Kaip šio sprendimo pasekmė Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje (visuomenėje geriau žinomoje kaip Naujosios Vilnios ligoninė) 20 amžiaus 8-ajame dešimtmetyje buvo įkurti du vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionaro skyriai, veikė ambulatorinė konsultacija.

Kita svarbi kryptis buvo pagalbos vaikams su raidos sutrikimais teorija ir praktika. Panašiai kaip ir su psichiatrijos situacija, sovietinėje sistemoje 50 metų buvusios Lietuvos patirtis paliko gilų įspaudą ir šioje srityje. Sovietų Sąjungoje dominavo vadina moji defektologijos mokykla. Jau vien terminai – *defektas, defektologija, oligofrenija, nevisaverčiai vaikai* – atspindi daug metų vyravusią teoriją ir praktiką. Vaikai su raidos sutrikimais, pavyzdžiui, su intelekto negalia, buvo laikomi nepagydomais ir neugdy tinais, todėl tėvams medikai stipriai rekomenduodavo vaikų, gimusių ir augančių su bent kiek sunkesniu raidos sutrikimu, atsisakyti. Kad būtų aiškios to laikmečio vertybi nės nuostatos, užtektų paminėti, kad vaikai, jiems diagnozavus Dauno sindromą, buvo priskiriami prie vaikų su itin sunkiais raidos sutrikimais. Kadangi tuometinė specialioji pedagogija (defektologija) juos laikė neugdytiniais, o medicina – nepagydomais, spe cialistai buvo linkę įtikinėti tėvus atsisakyti tokių vaikų ir perduoti tolesnę tokių „ne perspektyvių“ vaikų globą ir slaugą specializuotoms nuolatinės globos įstaigoms. Iki mokyklinio amžiaus vaikams tai buvo „sutrikusio vystymosi kūdikių namai“, o vyresnio amžiaus vaikams – psichoneurologiniai vaikų internatai. Įdomu tai, kad kūdikių namai buvo pavaldūs sveikatos sistemai ir laikyti gydymo įstaigomis, psichoneurologiniai in ternatai buvo socialinės apsaugos (globos) sistemos dalis, o specialiosios pagalbinės mokyklos (kurios dažnai buvo internatinės, o tai reiškia, kad jas lankantys vaikai tose įstaigoje ir gyvenimo) priklausė švietimo sistemai.

Sovietinėje sistemoje galima buvo aptikti daug reiškinių, kurie apibūdinami kaip „savaimė išsipildanti pranašystė“ (angl. *self-fulfilling prophecy*). Pateiksime pavyzdį. Jei tėvai pakludavo gydytojų ir kitų specialistų spaudimui ir sutikdavo, kad vaikas su tam tikru raidos sutrikimu, kaip „neperspektyvus“ gydymo ar ugdymo prasme, gyvens ir bus globojamas internatinėje įstaigoje, toks vaikas patekdavo į nuolatinės globos įstaigą. Toje įstaigoje, jį iš esmės tik slaugant, neužtikrinant individualaus emocinio ryšio su bent vienu žmogumi, vaiko emocinė ir socialinė raida blogėdavo, atsirasdavo papildomų sutrikimų, būdingų socialinei deprivacijai ir instituciniam sindromui. Po 5–10 metų vertinant tokį vaiką sistemos atstovai galėdavo patvirtinti savo ankstesnę „neperspektyvumo“ prognozę.

Panašus likimas laukė ir autizmo paliestų vaikų. Tuo metu Lietuvoje buvo įsitvir tinusi „Maskvos psichiatrijos mokykla“, kuri garsėjo neįprastai plačiu schizofrenijos diagnozės taikymu. Paskutiniaisiais XX amžiaus dešimtmečiais pasaulyje dažnai aptari nėta Maskvos mokyklos įtaka suaugusiųjų psichiatrijai ir dėl jos vykęs piktnaudžiavi mas psichiatrija politikos tikslais (kitaminčių, kaip psichikos ligonių, diagnozavimas ir priverstinis gydymas). Tačiau svarbu žinoti, kad Maskvos psichiatrijos mokykla stip riai paveikė ir visos tuometinės Rytų Europos vaikų ir paauglių psichiatriją bei raidos pediatriją. Būtent dėl Maskvos mokyklos įtakos net ikimokykliniame amžiuje aptikus autizmo sutrikimui būdingus požymius buvo diagnozuojama „ankstyvoji vaikų schizo-

frenija“. Atitinkamai, pagal medicininiam modeliui būdingą ligų gydymo logiką, buvo imamasi nemažų pastangų siekiant medicininėmis priemonėmis išgydyti autizmą kaip ligą ar bent sustabdyti tariamos ligos progresavimą. Akivaizdu, kad tokia taktika ne tik nepadėdavo vaiko sveikatai ir visapusei raidai, bet ir tą raidą bei vaiko psichiką dar labiau trikėdė. Po ilgai trunkančio gydymo nemažomis psichotropinių vaistų (dažniausiai – haloperidolio) dozėmis gydytojai informuodavo tėvus, kad joks gydymas nepadeda, ir rekomenduodavo dėl blogėjančios būklės vaiką nukreipti nuolatinei globai į internatinę įstaigą. Kaip šiandien jau daug kas gerai supranta, autizmo paliestų vaikų raidai ir socialinei adaptacijai tokie „pagalbos“ būdai kaip institucinė globa ar ilgalaikis gydymas psichotropiniais medikamentais galėjo padaryti raidos sutrikimų turintiems vaikams žymiai daugiau žalos negu naudos.

Visa tai lėmė, kad Lietuvoje iki 1990 metų veikusi pagalbos vaikams su raidos ir psichikos sutrikimais sistema buvo ne tik neveiksminga, bet ir, grubiai pažeisdama vaiko teises ir nepaisydama šiuolaikinių principų, ne tiek vaikams ir jų tėvams padėdavo, kiek žalodavo vaikų sveikatą bei raidą. Tuo metu nuolat augo vaikų skaičius įvairiose nuolatinės globos įstaigose, vaikams ir tėvams nebuvo teikiama jokia psichologinė ir psichosocialinė pagalba (net nebuvo tokių svarbių profesinių grupių kaip socialiniai darbuotojai). Šias dideles spragas pagalbos sistemoje užpildydavo vaikų gydymas didelėmis psichotropinių medikamentų dozėmis, jų ilgos hospitalizacijos psichiatrijos stacionare.

Kodėl Sovietų Sąjungoje, o kartu ir Lietuvoje iki 1990 metų nebuvo plėtojamos tokios bendruomeninės paslaugos vaikams su raidos ir psichikos sutrikimais bei jų šeimoms, kokios keletą dešimtmečių po Antrojo pasaulinio karo buvo stipriai išplėtos daugelyje Europos ir pasaulio valstybių? Atsakant į šį klausimą, būtina prisiminti keletą dešimtmečių vykusį Šaltąjį karą. Būtent dėl Šaltojo karo metu vykusių įtampų Sovietų Sąjunga tvirtino, socializmui nugalėjus kapitalizmą, išsprendusi visas ekonomines ir socialines problemas, tarp jų ir susijusias su psichikos sveikata. Todėl bet kokią vaikų ar suaugusiųjų psichikos sveikatos problemą sovietinė ideologija interpretavo kaip kylančią iš sutrikusios smegenų veiklos (biologinę), jei tai vyko Sovietų Sąjungoje. Primityviai biologizavus visas su psichikos sveikata susijusias problemas, nebuvo plėtojamos bendruomeninės paslaugos, nereikėjo psichologų ar socialinių darbuotojų. Gydymas buvo suprantamas kaip bandymas vaistais ar kitais biologiniais būdais paveikti smegenis, remiantis I. Pavlovo išvystyta teorija (nors, kaip žinia, I. Pavlovas tyrinėjo ne žmones, o šunis). Tuo tarpu ta pati psichikos sveikatos problema Vakarų pasaulyje sovietų buvo vertinama kaip kapitalistų vykdomo darbo žmonių socialinio ir ekonominio engimo pasekmė.

Apibendrinus galima tvirtinti, kad moderni raidos pediatrijos bei vaikų ir paauglių psichiatrijos plėtra dėl tuometinės santvarkos ir dominavusių požiūrių buvo užblokuota.

Permainos atkūrus Lietuvos nepriklausomybę. Vaiko raidos centro modelis

Lietuvai atkūrus nepriklausomybę 1990 metais, atsirado galimybė atsisakyti buvusios neveiksmingos pagalbos sistemos ir pradėti perimti turtingą demokratinio pasaulio patirtį šioje svarbioje srityje.

Vaikų psichikos sveikatos priežiūros idėjas Lietuvoje bandoma nuosekliai įgyvendinti nuo 1990 metų. Tais metais Sveikatos apsaugos ministerija įkūrė Vaiko raidos centrą (tuo metu vadintą Vaikų psichikos sveikatos centru), kurio svarbiausia misija buvo diegti naują veiksmingą, pagarba vaiko teisėms grįstą požiūrį, o kartu diegti į kasdienę praktiką atitinkamus diagnostikos ir kompleksinio gydymo metodus. Taip buvo padėti pamatai Lietuvos vaikų psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų gydymo, reabilitacijos ir prevencijos sistemai.

Vaiko raidos centro idėja buvo tokia, kad šioje įstaigoje bus diegiami į praktiką tie pasaulyje žinomi pagalbos (diagnostikos, gydymo, reabilitacijos) vaikams su raidos ir psichikos sutrikimais metodai, kurių plėtra nebuvo įmanoma sovietinės okupacijos laikotarpiu.

Didžiausias dėmesys buvo skirtas dviem svarbiausioms sritims ir – atitinkamai – dviem joms atstovaujančioms klinikinėms programoms sukurti. Nuo pat Centro klinikinės veiklos pradžios 1991 metų pavasarį pacientai buvo priimami ambulatorinei ir stacionarinei pagalbai į dvi klinikinės programos.

Viena klinikinė programa buvo skirta vaikams su raidos sutrikimais (raidos pediatrijai), o kita – vaikams su psichikos ir elgesio sutrikimais (vaikų ir paauglių psichiatrijai).

Tai buvo inovatyvus, vertinant tarptautiniame kontekste, ir ambicingas planas – kartu plėtoti dvi svarbias sritis. Inovatyvu tai buvo todėl, kad daugelyje išsivysčiusių valstybių šios dvi sritys istoriškai plėtotos atskirai nuo viena kitos, o neretai tarp šių sričių atstovų būdavo ne tik bendradarbiavimo stoka, bet ir įtępti santykiai.

Lietuvoje abi šias sritis – vaikų psichiatriją ir raidos pediatriją – jungė bendras esminių reformų siekis po jau aptarto žalingo sovietinės sistemos palikimo. Abi sritys per sovietinę okupaciją buvo stipriai paveiktos panašių reiškinių – kraštutinės medikalizacijos, vaiko teisių ir holistinio požiūrio į problemų sprendimą – ignoravimo, kokybiškų bendruomeninių paslaugų spektro nebuvimo.

Lietuvos ypatumas buvo tas, kad permainų proceso pradžioje, 1990–1994 metais, visuomenė ir valdžios institucijos daugiausia dėmesio kreipė į vaikų su proto (intelektu) negalia padėtį. Jau 1989 m. buvo įkurta „Vilties“ bendrija. Ši nevyriausybinė organizacija jungė šeimas, auginančias vaikus su proto negalia. Nuo pat įsikūrimo „Viltis“ tapo stipria jėga, raginančia valdžios institucijas kurti naujas paslaugas vaikams su intelekto negalia ir atsisakyti dominavusio institucinės globos bei perteklinio medikamentinio gydymo modelio. Kuriantis Vaiko raidos centrui, „Vilties“ bendrijos indėlis

buvo reikšmingas. Todėl pirmaisiais Vaiko raidos centro veiklos metais dauguma šios naujos įstaigos pacientų buvo vaikai ir paaugliai su intelekto negalia. Jie atvykdavo į Vaiko raidos centrą su vienu iš tėvų (dažniausiai – mama) ir, ten laikinai apsigyvenę, pirmą kartą gyvenime turėjo galimybę gauti kompleksinį vaiko raidos įvertinimą ir kompleksinį tolesnės kompleksinės pagalbos (parvykus namo) planą.

Žiniasklaidoje tuo metu buvo plačiai aptarinėjama, kad vaikai su raidos negalia negauna jokios pagalbos ir kad daug tėvų per sovietinę okupaciją buvo priversti juos atiduoti valstybės globai į internatines įstaigas. Šios įstaigos, aplankytos žurnalistų, buvo apibūdinamos kaip „gulagai“, atvirai pasakojant, ko anksčiau niekada nebuvo, apie tragišką ten gyvenančių vaikų globos padėtį. „Vilties“ bendrijos keliami klausimai vertė naująją Lietuvos valdžią atkreipti dėmesį ir daryti ryžtingus sprendimus. Vaiko raidos centro įsteigimas buvo vienas iš tokių sprendimų. Todėl turėtų būti suprantama, kad pirmaisiais Vaiko raidos centro veiklos metais daugiausia dėmesio buvo skiriama būtent vaikų su raidos sutrikimais problemoms spręsti.

Katu su klinicine veikla sparčiais tempais, perimant įvairių valstybių modelių elementus, buvo kuriamas modelis Lietuvai. Nuo pat pradžių mums buvo aišku, kad Centro veikla nėra savitikslė ir kad centras įsteigtas ne tam, kad į jį ir praėjus 10 metų būtų nukreipiami vaikai iš visos Lietuvos, vos įtarus jiems bet kokį raidos ar psichikos sutrikimą. Svarbiausia šio universitetinio centro misija buvo įrodyti, kad reikia veiksmingo paslaugų tinklo visoje Lietuvoje, ir padėti valdžios struktūroms tą paslaugų tinklą sukurti.



1.1 pav. Vaikų psichikos sveikatos centras, Valakampiai, Vilnius, 1991–1994 m.

Parengus naują vaikų psichikos sveikatos priežiūros ir vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos tarnybų modelį, 1996 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino Valstybinę sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos programą. Ją įgyvendinant, Lietuvoje pradėtas kurti Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos tarnybų tinklas. Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centre, bendradarbiaujant su tuo metu veikusia Vilniaus universiteto Socialinės pediatrijos ir vaikų psichiatrijos klinika, įdiegta į klinikinę praktiką per 50 naujų diagnostikos ir gydymo metodų. Parengtos ir sėkmingai vykdytos kokybiškai naujos specialistų (gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų) ikidiplominio ir podiplominio rengimo programos, nukreiptos į specialistų komandos darbą bendruomenėje bendradarbiaujant su tėvais kaip lygia-verčiais partneriais.

Svarbu pabrėžti tai, kad visi šie proveržiai vyko su palyginti nedideliais tuo metu turimais finansiniais ištekliais. Pirmaisiais keleriais metais po atkurtos nepriklausomybės santykiuose tarp valdžios institucijų, permainoms nusiteikusių specialistų bei nevyriausybinių organizacijų dominavo tarpusavio pasitikėjimas bei ryžtas kuo greičiau atsisakyti sovietinės sistemos primestų ypatumų ir perimti geriausias laisvojo pasaulio praktikas. Būtent todėl jau užbaigiant pirmąjį Vaiko raidos centro veiklos etapą ir keičiantis iš laikinųjų patalpų Valakampiuose (dviejose buvusios poilsiavietės sovietinės nomenklatūros veikėjams laiptinėse) į buvusios Vaikų ligoninės patalpas Žvėryne, jau buvo iš esmės sukurta ir Vaiko raidos centro veiklos struktūra, ir pagalbos modelis Lietuvai.

Nemažai pavyko nuveikti ir su kita kryptimi – plėtojant vaikų ir paauglių psichiatriją. Tuo metu buvo svarbu sukurti tokį pagalbos pavyzdį šioje srityje, kuris pademonstruotų, kad yra įmanoma alternatyva brutaliam ir grubiai vaiko teises paminančiam pagalbos modeliui, kuris tuo metu dominavo, ypač teikiant stacionarinę pagalbą. Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje veikęs vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionaras daug metų buvo pavyzdys, kaip neturėtų būti gydomi vaikai. Gydytojai ir kiti specialistai darė daug, kas nuo jų priklausė, kad vaikų hospitalizacija nebūtų jų sveikatai ir raidai žalinga. Vis dėlto šio teksto autoriaus 8 metų patirtis (1982–1990), dirbant jame gydytoju ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto asistentu, liudija apie tai, kad vaikai, hospitalizuoti RVPL, dažniausiai patirdavo daugiau žalos, negu gaudavo naudos. Didelis vaikų skaičius ir personalo struktūra nulėmė, kad vykdamas gydymo planą dominavo perteklinis medikamentinis gydymas didelėmis įvairių psichotropinių medikamentų dozėmis ir kad nebuvo įmanoma išvengti smurto proveržių tarp pacientų su skirtingais sutrikimais.

Vaiko raidos centro įsikūrimo ir plėtros istorijos elementai

Labai svarbūs buvo pirmieji beveik 4 metai (1991–1994), praleisti Valakampiuose. 1990 metų pačioje pabaigoje ministrui Juozui Olekui pasirašius įsakymą dėl naujos universitetinės įstaigos steigimo, prasidėjo centro kūrimo darbai.

Tuo metu Lietuvoje sklاندė ypatinga dvasia. Kiekviena diena buvo kupina kūrybiškų pasiūlymų, kuriuos valdžios atstovai vertino rimtai, skatino tuos siūlymus įgyvendinti ar bent jau tam netrukde.

Tik gavus raktus nuo butų dviejose laiptinėse, kur ir turėjo kuo greičiau pradėti veikti Vaiko raidos centro klinika, prasidėjo 1991 metų sausio įvykiai. Net ir didelė tuo metu tvyrojusi įtampa nesutrikdė naujos įstaigos kūrimo planų.

Jau balandžio mėnesį atvyko pirmieji pacientai. Prioritetas iš pradžių buvo skirtas vaikams ir paaugliams su raidos sutrikimais. Kadangi „Vilties“ bendrija jau buvo nemažai nuveikusi per pirmuosius gyvavimo metus, iš Lietuvos regionų atvykdavo mamos su įvairaus amžiaus vaikais, turinčiais sunkesnių raidos sutrikimų (intelektų negalia, autizmas, kiti raidos sutrikimai). Jauna ir kūrybiška specialistų komanda ir vertino, ir kūrė individualų kompleksinės pagalbos planą. Veiklos kryptis tuo metu buvo aiški – ieškoti naujų būdų, kurie leistų pakeisti nepasiteisinusį biomedicininį modelį, kartu kuo labiau įtraukiant ir įgalinant tiek Centro pacientus, tiek jų tėvus, kaip visaverčius proceso dalyvius. Be to, pagal sumanymą buvo stengiamasi neatsilikti ir vystant kitą, ne mažiau svarbią veiklos kryptį – vaikų ir paauglių psichiatriją.

Taip jau 1991 metų pabaigoje – 1992 metų pradžioje susiformavo dvi klinikinės programos. Kūrėsi originalus Vaiko raidos centro modelis.

Tuo metu į Lietuvą atvykdavo daug užsienio svečių. Nemažai jų aplankydavo VRC ir pozityviai stebėjosi mūsų inovacijomis. Juk pirmuosius ketverius metus Vaiko raidos centras su jo klinika veikė dviejose gyvenamojo namo (iki tol buvusios sovietinės nomenklatūros poilsiovietėje Valakampiuose) dviejose laiptinėse. Todėl atvykę tėvai (dažniausiai motinos) su raidos sutrikimų turinčiais vaikais gyveno butuose (kiekviena šeima turėjo po kambarį), naudojosi virtuve, džiaugėsi pasivaikščiojimais po Valakampių mišką, o tose pačiose laiptinėse įrengtuose kabinetuose jų laukė specialistai, pasirėngę kompleksiniam vaiko būklės vertinimui ir kompleksinės pagalbos plano sudarymui. Visa aplinka – nuo politinės iki fizinės-geografinės, kartu pridėjus nemažos dalies tuometinės visuomenės entuziazmą, skatino inovacijas šioje ir kitose srityse. Todėl per beveik ketverius metus, nuo 1991 metų pradžios iki 1994 metų vidurio, pavyko daug ką nuveikti, ir padėjus stiprius pagrindus su nauja kokybe spręsti vaikų raidos ir psichikos sutrikimų diagnostikos ir kompleksinio gydymo klausimus, galima buvo pereiti į kitą Vaiko raidos centro gyvavimo etapą.

1994 metais Vaikų ligoninė iš senųjų patalpų Žvėryne, Vytauto g., kėlėsi į naująją Vilniaus universiteto Vaikų ligoninę Santariškėse. Sveikatos apsaugos ministerijoje buvo sprendžiama, ar galėtų į senąsias patalpas Žvėryne persikelti Vaiko raidos centro veikla.

Taip sutapo, kad tuo metu garsus Vokietijos profesorius, socialinės pediatrijos modelio autorius Theodoras Hellbrüggė aktyviai siūlė pagalbą Lietuvai. Jo modelis buvo skirtas ankstyvo amžiaus vaikų su raidos sutrikimais reabilitacijai, naudojant tam tikrus (ir tik tuos, o ne kitus) metodus. Theodoras Hellbrüggė (1919–2014) buvo aistringas pagalbos tautoms, nukentėjusioms nuo sovietinio komunizmo, rėmėjas. Jis siūlė pagalbą Lietuvai, žadėdamas paremti jo įkurto „Saulės spindulio“ fondo lėšomis centrą, jei toks centras, atitinkantis jo modelį, būtų įkurtas Vilniuje.

Kurį laiką užtruko nelengvai vykęs pozicijų derinimas. Prof. Th. Hellbrüggė siekė, kad Žvėryne įsikurtų jo Vokietijoje plečiamo modelio dukterinis centras. Tuo tarpu mūsų pozicija buvo, kad į patalpas Žvėryne turėtų persikelti Vaiko raidos centras su jau veikiančiomis klinikinėmis programomis ir kad naujose patalpose būtų tęsiama pradėta veikla, kartu ją sustiprinant Miuncheno vaikų centro modelio elementais.

Prof. Th. Hellbrüggė su daug kuo sutiko, bet sunkiausia buvo sutarti, kad šalia raidos (socialinės) pediatrijos paslaugų būtų plėtojama vaikų ir paauglių psichiatrija – sritis, kurios atstovų Vokietijoje jis nuoširdžiai nemėgo. Būtent tai yra atsitikę ne tik Vokietijoje, bet ir daug kur kitur – tarp raidos pediatrijos ir vaikų psichiatrijos tradiciškai per istoriją susiklostė įtempti santykiai.

Tai, kad Vokietijoje tarp prof. Th. Hellbrüggės vystomo socialinės pediatrijos modelio ir gilias tradicijas turinčios vaikų ir jaunimo psichiatrijos būta ir iki šiol išlieka nemažos įtampos, nėra atsitiktinumas. Daug kur Europoje ir pasaulyje šios dvi sritys istoriškai vystėsi stipriai nutolusios viena nuo kitos. Todėl Vaiko raidos centro modelį, pavykus sėkmingai jame integruoti minėtas dvi mokslo ir praktikos sritis, galima laikyti svariu indėliu tarptautiniu mastu.

O su profesoriumi Th. Hellbrügge pavyko susitarti, ir Vaiko raidos centro veikla 1994 metais pradėjo antrąjį savo gyvavimo laikotarpį, kartu integravusi į savo veiklą turtingą Vokietijos patirtį ir gavusi „Saulės spindulio“ fondo paramą patalpų bei vamzdyno renovacijai Žvėryne.

Simbolinis įsikūrimas Lietuvos pediatrijai svarbioje vietoje

Nuo 1994 metų iki 2018 metų Vaiko raidos centras veikė istoriškai svarbioje Lietuvos pediatrijai vietoje. Šiuose pastatuose Žvėryne, Vytauto gatvėje, ilgai veikė Vaikų ligoninė. Kurį laiką, iki Vaikų ligoninės atidarymo Antakalnyje, tai buvo vienintelė vaikų ligoninė Vilniuje. Joje dirbo žymūs Lietuvos pediatrai. Tarp jų – Liudmila Steponaitienė.

nė, Petras Baublys, Raimondas Lučinskas, Ona Surplienė, kurie žuvo aviakatastrofoje 1973 m.

Tai, kad Vaiko raidos centro veiklai suteiktos patalpos buvusioje vaikų ligoninėje, buvo labai simboliška. Taip prasidėjo raidos pediatrijos ir vaikų psichiatrijos artėjimas link ten, kur ji ir turi būti, – ten, kur gydomi vaikai su visomis kitomis vaikų ligomis.

Sovietinė sistema su jai būdingu cinizmu tarsi atkirto vaikų raidą ir psichiką nuo jų kūno ir padarė griežtą sprendimą: vaikai su raidos ir psichikos sutrikimais, tarsi jie būtų ne vaikai, bus gydomi ten, kur gydomi suaugusieji su psichikos sutrikimais. Todėl vaikų psichiatrijos stacionariniai skyriai ir buvo įkurti Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje.

Šio teksto autorius, kaip vaikų ir paauglių psichiatras ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto asistentas, 1982–1990 metais dirbo būtent RVPL vaikų skyriuose. Nuolat stebint situaciją, kad tuose skyriuose, nepaisant gerų specialistų ketinimų, nebuvo užtikrinama vaiko teisių pažeidimų prevencija, brendo idėja, kad pagalba vaikams su psichikos sutrikimais turi būti teikiama visiškai kitaip ir visai kitokioje aplinkoje. Taip buvo subrandinta idėja įkurti Vaiko raidos centrą ir kad jis kuo greičiau taptų vaikų ligoninės, o ne psichiatrijos ligoninės dalimi.



1.2 pav. Respublikinė universitetinė ligoninė, Vaiko raidos centras, Vytauto g. 15, Vilnius, 1994–2018 m.

Todėl Vaiko raidos centro perkėlimas į buvusias Vaikų ligoninės patalpas buvo toks prasmingai simboliškas. Kartu prasidėjo pasirengimas kitam etapui – Vaiko raidos centras anksčiau ar vėliau privalėjo tapti integruota Vilniaus universiteto Vaikų ligoninės dalimi. Dėl įvairių priežasčių Vaiko raidos centro veikla patalpose Žvėryne užsitęsė iki 2018 metų.

Šį tekstą noriu baigti optimistine gaida. Po ilgų neryžtingumo metų 2020-aisiais buvo pagaliau pradėtas statyti naujasis, seniai žadėtas Vaiko raidos centro pastatas VU ligoninės Santaros klinikų teritorijoje. O 2022 metų pabaigoje Vaiko raidos centro skyriai jau persikėlė iš laikinų patalpų į naująjį korpusą. Pagaliau pavyko įgyvendinti 30 metų puoselėtą idėją – kad kartu su kitomis ligomis sergančiais vaikais toje pačioje ligoninėje pagalba būtų teikiama ir vaikams su raidos bei psichikos sutrikimais. Padarius tokį sprendimą, nėra pralaimėtojų – laimėjo visi.

Lietuvos laukia daug darbų, siekiant įgyvendinti šiuolaikinius reikalavimus vaikų raidos ir psichikos sutrikimų gydymo, ugdymo bei reabilitacijos srityje. Daug iššūkių kelia ambicingas sprendimas diegti įtraukijį ugdymą švietimo sistemoje. Dar neretai vietoje šiuolaikinių veiksmingų ir vaiko teisėms draugiškų metodų imamasi perteklinio biomedicininio modelio ir neveiksmingų biomedicininių intervencijų. Lietuvos regionuose, mažesniuose miestuose ir rajonuose kompleksinė pagalba vaikams su raidos ir psichikos sutrikimais dar dažnai nėra prieinama.

Visa tai yra įveikiamos kliūtys. Lietuva pajėgi lygiuotis į valstybes-lyderes šioje labai svarbioje srityje. Artimiausias dešimtmetis turėtų būti labai svarbus, pašalinant sisteminės spragas ir sukuriant veiksmingą kompleksinės pagalbos vaikams su raidos ir psichikos sutrikimais tinklą.



1.3 pav. Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaiko raidos centras, Santariškių g. 7, Vilnius, 2022 m.

2 skyrius

NEIŠNEŠIOTŲ NAUJAGIMIŲ RAIDOS PRIEŽIŪRA IR ILGALAIKIS STEBĖJIMAS

IVADAS

Prof. Vytautas Basys

...pažanga greitesnė, nei daugelis mano...

Neigiama ekonomiškai išsivysčiusių šalių ir Lietuvos demografinė situacija, kai gimstamumas mažesnis nei mirtingumas, visais aspektais reikalauja ypač vertinti kiekvieną pasaulį naujai išvydusį individą, sudaryti sąlygas jam formuotis visaverčiu visuomenės nariu tiek fiziniu pajėgumu, tiek psichinėmis bei emocinėmis savybėmis. Kita vertus, neišnešiotų (prieš laiką gimusių) naujagimių dažnumas Lietuvoje praktiškai jau daug metų nesikeičia (1995–2020 metais vidutiniškai 5,5 proc. visų gimusiųjų). Šiuolaikinės perinatologijos ir neonatologijos žinios, technologiniai ir biotechnologiniai laimėjimai, genomika ir metabolomika, kamieninių ląstelių taikymas, neurobiologijos žinios sudaro sąlygas išgyventi mažo ir netgi labai mažo gimimo svorio neišnešiotiems naujagimiams. Tai reiškia, kad nuo gimimo santykinai daugėja vaikų, kuriems būdinga žymiai didesnė raidos sutrikimų rizika, palyginti su laiku gimusiais išnešiotais naujagimiais, kad jiems labiau galimi adaptacijos sunkumai ir sudėtingi nervų sistemos ir elgesio sutrikimai tiek ankstyvuojų, tiek ir vėlyvuojų vystymosi periodu. Nustatyta, kad kuo mažesnė nėštumo trukmė ir mažesnis naujagimio gimimo svoris, tuo dažniau raidos sutrikimai pasireiškia gana anksti. Tačiau pastebima ir kita tendencija, kad ir mokykliniame amžiuje nustatoma vis daugiau su neišnešiotumu ir mažu gimimo svoriu susijusių nesunkių intelekto sutrikimų, dėmesio sutelkimo sunkumų, perdėto aktyvumo, elgesio sutrikimų – nerimo, depresijos, psichosomatinių simptomų, socialinės tarpusavio sąveikos sutrikimų, kliudančių mokymosi procesui.

Tyrimai rodo, kad vaikams, turintiems raidos sutrikimų, ypač efektyvi yra ankstyvoji reabilitacija. Todėl ypač svarbu sutelkti visas šiuolaikinio mokslo žinias didelės rizikos vaikų augimo ir ankstyvosios raidos įvertinimui, laiku atliktai sutrikimų diagnostikai, gydymui bei reabilitacijai. Tai sukelia iššūkių šeimai ir visuomenei, medicinai, sveikatos apsaugai, mokslui ir praktikai. Elektroencefalografija, ultragarsiniai tyrimai, kompiuterinė tomografija, pozitronų emisija bei kiti technologiniai tyrimai užima vis svarbesnę vietą nervų sistemos sutrikimų diagnostikoje. Tačiau šiuo metu technologijos nėra pats svarbiausias faktorius, lemiantis sėkmę anksti diagnozuojant neišnešiotų

naujagimių ligas ir būkles, turinčias įtakos tolesnei šių vaikų raidai. Todėl svarbiausias vaidmuo tenka medikams ir tėvams – sekti, kontroliuoti ir įvertinti vaiko vystymąsi – kūno padėtį, pirmuosius judesius, fiziologinius refleksus, jų formavimąsi, kitimus pirmaisiais gyvenimo mėnesiais ir metais.

Ankstyvoji ir veiksminga raidos sutrikimų diagnostika siejama su vaikų neurologės Bertos Bobath stebėjimais ir tyrimais (1948 metai), Václavo Vojtos neurokineziologinės diagnostikos sistemos, o vėliau ir terapijos išvystymu (1959 metai), santykinai paprastos ir veiksmingos Miuncheno funkcinės vystymosi diagnostikos metodikos sukūrimu (Th. Hellbrügge, 1985 metai), daugelio kitų dabarties fiziologų, neurologų, psichologų tyrimais, naujų reabilitacijos metodų sukūrimu ir pritaikymu. Tapo aišku, kad labai svarbu dirbti multidisciplininiu principu, sudaryti individualų visų raidos sričių skatinimo, dėmesio sukaupimo lavinimo, perdėto aktyvumo mažinimo, savireguliacijos bei emocinių problemų sprendimo planą ir jį nuosekliai taikyti.

Vaikų gydytojai tai suprato jau prieš kelis dešimtmečius, Vakarų Europoje susiformavo specifinė sritis – socialinė pediatrija, išskirtinį dėmesį skirianti vaiko raidai sekti ir sutrikimams koreguoti. Savo formavimosi pradžioje socialinė pediatrija daugiausia rūpinosi vaiko teisingo ir tolygaus fizinio vystymosi įvertinimu, mityba, priežiūra. Dabartiniu metu vaikų gydytojas, turintis socialinio pediatro sertifikatą bei žinių apie neonatologiją, aktyviai dalyvauja stebint neišnešiotų naujagimių raidą ir teikiant pagalbą multidisciplininėje komandoje, kartu su vaikų neurologais, kineziterapeutais, ergoterapeutais, logoterapeutais, psichologais, dietologais bei kitais specialistais. Labai reikšminga, kad tokia sistema jau keletą metų sėkmingai funkcionuoja ir Lietuvoje; jos veikla ypač aktyvi Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaikų ligoninės Vaiko raidos centre.

Šio Raidos centro specialistų žinios ir patyrimas pateikiamas parengtame vadovylyje; tai išsami informacija apie neišnešiotų naujagimių rizikos veiksnius ir būkles, turinčias įtakos tolesnei šių vaikų raidai, apie raidos ypatumus bei stebėjimo pirmaisiais gyvenimo metais tvarką. Pirmą kartą lietuvių kalba plačiau išdėstyti neišnešiotų vaikų savireguliacijos ir elgsenos, miego ir maitinimosi, sensorikos ir motorinės raidos ypatumai bei galimi kylančių sunkumų sprendimo būdai. Taip pat aptariama psichemocinė šeimos krizė, gimus neišnešiotam vaikui, ir pristatomi pagalbos šeimai metodai. Tai neabejotinai svarbus vadovas studentams, vaikų gydytojams, neurologams, kineziterapeutams, psichologams ir kitiems specialistams, kurių veikla siejasi su vaiko raida bei šeimos sveikata.

Stebint dabartinį mokslo progresą mūsų gyvenimo, medicinos ateities žingsniai sunkiai nuspėjami. Galime manyti, kad sujungus dirbtinį intelektą, debesų kompiuteriją, kvantinius kompiuterius, jutiklius, didžiulius duomenų rinkinius, nanotechnologijas, pritaikant transkranijinę stimuliaciją, naujos kartos smegenų implantus, ka-

mienines ląsteles pasaulyje netolimoje ateityje bus sukurta daugybė naujų sveikatos sutrikimų diagnostikos, gydymo, sveikatos priežiūros priemonių, iš esmės pasikeis mūsų veiklos, tačiau šiandien gyvename tokioje realybėje, kurios veiksmai rūpinantis vaikais su raidos sutrikimais geriausiai atspindimi šiame vadovyje.

NEIŠNEŠIOTAI GIMUSIŲ VAIKŲ RAIDOS YPATUMAI

Rimutė Grigelionienė

Problemos aktualumas

Apie 5–6 proc. naujagimių visame pasaulyje gimsta neišnešioti. Paprastai normalus nėštumo laikas yra 40 ± 2 savaitės. Neišnešiotu laikomas tas naujagimis, kuris gimdoje praleidžia trumpiau nei 37 savaites. Vaikai, kurie gimė neišnešioti, skiriasi nuo išnešiotais gimusių savo bendraamžių. Gimimo momentu visos jų organų sistemos būna dar nesubrendusios, todėl šie vaikai dažniau serga, būna jautrūs aplinkai, dirglūs, lėčiau auga ir vystosi. Kuo anksčiau prieš laiką yra gimęs vaikas, tuo daugiau augimo ir vystymosi problemų jis gali turėti, todėl tėvams, auginantiems tokį kūdikį, prireikia žymiai daugiau laiko, pastangų, kantrybės bei specialių vaiko priežiūros žinių.

Paprastai pirmąjį ar net kelis pirmuosius savo gyvenimo mėnesius neišnešioti naujagimiai praleidžia ligoninėje, todėl šiuo laikotarpiu jų sveikatos, augimo ir raidos problemas sprendžia medikai, o tėvai dėl vaikučio ligotumo neturi labai daug galimybių dalyvauti jo priežiūroje. Tačiau tai geras laikotarpis šeimoms iš medikų ir kartu su jais dirbančios komandos pasimokyti pažinti savo vaiką, jo specialius poreikius ir priežiūros būdus. Bet ypač šių ir dar daug kitokių žinių tėveliams prireikia grįžus su neišnešiotu kūdikiu namo. Taigi, neišnešiotais gimusių vaikų tėvelių mokymas yra labai svarbus, kad vaikučiai augtų kuo sveikesni ir kuo geriau adaptuotųsi sociokultūrinėje aplinkoje.

Neišnešiotumo terminologija

Norint geriau suprasti apie neišnešiotumą, reikia susipažinti su jo terminologija. Vartojama keletas terminų:

- 1. Gimimo svoris (GS).** Įprastai vertinama, kad neišnešiotų naujagimių gimimo svorio apatinė riba yra 500 gramų, tačiau kartais gimsta ir išgyvena ir mažesni.
- 2. Gestacinis amžius (GA).** Tai – laikotarpis, kurį vaisius praleidžia gimdoje. GA atitinka moters nėštumo trukmę savaitėmis. Neišnešiotų naujagimių GA svyruoja nuo 22 iki 37 savaičių. Kuo mažesnis GA, tuo labiau nesubrendęs naujagimis ir tuo daugiau medikų priežiūros bei artimųjų slaugos jam prireikia.
- 3. Chronologinis amžius.** Tai – laikas, praėjęs nuo vaiko gimimo iki esamo momento. Šis terminas naudojamas, kalbant apie visus žmones.

4. **Koreguotas amžius (KA).** Tai – amžius, kokio būtų naujagimis, jei jis būtų gimęs laiku. KA apskaičiuojamas iš chronologinio amžiaus atėmus laiką, kurio pritrūko iki visiško išnešiojimo. Pvz., neišnešiotam naujagimiui yra 5 mėnesiai po gimimo, jis gimė 28 savaitių, t. y. 12 savaitių, arba 3 mėnesius, prieš laiką, taigi, jo KA bus 2 mėnesiai (5 mėn. minus 3 mėn.). Koreguoto amžiaus terminas vartojamas iki maždaug 2,5 metų amžiaus, vėliau koreguoti vaiko amžių nebėra prasmės. Koreguotas amžius taikomas, vertinant visus vaiko vystymosi parametrus (neurologinę būklę, raidą, augimą, maitinimą). Tik skiepai atliekami pagal chronologinį amžių.
5. **Postkonceptinis amžius (PKA), arba amžius, praėjęs nuo vaisiaus pradėjimo momento.** Šis terminas vartojamas tol, kol neišnešiotas naujagimis pasiekia tą laiką, kada jis turėjo gimti laiku, t. y. 40 sav., o paskui jau vartojamas koreguoto amžiaus terminas.
6. **Ypač neišnešiotas naujagimis** – tai naujagimis, kurio GA yra 22–27 sav. arba kurio GS yra iki 1 000 g.

Mokslinių tyrimų apie neišnešiotų naujagimių atokias raidos išeitis duomenys

Akušerijos ir neonatologijos laimėjimai bei modernių technologijų panaudojimas šiose medicinos srityse pagerino neišnešiotų naujagimių išgyvenamumą ir leido pasiekti biologinę išgyvenamumo ribą (GA – 22 gestacijos savaitės). Tačiau gausūs ir išsamūs išgyvenusių neišnešiotų naujagimių ir jau paaugusių vaikų sergamumo, tarp jų ir raidos sutrikimų, moksliniai tyrimai rodo, kad sergamumas ir nepageidaujamų raidos išeičių skaičius padidėjo, ypač tų naujagimių, kurie yra gimę ≤ 25 gestacijos savaitių. Sisteminė apžvalga mokslinių straipsnių apie ypač neišnešiotais gimusių naujagimių raidos išeitis, publikuotų 1999–2013 m. (*PubMed* ir *Ovid Medline* duomenų bazės), parodė, kad 17–59 proc. jų turi sunkius raidos sutrikimus. Tik 6–20 proc. neišnešiotais gimusių vaikų, kurių GA ≤ 25 sav., ir tik < 5 proc. tų, kurių GA yra 22–23 sav., sutrikimų neturi arba turi minimalių sutrikimų. Ilgalaikio šių naujagimių stebėjimo programos parodė, kad 5–36 proc. tokio mažo GA vaikų turi intelekto negalią, 9–18 proc. – cerebrinę paralyžių, 0,7–9 proc. – aklumą, o 2–4 proc. – kurtumą [1]. Lengvesnių intelekto, elgesio, mokymosi sutrikimų (tačiau vis didesnis jų skaičius) nustatomas neišnešiotais gimusiems jau paaugusiems vaikams, paaugliams, bei suaugusiems [2]. Tad ankstyvosios intervencijos, pagalbos šeimai, tėvų mokymo programų ir specialiųjų mokymo programų kūrimas ir įgyvendinimas gali pagerinti neišnešiotais gimusių žmonių raidos išeitis ir gyvenimo kokybę.

Neišnešiotų vaikų raidos dėsningumai

1. Kuo mažesnis naujagimio gimimo svoris ar / ir gestacinis amžius (GA), tuo didesnė sveikatos ir raidos sutrikimų rizika.

Įvairių organų sistemų subrendimo laipsnis priklauso nuo naujagimio gestacinio amžiaus, todėl kuo labiau neišnešiotas kūdikis, tuo silpniau funkcionuoja jo organų sistemos. Tarp jų ypač pažymėtina centrinė nervų sistema, atliekanti visų kitų organizmo sistemų reguliacinę funkciją. Gimusio prieš laiką naujagimio smegenyse dar nėra pasibaigę neuronų brendimo, diferenciacijos ir migracijos procesai, todėl jos paprastai ir negali atlikti tos stabilios viso organizmo reguliacinės funkcijos. Toks neišnešiotas naujagimis / kūdikis:

- dėl termoreguliacijos centro (bei odos ir kraujagyslių) nebrandumo greitai atvės-ta ar perkaista;
- dėl kvėpavimo centro nebrandumo būna sutrikęs jo kvėpavimo ritmas ir dažnis (dažnai, paviršutiniškai, nereguliariai kvėpuoja) arba įvyksta apnėjos (visai nustoja kvėpuoti);
- dėl nebrandžių galvos smegenų bei galvinių / periferinių nervų verkia silpnai, silpnai judina galūnes, jo judesiai nesklaidūs, trūkčiojantys; dažnai viso kūno krūpčiojimu reaguoja į aplinkos dirgiklius; reakcijos į aplinkos stimulus gali būti sulėtintos;
- turi žemą raumenų tonusą, silpną raumenyną, dėl to negali įveikti žemės traukos ir palaikyti visais atžvilgiais reikalingos fleksinės padėties, todėl dažnai plokščiai guli ant plokštumos, ant kurios yra paguldomas (vad. *varlės poza*).

2. Neišnešiotų naujagimių sveikatos ir raidos sutrikimus sąlygoja ne tik pats organizmo nebrandumas, bet ir su tuo susijusi specifinė neišnešiotumo nulemta smegenų, plaučių ir akių patologija (smegenų kraujosruvos ir infarktai, bronchopulmoninė displazija, retinopatija). Kuo sunkesnė ši specifinė neišnešiotumo nulemta patologija, tuo dažnesni ir sunkesni raidos ir sveikatos sutrikimai.

Specifinės neišnešiotumo nulemtos būklės ir raidos išeitys

1. Smegenų būklės: nebrandumas, kraujosruvos ir infarktai

Dėl pačių galvos smegenų ir jų kraujagyslių nebrandumo neišnešiotu naujagimio smegenys yra ypač jautrios neigiamiems aplinkos poveikiams, todėl gana dažnai tai sukelia kraujosruvas arba deguonies badą (išemiją). Tai gali lemti specifinius neišnešiotiems naujagimiams smegenų pažeidimus – įvairaus sunkumo kraujavimą į smegenų skilvelius ir pačią smegenų medžiagą (vad. I–IV laipsnio **intraskilvelinės kraujosruvos (ISK)**) arba nepakankamai krauju ir deguonimi aprūpinamų smegenų sričių suminkštėjimą / nekrozę (smegenų infarktas, vad. **periventrikulinė leukomaliacija**). Šie

specifiniai pažeidimai gali sukelti įvairaus sunkumo raidos bei neurologinių pasekmių ateityje. Naujausių mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad neišnešiotiems vaikams, kurie naujagimystėje patyrė didelio (III–IV) laipsnio ISK, pasireiškia sunkūs raidos sutrikimai (17,5 proc.), cerebrinis paralyžius (30 proc.), kurtumas (8,6 proc.) ir aklumas (2,2 proc.) [3]. Neišnešiotiems vaikams, kurie naujagimystėje patyrė nedidelio laipsnio (I–II) ISK, palyginti su tokio paties neišnešiotumo vaikais, kurie kraujosruvų išvengė, dažniau pasireiškia neurosensoriniai sutrikimai (22 proc., palyginti su 12,1 proc.), raidos sutrikimai (7,8 proc., palyginti su 3,4 proc.), cerebrinis paralyžius (10,4 proc., palyginti su 6,5 proc.) ir kurtumas (6,0 proc., palyginti su 2,3 proc.) [4].

Profesinės literatūros šaltinių duomenimis, cerebrinis paralyžius (CP) nustatomas 0,1 proc. išnešiotais gimusių vaikų, o neišnešiotais gimusių vaikų populiacijoje, priklausomai nuo jų gestacinio amžiaus, šio sutrikimo dažnis 7 metų amžiuje yra: 2,4 proc. vaikų, kurie gimė 32–33 GA; 8,7 proc. vaikų, kurie gimė 32–28 sav. GA, bei 14,4 proc. esant < 28 GA. Taip pat nustatyta, kad didžiausi CP rizikos veiksniai tokiems vaikams yra hipoksija gimstant (1 minutės Apgar balai < 7) bei jau minėtos ISK bei PVL [5].

Įvairiais tyrimais nustatyta, kad neišnešiotais gimusių labai mažo GA (< 28 sav.) vaikų dažniausios CP formos yra spazminė diplegija – apatinių galūnių pažeidimas (31 proc.); spazminė kvadrilegija – visų keturių galūnių pažeidimas (52 proc.). Šios cerebrinio paralyžiaus formos dažniausiai susijusios su naujagimio smegenis simetriškai pažeidžiančiomis PVL ir posthemoragine hidrocefalija. Dar viena dažna neišnešiotais gimusių vaikų CP forma yra spazminis hemipleginis CP (17 proc.), pažeidžiantis vieną kurią nors kūno pusę ir susijęs su kraujosruva į vieno smegenų pusrutulio šoninį skilvelį.

Neišnešiotais gimę vaikai, ypač tie, kurių gestacinis amžius < nei 28 sav., dėl smegenų nebrandumo gali turėti kitokių nei cerebrinis paralyžius judesių raidos sutrikimų. Dažniausiai jie vadinami vienu vardu – motorinio planavimo sutrikimas (angl. *Developmental Coordination disorder*, DPD). Palyginti su išnešiotais naujagimiais, labai neišnešiotiems naujagimiams (GA < 32 sav.) ir ypač neišnešiotiems naujagimiams (GA < 28 sav.) kyla 6 kartus didesnė vidutinio sunkumo motorinės raidos sutrikimo rizika ir 9 kartus didesnė lengvo motorinės raidos sutrikimo rizika [6]. Pastarasis sutrikimas siejamas ne tik su naujagimių motorinio aparato ypatumais (raumenų tonuso sutrikimais ir disbalansu, gravitacinių jėgų įveikimo sunkumais ir pan.), bet ir su kognityvinės raidos bei savireguliacijos pajėgumais. Nustatyta, kad mokykliniame amžiuje tokie motorinio planavimo sunkumai sutrikdo šių vaikų fizinį, akademinį bei socialinį funkcionavimą / dalyvumą.

Jau minėti neišnešiotų naujagimių, ypač mažo GA, smegenų ypatumai neretai gali lemti ir pažintinės raidos sutrikimus. Vienu iš tyrimų nustatyta, kad gimę labai mažo svorio ir labai mažo GA vaikai, kuriems naujagimystėje neišsivystė ženklesnių sme-

genų pažeidimų, vis dėlto turi nuo 3 iki 12 balų žemesnį vidutinį IQ nei jų laiku gimę bendraamžiai, o kiekviena mažesnio GA savaitė sumažina IQ 1,7 balo [7].

Kitu tyrimu nustatyta, kad 2 metų amžiaus 63–69 proc. neišnešiotais gimusių vaikų, kurių GA buvo < nei 33 sav., turėjo normalią pažintinę raidą, o 30–35 proc. šių vaikų buvo nustatyta sutrikusi pažintinė raida, tad darytina išvada, kad pažinimo sunkumų šie vaikai turi daugiau nei CP atvejų. Tas pats tyrimas parodė, kad per dešimtmetį pažintinės raidos sutrikimo dažnis išlieka maždaug vienodas [8].

Dažnai neišnešiotais gimusių vaikų kognityvinės raidos sutrikimas pasireiškia kartu su cerebriniu paralyžiumi, motorinio planavimo, kalbos raidos, aktyvumo ir dėmesio koncentracijos, bendravimo sutrikimais bei savireguliacijos (miego, maitinimo, emocijų valdymo) ir elgesio sunkumais. Tą rodo daugelio tyrimų duomenys: apie 31 proc. vaikų, gimusių GA < nei 28 sav., turėjo emocijų reguliavimo sunkumų, 27 proc. tokių vaikų – dėmesio sutelkimo žaidybinei veiklai ir bendravimui sunkumų. Šios problemos buvo būdingesnės berniukams ir dažniau pasitaikė kartu su pažintinės bei motorinės raidos sutrikimais. Vis dėlto tyrimų metu nustatyta, kad šie sunkumai susiję ne vien tik su neišnešiotumu, bet ir su demografiniais motinos rizikos veiksniais (rasė, išsilavinimas, socialinis ekonominis statusas, ligos ir pan.) [7, 9–11].

Dar pažymėtina, kad kiekvienas šių sutrikimų neišnešiotu gimusiam vaikui gali pasireikšti ir atskirai, be kitų paminėtų, bet tai pasitaiko rečiau.

2. Regėjimo ir klausos būklės

Neišnešiotiems naujagimiams, ypač tiems, kurie gimė labai nebrandūs, gali pasireikšti specifinė akių patologija, vad. **neišnešiotų naujagimių retinopatija (NRR)**. Ji atsiranda dėl anomalaus tinklainės kraujagyslių vystymosi, veikiant deguonies pertekliui, todėl tinklainė nėra tinkamai maitinama ir gali atšokti. NRR gali būti įvairaus sunkumo laipsnių (I–IV).

Nesunkaus laipsnio retinopatija praeina savaime, tačiau sunkesniais atvejais, norint išvengti rimtų regėjimo sutrikimų, tenka atlikti operaciją – lazeriu ar šalčiu (vad. kriopeksija). Operacija ne visuomet išsprendžia problemą, todėl kai kurie vaikai lieka akli ar silpnaregiai.

Jei neišnešiotas naujagimis turėjo bet kurio laipsnio retinopatiją, tai rizika jam turėti regėjimo sutrikimų vėlesniame amžiuje yra didesnė nei išnešiotu gimusiam vaikui: žvairumas pasitaiko maždaug 2 kartus dažniau; trumparegystė – maždaug 4 kartus dažniau, o refrakcijos sutrikimai (toliaregystė, trumparegystė, astigmatizmas) – iki 10 kartų dažniau [7]. Todėl tokiems kūdikiams nuo pat pirmųjų gyvenimo metų būtinos reguliarios regos patikros ir atitinkamos korekcinės priemonės (akinukai, operacijos ir pan.).

Neišnešiotu naujagimio nebrandi klausos sistema yra jautri įvairiems nepalankiems vidiniams ir aplinkos veiksniams: aplinkos triukšmui, deguonies stokai, arterinio krau-

jospūdžio svyravimams, ausis toksiškai veikiantiems vaistams, hiperbilirubinemijai, naujagimių infekcijoms. Neišnešiotais gimusių vaikų klausos sutrikimų dažnis yra 2–6 proc. (palyginti su 3 proc. bendrojoje populiacijoje). Tad tokius vaikus būtina stebėti dėl klausos sutrikimų rizikos ir laiku pradėti reikiamą korekciją.

Lietuvoje šiuo metu visiems (taip pat ir neišnešiotiems) naujagimiams atliekama klausos patikra (otoakustinė emisija, OAE), kuris padeda atrinkti vaikus, turinčius klausos sutrikimų riziką. Jei įtariama tokia rizika, vaikams atliekami detalesni klausos tyrimai su narkoze (BERA). Nustačius klausos sutrikimų, būtina kuo ankstyvesnė korekcija (klausos aparatai, kochleariniai implantai ir kt.), tam, kad kuo mažiau nukentėtų klausa, o sykiu – kalbos ir pažinimo raida.

3. Kvėpavimo organų sistemos būklės

Neišnešiotas naujagimis, ypač labai neišnešiotas, negali savarankiškai kvėpuoti ne tik dėl kvėpavimo centro smegenyse nebrandumo, bet ir dėl to, kad jo plaučiuose dar nėra subrendusios tos plaučių struktūros (alveolės, surfaktanto sistema), kurios užtikrintų kokybišką dujų apykaitą. Per alveoles įkvepiamame ore esantis deguonis turi patekti į kraują ir būti išnešiojamas po visą organizmą, o audiniuose susidaręs anglies dvideginis iš kraujo patekti į kvėpavimo takus ir būti iškvepiamas. Trūkstant surfaktanto, alveolės subliūkšta ir sulimpa, o dėl silpnos kvėpavimo centro veiklos bei silpno raumenyno jos negali vėl išsipūsti, todėl be išorinės pagalbos kvėpavimas negali vykti. Dėl to naudojami įvairių modifikacijų dirbtinio kvėpavimo aparatai bei deguonis, kurie palaiko kūdikio kvėpavimą, kol jo smegenys ir plaučiai pakankamai subręsta ir jis gali pradėti savarankiškai kvėpuoti.

Kartais dėl naujagimio organizmo ypatumų, didelio laipsnio nesubrendimo ar kvėpavimo takų infekcijų, į kurias yra linkę naujagimiai, dirbtinę plaučių ventiliaciją tenka taikyti gana ilgai, netgi mėnesiais, o tai gali turėti neigiamų pasekmių pačiam plaučių audiniui (barotrauma).

Dėl barotraumos ir toksinio ilgalaikės deguonies terapijos poveikio gali išsivystyti lėtinė plaučių liga, vadinamoji **bronchopulmoninė displazija (BPD)**. Kaip sėkmingai bus įveikta ši liga, priklauso nuo tinkamos mitybos, kvėpavimo palaikymo (deguonies terapija), tinkamo medikamentinio gydymo (palaikomojo gydymo ir gydymo ligos paūmėjimų metu), infekcijų profilaktikos bei tėvų mokymo.

BPD yra būklė, kuri gali turėti įtakos neišnešiotam kūdikio raidai, nes dėl maitinimosi ir kvėpavimo sunkumų smegenys nėra gerai aprūpinamos deguonimi bei maisto medžiagomis, tad gali nukentėti jų brendimas. Naujausi moksliniai tyrimai parodė, kad sunkesnę BPD formą turėję ar jos pasekmes tebeapatiriantys neišnešioti vaikai 18–24 mėn. koreguotame amžiuje vertinami žemesniais kognityvinės, kalbos ir motorikos raidos balais nei tokios pačios gestacijos, bet BPD neturėję vaikai [12].

4. Virškinimo sistemos būklės

Neišnešiotų naujagimių virškinamasis traktas, kaip ir kitos sistemos, yra nebrandus, dėl to šie naujagimiai gali turėti įvairių virškinimo sunkumų. Vienas iš dažnesnių – vadinamasis **gastroezofaginis refliuksas (GER)**. Jo požymiai gali būti: atpylinėjimas, vėmimas, springimas, atsisakymas valgyti, dirglumas po valgio, lėtas svorio augimas, pasikartojančios kvėpavimo takų infekcijos, o sunkiais atvejais – netgi apnėjos (kvėpavimo sustojimai). Paprastai ši būklė nustatoma iš simptomų, ir dažnai jokių papildomų tyrimų daryti nereikia. Tačiau sunkesniais atvejais, kai vaikas nepriauga svorio, dažnai serga ir pan., tyrimus vis dėlto teks atlikti. Daugumai vaikų GER išnyksta iki 12–18 mėn. amžiaus. Tačiau iki to laiko labai svarbu sumažinti GER simptomus, kad vaikas gautų pakankamai maisto medžiagų, galėtų augti ir būtų užtikrintas visų jo organų sistemų brendimas. Gydant GER svarbi yra tinkama vaikučio priežiūra, slauga, ypač maitinant (maisto konsistencija, maitinimo padėtis, maitinimo ritmas, priežiūra pamaitinus). Jei šios priemonės nepadeda, turi būti skiriamas medikamentinis gydymas. GER tiesiogiai neturi įtakos vaiko raidai, tačiau gali veikti netiesiogiai, sukeldamas augimo ir maitinimo sunkumus [13].

5. Savireguliacijos ypatumai

Normalus kūdikio savireguliacijos įgūdžių formavimasis

Pirmi trys kūdikio gyvenimo mėnesiai gali būti pavadinti greitai pereinamuoju raidos periodu, kai kūdikio fiziologija ir elgesio reguliacija turi vystytis ir pasikeisti nuo intrauterinės į ekstrauterinę. Manoma, kad tai apima kelis etapus. Kūdikis turi galėti reguliuoti savo fiziologinę, arba autonominę, sistemą, motorinę sistemą, savo būdravimo ir miego būsenas ir savo elgesį / nuotaiką bendravimo metu. Savireguliacija – tai sėkminga visų šių keturių etapų integracija. Kūdikis, gebantis organizuoti, reguliuoti ir moduluoti savo elgesį, yra gerai pasiruošęs kiekvienos dienos gyvenimo iššūkiams.

Pirmasis etapas – pritaikyti savo fiziologiją ekstrauterinėje aplinkoje. Ką tik gimusiam naujagimiui reikia pradėti kvėpuoti, palaikyti pastovią kūno temperatūrą, stabilią kraujotaką, pradėti valgyti ir virškinti maistą, išmokti kontroliuoti judesius naujoje aplinkoje (sumažinti krūpčiojimus, įveikti žemės trauką).

Antrasis etapas – pasiekus fiziologinio stabilumo būklę, pradėti mokytis reguliuoti ir kontroliuoti savo judesius: išmokti slopinti atsitiktinius judesius, įgyti gebėjimą moduluoti raumenų tonusą, sumažinti perdėtą judėjimą, išlaikyti kūno padėtis, galiausiai – daryti valingus judesius.

Trečiasis etapas – išmokti reguliuoti arba organizuoti būdravimo / miego būsenas. Šiame etape kūdikis įgyja gebėjimą pasiekti stabilų būdravimo ir miego būsenų ir jų sklandaus perėjimo iš vienos į kitą, taip pat gebėjimą nereaguoti į neigiamus stimulus miego metu. Kūdikis išmoksta kontroliuoti savo būsenas, panaudodamas savireguliacijos

cijos strategijas, pvz., išlikdamas fleksinėje padėtyje, liesdamas rankomis savo burną, komunikuodamas su prižiūrinčiu asmeniu, verkdamas ir siekdamas suaugusiojo pagalbos, kuri suteikiama skirtingais raminimo būdais.

Ketvirto etapo metu kūdikis mokosi reguliuoti savo nuotaiką veiklų ir bendravimo metu, t. y. socialinį elgesį. Šiuo laikotarpiu kūdikis pradeda įgyti gebėjimą išbūti ramiai budrus vis ilgesnius periodus, didėja jo gebėjimas stebėti ir reaguoti į vizualinius ir garsinius dirgiklius, gebėjimas stebėti ir įsitraukti į interakciją su prižiūrinčiu asmeniu.

Neišnešiotų kūdikių savireguliacijos ypatumai

Nebrandžios (ir ypač specifinės neišnešiotumo patologijos pažeistos) neišnešiotų naujagimių smegenys turi mažesnę reguliacinės funkcijos pajėgumą, todėl visas anksčiau minėtos savireguliacijos užduotis neišnešiotiems kūdikiams atlikti yra žymiai sudėtingiau. Kaip jau minėta, jie yra pažeidžiamesni ir dažnai jau turi pradinę sunkią buvimo ekstrauterinėje aplinkoje patirtį, todėl gali būti jautrūs aplinkos dirgikliams, dirglūs, sunkiau prisitaiko prie naujos aplinkos, daugiau verkia, sudėtingiau juos nuraminti, užmigdyti, jiems gali sudėtingiau formuotis valgymo / miego režimas, jie sunkiau koordinuoja maitinimosi refleksus, sunkiau priima maitinimą ir sunkiau mokosi tinkamų maitinimosi įgūdžių. Todėl tinkamesni savireguliacijos įgūdžiai dažniausiai gali būti pasiekti tik dalyvaujant / padedant prižiūrinčiam asmeniui.

Neišnešiotų kūdikių maitinimosi / valgymo ypatumai

Neišnešiotas naujagimis pradeda mokytis valgyti burna iš krūties ar buteliuko dažniausiai nuo 32–34 sav. PKA. Tuo metu jo nervų sistema jau subręsta pakankamai, kad gebėtų suderinti tris procesus, kurie vyksta valgymo metu: kvėpavimą, čiulpimą ir rijimą. Maždaug nuo 3 mėnesių koreguoto amžiaus refleksinį čiulpimą pakeičia valingas čiulpimas ir kūdikis pradeda po truputį pats kontroliuoti valgymo procesą. Valgymo įgūdžiai vystosi tokia pat seka, kaip ir išnešiotų kūdikių, bet juos reikia vertinti, o ir primaitinimą įvesti pagal koreguotą amžių. Vis dėlto neišnešioti kūdikiai gali turėti tam tikrų, kartais gana didelių, sunkumų valgymo metu, pvz.:

- neatsibusti, kai nori valgyti,
- būti vangesni, silpnai žįsti ar čiulpti,
- būti labai aktyvūs / judrūs valgymo metu, jautrūs išorinės aplinkos dirgikliams ir greitai pavargti,
- sunkiai toleruoti prisilietimą prie burnos,
- nepademonstruoti aiškesnių alkio signalų, ypač pirmaisiais mėnesiais.

Maitinimo ir valgymo procesas turėtų būti lengvas ir malonus patyrimas. Toks maitinimas padeda ne tik vaikui kokybiškiau pasisavinti maistą ir sparčiau augti, bet taip pat ir formuoti socialiniam bendravimui tarp motinos ir vaiko. Daugumai išnešiotų

naujagimių tai pavyksta be ypatingų pastangų, bet trapiam neišnešiotam naujagimiui maitinimas gali tapti dar viena nemalonia procedūra, o motinai – sunkia užduotimi.

Taip dažnai atsitinka dėl vadinamo neišnešiotų naujagimių taktinio gynybiškumo – noro išvengti bet kokio prie burnos dedamo daikto – dėl naujagimystės laikotarpiu patirtų daugybinių manipuliacijų burnos aplinkoje, pačioje burnoje ir nosiaryklėje: ilgo dirbtinio kvėpavimo laikotarpio per intubacinį vamzdelį, ilgo maitinimo per zondą, atsiurbinių iš nosiaryklės, neskanių vaistų girdymo ir pan.

Todėl, atėjus maitinimo laikui, neišnešiotas kūdikis gali kietai užčiaupti burną, suksti galvą į šoną, bandyti nustumti prie burnos artėjantį buteliuką ar šaukštuką, garsiai verkti ir stipriai atlošti galvą atgal. Tokia vaiko reakcija sukelia sunkumų tinkamai ir pakankamai pamaitinti kūdikį, o tai gali sutrikdyti vaiko augimą ir sukelti stresą tėvams.

Neišnešioti kūdikiai, kuriems būdingas ritmiškumas, aiškus valgymo-miego-būdravimo ciklas ir aiškūs alkio signalai, gali būti maitinami pagal poreikį. Tie neišnešioti kūdikiai, kuriems šie gebėjimai vystosi lėčiau, turėtų būti maitinami pagal grafiką, atsižvelgiant į rodomus ženklus, reguliuojant maisto kiekį pagal kūdikio išvermę, stebint jų svorio augimą. Kūdikiai, kurie maitinimo metu būna dirglesni nei nemaitinami, turi būti ištirti dėl gastroezofaginio reflukso, aspiracijos rizikos. Kita dirglumo priežastis gali būti jau paminėta patirta neigiama stimuliacija veido ir burnos srityje. Tokiam kūdikiui reikia stengtis suteikti labai tausojančią teigiamą burnos stimuliaciją, stebėti jo rodomus alkio ir sotumo ženklus, įvertinti suvalgomo maisto kiekį.

Neišnešiotas naujagimis pirmaisiais mėnesiais neturėjo rimtų sveikatos sutrikimų ir pats gali stipriai ir aktyviai žįsti krūtį ar gerti iš buteliuko, o šiuo laikotarpiu jis gana sparčiai auga. Jo svorio, ūgio ir ypač galvos apimties augimo tempas gali būti netgi greitesnis už sveikų išnešiotų bendraamžių.

Visgi nemaža dalis neišnešiotais (o ypač labai neišnešiotais) gimusių kūdikių neauga taip, kaip norėtųsi tėveliams ir gydytojams. Dėl užsitęsusių ligų, nebrandžios nervų sistemos, nebrandžios virškinimo sistemos, silpnų raumenų šie vaikai dažnai yra per silpni, kad galėtų žįsti krūtį, o ir iš buteliuko čiulpia silpnai, po mažai, greitai nuvargdami, nesuvalgydami jiems reikiamo maisto kiekio, atpylinėdami. Paaugę tokie vaikučiai dažnai sunkiau mokosi valgyti iš šaukštuko ir kramtyti, todėl gali springti nuo tirštesnio ar nepakankamai sutrinto maisto, būna prasto apetito ar labai išrankūs maistui. Dėl visų šių priežasčių jų augimas nebūna pakankamas ir nuolat atsilieka nuo amžiaus normos. Nustatyta, kad jei iki 2 metų amžiaus vaiko svoris ir ūgis nepasiekia amžiaus normos, tai jis ir toliau bus smulkaus kūno sudėjimo. Tačiau labai svarbu, kad augimas būtų harmoningas (t. y. kad svoris ir ūgis, vertinant pagal specialias lenteles, atsiliuktų nuo normos maždaug proporcingai), kad nebūtų mažakraujystės, rachito, baltymų trūkumo ir kitų nepakankamo maitinimosi sukeltų sveikatos problemų.

Neišnešiotų kūdikių miego ypatumai

Ką tik gimę neišnešioti naujagimiai dažniausiai nuolat miega. Ilgesni ir aiškesni būdravimo periodai atsiranda maždaug nuo 36 sav. PKA. Neišnešiotų naujagimių miegas būna paviršutiniškas, jų miego ir būdravimo būsenų kaita neturi aiškių ribų, tad kartais būna sunku suprasti, ar vaikas miega, ar būdrauja. Be to, dauguma neišnešiotų naujagimių yra išgyvenę apnėjas ir turėję kvėpavimo problemų, jų slaugai buvo naudojami monitoriai, sekantys širdies, kvėpavimo parametrus. Ši įranga skleidavo signalus, kai trikdavo naujagimio kvėpavimas, ir pertraukdavo tiek naujagimio, tiek tėvų ramaus netrukdomo miego periodus. Šiuolaikiniuose naujagimių skyriuose paprastai stengiamasi kiek įmanoma mažinti neigiamą aplinkos poveikį naujagimiams, kontroliuojant aplinkos triukšmą ir apšvietimą, slaugant naujagimį pagal jo rodomus ženklus, fiziologiją ir amžių, kad nepertraukiamo miego periodai būtų kuo ilgesni. Tačiau kartais atsitinka, kad naujagimiai, gydyti tokioje Naujagimių intensyvios terapijos skyriaus (NITS aplinkoje, painioja dieną ir naktį. Tai paaiškinama tuo, kad, grįžus namo, šviesa ir triukšmas dienos metu gali jiems priminti NITS aplinką, kurioje jie išmoko prisitaikyti prie triukšmo ir šviesos bei tokiomis sąlygomis nusiraminti ir užmigti. Tuo tarpu tyli, rami ir tamsi namų aplinka naktį gali priminti jiems naktinę NITS aplinką, kurioje, sumažėjus stimulų, jie turėdavo galimybes ilgiau būdrauti ramioje aplinkoje, todėl ir namuose jie gali būti patys budriausi vidurnaktį.

Pastangos padėti kūdikiui atskirti dieną nuo nakties gali ne iš karto būti sėkmingos. Juk jį dar gana ilgą laiką tenka dažnai maitinti ir naktį, todėl jam sunkiau pajusti skirtumą tarp šviesaus ir tamsaus paros laikotarpio. Kai kurie neišnešioti kūdikiai miega labai trumpais periodais dienos metu, jie tik trumpam užsnūsta ir vėl bunda. Tačiau, laikantis nuoseklios taktikos, per ilgesnį laiką kūdikis išmoks suprasti skirtumą tarp dienos ir nakties, jo miego ir būdravimo ciklas taps labiau organizuotas.

Neišnešioti kūdikiai paprastai vėliau nei išnešioti bendraamžiai pradeda ramiau miegoti naktį ir išmiegoti ilgesnį laiką be pertraukų. Nors tai gana individualu, vis dėlto dažnai jiems nepavyksta išmiegoti ilgesnių nakties tarpų iki 6–8 koreguoto amžiaus mėnesio, o kartais ir ilgiau.

Neišnešiotų naujagimių ir kūdikių elgsenos ypatumai

Kaip jau minėta, neišnešiotų naujagimių nervų sistemos ir viso organizmo nebrandumas bei patirtos būsenos ir ligos lemia du galimus jų elgsenos modelius: jie gali būti prislopinti ir vangiai reaguoti į aplinką arba, atvirkščiai, gali būti perdėtai judrūs, dirglūs, neramūs, sunkiai nuraminami.

Prislopintas (hipojautrus) kūdikis daug miega, būdraudamas pats vangiai tiria aplinkinius daiktus, vangiai reaguoja į mamą ir tėtį, mažiau juos sekioja akimis, vėliau ir blankiau jiems šypsosi, gali nemėgti būti laikomas ant rankų ir žaidinamas, imamas ant

rankų gali verkti ir atlošti galvą, riedamasis atgal lanku, nes jis greitai pavargsta nuo aplinkinio net ir nedidelio triukšmo, šviesų ir spalvų, jį supančių žmonių ir bendravimo.

Perdėtai judrus, neramus (hiperjautrus) kūdikis miega trumpai ir neramiai, greitai bunda, daug verkia, jį sunku nuraminti, jis gali atsakyti maisto ar valgyti labai nedaug, priešindamasis maitinimui, sunkiai priprasti prie aplinkos pasikeitimų, mažiau bendrauti, palaikyti mažiau akių kontakto, gali mėgti būti vienas ir, būdamas vienas, geriau nusiraminti.

6. Neišnešiotais gimusių vaikų elgesio fenotipo ypatumai

Pastarųjų metų moksliniai tyrimai rodo, kad neišnešiotais gimusių vaikų sunkių, akivaizdžiai pastebimų raidos sutrikimų (cerebrinio paralyžiaus, sunkių klausos ir regos sutrikimų, sunkių intelekto pakenkimų) skaičius turi tendenciją mažėti. Tačiau ryškėja kita tendencija: jau mokykliniame amžiuje nustatoma vis daugiau su neišnešiotumu ir mažu gimimo svoriu susijusių nesunkių intelekto sutrikimų, dėmesio sutelkimo sunkumų, perdėto aktyvumo, internalizuotų elgesio sutrikimų (nerimo, depresijos, psichosomatinių simptomų) ir socialinės interakcijos sutrikimų, sutrikdančių mokymosi procesą [14]. Šių sunkumų visuma šiuo metu vadinama bendru vardu „neišnešiotųjų elgesio fenotipas“ ir yra nustatyta statistiškai pagrįsta koreliacija tarp šio fenotipo dažnio ir gestacinio amžiaus: kuo mažesnis gestacinis amžius ir / ar gimimo svoris, tuo daugiau tokių simptomų nustatoma mokykliniame amžiuje. Vienu iš tyrimų nustatyta, kad ypač neišnešiotais gimę vaikai (GA < 28 sav.) 8 metų amžiuje dvigubai dažniau turėjo aktyvumo ir dėmesio sutelkimo sutrikimą nei jų išnešiotais gimę bendraamžiai, o 14 metų amžiuje – žymiai dažniau jiems buvo nustatytas žemas IQ (14 proc. < 70) ir specialiojo ugdymo poreikis (45 proc.); 11 metų amžiuje jiems žymiai dažniau nustatomos psichiatrinės diagnozės [14]. Apibendrinant tenka pažymėti, kad dažniausiai neišnešiotais gimusių vaikų elgesio ir aktyvumo bei dėmesio sutelkimo sunkumus lemia keletas faktorių: mažesnio ar didesnio laipsnio intelektinių gebėjimų stoka, judesių koordinacijos (ypač akių ir rankos koordinacijos) sutrikimas, savireguliacijos įgūdžių stoka, dėl neišnešiotumo kilę tėvų ir vaiko santykių formavimosi ypatumai.

Tad ankstyvosios intervencijos / reabilitacijos tarnyboms ir specialistams, dirbantiems su neišnešiotais gimusiais vaikais ankstyvojoje vaikystėje ir ikimokykliniame amžiuje, svarbu:

1. Domėtis ir žinoti apie neišnešiotų vaikų savireguliacijos sutrikimus ir elgesio fenotipą bei mokyklinio amžiaus sunkumus; didelę jų riziką ir komorbidiškumą su kitomis neišnešiotųjų būklėmis.
2. Dirbti multidisciplininiu principu, sudarant individualų visų raidos sričių skatinimo, dėmesio sukaupimo lavinimo, perdėto aktyvumo mažinimo, savireguliacijos bei emocinių problemų sprendimo planą ir jį nuosekliai taikant.

3. Taip pat svarbu laiku nukreipti vaiką psichiatro ištyrimui dėl aktyvumo ir dėmesio sutrikimo (ADS) bei kitų psichiatrinių diagnozių nustatymo ir medikamentinio gydymo parinkimo, jei to reikia ir jei tai leidžia vaiko amžius.
4. Nukreipti perdėto aktyvumo ir dėmesio sukaupto sunkumų turintį vaiką kasdieniams fizinio aktyvumo užsiėmimams arba integruoti fizinio aktyvumo veiklas į kasdienę jo rutiną.

Literatūros sąrašas

1. Abily-Donval L. et al. Comparison in outcomes at two-years of age of very preterm infants born in 2000, 2005, 2010. *Plos ONE* 10(2):e0114doi:10.1371/journal.pone.0114567.
2. Bhutta A. T. et al. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA* 2002;288:728–737.
3. Bolisetty S. et al. Intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes in extreme preterm infants. *Pediatrics* 2014 Jan;133(1):55–62.
4. Choi E. K. et al. Developmental outcomes of preterm infants with bronchopulmonary dysplasia-associated pulmonary hypertension at 18–24 months of corrected age. *BMC Pediatrics*, vol. 19, art. Nr. 26. 2019.
5. Clark B., Belanger S. A. ADHD in children and youth: Part 3—Assessment and treatment with comorbid ASD, ID, or prematurity. *Paediatrics & Child Health* 2018 Nov; 23(7):485–490, <https://doi.org/10.1093/pch/pxy111>.
6. Clark C. A. et al. Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child Development* 2008;79:1444–1462.
7. Edwards J. et al. Developmental coordination disorder in school-aged children born very preterm and/or at very low birth weight: a systematic review. *J Dev Behav Pediatr* 2011.
8. Eichenwald E. C. Gastroesophageal reflux in preterm infants: guidance on diagnosis, management. *AAP News* 2018. <https://www.aappublications.org/news/2018/06/18/reflux061818>.
9. Feldman R. The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development* 2009;80:544–561.
10. Glass H. C. et al. Outcomes for Extremely Premature Infants. *Anesth Analg* 2015 Jun;120(6):1337–1351.
11. Hirvonen M. Cerebral palsy among children born moderately and late preterm. *Pediatrics* 2014.
12. Jarjour I. T. et al. Neurodevelopmental outcome after extreme prematurity: a review of the literature. *Pediatr. Neurol* 2015 Feb;52(2):143–152.
13. Parikh N. A. Advanced neuroimaging and its role in predicting neurodevelopmental outcomes in very preterm infants. *Semin Perinatol* 2016 Dec;40(8):530–541.
14. Van de Weijer-Bergsma E.V. et al. Attention development in infants and preschool <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1061>.

NEIŠNEŠIOTO NAUJAGIMIO RAIDOS STEBĖJIMAS PIRMAISIAIS METAIS

Karolina Petrauskienė

Perinatalinės pagalbos priemonės nuolat plečiamos, vystosi ir tobulėja, ir šie teigiami pasikeitimai, kaip rodo tyrimai, didina naujagimių išgyvenamumą bei gerina jų sveikatos ir raidos rezultatus. Nepaisant to, neišnešiotiems naujagimiams yra būdinga žymiai didesnė raidos sutrikimų rizika, palyginti su laiku gimusiais išnešiotais naujagimiais. Raidos sutrikimų rizika didėja, mažėjant naujagimio gestaciniam amžiui ir svoriui. Tyrimai rodo, kad vaikams, turintiems raidos sutrikimus, yra ypač efektyvi ankstyvoji reabilitacija.

Neišnešiotų naujagimių populiacija labai įvairuoja. Sveikų didesnio gestacinio amžiaus neišnešiotų naujagimių raida beveik nesiskiria nuo laiku gimusių naujagimių, o ypač neišnešiotų naujagimių grupėje raidos sutrikimų paplitimas žymiai didesnis. Todėl svarbu tikslingai atrinkti ir stebėti tuos naujagimius, kuriems kyla didžiausia raidos sutrikimų rizika. Šių naujagimių raida turi būti stebima naujagimių atokaus stebėjimo poskyriuose prie perinatologijos klinikų arba ankstyvosios reabilitacijos tarnybose pagal gyvenamąją vietą.

Naujagimių įtraukimo į raidos stebėjimo programas iki 2 metų koreguoto amžiaus kriterijai:

- Visi neišnešioti naujagimiai, gimę iki 32 savaičių gestacinio amžiaus.
- Neišnešioti naujagimiai, gimę tarp 32–36 (6 d.) sav. gestacijos, kuriems priskiriami vienas ar daugiau rizikos veiksnių:
 - 1) II–IV laipsnio intraventrikulinis (netrauminis) kraujavimas (P52), naujagimio smegenų leukomaliacija (P91.2), naujagimio įgyta periventrikulinė cista (P91.1), hidrocefalija (G91).
 - 2) Naujagimio hipoksinė išeminė encefalopatija (HIE), 2 stadija ir 3 stadija (P91.62–P91.63).
 - 3) Naujagimių virusinis arba bakterinis meningitas / encefalitas (G00–G09).
 - 4) Kiti rizikos veiksniai, dėl kurių svarstytinas neišnešiotų naujagimių įtraukimas į raidos stebėjimo programas:
 - a) lėtinė kvėpavimo takų liga, išsivysčiusi perinataliniu laikotarpiu (P27),
 - b) neišnešiotų kūdikių retinopatija (H35.1),
 - c) vaisiaus asfiksija gimimo metu (P21.0–1),
 - d) naujagimio traukuliai (P90),
 - e) lėtas vaisiaus augimas ir vaisiaus mitybos sutrikimai (P05),

- f) nekrotizuojantis enterokolitas, kuriam buvo taikytas operacinis gydymas,
- g) įgimtos nervų sistemos formavimosi ydos (Q01–Q07),
- h) chromosomų anomalijos (Q90–Q99),
- i) naujagimio maitinimo sutrikimai (P92),
- j) žinomos sunkios socialinės aplinkybės arba šeimos problemos, susijusios su vaiko saugumu (Z60–Z63).

(Šaltiniai: „Developmental follow-up of children and young people born preterm“, *NICE guideline*, 2017-08-09, prieiga per internetą: nice.org.uk/guidance/ng72 ©NICE ir Neonatologijos centro rekomendacijos)

Neišnešioti naujagimiai, kuriems rizikos veiksniai nepriskirtini, turi būti prižiūrimi pirminėse sveikatos priežiūros centruose, nes šie naujagimiai turi nedidelę raidos sutrikimų riziką. Jų raidos patikra atliekama ir raida stebima, vadovaujantis LR SAM ministro įsakymu Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“. Gydytojai, stebintys neišnešiotą vaiko raidą PSPC, turi būti budrūs ir atkreipti dėmesį į individualius tokių vaikų raidos sulėtėjimo požymius arba neurologinius simptomus. Vaikai, kurių raidos atrankos rezultatai neigiami, ir tie, kuriems įtariamas raidos sulėtėjimas arba atipiniai neurologiniai simptomai, turi būti nukreipti papildomam ištyrimui ir vertinimui.

Neišnešiotų naujagimių raidos stebėjimo tikslai

- Netipinės raidos atpažinimas – ankstyvas raidos sutrikimų nustatymas, jų vertinimas ir dokumentacija, naudojant patikrintas ir pripažintas metodikas.
- Tėvų konsultavimas ir pagalba šeimai vaiko priežiūros klausimais, tėvų mokymas (miego, maitinimo, raidos ir lavinimo klausimais).
- Psichologinis tėvų konsultavimas ir pagalba šeimai. Tėvų palaikymas ir nuraminimas ypač svarbus pirmaisiais mėnesiais, kai neapibrėžtumas ir nerimas gali paveikti motinos ir kūdikio santykį.
- Socialinio darbuotojo pagalba.
- Konsultacijos maitinimo klausimais.
- Sensorinių (klauso ir regos) sutrikimų atpažinimas.
- Kitų problemų atpažinimas ir reikalingų specialistų konsultacijos – pulmonologo, LOR gydytojo, kardiologo, oftalmologo, dietologo, ortopedo, genetiko.
- Informacijos apie vaikų raidos sutrikimus rinkimas, siekiant vertinti ir tobulinti gydymo efektyvumą.

Rizikos grupių neišnešiotų naujagimių raidos sekimo organizavimas

Neišnešiotų naujagimių raidos stebėjimą ir pagalbą atlieka multidisciplininė komanda, kurią sudaro neonatologas – vaikų ligų gydytojas, turintis socialinio pediatro

sertifikatą ir žinių apie neonatalinę pagalbą, vaikų neurologas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, logoterapeutas, psichologas ir – pagal poreikį – dietologas. Vaikai prireikus taip pat gali būti nukreipiami ir kitų specialistų konsultacijai.

Neišnešiotų naujagimių raidos stebėjimas pirmaisiais metais

Siekiant anksti nustatyti ir suteikti pagalbą vaikams, gimusiems neišnešiotais, raidos sekimas pirmaisiais metais turėtų būti intensyvus (3–4 kartai per metus). Antraisiais metais raidos sekimo poreikis mažėja, dažniausiai apsiribojama ištyrimu 18 ir 24 mėnesių amžiuje.

Visų vizitų metu su tėvais aptariami klausimai, susiję su vaiko raida, peržiūrimi ankstesnių vizitų duomenys, atliekamas raidos (motorinės, pažintinės, psichosocialinės) stebėjimas, vertinimas, jų rezultatai aptariami su tėvais, planuojamas kitas vizitas arba esant poreikiui pradedama ankstyvoji rehabilitacija. (Pagal „Developmental follow-up of children and young people born preterm“, *NICE guideline*, 2017-08-09, prieiga internetu: nice.org.uk/guidance/ng72 ©NICE.)

2.1 lentelė. Stebėjimo etapai

Koreguotas amžius, mėn.	Raidos sritis	Stebimi parametrai	Intervencijos	
			Nustačius sutrikimų	Sutrikimų nenustačius
1–2 mėn.	Kūdikio savireguliacijos gebėjimai bei mamos / tėvo ir vaiko santykiai.	<p>1. Fizinė vaiko priežiūra.</p> <p>2. Kūdikio alkio ir sotumo, miego ir būdravimo, streso signalai; atsakas į mamos suteikiamą stimuliaciją / kalbinimą, gebėjimas nusiraminti / būti nuramintam.</p> <p>3. Mamos / tėvo gebėjimas atpažinti alkio ir sotumo, miego ir būdravimo, streso ir pasitenkinimo signalus.</p> <p>4. Mamos / tėvo gebėjimas nuraminti kūdikį, suteikti pagalbą jam bandant nusiraminti, leisti jam nusiraminti pačiam.</p>	<p>1. Tėvų mokymas, psichosocialinės šeimos būklės įvertinimas.</p> <p>2. Kūdikio poreikių, siunčiamų signalų ypatumų, jų atpažinimo ir atliepimo aptarimas su tėvais.</p> <p>3. Psichologinės pagalbos poreikio tėvams nustatymas, nukreipimas į jai.</p> <p>4. Kūdikio ramino / nusiramino strategijų aptarimas su tėvais; psichologinės pagalbos poreikio tėvams nustatymas, nukreipimas į jai.</p>	<p>Suteikiami bendri slaugos ir priežiūros patarimai tėvams.</p>
	Bendroji motorika.	<p>1. Padėčių ant nugaros ir pilvo simetriškumas, fleksinės padėties išlaikymas.</p> <p>2. Aktyvų judesių simetrija, jų pobūdis ir kiekis bei kokybė.</p>	<p>Tėvų mokymas: fleksinės padėties suteikimas kūdikiui ir pagalba, ją išlaikant; pagalba, išlaikant simetrines padėtis; nukreipimas kineziterapijai.</p>	<p>Tėvams suteikiami bendri patarimai apie kūdikio padėties valgant, miegant, žaidžiant.</p>
	Sensorinė sistema.	<p>1. Reakcija į lytėjimą, propriocepinę stimuliaciją, garsinius ir regimuosius stimulus kūdikio apžiūros metu.</p>	<p>Tėvų mokymas: hiperjautrumo atveju – sukurti tausojančią aplinką ir taikyti tausojančią sensorinę stimuliaciją; hipojautrumo atveju – sukurti adekvačią sensorinę aplinką ir stimuliaciją, atidžiai stebint vaiko streso ir pervargimo signalus.</p>	<p>1. Suteikiami bendri sensoromotorinės stimuliacijos patarimai tėvams.</p>

<p>Maitinimo(si) įgūdžiai.</p>	<p>1. Maitinimosi refleksai (čiulpimas, rijimas, kvėpavimas) ir jų tarpusavio koordinacija. 2. Burnos sensomotorika. 3. Kūdikio ir motinos padėtis maitinimo metu.</p>	<p>1. Tėvų mokymas: tinkamos (fleksinės) maitinimo padėties suteikimas; maitinimo ritmo parinkimas. 2. Burnos sensomotorinė stimuliacija.</p>	<p>1. Tėvams suteikiami bendri patarimai apie kūdikio maitinimą.</p>
<p>3–4 mėn.</p> <p>Kūdikio savireguliacijos gebėjimai bei mamos / tėvo ir vaiko santykiai.</p> <p>Bendroji motorika.</p>	<p>Stebima toliau pagal 1–2 mėn. algoritmą (žr. aukščiau).</p> <p>1. Raumenų tonusas ir jėga. 2. Padėčių ant nugaros ir pilvo simetriškumas. 3. Galvos kontrolė padėtyse ant nugaros (trakcija), ant pilvo ir laikant vertikaliai. 4. Atrama rankomis / dilbiais padėtyje ant pilvo. 5. Rankų suvedimas į vidurio liniją padėtyje ant nugaros ir šono. 6. Aktyviųjų judesių simetrija, pobūdis, kiekis ir kokybė.</p>	<p>1. Tėvų mokymas suteikti ir palaikyti tinkamas padėtis ir taikyti tam reikalingas pagalbines priemones. 2. Nukreipimas kineziterapeuto pagalbai ar kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai.</p>	<p>Tėvams suteikiami bendri patarimai apie kūdikio padėtis valgant, miegant, žaidžiant.</p>
<p>Sensorinė sistema.</p> <p>Smulkioji motorika.</p>	<p>Stebima toliau pagal 1–2 mėn. algoritmą (žr. aukščiau).</p> <p>1. Plaštakų atgniaužimo laipsnis. 2. Rankų suvedimas į vidurio liniją, plaštakų stebėjimas, žaidimas jomis bei dėjimas į burną padėtyje ant nugaros ir šono. 3. Žvilgsnio fiksacija į 20 cm atstumu nuo kūdikio veido esantį veidą ar žaislą, sekimas 90 laipsnių kampų. 4. Pastangos siekti ranka 20 cm atstumu nuo kūdikio veido esančio žaislo.</p>	<p>1. Tėvų mokymas: fleksinės padėties palaikymas, tinkamas veido ar žaislo atstumas iki vaiko veido, plaštakų ir viso kūno sensorinė stimuliacija. 2. Nukreipimas ergoterapijai ar kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai.</p>	<p>Tėvams suteikiami bendri patarimai apie kūdikio sensorikos ir smulkiosios motorikos lavinimą.</p>

Kore- guotas amžius, mėn.	Raidos sritis	Stebimi parametrai	Intervencijos	
			Nustačius sutrikimų	Sutrikimų nenustačius
5-6 mėn.	Ikikalbiniai ir su- vokimo įgūdžiai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reakcija į garsą, jos greitis. 2. Aktyviai tariami garsai – „a-h“ deriniai, tęsia- mas „rrrr“, purškimas. 3. Žvilgsnio fiksavimas į žaislą ir jo sekimas bei siekimas ranka. Įdėto į plaštaką žaislo išlaiky- mas, pastangos tyrinėti jį burna. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klausos, regos patikra. 2. Tėvų mokymas: tinkama sensomo- torinė ir raidos stimuliacija. 3. Kompleksinė ankstyvoji reabilitacija. 	<p>Suteikiami bendri raidos lavinimo patarimai tėvams.</p>
	Dėmesio sutelki- mo ir interakcijos gebėjimai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reakcija į motinos balsą. 2. Žvilgsnio fiksacija į mamos / tėvo, kito kalbi- nančio žmogaus veidą. 3. Žvilgsnio kontakto išlaikymas, socialinė šyp- sena, jos atsiradimo greitis. 4. Nuovargio nuo bendravimo signalai. 5. Motorinė emocijų raiška. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tėvų mokymas: kalbinimo pozi- cija, kūdikio pasirengimo bendrauti signalai, jo nuovargio nuo bendravimo signalų atpažinimas, emocijų raiškos atpažinimas. 	<p>Suteikiami bendri vaiko pasirengimo bendrauti ir emocijų raiškos atpažinimo patarimai tėvams.</p>
5-6 mėn.	Maitinimosi įgūdžiai.	<p>Stebima toliau pagal 1-2 mėn. algoritmą (žr. aukščiau).</p>		
	Kūdikio saviregu- liacijos gebėjimai bei mamos / tėvo santykiai.	<p>Stebima toliau pagal 3-4 mėn. algoritmą (žr. aukščiau).</p>		
	Bendroji moto- rika.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raumenų tonusas ir jėga. 2. Galvos kontrolė padėtyse ant nugaros (trakcija), ant pilvo ir vertikaliai. 4. Gulint ant pilvo: <ul style="list-style-type: none"> - gebėjimas atlikti tiesinimo judesius kojomis, kai pakelia rankas, - atrama rankomis / plaštakomis padėtyje ant pilvo, - pusiausvyros reakcija gulint ant pilvo, - svorio perkėlimas ant vienos rankos. 		<p>Tėvams suteikiami bendri patarimai apie kūdikio padėtis valgant, miegant, žaidžiant.</p>

5. Sėdimose padėtyje:
- trakcija,
 - gera galvos kontrolė sėdint,
 - priekinės apsaugos reakcijos formavimas – trumpai pasėdi (6 mėn.)

6. Vertikaliaje padėtyje:

- kojų atramos reakcijos formavimas,
 - aktyvūs kojų judesiai,
 - kūno svorio išlaikymas.
7. Padėčių keitimas: vertimas nuo nugaros ant pilvo.
8. Rankų ir pėdų koordinacija.
9. Aktyvių judesių pobūdis, kiekis ir kokybė.

Stebima toliau pagal 1–2 mėn. algoritmą (žr. aukščiau).

Sensorinė sistema.

Smulkioji motorika.

1. Plaštakų atgniaužimo laipsnis:

- turi būti išnykęs griebimo refleksas.

2. Valingi rankų judesiai, akies ir rankos koordinacija:

- tikslingas daikto griebimas gulimoje arba sėdimose padėtyje,
- delninis (radialinis) griebimas,
- žaislo perėmimas iš vienos rankos į kitą.

3. Žaislo sekimas horizontaliai, vertikaliai ir pilnu lanku.

1. Tėvų mokymas, kaip ir 3–4 mėn., be to:

- tinkamos žaidimo padėties aptarimas,
- tinkamas veido ar žaislo atstumas iki vaiko veido,
- tolesnis įvairios formos ir dydžio žaislų griebimo skatinimas,
- abipusės rankų judesių koordinacijos skatinimas,
- plaštakų ir viso kūno sensorinė stimuliacija.

2. Nukreipimas ergoterapijai ar kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai.

1. Aktyviai tariami garsai: ritmiškos skiemenu eilutės, čiaušėjimas.
2. Garso šaltinio suradimas.
3. Reakcija į vardą, garsą.
4. Objekto pastovumo sąvokos formavimas.

Ikkalbiniai ir suvokimo įgūdžiai.

Tėvams suteikiami bendri kūdikio sensorikos ir smulkiosios motorikos lavinimo patarimai.

Suteikiami bendri raidos lavinimo patarimai tėvams.

Koreguotas amžius, mėn.	Raidos sritis	Stebimi parametrai	Nustatčius sutrikimų	Intervencijos
	<p>Dėmesio sutelkimo ir interakcijos gebėjimai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Spontaniinė šypsena. Socialinis kontaktas: gali jį inicijuoti, palaikyti ir atsakyti į jį. Geba vis geriau nurimti pats: rankų naudojimas siekiant nusiraminti. Atpažįsta veidus, atkreipia dėmesį į nepažįstamus. Garsiai juokiasi. Susidomi veiksmams ir daiktams, kurie įdomūs tėvams (stebi ne tik veidą, bet ir tai, ką veikia kitas žmogus) 	<p>Taip pat, kaip ir 3–4 mėn.</p> <p>Aptariama tinkama sensorinė stimuliacija socialiniam kontaktui, dėmesio sutelkimui skatinti.</p> <p>Aplinkos pritaikymas.</p>	<p>Taip pat, kaip ir 3–4 mėn.</p>
	<p>Maitinimosi įgūdžiai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Maitinimosi reakcijos ir jų tarpusavio koordinacija. Pasiruošimo primaitinti įvertinimas: <ul style="list-style-type: none"> gera galvos kontrolė arba gebėjimas sėdėti, rankų ir žaislų dėjimas į burną, liežuvio išstūmimo refleksas išnykimas, domisi maistu, kurį valgo suaugusieji, žiojasi, matydamas šaukštėlį. 	<p>Tėvų mokymas: atpažinti kūdikio alkio ir sotumo ženklus, tinkama maitinimo padėtis: kuo vertikalesnė, su pakankama atrama liemeniui, pečių juostai ir galvai arba sėdima. tinkama maisto konsistencija ir temperatūra, maisto ragavimo būdai: pirštai, šaukštas, burnos pojūčių lavinimas.</p>	<p>Suteikiami bendri kūdikio maitinimosi patarimai tėvams.</p>
<p>7–8 mėn.</p>	<p>Kūdikio savireguliacijos gebėjimai bei mamos / tėvo santykiai.</p>	<p>Stebima toliau pagal 1–2 mėn. algoritmą (žr. aukščiau).</p>		

Bendroji motorka.	<p>1. Aktyvių judesių pobūdis, kiekis ir kokybė.</p> <p>2. Raumenų tonusas ir jėga.</p> <p>3. Atrama rankomis / plaštakomis padėtyje ant pilvo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - svorio perkėlimas ant vienos rankos, - parašiuoto reakcija. <p>3. Gebėjimas sėdėti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sėdėjimas, - apsaugos reakcijų formavimas, (susiformavusi priekinė apsaugos reakcija, šoninė formuojasi). <p>4. Kojų atramos reakcijos formavimas vertikaliajoje padėtyje:</p> <p>spyruokliavimas vertikaliajoje padėtyje</p> <p>5. Padėčių keitimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vartymasis nuo nugaros ant pilvo (rotuojant liemeni), - aktyvus judėjimas ant pilvo (sukimas ant pilvo, šliaužimas). <p>5. Rankų ir pėdų koordinacija.</p>	Tėvams suteikiami bendri patarimai apie kūdikio žaidimų, valgymo padėtis, judėjimo skatinimą.	
Sensorinė sistema.	Stebima toliau pagal 1–2 mėn. algoritmą (žr. aukščiau).		
Smulkioji motorka.	<p>1. Abipusės rankų koordinacijos tobulėjimas: gebėjimas paimti ir išlaikyti po vieną daiktą abiejose rankose.</p> <p>2. Smulkesnių daiktų griebimas: delniniu (radialiniu) griebimo būdu, ištiestu nykščiu, pirštais.</p> <p>3. Geba paimti tiek kairiaja, tiek dešiniąja ranka.</p>	<p>1. Tėvų mokymas taip pat, kaip ir 5–6 mėn., be to: tinkamų žaidimo padėčių, žaislų / daiktų, jų formos, tekstūros, svorio aptarimas, žaidimo tikslų aptarimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abipusės rankų judesių koordinacijos skatinimas, - žaislų tyrinėjimo, - įvairių daiktų paėmimo, panaudojimo būdų skatinimas, - smulkių daiktų griebimo skatinimas, - tinkamos vaiko būsenos atpažinimas, - nuovargio ženklai. <p>2. Nukreipimas ergoterapeuto pagalbai arba kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai.</p>	Tėvams suteikiami bendri sensorikos ir smulkiosios motorikos lavinimo patarimai.

		Intervencijos		
Koreguotas amžius, mėn.	Raidos sritis	Stebimi parametrai	Nustatčius sutrikimų	Sutrikimų nenustatčius
	Ikikalbiniai ir suvokimo įgūdžiai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Čiauškėjimas, skirtingų išmoktų garsų ir jų kombinacijų kartojimas. 2. Skirtingo stiprumo garso suvokimas ir jų išmėginimas. 3. Objekto pastovumo suvokimo pradžia: ieško iš dalies paslėpto daikto. 4. Geresnis aplinkos suvokimas, atstumo tarp objektų, jų santykio erdvėje suvokimas: keičia padėtį, norėdamas pasiekti daiktą, meta žaislą. 	Tėvų nukreipimas kūdikio klausos / regos patikrai, kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai.	Tėvams suteikiami bendri ikikalbinių ir pažintinių įgūdžių skatinimo patarimai.
	Dėmesio sutelkimo ir interakcijos gebėjimai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socialinio žaidimo pradžia: žaidžia slėpynių, pirmas „žaidėjo“ vaidmuo – juokiasi, ieško žvilgsniu, nekantriai laukia. 2. Kita taip pat, kaip ir 5–6 mėn. 3. Stebi ne tik veidą, bet ir ką veikia kitas žmogus. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tėvų mokymas: kūdikio pasiruošimas bendrauti ir nuovargio ženklai. Tinkamos aplinkos sukūrimas ir kūdikio paruošimas žaidimui, taikant sensorinę stimuliaciją. Žaidimai su kūdikiu – slėpynės. Mėgdžiojimo skatinimas: mokymas ploti katučių, rodyti įvairius gestus. Žaidimas su kūdikiu rodant jam įvairias grimasas, veidus. 2. Kontrolė – pakartotina ambulatorinė konsultacija. 3. Nukreipimas kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai. 	

<p>Maitinimosi įgūdžiai.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maitinimo padėties įvertinimas / stebėjimas. 2. Kūdikio elgesys valgymo metu. 3. Įgūdžių vertinimas / aptarimas: <ul style="list-style-type: none"> - valgymo šaukštelių vertinimas, - kandimo ir kramtymo vertinimas, - gėrimo iš puodelio įgūdžių vertinimas, - seilėtekio kontrolės vertinimas, - buteliuko laikymas valgant vertinimas. 	<p>1. Patarimai tėvams:</p> <ul style="list-style-type: none"> * tinkama maitinimo padėtis, * kūdikio alkio, sotumo ženklai, * tinkamos maitinimo aplinkos sukūrimas, * tinkamo maisto aptarimas (konsistencija, skonis / kvapas, temperatūra), * tėvų reakcijos į kūdikio valgymą aptarimas. <p>2. Nukreipimas konsultacijai maitinimo klausimais, kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai.</p>	<p>Bendri maitinimosi patarimai tėvams.</p>
<p>9–10 mėn.</p> <p>Kūdikio savireguliacijos gebėjimai bei mamos / tėvo santykiai.</p> <p>Bendroji motorika.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusiausvyros reakcijos: <ul style="list-style-type: none"> - priekinė, šoninė apsaugos reakcijos sėdint. - stovėjimo reakcija – gebėjimas stovėti, išlaikant savo kūno svorį apie 0,5 min. 2. Liemens kontrolė, rotaciniai liemens judesiai. 3. Padėčių keitimo įgūdžiai: <ul style="list-style-type: none"> - savarankiškas atsėdėjimas, - gebėjimas atsistoti į keturpėsią padėtį, - perėjimas iš sėdimos į gulimą ant pilvo padėtį arba į keturpėsią padėtį, 4. Aktyvus judėjimas: <ul style="list-style-type: none"> - šliaužimas, - nekoordinuotas ropojimas. 5. Refleksai: kojų griebimo refleksas mažėjimas. 	<p>Tęsti, kaip ir anksčiau.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusiausvyros reakcijos: <ul style="list-style-type: none"> - priekinė, šoninė apsaugos reakcijos sėdint. - stovėjimo reakcija – gebėjimas stovėti, išlaikant savo kūno svorį apie 0,5 min. 2. Liemens kontrolė, rotaciniai liemens judesiai. 3. Padėčių keitimo įgūdžiai: <ul style="list-style-type: none"> - savarankiškas atsėdėjimas, - gebėjimas atsistoti į keturpėsią padėtį, - perėjimas iš sėdimos į gulimą ant pilvo padėtį arba į keturpėsią padėtį, 4. Aktyvus judėjimas: <ul style="list-style-type: none"> - šliaužimas, - nekoordinuotas ropojimas. 5. Refleksai: kojų griebimo refleksas mažėjimas. 	<p>Bendri patarimai tėvams apie vaiko aktyvaus judėjimo svarbą.</p>

Koreguotas amžius, mėn.	Raidos sritis	Stebimi parametrai	Nustaciaus sutrikimų	Intervencijos
	Sensorinė sistema.	Stebima pagal aukščiau nurodytą algoritmą (žr. aukščiau).		
	Smulkioji motorika.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rankų judesių vertinimas: abipusė rankų koordinacija. 2. Griebimo įvertinimas: <ul style="list-style-type: none"> - gebėjimas laisvai paleisti daiktą kristi, - nebrandus pincetinis griebimo būdas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patarimai tėvams: <ul style="list-style-type: none"> - abipusės rankų koordinacijos skatinimas, - kita, kaip ir 7–8 mėn. 2. Nukreipimas: <ul style="list-style-type: none"> - ergoterapijai, - kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai. 	Bendri smulkiosios motorikos skatinimo patarimai tėvams.
	Ikkalbiniai ir suvokimo įgūdžiai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aiškiai sudvigubinti skiemenys ir dialogas, išmokyti skiemenų mėgdžiojimas. 2. Supratimas, ką reiškia „ne“. 3. Objekto pastovumo suvokimas. 4. Priežasties ir pasekmės suvokimas. 5. Erdvinis suvokimas: <ul style="list-style-type: none"> - supranta skirtumą tarp vidaus ir išorės, - tyčia meta žaislą vėl ir vėl. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pagalba tėvams – nukreipimas kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai. 	
	Dėmesio sutelkimo ir interakcijos gebėjimai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Specifinės prieraišumo reakcijos: <ul style="list-style-type: none"> - drovisi / bijo svetimų žmonių, - siekia tėvų dėmesio, kai nori žaisti, nusiraminti arba reikia pagalbos. 2. Socialiniai žaidimai-interakcija: <ul style="list-style-type: none"> - slėpynės, - katutės, - moja „atia-atia“. 4. Pradedama reaguoti į vardą. 5. Rodo įvairias emocijas: džiaugsmo, baimės, pykčio, pasibjaurėjimo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tėvų mokymas: <ul style="list-style-type: none"> * mokymas atsisveikinti per žaidimą (rodyti ir sakyti „atia“, siųsti oro bučin), * skatinti kūdikį žaisti slėpynes, katutes, * žaidimai su ne šeimos nariais. 2. Nukreipimas pagalbai: <ul style="list-style-type: none"> psichologo konsultacijos, kompleksinė ankstyvoji reabilitacija. 	

Maitinimosi įgūdžiai.	1. Valgymas pirštais, kita taip pat kaip 7–8 mėn.	Taip pat, kaip ir 7–8 mėn. Savarankiško valgymo (pirštais / šaukštu) aptarimas.	Bendri patarimai kūdikio maitinimosi klausimais.
11–12 mėn. Kūdikio savireguliacijos gebėjimai bei mamos / tėvo santykiai. Bendroji motorika.	1. Padėtis: - sėdėjimo (liemens kontrolė, pusiausvyros reakcijos), - stovėjimo (kūno svorio išlaikymas, stovėjimo reakcija). 2. Padėčių keitimas: - kaip 9–10 mėn., - gebėjimas atsistoti. 3. Aktyvus judėjimas: - ropojimas (kryžminės kelių ir plaštakų koordinacijos būdu, „meškino eiseną“), - ėjimas (žingsniai prilaikant, ėjimas palei baldus, ėjimas laikant už abiejų / vienos rankos). Stebima toliau pagal aukščiau minėtą algoritmą (žr. aukščiau).	Taip pat, kaip ir 9–10 mėn.	Bendri motorikos skatinimo patarimai
Sensorinė sistema.	1. Akies ir rankos koordinacija: - tikslūs rankų judesiai, - rankų judesiai erdveje.	Rodomojo piršto funkcijos atsiradimo skatinimas. Kita, kaip ir 9–10 mėn.	
Smulkioji motorika.	2. Daikto griebimas: - tikrasis pincetinis griebimas, - replinis griebimas. 3. Manipuliacijos daiktams (laikymas, perėmimas, paleidimas). 4. Rodomojo piršto funkcijos pradžia: daikto tyrimas pirštu, piršto kišimas į skylutes, mygtuko paspaudimas.		

Koreguotas amžius, mėn.	Raidos sritis	Stebimi parametrai	Intervencijos	Sutrikimų nenustačius
	Iškibaliniai ir suvokimo įgūdžiai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaiko ištariamai garsai / žodžiai – pirmi prasmingi skiemenys. 2. Garsų, žodžių suvokimas: <ul style="list-style-type: none"> - reakcija į draudimą (žodį „ne“), - paprasto prašymo su gestu vykdymas. 3. Aplinkos suvokimas kaip atskirų detalių: rodo muoju pirštu tirią daiktų detales. 4. Pradedama suprasti, kam naudojami daiktai: funkcinio žaidimo pradžia. 	<p>Patarimai tėvams:</p> <p>nukreipimas kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai.</p>	
	Dėmesio sutelkimo ir interakcijos gebėjimai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Išreikštas prisirišimas prie tėvų ir reikšmingų artimųjų, atsiskyrimo baimė / išsiskyrimo su tėvais baimė. 2. Rodo pirštu, kai nori ką nors gauti. 3. Naudoja įvairius gestus prašymui, interesui / norui išreikšti, bendravimui. 4. Socialiniai žaidimai: kaip 9–10 mėn. 5. Vykdo paprastus žodinius prašymus. 6. Paprastų socialinio bendravimo taisyklių supratimas: <ul style="list-style-type: none"> - supranta „ne“ ir „negalima“; - supranta elgesį su kitais žmonėmis / vaikais: mėgdžioja, paglosto, dalijasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patarimai tėvams: <ul style="list-style-type: none"> * gestų naudojimo skatinimas, * žaidimas atitinkančius vaiko amžių socialinius žaidimus, * tinkamo vaiko elgesio skatinimas: <ul style="list-style-type: none"> - ribų nustatymo pradžia, - daiktų priklausomybės supratimo mokymas. 2. Nukreipimas kompleksinei ankstyvajai reabilitacijai. 	<p>Taip pat, kaip ir 9–10 mėn.</p>
	Maitinimosi įgūdžiai.	<p>Taip pat, kaip ir 9–10 mėn.</p>		

Neišnešiotų naujagimių psichomotorinės raidos standartizuotas vertinimas pirmaisiais metais

Daug kiekybinės ir kokybinės informacijos apie vaiko raidą specialistai gauna, kliniškai stebėdami vaiką ir jo aplinką. Vis dėlto, sudarant tolesnį neišnešiotų kūdikio raidos stebėjimo ir skatinimo planą, svarbu visas ar atskiras raidos sritis įvertinti specialiai tam skirtomis standartizuotomis metodikomis.

Hamersmito kūdikio neurologinis ištyrimas (angl. *Hammersmith Infant Neurological Examination*, HINE, 2008) yra greitas, praktiškas ir nesunkiai atliekamas naujagimio neurologinės būklės įvertinimo (raumenų tonuso, spontaninių ir pasyvių judesių pobūdžio, refleksų, regos ir klausos dėmesio ir elgsenos) įrankis.

Miuncheno funkcinė raidos diagnostika (Hellbrügge Th. *Munchener Funktionelle Entwicklungs Diagnostik: Ernstes Lebensjahr 1985*) – 8 kūdikio raidos sritims (motorikos, pažinimo, ikikalbinių įgūdžių ir socialinių reakcijų) vertinti skirtas paprastas ir praktiškas įrankis.

Vaiko raidos vertinimo skalės (Amdur J. R., Mainland M. K., Parker K. C. H. *Diagnostic Inventory for Screening Children 1988*) skirta vaikų iki 5 metų (tarp jų ir kūdikių) visoms raidos sritims (motorikos, pažinimo, kalbos, savarankiškumo bei socialinio bendravimo) įvertinti.

Literatūros sąrašas

1. Ališauskienė S., Gudonis V., Mikulėnaitė L., Petruolytė J., Radzevičienė L. Ankstyvasis ugdymas: dabartis ir perspektyvos. Šiauliai: VšĮ Šiaulių universiteto leidykla 2003.
2. Bosanquet M., Copeland L., Ware R., Boyd R. A systematic review of tests to predict cerebral palsy in young children. *Dev Med Child Neurol* 2013;55:418–426.
3. Cioni G., Mercuri E. *Neurological Assessment in the First Two years of Life*. Mac Keith Press 2007.
4. Dammann O., Leveton A., Michael O'Shea T., Paneth N. Extremely preterm birth and its consequences: The ELGAN study. Mac Keith Press 2021.
5. Developmental follow-up of children and young people born preterm NICE guideline Published: 9 August 2017. nice.org.uk/guidance/ng72 ©NICE.
6. Fetters L., Huang H. Motor development and sleep, play, and feeding positions in very-low-birthweight infants with and without white matter disease. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2007;49:807–813.
7. McIntyre S., Morgan C., Walker K., Novak I. Cerebral palsy – don't delay. *Dev Disabil Res Rev* 2011;17:114–29. Novak I., Hines M., Goldsmith S., Barclay R. Clinical prognostic messages from a systematic review on cerebral palsy. *Pediatrics* 2012;130:e1285–1312.
8. Novak I., Morgan C., Adde L. et al. Early, Accurate Diagnosis and Early intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr* 2017 Sept 1;171(9):897–907.
9. Perlman J. M. and Cilio M. R. *Neurology: Neonatology Questions and Controversies*, 3rd ed., Elsevier. 2019 (Digital Version).

10. di Rosa G., Cavallaro T., Alibrandi A. et al. Predictive role of early milestones-related psychomotor profiles and long-term neurodevelopmental pitfalls in preterm infants. *Early Hum Dev* 2016 Oct;101:49–55. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.04.012. Epub 2016 Jul 9.
11. Törölä H., Lehtihalmes M., AYliherva A., Olsén P. Feeding skill milestones of preterm infants born with extremely low birth weight (ELBW). *Infant Behav Dev* 2012 Apr;35(2):187–194. doi:10.1016/j.infbeh.2012.01.005. Epub 2012 Feb 25.
12. Voigt R. G. *American Academy of Pediatrics Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2018, 2nd ed.
13. Wilson-Costello D., Payne A. Up-to-date: Long term neurodevelopmental outcome of preterm infants: management 2021 Jan.
14. Wang C. J., McGlynn E. A., Brook R. H. et al. Quality-of-care indicators for the neurodevelopmental follow-up of very low birth weight children: results of an expert panel process. *Pediatrics* 2006;117:2080–2092.
15. Žukauskienė R. *Raidos psichologija: integruotas požiūris*. Vilnius: Margi raštai 2012.

PSICHOLOGINIAI NEIŠNEŠIOTUMO ASPEKTAI

Ieva Bačkienė

Emociniai išgyvenimai grįžus namo

Mokslinių tyrimų rezultatai nevienareikšmiai, tačiau dalis jų byloja, kad praėjus netgi pusmečiui po grįžimo iš ligoninės anksčiau laiko gimusių vaikų tėvai būna linkę patirti daugiau nerimo ir dažniau serga depresija (tiek mamos, tiek tėčiai), palyginti su laiku gimusių vaikų tėvais [10, 20]. Taigi, svarbu žinoti, kad psichikos sveikatos sutrikimai gali visiškai pasireikšti ir praėjus kuriam laikui nuo grįžimo iš ligoninės. Vieni dažniausių psichikos sveikatos sutrikimų laikotarpiu po gimdymo – tai pogimdyminė depresija, nerimo sutrikimas, potrauminio streso sutrikimo sindromas (itin būdingas esant komplikuotam gimdymui) [15].

Svarbu suprasti, kad tėvų psichikos būklė dabar jau nėra vien tik jų pačių reikalas. Vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių vaiko prierašumo tipą, o kartu ir jo tolesnę psichikos ir asmenybės raidą, yra tėvų emocinė būklė ir gebėjimas reflektuoti savo vaiko vidinį pasaulį [7, 11]. Vaikai yra itin jautrūs juos supančių žmonių savijautai, nuotai-koms, emocijoms. Kalbėti dar nemokančiam vaikui emocijų skaitymas iš kūno kalbos yra vienintelis būdas suvokti, kas vyksta jį supančioje aplinkoje ir prie jos prisitaikyti. Tam, kad vaikas augtų sveikas, reikalingi pakankamai stabilūs ir ramūs žmonės šalia, kurie gali suprasti ir priimti tiek savo paties, tiek vaiko emocines būsenas, moka patys ir gali padėti vaikui nusiraminti. Tuomet vaikas savo resursus gali nukreipti aplinkai pažinti, užuot eikvojęs juos prisitaikymui prie nesaugios ir įtampą keliančios aplinkos. Tėvams, kurių vaikai gimė anksčiau laiko, atsižvelgiant į jų pačių asmenines savybes, visgi gali kilti sunkumų jautriai atliepti savo vaikų poreikius [5]. Tai nereiškia, kad tėvų emocijų rinkinyje turi nelikti „neigiamų“ emocijų, tačiau jei liūdesys, įtampa, pyktis ar kiti atspalaiduoti ir džiaugtis neleidžiantys jausmai užima didesniąją dalį kasdienybės ir trikdo ryšį su vaiku, verta susirūpinti.

Jei tėvų emocinė savijauta prieš laiką gimus vaikui yra sutrikusi, tai gali apsunkinti tėvų gebėjimą tinkamai rūpintis vaiku. Tuomet pasidaro sudėtinga įsijausti į savo vaiką, atlaikyti jo emocijas, suvokiant jų prasmę, o kartu suprasti ir patenkinti vaiko poreikius. Sveikos psichikos formavimuisi vaikui ypač svarbu gauti iš tėvų žinutę, ypač ankstyvame amžiuje, kad esi ypatingas ir pakankamas [13, 19]. Tačiau dėl perdėto dėmesio vaiko raidos rodikliams ir rūpesčio jo fizine sveikata tėvams gali būti sunku paprasčiausiai mėgautis su vaiku praleidžiamu laiku. Na, ir galiausiai tėvams gali būti sudėtinga išlaikyti žaislingumą ir skatinti vaiką smalsauti apie pasaulį ir pažinti jį žaidžiant. Tokiomis aplinkybėmis itin svarbu tėvams gauti asmeninę psichologinę pagalbą. O kartu labai vertingos yra intervencijos, nukreiptos į tėvų ir vaikų ryšio stiprinimą.

mą. Šio tikslo siekti galima pirmiausia padedant tėvams įsisąmoninti savo nuostatas ir lūkesčius, padedant jiems suvokti vaiko vidinį pasaulį bei jo poreikius.

Pirmųjų metų psichologiniai vaiko poreikiai ir iššūkiai

Apie mamos (ar kito pirminės svarbos globėjo) ir kūdikio ankstyvojo ryšio svarbą rašo nemažai autorių, yra tai išsamiai paaiškinančių psichobiologinių teorijų (prieraišumo, mentalizacijos, evoliucijos ir kt.). Apibendrinus galima teigti, kad viena svarbiausių psichologinių užduočių, tenkančių tėvams, yra išmokyti vaiką suvokti savo ir kitų vidinį pasaulį ir susigyventi su jam kylančiomis emocijomis, ypač nerimu. Toliau bus pateiktos kelios reikšmingos šių teorijų idėjos, kurios padeda geriau suvokti suaugusiųjų vaidmenį šiame procese pirmaisiais kūdikio gyvenimo metais [6–9, 17].

Manoma, kad kurį laiką po gimimo vaikas save ir mamą vis dar suvokia kaip vieną organizmą. Atsiskyrimas nuo mamos vyksta labai palaipsniui. Pats gimimas fiziškai išskiria mamą su vaiku, tačiau poreikis būti arti mamos išlieka dar labai ilgą laiką.

Vaiko bejėgiškumas pirmaisiais gyvenimo metais lemia tai, kad jis savo poreikiams patenkinti yra priverstas kreiptis į suaugusiuosius. Būtent šiam tikslui pasitarnauja kūdikio verksmas, pranešantis, kad jam reikalinga tam tikra pagalba – vaikas alkanas, šlapias, jam ką nors skauda, jam nepatogu (per karšta / per šalta, ką nors spaudžia), jam sunku pačiam nusiraminti, sunku pačiam užmigti ir t. t.

Vaiko saugumo jausmą skatina jo globėjai, jeigu jie pakankamai greitai ir tiksliai geba patenkinti vaiko poreikius, prireikus padeda vaikui nusiraminti. Pradžioje vaiko gebėjimas toleruoti frustraciją yra labai menkas. Taip yra dėl kol kas ribotų atminties ir mąstymo gebėjimų, nesuteikiančių vaikui galimybės suvokti ir ateityje prisiminti, kad jei mama šalia, ji greičiausiai padės, kaip ir daugelį kartų iki tol. Tačiau su laiku ir įgyta teigiama patirtimi frustracijos tolerancija vis didėja.

Pagalbos nusiraminant poreikis yra ne ką mažiau svarbus nei biologiniai vaiko poreikiai. Neramumo metu ilgai ir paniškai verkdamas vaikas patiria stresą, kuris daro neigiamą įtaką jo organizmo ir smegenų augimui, trikdo imuninės sistemos veiklą. Yra situacijų, kuomet verkimas neišvengiamas, tarkime, kai skauda kalantis dantims. Ne visuomet pavyksta greitai vaiką nuraminti, kartais net neaišku, ko tiksliai jam reikia. Tačiau bet kuriuo atveju vaiką nusiraminti tėvai moko savo pavyzdžiu – būdami šalia ir ramiai atlaikydami sudėtingas emocijas. Be abejo, ilgalaikis tikslas būtų išugdyti vaiko gebėjimą nusiraminti pačiam, tačiau tokio iš niekur susiformavusio įgūdžio negalime tikėtis iš kūdikio. Taigi pirmiausia tėvams tenka raminti vaiką, daryti tai už jį. Jausdamas pasitikėjimą savo globėjais, ilgainiui vaikas sugebės perimti tuos nusiramavimo būdus, kuriuos jam taikys tėvai. Svarstymai, kad tėvai išlepins vaikus pernelyg į juos reaguodami, būtų verti dėmesio nebent kitais raidos etapais, vėlesniame vaiko amžiuje ir tik tam tikrose situacijose.

Sudėtingėjant vaiko suvokimo galimybės, protiniams gebėjimams, jo vidinis pasaulis taip pat darosi turtingesnis. Pradžioje didesniąją dalį laiko vaikas miegodavo ir valgydavo, bet gana greitai pradedamos reikšti įvairios emocijos, akivaizdus darosi kūdikio noras bendrauti. Visos kylančios emocijos yra reakcijos į tai, kas vyksta vaiko viduje ar išorėje. Išmokti suprasti, kas darosi, kokių jausmų kyla ir kaip su jais elgtis, taip pat yra užduotis, kurią vaikui padeda išspręsti tėvai, bandydami atspėti ir įvardyti vaikui kilusią emociją, susiedami ją su įvykiais, prireikus padėdami ją suvaldyti. Pradžioje tai daugiau vyksta per kūnišką prisilietimą, apsikeitimą veido išraiškomis ar vokaliniais garsais. Vaikui išmokus kalbėti jausmai įvardijami žodžiais. Prielaida, kuria turėtume vadovautis, kad sėkmingai vyktų šis procesas, – vaikas nuo pat pradžių yra psichinė būtybė, turinti vidinį pasaulį, kurį mums reikia bandyti suprasti.

Kūdikiai nuo labai ankstyvo amžiaus geba prisitaikyti prie juos supančių žmonių. Jeigu tėvai, užuot įsijautę į savo vaiką ir padėję jam pažinti save ir aplinką, yra panirę asmeniniame nerime ar įtampoje, vaikas ne tik paliekamas vienas tvarkytis su jam dar nesuprantamais vidiniais impulsais, tačiau kartu jis nuo pernelyg ankstyvo amžiaus verčiamas nuneigti savo poreikius ir prisitaikyti prie aplinkos. Tai savo ruožtu daro įtaką tolesnei psichikos ir asmenybės raidai, paties vaiko gebėjimui mentalizuoti (sąmoningai kontroliuoti tas funkcijas, kurios anksčiau buvo atliekamos automatiškai, be sąmonės dalyvavimo) ateityje.

Taigi apibendrinus galima sakyti, kad specialistai, norėdami padėti šeimai šiuo ankstyvuojančiu periodu, turėtų padėti tėvams suvokti savo vaiko emocijas ir poreikius bei atrasti adaptyvius būdus, kaip galima reguliuoti vaiko emocijas (ypač suvaldyti nerimą), o poreikius – patenkinti. Taip pat svarbu padėti tėvams suvokti, kad nepaisant to, kokių fizinių sunkumų gali turėti jų vaikas, jau nuo pat gimimo vyksta ir jo psichologinė raida, kurią taip pat verta puoselėti.

Vaiko galimybių vertinimas

Tėvai yra atsakingi už vaiko saugumą. Kartais vaikai trokšta to, kas nesaugu (paragauti indų plovimo skysčio, pasivaikščioti palange prie atviro lango, nurauti katinui ūsus ir t. t.), ir tėvų pareiga – įvertinus situaciją priimti sprendimą, kiek leisti vaikui eksperimentuoti ir patirti natūralias veiksmų pasekmes. Kai kurie tėvai yra linkę į perdėtą globą. Polinkis perdėtai globoti ypač sustiprėja, kai vaikas iš tiesų patiria tam tikrų sveikatos sutrikimų, perserga pavojingomis ligomis. Anksčiau laiko gimę vaikai neretai gali būti perdėtai saugomi [1–2, 14, 18]. Pradžioje didesnis rūpestis vaiku dažniausiai būna adekvatus. Vaikas gali turėti sveikatos sutrikimų, kuriems reikalingos specifinės aplinkos sąlygos, tam tikri ribojimai. Tačiau bėgant laikui verta vis užduoti klausimą: kiek ilgai, kaip stipriai ir nuo ko reikėtų vaiką saugoti?

Kartais tėvai, vedami nerimo, nesąmoningai yra linkę riboti vaiko raidos galimybes. Pavyzdžiui, bijodama, kad savarankiškai judėdamas vaikas susižeis, šiam pradėjus ropoti mama vis sodina jį į kėdute, deda į maniežą. Toks mamos elgesys gali trikdyti vaiko raidą, konkrečiai – stambiosios motorikos įgūdžius, pažinimo galimybes. Taigi elgesys, kurio pirminis motyvas pasirūpinti vaiko saugumu, tampa trikdžiu. Natūralu, kad tėvai jaudinasi, kai vaikai auga ir savarankiškėja. Kiekvienas vaiko žingsnis savarankiškumo link po truputį mažina tėvų galimybę kontroliuoti situaciją. Tačiau tėvų ilgalaikis tikslas – padėti vaikui pasiruošti savarankiškam gyvenimui. Ir kiekvienu raidos etapu vis išskyla situacijų, kurias anksčiau ar vėliau, su didesne ar mažesne pagalba vaikas tampa pajėgus įveikti. Vadinasi, reikėtų vaiką paskatinti įveikti tai, kas įveikiama, užuot dėl savo nerimo nugalinus jį. Nesvarbu, ar vaikas būtų gimęs anksčiau laiko, ar netgi turintis negalią, ar specialiuosius poreikius.

Kita vertus, gali pasireikšti priešinga situacija, kai vaikai perspaudžiami, iš jų tikimasi to, ko jie dar negali. Pavyzdžiui, nerealų tikėtis net ir iš itin ramaus būdo 3 mėnesių kūdikio, kad jis gebės ramiai išlaukti vėluojančio maisto apie valandą laiko. Jis tiesiog dar negali kontroliuoti savo kūno poreikių, jų atidėti, tam dar neatėjo laikas. Neretai vaikas perspaudžiamas siekiant paspartinti jo raidą, nerimaujant, kad jeigu nebūs itin daug ir intensyviai treniruojamasi, vaiko raida atsiliks. Išlaikyti balansą iš tiesų nėra paprasta ir geriausia remtis konkrečios srities specialistų rekomendacijomis.

Vertinant anksčiau laiko gimusius vaikus, reikėtų laikytis sutarimo iki 2 metų amžiaus skaičiuoti koreguotą amžių. Tai tarsi suteikia vaikui laiko rezervą, kurį jis prarado gimęs anksčiau laiko. Jeigu visgi kyla noras vaiką riboti arba reikalauti iš jo labai daug, verta užduoti klausimą, ar tai daroma siekiant užtikrinti vaiko saugumą, ar numalšinti patiems tėvams kylantį nerimą.

Rekomendacijos darbui grupėje

Siekiant padėti anksčiau laiko gimusių vaikų tėvams sklandžiau įsitraukti į tėvystę grįžus namo iš ligoninės, buvo bandomi įvairūs grupinio darbo formatai, kurių detalesnius aprašus ir efektyvumo vertinimo rezultatus galima rasti literatūroje [3–4, 10, 12, 16, 20]. Būtų verta atkreipti dėmesį į keletą svarbių įžvalgų:

- Grupinis darbas teikiant pagalbą šeimoms išėjus iš ligoninės yra susijęs su geresne tėvų emocine savijauta, didesniu pasitikėjimu savimi.
- Grupinis darbas sėkmingiausias, kai kreipiamas dėmesys tiek į tėvų emocinę savijautą, tiek į ryšio su vaiku ypatumus ir kokybę.
- Sėkmingas darbas grupėje gali padėti tėvams koreguoti požiūrį į savo vaiką ir gali būti svarbus paramos šaltinis kuriant prieraišumo santykį.

- Svarbus aspektas dirbant grupėje – nuolat padėti tėvams mentalizuoti. Kitaip saktant, padėti jiems suvokti ir įsivardyti savo bei vaiko psichines būsenas (emocijas, poreikius ir pan.).

Dirbant grupėje galimos įvairios taktikos ir metodai. Vertinga gali būti tiek struktūruotai pateikta konkreti informacija ir rekomendacijos iš anksto numatytomis temomis, tiek laisvo formato diskusija. Mūsų patirtis rodo, kad svarbu suteikti tėvams galimybę kalbėti ir išsakyti savo suvokimą apie vaiko raidą bei su tuo susijusius lūkesčius ir baimes, taip pat kalbėti apie kasdienybės iššūkius, tėvų emocines patirtis bei jų ryšio su vaiku ypatumus. Šias temas verta paliesti ir išdiskutuoti, pirmiausia padedant tėvams suvokti ir įsisąmoninti savo emocines būsenas ir nuostatas. Taip pat svarbu padėti situacijas (ypač keliančias nerimą) pamatyti iš įvairių požiūrio kampų. Darbas grupėje dėkingas tuo, kad skirtingos šeimos, besidalijančios autentiška savita patirtimi, gali būti svarbus atspindėjimo ir paramos šaltinis vieni kitiems. Kitų tėvų išsakyti pastebėjimai ar idėjos gali nuskambėti priimtinau nei išgirdus tą pačią informaciją iš specialisto. Taigi vertingas tiek panašumų tarp patirčių atradimas (tuomet patiriamas bendrumo jausmas, nusiramimas), tiek skirtumų aptarimas (tuomet atsiranda galimybė pasiūlyti įvairių idėjų). Tad grupės vedėjo veiksmai laisvo formato diskusijoje gali būti:

- pasiūlyti temas pokalbiui,
- moderuoti diskusiją (paskatinti kalbėti pasyvesnius grupės narius, itin aktyvius grupės narius struktūruoti, atspindėti jausmus, pasakyti apibendrinimus),
- įvesti korekcijas, jei pastebimi faktiniai informacijos iškraipymai,
- papildyti diskusiją profesinėmis žiniomis ar rekomendacijomis,
- stebėti tėvų interakcijas su savo vaikais ir išsakyti komentarus, palaikančius mentalizavimą, skatinančius tėvų pasitikėjimą savimi.

Literatūros sąrašas

1. Adama E. A. et al. Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing* 2016;22:27–51.
2. Baltrett D. J. et al. Perceptions of vulnerability and variations in childrearing practices of parents of infants born preterm. *Pediatric Physical Therapy* 2011;23(3):280–288.
3. Brecht C. J. et al. Effectiveness of therapeutic and behavioral interventions for parents of low-birth-weight premature infants: a review. *Infant Mental Health Journal* 2012;33(6):651–665.
4. Clark R. et al. A mother-infant therapy group model for postpartum depression. *Infant mental health journal* 2008; 29(5):514–536.
5. Coppola G. et al. What can make the difference? Premature birth and maternal sensitivity at 3 months of age: the role of attachment organization, traumatic reaction and baby's medical risk. *Infant Behavior & Development* 2007; 30:679–684.
6. Fonagy P., Gergely G., Target M. The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48:3/4, 288–328.

7. Fonagy P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press 2004.
8. Fraiberg S. H. *Kaip suprasti ir įveikti ankstyvosios vaikystės sunkumus*. Vilnius: Vaga 2017.
9. Grienberger J., Kelly K., Slade, A. Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the integrational transmission of attachment. *Attachment & Human Development* 2005;7(3):299–311.
10. Horwitz S. M. et al. Does an intervention to reduce maternal anxiety, depression and trauma also improve mothers' perceptions of their preterm infants' vulnerability? *Infant Mental Health Journal* 2015;36(1):42–52.
11. Korja R. et al. Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior & Development* 2009;32:305–311.
12. Meijssen D. et al. Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior & Development* 2011;34:72–80
13. Mothander P. R. Premature mothers of premature infants – a relationship trauma. *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 1999;11(2):33–40.
14. Porter J. S. et al. Prematurity stereotyping and perceived vulnerability at 5-months: relations with mothers and their premature and full term infants at 9 months. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009;27(2):168–181.
15. Prachi E. S. et al. Maternal resolution of grief after preterm birth: implications for infant attachment security. *Pediatrics* 2011;127:284–292.
16. Rosenbaum L. et al. “My baby cries for nothing”: mentalization challenges in the face of negative countertransference when working with mothers who struggle to hold their babies in mind. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa* 2012;20(1):69–101.
17. Slade A., Grienberger J., Bernbach E., Levy D., Locker A. Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development* 2005;7(3):283–298.
18. Tallandini M. A. et al. Systematic and meta-analytic review: triggering agents of parental perception of child's vulnerability in instances of preterm birth. *Journal of Pediatric Psychology*, 2015;40(6):545–553.
19. Vanier C. The relationship between the parents and the premature baby. *International Forum of Psychoanalysis* 2017;26(1):29–32
20. Welch M. G. et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. *Arch Womens Mental Health* 2015.

NEIŠNEŠIOTŲ NAUJAGIMIŲ MOTORINĖS RAIDOS YPATUMAI

Vilma Danilevičienė

Normali motorinė raida užtikrina tam tikrų judesių formavimąsi atitinkamais amžiaus laikotarpiais. Judesiai ir veiksmai yra glaudžiai susiję su intelektualine centrinės nervų sistemos veikla, aplinkos ir savo kūno suvokimu, todėl judesių formavimasis turi įtakos ne tik motorikos, bet ir psichikos raidai [1].

Prenataliniu ir neonataliniu laikotarpiu intensyviai vystosi nervų sistema, formuojasi smegenys, jungtys ir ryšiai tarp nervinių ląstelių. Smegenyse susidaro daugybė sinapsinių ryšių, kuriais nervinių impulsų pagrindu yra perduodama informacija, tačiau ryšiai išlieka tik tarp nuolat stimuliuojamų nervinių jungčių, todėl labai svarbus kiekvienas potyris, išgyvenimas, vykstantis ankstyvaisiais vaiko gyvenimo mėnesiais. Normalus motorinės raidos funkcionavimas užtikrina visavertį vaiko vystymąsi [10]. Pirmaisiais gyvenimo metais judesiai yra svarbi komunikacijos priemonė. Ne tik garsu, tačiau ir atitinkamais veiksmais kūdikis perduoda informaciją apie savo poreikius.

Rizika, kad neišnešiotų naujagimių raida vėluos, yra didesnė. Dėl nervinės sistemos vystymosi nesklaidumo vėliau gali išryškėti nepakankamas motorinių įgūdžių išlavėjimas – prasta akies ir rankos koordinacija, sensomotorinės integracijos sutrikimai, bendrosios judesių raidos sutrikimai. Ypač neišnešiotų kūdikių nesubrendusi nervų sistema yra jautri įvairiems išoriniams stimulams – kintančiai gravitacijai, triukšmui, šviesai, skausmui. Šie veiksniai gali lemti aukštesnį nervų sistemos sudirginimo lygį, kuris gali neigiamai paveikti kūdikio elgesį. Be to, šiems kūdikiams trūksta motorinės patirties – dėl sedacijos, ekstremalios hipotonijos ar sunkios medicininės būklės. Netinkami ar nenormalūs išoriniai stimulai, kuriuos priima sensomotorinė sistema, yra glaudžiai susiję su raumenų jėgos valdymu [2]. Raumenų jėga svarbi keičiant ir išlaikant kūno padėtis. O kūno padėties išlaikymas yra labai reikšmingas motorinio planavimo ir judesių koordinavimo veiksnys. Be tinkamos motorinės patirties ir nepakankamo kūno suvokimo kūdikis prasčiau sugeba suvokti įvairius stimulus ir sunkiau vystosi [9].

Vienas iš svarbiausių aspektų, vertinant vaiko motorinę raidą, yra raumenų tonuso įvertinimas. Raumenų tonusas yra refleksinės kilmės, jis priklauso nuo raumenų proprioceptorių sensomotorinių reakcijų ir nurodo raumens standumą ramybėje, raumenų įsitemimą arba pasipriešinimą atliekant judesį. Raumenų tonusas suteikia galimybę išlaikyti kūną įvairiose statinėse ir dinaminėse padėtyse. Norint taisyklingai atlikti judesį, tonusas visose raumenų grupėse turi būti subalansuotas [11].

Fiziologinis raumenų tonusas yra simetriškas, tolygiai pasiskirstęs ir išlieka pastovus visą gyvenimą. Normalus raumenų tonusas ir kūno padėties kontrolės reakcijos leidžia formotis valingai motorikai. Esant pažeidimui kurioje nors smegenų srityje,

nervinis signalas iš šios srities yra siunčiamas į tam tikrą raumenį ar raumenų grupę, kurioje atitinkamai sutrinka raumenų tonusas. Raumenų tonusą gali lemti tam tikros kūno padėties ryšys su gravitacijos jėga, sensorinis stimuliavimas, aplinka, fizinis ir emocinis vaiko jautrumas [4].

Pirmaisiais sveiko kūdikio gyvenimo mėnesiais raumenų tonusas yra fiziologiškai padidėjęs – kūdikiui būdinga fleksinė kūno padėtis (sulenktos rankos ir kojos, plaštakos sugniaužtos į kumščius). Dėl to pirmaisiais gyvenimo mėnesiais kūdikio judesiai yra nekoordinuoti, netikslūs, monotoniški. Raumenų tonusas savaime pradeda mažėti 1–2 mėnesio pabaigoje, tuo metu pradeda formuotis aktyvūs ir sąmoningi judesiai (rankų suvedimas į kūno vidurio liniją, galvos kontrolė). Esant padidėjusiam raumenų tonusui, kūdikiui sunkiau atlikti tikslus judesius, kuriems reikia nemažai energijos ir jėgos [10].

Neišnešiotų kūdikių raumenų tonusas yra žemas, jam būdinga ekstensinė kūno padėtis, todėl kūno judesiai yra vangūs ir nekoordinuoti. Per pirmuosius koreguoto amžiaus mėnesius yra stebimi raumenų tonuso pakitimai, toninių reakcijų stoka, naujagimystės refleksų, spontaninių judesių neatitikimai, kurie gali padėti nustatyti ilgalaikius pažeidimus centrinėje nervų sistemoje [3].

Raumenų tonuso sutrikimai gali būti vertinami pagal lygius – nuo hipotonijos iki rigidiškumo, įtampą – nuo nedidelės iki stiprios – ir pagal lokalizaciją kūno dalių atžvilgiu – galūnėse, liemenyje. Spazmiškumas susijęs su nepakankama motorine kontrole, sutrikusia raumenų sinergija, sumažėjusia judesių amplitude, sutrikusiu raumenų aktyvumu – jų susitraukimu ir atsipalaidavimu, padėties reakcijomis. Hiperaktyvūs tempimo refleksai, patologinės galūnių padėties, asocijuoti judesiai, klonusas, stereotipiniai judesiai yra būdingi esant raumenų spazmiškumui [8].

Neonatalinė kūdikio kūno pozicija reikalauja daug aktyvių kūno kontrolės mechanizmų, kurie leidžia kontroliuoti kūno padėtį aktyviu bei poilsio metu. Padėties kontrolė yra glaudžiai susijusi su motorine judesių kontrole, valingi kūno judesiai negali būti atliekami be gerai išlaikomos stabilizuojančios kūno padėties. Normali naujagimio kūno padėtis yra fiziologinė fleksija – kuomet galva yra palenka arba pusiau palenka į priekį, rankos ir kojos yra pritrauktos prie kūno. Neišnešioti naujagimiai dėl sumažėjusio raumenų fleksorių tonuso yra linkę būti nenatūralioje ekstensinėje kūno padėtyje. Dėl to prižiūrint neišnešiotą naujagimį labai svarbu palaikyti taisyklingą jo kūno padėtį – guldyti vaiką fleksinėje padėtyje.

Naujagimių intensyvosios terapijos skyriuje, inkubatoriuose neišnešioti naujagimiai guldomi į „lizdus“. „Lizdo“ taikymas leidžia stabilizuoti kūno padėtį ir skatinti kūno judesius, nukreipia galvą, galūnes link vidurio linijos ir padeda ją išlaikyti ir išvengti staigių, varginančių judesių, taip pailginant poilsio laiką ir miegą [7].

Naujagimių intensyvosios terapijos skyriuje neišnešioti naujagimiai turi būti pozicionuojami, t. y. miego ciklą metu naujagimiai guldomi supinuotoje padėtyje (ant

nugaros), o būdravimo metu naujagimiai guldomi pronuotoje padėtyje (ant pilvo). Nustatyta, kad pronuotos padėties taikymas neišnešiotiems naujagimiams turi įtakos greičiau pasiekti motorinės raidos įgūdžius kūdikystėje, palyginti su naujagimiais, kuriems buvo taikyta tik supinuota kūno poza. Taip pat pažymima, kad pronuota padėtis apsaugo naujagimius nuo deformuojančios plagiocefalijos (plokščios galvos sindromo), kuri gali turėti neigiamos įtakos naujagimio vystymuisi [7]. Neišnešioti naujagimiai, kuriems buvo taikytas pozicionavimas (pronacijos, supinacijos, guldymo ant šonų pozos), geriau išlaiko fiziologinės fleksijos padėtį, jų spontaniniai judesiai yra orientuoti į kūno vidurio liniją [5].

Kūdikių ir mažų vaikų judesių raidos vertinimo metodai bei testai

Vaiko motorikos vertinimas priklauso nuo jo amžiaus. Naujagimiui užteks specialaus stalo, vaiko judesius saugiausia stebėti ant grindų (puiku, jei yra specialus kilimėlis, jei ne – tiks kiliminė danga).

Pagrindinės padėtyys (atsižvelgiant į jo amžių), kuriose vertinama vaiko motorika:

- Gulint ant pilvo.
- Gulint ant nugaros.
- Bandant sodinti ir jam sėdint.
- Padėtis keturpėsčiomis.
- Remiantis kojomis ir stovint.
- Vaikščiojant.

Kūdikio bendroji motorika yra vertinama stebint ją įvairiose padėtyse, laisvo žaidimo metu, naudojant jo funkcinę išsivystymą atitinkančius žaislus. Galima provokuoti, motyvuoti kūdikį atlikti norimą judesį. Esant galimybei, peržiūrima ir tėvų turima filmuota medžiaga. Stebint vertinami raidos refleksai, raumenų tonusas, padėties išlaikymo įgūdžiai, simetriškumas, galūnių padėtyys, judesių amplitudės, gebėjimas sklandžiai keisti padėtis, apsauginės reakcijos, padėčių ir judesių įvairovė, motorinio planavimo įgūdžiai. Atkreipiamas dėmesys į judėjimo ypatumus, „keistumus“, „kitoniškumą“, atipiškumą, savitumą.

Kūdikių judesių raidai vertinti Lietuvoje gali būti taikomi šie standartizuoti motorinės raidos vertinimo metodai:

Hamersmito kūdikių neurologinis ištyrimas vertina 3–24 mėn. vaikų psichomotorinę būklę. HINE padeda atrinkti ir stebėti kūdikius su nenormaliais neurologiniais pokyčiais, padidinta cerebrinio paralyžiaus rizika, laiku juos įtraukti į ankstyvosios reabilitacijos programas.

Taip pat motorinės raidos įgūdžiai vertinami ir atliekant bendrą raidos įvertinimą jau minėtomis standartizuotomis metodikomis: Miuncheno funkcinė raidos diagnostika, Vaiko raidos vertinimo skalės (DISC).

Literatūros sąrašas

1. Cabral T. I., Silva L. G., Tudella E., Martinez C. M. Motor development and sensory processing: A comparative study between preterm and term infants. *Research in developmental disabilities* 2014;36C:102–107. DOI:10.1016/j.ridd.2014.09.018.
2. De Kieviet J. F., Aarnoudse-Moens C. S., Oosterlaan J. Motor Development in Very Pre-term and Very Low-Birth-Weight Children From Birth to Adolescence A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2011;302(20):2235–2242. doi:10.1097/01.aoa.0000393174.46769.c6.
3. Dones I., Nazzi V., Broggi G. The Guidelines for the Diagnoses and Treatment of Spasticity. *Journal Neurosurgery Science* 2006;50(4):101–105.
4. Einspieler C. Prechtl's assessment of general movements: a diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system. *Neurodevelopmental Assessment of the Fetus and Young Infant* 2005;11(1):61–67.
5. Ferrari F., Bertoncelli N., Gallo C., Roversi M. F., Guerra M. P., Ranzi A., Hadders-Algra M. Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest, *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 2007;92:386–390. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.101154>.
6. Folio M. R., Fewell R. R. *Peabody Developmental Motor Scales*, 2nd ed., Austin, T. X. 2000.
7. Laughlin J., Luerssen T. G., Dias M. S. Prevention and Management of Positional Skull Deformities in Infants. *Pediatrics* 2011;128(6):1236–41. doi:10.1542/peds.2011–2220.
8. Magee D. J. *Orthopaedic physical assessment*, 5th ed. 2008. https://books.google.lt/books?hl=lt&lr=&id=cxu0BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Orthopaedic+physical+assessment:+fifth+edition&ots=mqzNxVFISo&sig=EJDEnzi3CcTJQqnF7wvLV-j27wk8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
9. Marrus N., Eggbrecht A. T., Todorov A., Elison T. J., Wolff J. J., Coley L., Pruett J. R. Jr. Walking, Gross Motor Development, and Brain Functional Connectivity in Infants and Toddlers. *Cerebral Cortex* 2018;28(2):750–763. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhx313>.
10. Payne V. G., Isaacs L. D. *Human Motor Development*. 2017. https://books.google.lt/books?hl=lt&lr=&id=I--fDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT22&dq=motor+assessment+of+the+developing+infant+ebook&ots=pCNAA2qhr9&sig=SrHs3J1E37a-HaKIN_M4Y_3x6wRQ&redir_esc=y#v=onepage&q=motor%20assessment%20of%20the%20developing%20infant%20ebook&f=false.
11. Phillips D. A., Shonkoff J. P. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. 2000. https://books.google.lt/books?hl=lt&lr=&id=oZQrT7WIBKgC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Infant+and+Early+Childhood+Development&ots=qH44BfVwAV&sig=HCD0PPs-PUJzNjF0Q5T9MVfmtD4&redir_esc=y#v=onepage&q=Infant%20and%20Early%20Childhood%20Development&f=false.
12. Piper M. C., Darrah J. *Motor Assessment of the Developing Infant*. W.B. Saunders company 1994.
13. Spittle A. J., Doyle L. W., Boyd R. N. A Systematic Review of the Clinimetric Properties of Neuromotor Assessments for Preterm Infants During the First Year of Life. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2008;50(4):254–66. DOI:10.1111/j.1469-8749.2008.02025.x

NEIŠNEŠIOTO VAIKO SENSOMOTORINĖ RAIDA, SAVIREGULIACIJA, ELGSENA

Judita Dovydenaitė

Neišnešiotų kūdikio elgsena

Formuojantis geram ryšiui tarp tėvų ir kūdikio labai svarbu, kad tėvai suprastų savo kūdikį. Neišnešiotiems naujagimiams ir kūdikiams būdingas didesnis jautrumas, mažesnė tolerancija aplinkos stimulams. Anksti nepastebinti kūdikio siunčiamų signalų apie tai, kad jis jaučiasi ne visiškai gerai, kūdikį galima perdirginti, o tada gali būti sunku nuraminti. Kartais gali būti sudėtinga suprasti, kodėl neišnešiotas kūdikis pasidarė neramus, sudirgo, todėl labai svarbu pirmaisiais kūdikio gyvenimo mėnesiais padėti tėvams išmokti atpažinti savo kūdikio siunčiamus ženklus [1].

Naujagimiai ir kūdikiai iki 3–4 mėnesio amžiaus apie savo poreikius praneša kūno kalba, kurią atpažįstant yra lengviau bendrauti su kūdikiu, pritaikyti jam aplinką ir paskatinti jo savireguliaciją. Iš naujagimio ir kūdikio elgsenos galima atpažinti streso ir savireguliacijos požymius, taip pat ir kūdikio raminimosi strategijas.

Visi elgsenos / streso požymiai gali kilti iš 4 sistemų: **autonominės, motorinės, būsėnų reguliavimo ir dėmesio / interakcijos**.

Dažniausi **autonominės sistemos reguliacijoje stebimi streso požymiai** yra:

- odos spalvos pasikeitimas (raudonavimas, pablyškimas, marmuruotumas),
- kvėpavimo dažnio pokyčiai (greitas, nereguliarus, paviršutiniškas, kvėpavimo pauzės),
- čiaudėjimas, žagsėjimas, žiovulys,
- trūkčiojantys judesiai, krūptelėjimai, tremoras,
- virškinimo sistemos pokyčiai: atpylimas, žiaukčiojimas, stenėjimas.

Neišnešiotiems naujagimiams būdinga streso išraiška būtent per autonominę sistemą. Net ir nedidelis aplinkos stresas gali sukelti autonominės sistemos reguliacijos sutrikimą.

Dažniausi **motorinės sistemos reguliacijoje stebimi kūdikio streso požymiai** yra:

- rankų ir kojų ištiesimas ir įtempimas,
- nugaros išrietas,
- staigūs ir platūs judesiai,
- intensyvus judėjimas,
- suglebitas.

Neišnešiotiems naujagimiams ir kūdikiams dėl nesusiformavusios fiziologinės fleksijos ir žemesnio raumenų tonuso yra sunkiau nugalėti žemės trauką. Todėl galima stebėti daug nekoordinuotų staigių ir plačių judesių, kurie greitai pervargina neišne-

šiotą naujagimį. Motorinės sistemos streso požymius gali išprovokuoti greitas padėties pakeitimas, staigūs judesiai slaugant naujagimį.

Būsenų reguliacijos sistemoje stebime, kaip keičiasi naujagimio būsenos tarp miego ir būdravimo. Neišnešiotam naujagimiui ir kūdikiui perėjimas iš miego į būdravimo būsenas ir atvirkščiai gali būti sudėtingas. Kūdikis iš miego būsenos gali staigiai pereiti į verkimo būseną, tuomet gali būti sunku jį nuraminti ir pasiruošti tam tikroms veikloms, pavyzdžiui, maitinimui. Taip pat gali būti, kad iš aktyvaus būdravimo būsenos kūdikiui dėl pernelyg jautraus reagavimo į aplinkos stimulus gali būti sunku pereiti į nusiramino ir miego būsenas. Naujagimystės periodu galima pastebėti, kad kūdikis, kuris atrodo budrus, staiga pereina į snūduriavimo ar miego būseną. Tokį kūdikio elgesį taip pat galima interpretuoti kaip streso ženklą, nes taip nervų sistema, gavusi per daug stimuliacijos, save apsaugo.

Dėmesio ir interakcijos sistema. Šios sistemos ženklai leidžia suprasti, kada naujagimis yra pasiruošęs bendrauti ir kaip jis priima bendravimo metu jam suteikiamą stimuliaciją. Labai jautrus naujagimis, būdamas budrus, gali būti nusiteikęs bendrauti tik trumpą periodą. Intensyvesnė ar ilgesnės trukmės stimuliacija, kaip pavyzdžiui naujagimio skatinimas pažiūrėti į akis ar rodomą žaislą, gali perstimuliuoti naujagimį ir jis gali pradėti rodyti streso ženklus: žvilgsnis atrodo apsiblausęs ar nusukamas.

Savireguliacijos skatinimas ir streso požymių mažinimas

Atpažindami kūdikio rodomus elgesio ženklus ir ypač streso požymius, galime padėti kūdikiui ne tik lengviau nurimti, tačiau ir pasiekti tinkamą būdravimo būseną maitinimui, bendravimui ir žaidimui. Kūdikio elgesį per įvairias sistemas veikia kūdikio organizmo siunčiami signalai, stimuliacija iš aplinkos, taip pat sistemos turi įtakos viena kitai. Pavyzdžiui, skausmas autonominėje sistemoje galėtų atsispindėti kaip odos spalvos pasikeitimas ir ryškiai raudoną, padažnęję kvėpavimas, motorinėje sistemoje – kaip kūno ir galūnių įsitempimas, būsenų sistemoje – kaip verkimas. Panašius požymius galėtų sukelti per gausūs aplinkos dirgikliai (šviesa, garsai, daug judesio).

Savireguliacijos atžvilgiu sistemos yra išdėstytos hierarchine sistema. Pirmoji yra autonominė, tada motorinė, po jos seka būsenų ir galiausiai dėmesio / komunikacijos sistemos. Kol nesureguliuota žemiau esanti sistema, negalime tikėtis geros savireguliacijos aukštesniojoje.

Kūdikių savireguliacijos skatinimas daugiausia vyksta per motorinę sistemą. Vadinasi, pavyzdžiui, matydami daug streso požymių motorinėje sistemoje rodantį kūdikį, negalime iš jo tikėtis, kad jis susikaups ir pažiūrės į jam rodomą žaisliuką. Tam, kad padėtume jam susikaupti, turime pirmiausia padėti jam sumažindami jo judesius. Motorinės sistemos reguliacijai skatinti geriausiai tinka fleksinės, arba vaisiaus gimdoje, padėties pritaikymas. Šią padėtį galima pritaikyti įvairiais būdais:

- kūdikiui gulint ant tvirto paviršiaus, padėtį palaikyti su iš antklodės padarytu voleliu ar pasagos formos pagalvėle,
- laikyti kūdikį arti savo kūno fleksinėje padėtyje,
- suvystyti kūdikį išlaikant rankas prie krūtinės ar arti veido.

Jeigu kūdikis greitai sudirgsta, dažnai verkia arba, atvirksčiai, trumpai būna budrus, gali būti, kad jis patiria būsenų sistemos reguliacijos sunkumų. Būsenų sistemos reguliaciją gali trikdyti per didelė aplinkos stimuliacija ir motorinės sistemos disreguliacija. Aplinkos stimulų sumažinimas gali padėti naujagimiui labiau organizuotai pereiti iš snūduriavimo būsenos į būdravimo būseną ir lengviau dalyvauti žaidimo ar maitinimo veiklose. Daug spontaniškai judančiam naujagimiui gali būti sunku pasiekti ramaus būdravimo būseną, jis gali greitai pradėti verkti arba, atvirksčiai, pavargti ir pereiti į snūduriavimo būseną. Tokiu atveju fleksinės padėties suteikimas gali padėti naujagimio savireguliacijai.

Neišnešiotų naujagimių ir kūdikių sensomotorinės raidos palaikymas

1–2 mėnuo

Motorikos sistema. Pirmąjį mėnesį naujagimis vis dar daugiausia laiko rankas ir kojas sulenktas arti savo kūno, jo judesiai nėra tikslingi ir judėjimas atrodo chaotiškas. Antrąjį koreguotą mėnesį kūdikio raumenys pradeda po truputį atsipalaiduoti, rankas ir kojas galima lengviau sulenkti ir ištiesti.

Motorikai lavinti svarbu kūdikiui suteikti galimybę judėti įvairiose padėtyse, gulint ant tvirto paviršiaus. Geriausia įrengti žaidimų vietą ant žemės, kur aktyviai judėti kūdikiui bus saugu.

Padėtis ant pilvo. Ši padėtis labai svarbi stambiosios motorikos raidai, todėl ant pilvo kūdikis turėtų pagulėti kiekvieno būdravimo metu. Pradėti galima nuo kelių minučių ir ilginti šį laiką tiek, kiek kūdikiui patinka. Gulėdamas ant pilvo pirmąjį mėnesį vaikelis daugiausia praleis laikydamas galvą pasukęs į šoną ir paguldęs ant paviršiaus arba bandys trumpai pakelti galvą ir pasukti į kitą pusę. Padėjus kūdikio akių lygmenyje ryškų žaislą ar kontrastingų spalvų paveikslėlį, taip sudomintas jis sutiks pagulėti ant pilvo šiek tiek ilgiau. Padėtis ant pilvo gali turėti daug variantų.



2.1 pav. Padėtis ant pilvo. Galvos kėlimo skatinimas, naudojant iš šono padėtus paveikslėlius

Padėtis ant šono. Gulėdamas ant šono kūdikis gali lengvai suvesti rankas į kūno vidurio liniją, kišti pirštus į burną. Šioje padėtyje kūdikis stiprina pilvo ir nugaros raumenis. Galima už kūdikio nugaros padėti volelį, kuris padės nesiversti ant nugaros, o akių lygmenyje galima padėti žaislą.



2.2 pav. Žaidimo padėtis ant šono

Padėtis ant nugaros. Pirmaisiais mėnesiais neišnešiotam naujagimiui gulėti ant nugaros gali būti sudėtinga. Padedant aplink jį į volelį susuktą pleduką ar naudojant pasagos formos pagalvėlę, kūdikiui galima padėti išlaikyti galvą tiesiai ir suvesti rankas į kūno vidurio liniją. Tokia padėtis padės sumažinti staigius ir plačius rankų ir kojų judesius, ji taip pat naudinga, jei kūdikis linkęs įsitempti, lošti galvą atgal, riesti nugarą.

Jei kūdikis yra guldomas į gultuką / nešynę, reikėtų atkreipti dėmesį, kad kūdikio kūno padėtis būtų taisyklinga, galva vienoje linijoje su kūnu, rankos ir kojos simetriškoje, į vidurio liniją orientuotoje padėtyje. Šiam tikslui galima panaudoti volelį.



2.3 pav. Žaidimo padėtis ant nugaros. Vizualinė stimuliacija naudojant kontrastingų spalvų paveikslėlį



2.4 pav. Fleksinės padėties palaikymas naudojant iš pledo susuktą volelį

Taisyklingas nešiojimas. Kūdikį svarbu taisyklingai laikyti ir nešioti. Iki 4 mėnesio geriausia kūdikį nešioti gulimoje padėtyje, palaikant fleksinę kūno padėtį, t. y. galva ir kūnas vienoje linijoje, rankos suvestos ties kūno vidurio linija, kojos sulenktos per klubų ir kelių sąnarius. Nešiojant kūdikį, bet kurioje padėtyje reikia vengti galvos lošimo atgal. Jei kūdikis linkęs riestis atgal, reikėtų vengti kūdikio nešiojimo vertikaloje padėtyje.

Sensorinė sistema. Tokio amžiaus naujagimis vis dar jautriai reaguoja į aplinkos stimulus, tačiau jau atrodo labiau susidomėjęs jį supančiu pasauliu. Svarbu atkreipti dėmesį į kūdikio reakciją ir jei jis darosi neramus, tai gali būti ženklas, kad stimuliacijos jam per daug.

Taktilinių jutimų stimuliacijai galima atlikti švelnų viso kūno masažą. Vaiko delniukai ir rankos gali būti stimuliuojami prisilietimu ir įvairių paviršių žaislais (švelnus, šiurkštesnis, gruoblėtas).

Vestibulinė stimuliacija svarbi judesių raidai. Tokio amžiaus kūdikio vestibulinės sistemos stimuliacijai pakanka pasivaikščioti laikant naujagimį ant rankų, švelniai jį pasūpuoti.

Klausos ir kalbos stimuliacijai reikia, kad naujagimis girdėtų tėvų balsus, įvairius aplinkos garsus. Stimuliacijai puikiai tinka dainavimas, lopšinės, eilėraščiai.

Naujagimis geriausiai mato 20–30 cm atstumu, taip pat ryškias, kontrastingas spalvas, labai mėgsta žiūrėti į žmogaus veidą. Žvilgsnio fiksacijai ir mokymuisi sekti objektus naujagimiui galima rodyti žaislus ir paveikslėlius iš įvairių pusių, lėtai judinti žaislus iš vienos pusės į kitą. Jau tokio ankstyvo amžiaus kūdikį galima skatinti tyrinėti savo rankytes, padėti jam suvesti rankas kartu, pakelti jas link veido, leisti įsidėti pirštus į burnytę.

Bendravimas. Pirmąjį koreguotą mėnesį kūdikis pradeda truputį daugiau būdrauti nei iki 40 savaitės. Atsiranda daugiau galimybių bendrauti su juo, kalbinant ir bandant užmegzti akių kontaktą. Kai kūdikis yra ramus ir patenkintas, laikant jį ant rankų galima bandyti pagauti jo žvilgsnį. Kalbinant naujagimį reikia stebėti jo kūno kalbą, stengiantis jo neperstimuliuoti.

Jei naujagimis labai daug juda, jam gali būti sunku susikaupti ir žiūrėti ar sekti, todėl galima naujagimį suvystyti.

Naujagimio ir kūdikio ramimas. Naujagimiui ar kūdikiui raminti rekomenduojama taikyti veiksmus, pradedant nuo mažiausiai raminančių ir baigiant intensyviausiai



2.5 pav. Taisyklinga, fleksiją palaikanti nešiojimo padėtis

raminančiais metodais. Taip skatiname kūdikio savireguliaciją. Pirmiausia reikia bandyti pakalbinti naujagimį, uždėti rankas ant naujagimio sulaikant jo judesius, suglausti jo kojas ir rankas arti prie kūnelio. Jei šie veiksmai nepadeda, naujagimis imamas ant rankų, prigludžiamas arti savęs palaikant fleksinę padėtį, švelniai ir lėtai sūpuojamas į šonus. Jei naujagimis daug juda, sunku nurimti ar užmigti, galima kūdikį suvystyti. Vystyti reikėtų suvedant rankas kartu ties krūtine ar burnyte, kojos taip pat turi būti sulenktos, vystymas turi suteikti vaikeliui papildomas ribas, tačiau nesuvaržyti jo judesių visiškai. Kūdikui gali padėti nusiraminti padėties ir aplinkos pakeitimas.

3–6 mėnuo

Sensomotorinė raida. Sensorinė ir motorinė raida yra tarpusavyje labai susijusios. Judėdamas kūdikis gauna pojūčių per įvairias sensorines sistemas ir priešingai – skirtingi pojūčiai skatina atlikti judesį. Jei kyla sunkumų kūdikui atliekant tam tikrus judesius, reikia ieškoti priemonių, kurios motyvuotų kūdikį judėti, patrauktų jo dėmesį.

Šiuo amžiaus periodu atsiranda pirmieji sąmoningi kūdikio judesiai. Apie trečią–ketvirtą mėnesį kūdikis pradeda tiesti ranką link žaislo ir mokosi jį sugriebti. Lavinant šį gebėjimą svarbu suteikti daug galimybių kūdikui praktikuotis gulint įvairiose padėtyse ir siekiant žaislų, kurie yra tiek ties kūdikio kūno vidurio linija, tiek iš kūdikio šonų. Kuo daugiau galimybių praktikuotis, tuo daugiau judesio schemų kūdikis sukurs ir galės panaudoti tolesniems įgūdžiams lavinti.



2.6 pav. Priemonės taktilinei sistemai stimuliuoti



2.7 pav. Priemonės taktilinei sistemai stimuliuoti. Skirtingų paviršių priemonės sudedant į dubenėlį, galima derinti taktilinės sistemos stimuliaciją ir smulkiosios motorikos įgūdžių lavinimą

Neišnešiotiems kūdikiams gali būti būdingas žemesnis raumenų tonusas, stipresnė ekstensorių nei fleksorių aktyvacija ir dėl to jiems gali būti sudėtingiau atlikti judesius nugalint gravitacines jėgas. Jeigu pastebima, kad kūdikis gulėdamas ant nugaros nesugeba suvesti rankų į vidurio liniją ties krūtine ar burna, šiems judesiams palengvinti galima naudoti pasagos formos pagalvėlę, kuri dedama po galva ir pečiais. Gulint ant tokios pagalvėlės kūdikiui šiuos judesius atlikti bus lengviau. Rankų suvedimui ties vidurio linija skatinti taip pat tinkama padėtis ant šono.

Nuo trečio mėnesio kūdikis atranda savo rankas ir pradeda aktyviai jomis tyrinėti aplinkinį pasaulį ir savo kūną. Dažnai stebimas rankų suvedimas prie burnos ir pirštų, kumštukų čiulpimas. Delniukai vis dar neretai būna sugniaužti į kumštukus, tačiau nuo trečio mėnesio jie turėtų pradėti atsipalaiduoti. Jeigu kūdikis dažnai laiko sugniaužtus kumštukus siekdamas žaislo, reikia jam padėti kumštukus atpalaiduoti. Kūdikio delnus galima švelniai pamasažuoti atitraukiant nykštį bei ištiesiant kitus pirštus. Delnus ir rankytes galima stimuliuoti įvairios faktūros medžiagomis, pradedant švelnesniu ir baigiant šiurkštesniu paviršiumi. Visuomet reikia stebėti kūdikio reakciją. Kartais didelis kiekis taktilinės stimuliacijos gali skatinti kūdikį dar labiau įsitempti. Tokiam kūdikiui galima suteikti propioceptinės stimuliacijos, kuri turi raminamąjį, atpalaiduojamąjį poveikį nervų sistemai. Kūdikio rankas ir kojas galima pastimuluoti švelniai ir ritmiškai suspaudžiant rankomis. Visą kūną galima pamasažuoti nedideliu, minkštu, guminiu kamuoliu. Visam kūnui propioceptinės stimuliacijos suteiks pasūpavimas antklodėje lyg hamake. Tokią stimuliaciją galima taikyti kūdikiams, kuriems sunku nurimti, jie dažnai atrodo įsitempę ar greitai sudirgsta.

Kūno propioceptinei ir vestibulinei sistemai lavinti labai svarbi žaidimo padėtis ant pilvo. Judėdamas šioje padėtyje kūdikis gerai jaučia savo kūną, stimuliuoja ir lavina jutimus, stiprina raumenis.

Sensomotorinei stimuliacijai šiame periode galima naudoti įvairius, kūdikiui lengvai sugriebiamus žaislus ir daiktus, kurie skleisčių skirtingus garsus, būtų skirtingo paviršiaus bei ryškių kontrastingų spalvų. Nuo penkto mėnesio reikia skatinti kūdikį išlaikyti po žaislą kiekvienoje rankoje ir mokyti perimti žaislą iš vienos rankos į kitą.

7–9 mėnuo

Šiuo periodu kūdikio gebėjimas naudoti savo rankas žaislams ir daiktams tyrinėti jau daug geresnis. Todėl reikia skatinti kūdikį manipuliuoti žaislais abiem rankomis, eksperimentuoti juos stuksenant kartu, imant į rankas ir metant ant žemės. Kūdikis atranda įvairias daiktų ir žaislų savybes ir funkcijas, priežasties ir pasekmės ryšius, todėl šiame periode ypač tinka siūlyti žaisti ne tik žaisliukais, bet ir namų butyje esančiais daiktais. Kūdikio taktilinę sistemą ir smulkiosios motorikos įgūdžius galima lavinti naudojant kaspinus, karolius, kempinėles ir virtuvėje naudojamus įrankius. Smulkio-



2.8 pav. Priemonė smulkiąjai motorikai, akies ir rankos koordinacijai lavinti



2.9 pav. Priemonė smulkiąjai motorikai, akies ir rankos koordinacijai lavinti

sios motorikos įgūdžiams lavinti galima duoti kūdikiui žaisti su įvairaus dydžio daiktais, kurie skatintų kūdikį naudoti skirtingus daiktų ėmimo būdus. Kuo įvairesnės formos, medžiagos ir svorio yra siūlomi žaislai, tuo įvairesnius griebimo būdus panaudos juos imdamas kūdikis.

Neišnešioti kūdikio smulkiosios motorikos įgūdžių raidą gali trikdyti žemesnis raumenų tonusas, per didelis aktyvumas, dėl to kūdikiui gali būti sunku sukaupti dėmesį, tokiam kūdikiui būdingas ir didesnis sensorinis jautrumas. Kiekvienu šiuo atveju gali padėti individualiai parinkta sensorinė stimuliacija.

Kūdikiui su žemesniu raumenų tonusu gali padėti intensyvesnė taktilinė ir propriocepstinė stimuliacija. Sensorinė stimuliacija turėtų būti taikoma palaiptai, pradedant nuo švelnių paviršių bei pereinant prie intensyvių pojūčius suteikiančių paviršių.



2.10 pav. Priemonė pincetiniam griebimui formuoti

Labai aktyviam kūdikiui lengviau susikaupiti ties atliekama smulkiosios motorikos užduotimi gali padėti aplinkos stimulų sumažinimas, ne tik rankyčių, bet ir viso kūno propriocepstinė stimuliacija, taip pat vidutinio stiprumo taktilinė stimuliacija.

Labai jautrus kūdikis gali vengti imti žaislus ir daiktus rankytėmis. Tokiam kūdikiui galima padėti taikant taktilinę stimuliaciją ir jos metu naudojant įvairius paviršius. Kūdikio delniukus ir rankas reikėtų stimuliuoti taikant vidutinio stiprumo prisilietimus, nes labai švelni, paviršinė, ar kaip tik – stipri stimuliacija gali dar labiau sudirginti kūdikį.

Kūdikio vestibulinė ir proprioceptinė sistemos lavinamos suteikiant galimybę kūdikiui aktyviai judėti saugioje ir įvairioje aplinkoje. Neišnešiotiems kūdikiams gali prireikti daugiau įvairios stimuliacijos, kad geriau pajustų savo kūną ir lengviau mokytųsi judėti. Todėl šiame periode juos galima pasupti ant kamuolio, hamake ar kūdikiams skirtose sūpynėse.

10–12 mėnuo

Šiuo periodu kūdikis daiktus ima vis įvairesniais griebimo būdais. Kūdikis mokosi pincetinio griebimo – nykščiu ir rodomuoju pirštu. Šiam įgūdžiui lavinti puikiai tinka smulkūs daiktai, pavyzdžiui, monetos, sagos, karoliukai. Taip pat šis gebėjimas gali būti puikiai lavinamas duodant kūdikiui imti nuo stalo smulkius maisto gabalėlius.

Žaidimo metu kūdikį galima mokyti sudėti daiktus į dėžutę ir iš jos išimti, mauti žiedus ant piramidės, statyti bokštą iš kaladėlių, ridenti kamuolį, versti knygelę storais puslapiais. Kūdikiui turėtų būti siūloma žaisti kuo įvairesniais daiktais, įvairių faktūrų medžiagomis (šurkštu, švelnu, slidu, lipnu, gruoblėta ir pan.), garsus skleidžiančiais žaislais ir priemonėmis. Šitaip lavinamos ne tik sensorinės kūdikio sistemos, smulkiosios motorikos įgūdžiai, bet ir kognityvinės funkcijos. Kūdikį galima mokyti skirtingų formų pavadinimus, žaidimo metu apibūdinti daikto ypatybes, pvz., spalvą ir dydį. Kalbai ir suvokimui lavinti galima naudoti knygeles ir įvardyti kūdikiui matomus gyvūnus bei jų skleidžiamus garsus, mokyti kūdikį kūno dalių pavadinimus rengiantis, žaidžiant ar žiūrint kartu į veidrodį.



2.11 pav. Priemonė smulkiajai motorikai, akies ir rankos koordinacijai

Neišnešiotų naujagimių valgymo įgūdžių raida

Gebėjimas valgyti per burną yra viena sudėtingiausių užduočių, kurią turi išmokti neišnešiotas naujagimis [10]. Mokymosi periodu neišnešioti naujagimiai neretai susiduria su sunkumais, kurie tęsiasi ir po išrašymo į namus. Kartais su valgymo įgūdžiais susiję sunkumai trunka kelis mėnesius, o kartais ir kelerius metus.

Įvairių autorių duomenimis, 19–80 proc. neišnešiotų naujagimių turi maitinimo problemų, kurios nesibaigia ir po išrašymo į namus. Daugiau nei 50 proc. tėvų nurodo susidūrę su maitinimo sunkumais namuose, jei naujagimis buvo gydytas NITS. Ypač neišnešiotais gimę vaikai, sulaukę 6 metų amžiaus, yra 3–5 kartus labiau linkę turėti maitinimo sunkumų [9]. Maitinimo sunkumai buvo stebimi tiek labai anksti gimusių (25–34 GA sav.), tiek ir nedaug neišnešiotų (34–37 GA sav.) naujagimių grupėse, vertinant juos 3,

6 ir 12 mėnesių amžiuje [8]. Dažniausiai kylančios problemos: atsisakymas valgyti, ilgai trunkantys maitinimai, sudėtingas kieto maisto įtraukimas į dietą, kosėjimas / springimas, burnos motorikos problemos, ilgai išliekantis maitinimo terapijos poreikis [8–9].

Neišnešioti naujagimio valgymo sutrikimų atsiradimą gali nulemti daug veiksnių. Didžiausią įtaką daro smegenų pažeidimai (hipoksija, intraskilvelinės kraujosruvos, leukomaliacijos židiniai ir kt.) bei aplinkos ir patirties veiksniai, susiję su hospitalizacija: nemaloni ar raidos etapo neatitinkanti sensorinė stimuliacija, netinkamos mokymo valgyti technikos.

Nemaloni galėjo būti ir sensorinė patirtis veido ir burnos srityje intensyviosios terapijos skyriuose.

Valgymas yra labai sudėtinga sensomotorinė užduotis, kurios metu įtraukiami 26 raumenys ir 5 galvinių nervų poros, jie turi tarpusavyje sklandžiai ir laiku dirbti, kad valgymo procesas galėtų vykti tinkamai [4–7]. Bet kurios iš šių sričių pažeidimas gali lemti valgymo sutrikimus.

Diagnozės ir būklės, kurios dažniausiai sukelia maitinimo problemų neišnešiotiems naujagimiams:

- kvėpavimo sistemos ligos,
- širdies ir kraujotakos sistemos ligos,
- virškinimo sistemos ligos (nekrozinis enterokolitas, stemplės atrezija, gastrošizė ir kt.),
- sindromai ir burnos ertmės defektai (lūpos, gomurio nesuaugimas, Dauno, Pjero Robino seka ir kt.),
- ilgalaikis maitinimas zonda,
- ilgos trukmės intubacija.

Gebėjimui žįsti reikalingi refleksai pradeda formotis labai ankstyvu prenataliniu laikotarpiu. Tarp 10 ir 14 gestacijos savaitės jau stebimi rijimo judesiai, o iki 15 gestacijos savaitės susiformuoja čiulpimo judesiai. 20–24 gestacijos savaitę stebimi nuolatiniai rijimo ir čiulpimo judesiai. Vaisiui augant gimdoje šie įgūdžiai yra nuolatos tobulinami, nes vaisius paskutiniaisiais nėštumo mėnesiais nuryja iki 1 000 ml vaisiaus vandens per parą.

Normalios trukmės nėštumas, t. y. 40 gestacijos savaitės, užtikrina vaisiui tinkamą nervų sistemos subrendimą bei tinkamą sensorinę ir motorinę stimuliaciją burnos motorikos įgūdžiams susiformuoti. Gimus neišnešiotam naujagimiui jo normali maitinimosi įgūdžių raida yra sutrikdoma. Naujagimiai, gimę iki 34 gestacijos savaitės, dažniausiai negali valgyti patys ir jiems reikalingas primaitinimas per zondą. Kuo anksčiau gimsta naujagimis, tuo didesnė tikimybė, kad jis turės įvairių su maitinimu susijusių sunkumų.

Gera čiulpimo, rijimo ir kvėpavimo koordinacija yra būtina sąlyga saugiam ir efektyviam naujagimio gebėjimui valgyti per burną. Ši koordinacija formuojasi 32–36 ges-

tacijos savaitę, tačiau tai gali būti individualu kiekvienam naujagimiui, atsižvelgiant į jo sveikatos būklę. Dažniausiai sulaukę 36–37 gestacinio amžiaus savaitių naujagimiai gali valgyti patys, tačiau jų valgymo įgūdžiai tobulėja iki 40 savaitės gestacinio amžiaus ir vėliau [3].

Neišnešiotiems naujagimiams būdinga tai, kad jie turi mažus energijos rezervus, todėl gali greitai pavargti. Taip pat jie yra lengvai paveikiami aplinkos stimuliacijos ir gali būti lengvai perstimuliuojami. Šie veiksniai gali turėti įtakos neišnešiotų naujagimio valgymui kelis pirmuosius gyvenimo mėnesius.

Valgymo įgūdžių raidos etapai

Maitinant neišnešiotą naujagimį ir kūdikį derėtų vadovautis keliais pagrindiniais principais. Maitinimas turi būti saugus, funkcionalus, palaikantis ryšį tarp maitinančio asmens ir kūdikio, bei individualus.

Iki 4–6 koreguoto mėnesio amžiaus kūdikis maitinamas tik iš krūties ar buteliuko, motinos pienu arba adaptuotu mišiniu. Neišnešiotų naujagimių valgymo įgūdžiai pirmuosius kelis mėnesius gali būti prastesni nei išnešiotų bendraamžių, todėl jiems reiktų skirti didesnę dėmesį. Per pirmuosius kelis mėnesius svarbi gera čiulpimo, rijimo ir kvėpavimo koordinacija, nes ji užtikrina maitinimo saugumą. Pastebėjus nedidelius koordinacijos sutrikimus, galima pritaikyti tokias strategijas:

- **Maitinimo padėtis ant šono**, kai viršutinė kūdikio kūno dalis pakelta 45 laipsnių kampū. Tokioje padėtyje pienas į burną teka šonu, suteikiant kūdikiui daugiau laiko pasiruošti ryti. Jeigu kūdikis nespėja nuryti pieno, tokioje padėtyje jam lengviau pieną išstumti per burnos šoną ir sumažėja springimo tikimybė.
- **Lėtesnės tėkmės žindukas**. Kai pienas teka lėčiau, kūdikiui lengviau ryti ir padaryti ilgesnes kvėpuoti reikalingas pertraukas.
- **Išorinis ritmo formavimas**. Tai maitinimo metodas, kai maitinimo metu stebima čiulpimo, rijimo ir kvėpavimo koordinacija, o pastebėjus pirmuosius streso požymius čiulpimas pertraukiamas maitinančio asmens ir kūdikiui duodama pertrauka pakvėpuoti. Šis metodas turi būti labai individualizuotas. Kai kuriems kūdikiams reikia ritmą formuoti reguliariai, pavyzdžiui, daryti pauzę kas tris gurkšnius ir tik maitinimo pradžioje, o vėliau maitinimo metu kūdikis geba pats reguliuoti čiulpimo ir rijimo ritmą.

Jeigu kūdikis dažnai springsta, kosėja maitinimo metu ar po jo, būna neramus, atsisako valgyti, galima įtarti rijimo sutrikimą. Dėl tokio kūdikio būtina pasikonsultuoti su maitinimo specialistais, kad būtų išvengta rimtų sveikatos sutrikdymų. Ilgai besitęsiantys nemalonūs pojūčiai maitinimo metu gali turėti įtakos valgymo įgūdžių raidai.

Neišnešiotiems kūdikiams primaitinimas tirštu maistu dažniausiai pradedamas 4–6 koreguotą mėnesį. Nėra nurodyta tikslaus amžiaus, kada reiktų pradėti primaitinimą, todėl derėtų remtis kūdikio rodomais pasiruošimo būti primaitinamam ženklais.

Ženkla, rodantys, kad kūdikis gali būti tam pasiruošęs:

- deda rankas ir žaislus į burną,
- domisi maistu, kurį valgo suaugusieji,
- žiojasi matydamas šaukštelį,
- gerai kontroliuoja galvą.

Neišnešioti kūdikiai, pradėdami valgyti tirštą maistą, dažniausiai dar nebūna nepasiekę vieno išnešiotiems kūdikiams būdingo etapo, t. y. patys nesėdi. Todėl šiems kūdikiams reikalinga parinkti taisyklingą maitinimo padėtį. Maitinimo padėtis turėtų būti kuo vertikalesnė, suteikiant pakankamą atramą kūdikio liemeniui, pečių juostai ir galvai. Kūdikis maitinimo metu neturi būti pasviręs į šoną, galva neturi būti atlošta atgal ar per daug palinkusi į priekį.

Maitinimo pradžia kiekvienam kūdikiui gali būti skirtinga. Aktyviai maistu besidomintis, mažiau jautrus kūdikis gali iš karto noriai priimti jam siūlomą tirštesnį maistą. Tačiau neišnešiotiems kūdikiams gali būti būdingas jautrumas naujiems skoniams ir pojūčiams jų burnoje ir ant veido. Tuomet kūdikį reikėtų palaipsniui supažindinti su maistu. Pirmiausia kūdikiui galima pasiūlyti šaukštelį, kuris vos suvilgytas į maistą. Šaukštelį galima pasiūlyti laikyti pačiam kūdikiui. Dar vienas būdas yra duoti paragauti suvilgytą maiste mamos ar paties kūdikio pirštą. Primaitinimo metu reikia sekti kūdikio rodomus alkio ir sotumo ženklus. Pačioje pradžioje kūdikis gali sutikti paragauti labai nedidelį maisto kiekį. Primaitinimas turi būti įvedamas palaipsniui, o labai jautraus kūdikio ragavimo fazė, kai didesnis maisto kiekis nesuvalgomas, gali užtrukti ilgai.

Jei kūdikis labai jautriai reaguoja į jam siūlomą maistą, tai gali būti padidėjusio burnos jautrumo požymis. Burnos pojūčiams lavinti reikia duoti kūdikiui patirti kuo įvairesnės stimuliacijos burnoje ir ant veido, naudojant įvairius kramtukus ir įvairios faktūros medžiagas. Stimuliacija turėtų vykti kuo natūraliau, neperdirginant kūdikio. Geriausia, kai kūdikis pats ima žaisliukus ar medžiagas į rankas ir deda jas į burną. Taip kūdikis pats kontroliuoja prisilietimo trukmę ir intensyvumą bei sumažėja rizika, kad stimuliacijos bus per daug.

Maitinimas šaukšteliu ir savarankiškas valgymas

Maitinimui reikėtų pasirinkti kuo plokštesnį šaukštelį. Šis neturi būti iki galo užpildytas maistu. Maitinant reikėtų sulaukti, kol kūdikis išsižios, ir šaukštelį padėti ant apatinių dantenų taip, kad maždaug pusė šaukštelio atsidurtų kūdikio burnoje. Tuomet laukiame, kol kūdikis sučiaups lūpas, ir tiesiu judesiu ištraukiame šaukštelį iš burnos. Leisdami kūdikiui pačiam lūpomis paimti maistą nuo šaukštelio, skatiname burnos motorikos įgūdžius. Jei kūdikis pats dar nemoka sučiaupti lūpų, galima švelniai kilstelėti jo smakrą parodydami, ką reikia daryti.

Jau primaitinimo pradžioje galima duoti kūdikiui antrą šaukštelį, kurį pradžioje kūdikis naudos tik kaip žaisliuką, tačiau vėliau pradės pats mokytis paimti maistą šaukšteliu iš lėkštės – taip bus skatinami kūdikio savarankiškumo įgūdžiai.

Jei kūdikis gerai toleruoja tiršto maisto įvedimą, galima pradėti kūdikiui duoti įvairesnės konsistencijos maistą. Net neturėdamas dantų kūdikis dantenomis puikiai gali sutrinti minkštus maisto gabalėlius. Labai svarbu, kad kūdikis gana anksti pradėtų ragauti įvairios konsistencijos ir kietumo maistą, nes vėliau dėl didėjančio burnos jautrumo įvesti kietą maistą gali būti sudėtinga.

Ragaudamas įvairų maistą, kūdikis lavina burnos motorikos įgūdžius bei sensorinę sistemą, o tai yra labai svarbu ir vėlesniems valgymo įgūdžių raidos etapams. Kai kūdikis tvirtai sėdi maitinimo kėdutėje, jau galima leisti jam pačiam imti maistą gabalėliais. Šitaip valgydamas kūdikis puikiai lavina smulkiosios motorikos įgūdžius, rankos ir akies koordinaciją. Toks maitinimo būdas gali labai tikti kūdikiams, kurie turi maitinimo sunkumų, susijusių su didesniu burnos jautrumu. Maitinimas šaukšteliu tokiam kūdikiui gali kelti stresą, nes jis nekontroliuoja situacijos, o imdamas ir dėdamas maistą į burnytę pats, kūdikis gali skirti laiko maistui tyrinėti ir pats reguliuoti valgymo tempą.

Literatūros sąrašas

1. Nugent J. K. The newborn behavioral observations (NBO) system as a form of intervention and support for new parents. *Zero to Three Journal* 2015;36.1:2–10.
2. Nugent J. K., Keefer C., Minear S., Johnson L., Blanchard Y. *Understanding Newborn Behavior and Early Relationships: The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook*, Brookes Publishing 2007.
3. Mizuno K., Ueda A. The maturation and coordination of sucking, swallowing, and respiration in preterm infants. *Journal of Pediatrics* 2003;142(1):36–40.
4. Mistry S., Hamdy S. Neural control of feeding and swallowing. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2008;19:70–728. Doi:10.1016/j.pmr.2008.05.002.
5. Matsuo K., Palmer J. Anatomy and physiology of feeding and swallowing – normal and abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2008;19:691–707. doi: 10.1016/j.pmr.2008.06.001.
6. Barlow S. Central pattern generation involved in oral and respiratory control for feeding in the term infant. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;17:187–93. Doi: 10.1097/MOO.0b013e32832b312a.
7. Stevenson R. D., Allaire J. H. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clin North Am* 1991;38:1439–53. Doi:10.1016/S0031 3955(16)38229-3
8. Demauro S. B., Patel P. R., Medoff-Cooper B., Posencheg M., Abbasi S. Postdischarge feeding patterns in early- and late- preterm infants. *Clin Pediatr (Phila)* 2011 Oct;50(10):957–962.
9. Ross E. S., Browne J. V. Feeding outcomes in preterm infants after discharge from the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A Systematic Review. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2013;13(2):87–93.
10. Delaney A. L., Arvedson J. C. Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14(2):105–117. Doi:10.1002/ddrr.16.
11. Case-Smith J. *Occupational Therapy for Children and Adolescents (Case Review)*, 7th ed. Mosby 2014.

3 skyrius

VAIKO RAIDA IR JOS IŠTYRIMAS

Laima Mikulėnaitė

VAIKO RAIDOS YPATUMAI

Anksčiau buvo manoma, kad naujagimiai gimsta nieko nemokėdami ir nesuprasdami. Jis buvo tapatinamas su baltu popieriaus lapu, kuriame galima įrašyti viską, ką panorėjus. Dabar žinome, kad vaikas ateina į pasaulį jau būdamas individualybė. Nuo pat gimimo jis suvokia aplinkinį pasaulį, mokosi jį pažinti, kuria santykius su šalia esančiais žmonėmis, pirmiausia su mama. Kūdikis yra asmuo, kurio norus reikia gerbti ir kuris savo elgesiu mums parodo, kas jam patinka, ką jis mėgsta, kaip jaučiasi.

Kiekvieno vaiko raida yra nepaprastai individuali, bet kartu telpa ir į tam tikrų dėsningumų rėmus. Žmogaus raidai būdinga visų raidos sričių harmoninga raida, kurią sudaro 5 raidos sritys (žr. 3.1 lentelę).

3.1 lentelė. Vaiko raidos sritys

Vaiko raidos sritys
Stambioji motorika – judesiai, kuriems atlikti naudojami stambūs kūno raumenys (sėdėjimas, stovėjimas, vartymasis, vaikščiojimas ir kt.).
Smulkioji motorika – judesiai, kuriems atlikti naudojami smulkūs kūno raumenys (rankų judesiai, akies ir rankų koordinacija ir kt.).
Kalbos raida: kalbos išraiška ir kalbos supratimas – žodinė minčių reiškimo ir žmonių bendravimo sistema.
Pažintinė raida – protiniai gebėjimai, apimantys mąstymą ir kalbą (suvokimas, vaizduotė, atmintis, išmokymas, per mąstymą ir kalbą įgyjamos žinios apie aplinką).
Socialinė-emocinė raida – apima emocijas, asmenybės formavimąsi ir jos prisitaikymą aplinkoje, gebėjimą kurti tarpusavio santykius su kitais asmenimis ir kt.).

Pirmųjų trejų metų amžiaus vaiko raidos prioritetai

Kiekviename amžiaus tarpsnyje yra tam tikri raidos sričių prioritetai, kurie atspindi labiausiai besivystančias vaiko raidos sritis.

Pirmųjų 6 gyvenimo mėnesių raidos prioritetai turėtų atspindėti vaiko savireguliacijos ritmo ir fiziologinio stabilumo formavimąsi, sensorinių sistemų intensyvų vystymąsi, motorinių įgūdžių įgijimą. Šis periodas labai svarbus vystantis mamos ir vaiko tarpusavio santykiams, formuojantis prierašumui (žr. 3.2 lentelę).

3.2 lentelė. Pirmųjų 6 gyvenimo mėnesių raidos prioritetai

Pirmųjų 6 gyvenimo mėnesių raidos prioritetai
Fiziologinis stabilumas ir savireguliacijos susiformavimas.
Emocinių ryšių su mama formavimasis: prieraišumo vystymasis.
Sensorinių sistemų raida.
Motorinė raida.

Fiziologiniu stabilumu įvardijame vaiko aktyvumą, jo adaptaciją išoriniame pasaulyje. Maitinimasis, miegas – du pagrindiniai dalykai vaiko išgyvenimui. Fiziologinis stabilumas pradeda formotis per 1–4 valandas po gimimo. Praėjus 24–36 val. po gimimo susiformuoja miego ir maitinimosi ritmas, bet naujagimio elgesys išlieka dar mažai prognozuojamas. Trečią gyvenimo parą atsiranda naujagimio elgesio savireguliacija – miego ir būdravimo ciklas, maitinimosi, verkimo ciklas.

Miego ir būdravimo ritmas leidžia vaikui pažinti išorinį pasaulį. Ramus vaikas geriau reaguoja į aplinkos stimulus, o neramus rėkiantis kūdikis, atvirksčiai, sunkiai sukaupia dėmesį į aplinkos dirgiklius. Skirtingai minėtas ciklas formuojasi išnešiotiems ir neišnešiotiems vaikams. Pastarųjų nervų sistema būna mažiau subrendusi. Todėl jie trumpiau miega (jų miegui būdingas nereguliarumas), ilgiau išlieka budrūs, greičiau susijaudina. Šie elgesio ypatumai gali būti stebimi gana ilgą laiką ir susiję su besiformuojančiais raidos sutrikimais.

Savireguliacija – mūsų elgesio pagrindas. Išmokstame nusiraminti, kai mus sunervina, galime patys užmigti, kai mus pažadina, jaučiame, kai norime valgyti ir t. t. Kūdikio ir ikimokyklinio amžiaus vaiko savireguliacija vadiname vaiko gebėjimus adaptyviai ir lanksčiai kontroliuoti ir valdyti kūno funkcijas, elgesį, dėmesį ir emocijas įvairiuose socialiniuose ir fiziniuose kontekstuose. Mokslininkai įrodė, kad kuo ankstesniame amžiuje jis susiformuoja, tuo geresnė būna vaiko pažintinė raida priešmokykliniame ir mokykliniame amžiuje [1].

Mamai patenkinant vaiko poreikius formuojasi kūdikio prieraišumas. Pirmųjų 3 mėn. periodas vadinamas emocinės-psichologinės homeostazės periodu. Mama mokosi pažinti savo vaiką, atpažinti ir patenkinti jo poreikius, vaikas mokosi vidinės savireguliacijos, t. y. pats nusiraminti, suvokti savo reikmes. Kai mama paliečia savo ką tik gimusio kūdikio kūnelį, prasideda vadinamasis „mamos šokis“. Pirštų galiukais labai švelniai ji pradeda liesti (tarsi švelnus vėjelis glamonėtų) kūdikio padelius ir plaštakas. Kai vaikas priima šiuos keistus, bet malonius prisilietimus, mama susipažįsta su jo kojytėmis ir rankutėmis, liesdama jau ne vien pirštais, bet ir plaštakomis. Judesiai eina nuo išorės į vidų, nuo rankučių, kojelių, pilvuko krūtinės ląstos link. Pasiekusi ją mama suima kūnelį plaštakomis, neilgai palaiko, o tada jos rankos pakyla prie kūdikio galve-

lės. Suėmusi ją viena ranka, kitos rankos pirštų galiukais arba lūpomis mama paliečia mažylio veidą. Šis mamos šokis paverčia gimdyvę mama, o kūdikį – jos vaiku. Pradeda atsirasti prierašumas. Mama mokosi reaguoti į vaiko poreikius ir į juos atsakyti. Vaikas jaučiasi saugus, kai mamos priežiūra yra adekvati.

2–7 mėn. amžiaus susiformuoja prierašumas. Prierašumas – tai emocinio ryšio tarp vaiko ir mamos buvimas, kuris yra pagrindas tolesnei žmogaus raidai ir vėliau atsirandančiai žmogaus savireguliacijai bei santykių formavimuisi. Vaikas verksmu pakviečia mamą, šypsena ją sulaiko prie savęs. Kūdikis ieško asmens, kuris jam galėtų suteikti emocinę pagalbą. Mamai reikia vaiko, kad taptų mama, vaikui reikia mamos, kad užaugtų žmogumi. Šeimos emocinė būklė veikia santykių formavimąsi ir vaiko sveikatą. Gali formuotis saugus ir nesaugus prierašumas, kuris gali lemti vėlesnius santykių sutrikimus.

Pasaulį mes pažįstame liesdami, matydami, uosdami, ragaudami ir girdėdami. Visą šią informaciją gauname per sensorines sistemas. Sensorinė sistema – tai mūsų jutimų sistema, kitaip tariant, skonis, kvapas, matymas, klausa, lietimas. Nervų sistema taip pat siunčia mums žinias apie judesius ir kūno padėtis, per ją mes suvokiame savo kūną, suprantame vidaus organų pojūčius.

Informacija, kurią mes gauname per sensorinę sistemą, keliauja į smegenis, kur yra „iššifruojama“. Smegenyse vyksta labai sudėtingi procesai, kurių metu į centrinę nervų sistemą ateinantys impulsai moduluojami: stiprinami arba silpninami, slopinami ir pan. Būtent smegenyse suvokiama visa tai, ką matome, girdime, liečiame. Kiekvienas mūsų tą pačią informaciją dažnai priimame skirtingai, todėl ir mūsų atsakas į ją būna nevienodas. Visas šis procesas vadinamas sensorinės integracijos procesu.

Jutimų sistema vystosi anksčiausiai. Ką tik gimęs naujagimis geriausiai girdi aukštus garsus. Jam patinka, kai mama jį liečia ir glamonėja. Būtent lietimo sistema yra pirmoji dar kūdikiui būnant gimdoje besivystanti sistema. Lietimas mums yra labai svarbus. Apsauginis lietimas mus perspėja apie pavojų, pvz., karštą paviršių. Kita sudėtinė lietimo sistemos dalis – skiriamoji, kuri suteikia informaciją apie mus supančius daiktus. Taigi vaikas, kišdamas daiktus į burną, suvokia jų formą, dydį, sandarą. Kad impulsai būtų interpretuojami teisingai, šios dvi sudėtinės sistemos dalys turi veikti subalansuotai.

Nors ir ne tokie jautrūs kaip vyresnių vaikų, bet gana aktyvūs yra ir naujagimio skonio receptoriai. Nustatyta, kad net neišnešioti, 6–7 nėštumo mėnesį gimę vaikai jaučia skonį. O uoslė atsiranda tuojau po gimimo (6–8 dienų kūdikis jau atpažįsta motinos kvapą). Naujagimis neblogai mato, nors jo akies obuolys ir tinklainė dar nėra visiškai susiformavę. Gerai matyti pradeda tik baigiantis pirmiesiems gyvenimo metams.

Jau pirmaisiais gyvenimo mėnesiais vaikas ruošiasi judėjimui. Jis išmoksta padėčių, kurias vėliau pritaikys judesiui. Pradžioje dominuoja refleksai, vėliau pradeda formuotis padėties (tiesinimo ir apsaugos) reakcijos, kurios leidžia vaikui vertikaluotis.

Dr. Heinzas Prechtelis (Olandija) aprašė vaisiaus judesius ir pastebėjo jų ryšį su naujagimių pirmųjų mėnesių judesiais. Mokslininkas, tyręs vaisiaus judesius ultragarso metodu, nustatė, kad pirmieji vaisiaus judesiai yra matomi 7–8 nėštumo savaitę. Pradžioje stebimi liemens judesiai, vaisius susilenkia ir išsitiesia. Vėliau tų judesių daugėja, 14 savaitę vaisius judina galvą, liemenį, rankas, kojas, vyrauja tiesiamieji judesiai [2]. Bendrieji spontaniniai judesiai – tai be jokio aplinkos stimulo atliekami judesiai, matomi nuo 9 nėštumo savaitės iki 21 savaitės po gimimo, kartais 2–3 sav. ilgiau [3]. Pirmuosius vaisiaus judesius mama pajunta 16–18 nėštumo savaitę.

Specialistai daug dėmesio skiria naujagimių stambiosios motorikos tyrimams. Vertinant pirmųjų mėnesių kūdikių motorinę raidą atliekamas Bendrųjų judesių tyrimas (angl. *GMs*). Tai naujagimio ir pirmųjų 5 amžiaus mėn. judesių tyrimo metodas, kurio metu vertinama spontaniniai vaiko judesiai. Normaliai besivystančio pirmųjų mėnesių kūdikio judesiai turi laipsnišką judesio pradžią. Jų intensyvumas labai įvairus, stebimi viso kūno kompleksiniai judesiai (fleksija, ekstenzija, rotacija). Vaikas nuolat bando įvairias judesių kombinacijas [4–5].

Naujagimystės periodu dominuoja fiziologinė galūnių fleksija, liemens srities raumenų hipotonija, asimetrinė kūno padėtis. Naujagimio galva pasukta į šoną, jis kūno svorį išlaiko ant skruosto, rankų, viršutinės krūtinės ląstos dalies. Vaikui gulint ant pilvo, galūnių fleksija didesnė, rankos laikomos arti kūno, alkūnės sulenktos, plaštakos sugniaužtos į kumščius. Mažai aktyvių judesių, jie atsitiktiniai. Padėtyje ant nugaros fiziologinė fleksija mažėja, bet išlieka asimetrinė padėtis dėl asimetrinio kaklo toninio reflekso poveikio (AKTR). Sodinant vaiką jis neišlaiko galvos, ji krenta atgal. Išgaunami ir kiti naujagimystės refleksai.

1–2 mėn. amžiaus kūdikio fiziologinė fleksija mažėja, jis svorį išlaiko ant rankų ir krūtinės. Rankas laiko arti kūno, klubai, keliai sulenkti. Trumpam pakelia galvą, bet išlieka asimetrinė padėtis, galvos neišlaiko vidurio linijoje. Gulėdamas ant nugaros vaikas daugiau judina galūnes. Kūdikį sodinant, galva krenta atgal.

3–4 mėn. amžiaus kūdikis guli simetriškai, išlaiko vidurio liniją. Aktyviai judina rankas ir kojas, pradeda rankas suvesti į vidurio liniją. Sodinamas galvą išlaiko nepastoviai. Nyksta daugelis naujagimystės refleksų.

Sulaukęs 5 mėnesių amžiaus vaikas, gulėdamas ant pilvo, remiasi plaštakomis, svorį išlaiko apatine pilvo dalimi ir šlaunimis. Laisvai sulenkia ir ištiesia kojas, perkelia svorį nuo vienos rankos ant kitos, aktyviai siekia priešais padėto daikto. Gulėdamas ant nugaros kūdikis rankomis pasiekia kelius, vėliau pėdutes. Pasukdamas kojas, gali pradėti verstis ant šono.

6–12 mėn. amžiaus periodu intensyviai vystosi vaiko motorika, bendravimas ir pažintiniai įgūdžiai. Tai vienas nuostabiausių periodų vaiko gyvenime. Šiuo laikotarpiu vaikas išmoksta aktyviai judėti, iš nejudrios būtybės tampama judančiu asmeniu. Susiformuoja pagrindiniai judesių mechanizmai: liemens kontrolė, svorio perkėlimas, pusiausvyros reakcijos ir kt. Būdamas 6 mėn. amžiaus kūdikis moka išlaikyti ir perkelti svorį, turi išsivysčiusias galvos, liemens tiesinimo reakcijas. 6 mėnesių amžiaus kūdikis laisvai verčiasi nuo nugaros ant pilvo. Būdamas 7–8 mėn. amžiaus vaikas aktyviai kelia rankas ir kojas, laisvai perkelia svorį nuo vienos pusės ant kitos, sukasi aplink savo ašį, pradeda verstis, išnaudodamas rotaciją, lengvai būna keturpėsčioje padėtyje, siūbuoja pirmyn – atgal, guli ant šono, pradeda šliaužti, nuo nugaros verčiasi ant pilvo. Sėdi savarankiškai, sėdėdamas gali žaisti su žaislais, perkelia svorį nuo vienos klubų pusės ant kitos, susiformuoja šoninės apsaugos reakcijos.

9–10 mėn. amžiaus kūdikis laisvai keičia padėtis, pradeda ropoti. Stovi, pasisuka, pradeda eiti pristatomu žingsniu, gali atsiklaupiti prisilaikydamas. 12–14 mėnesių amžiaus vaikas pradeda vaikščioti, kuo toliau, tuo geriau išlaikydamas pusiausvyrą, ir įgyja geresnę judesių koordinaciją.

Aktyviai vystosi ir smulkioji motorika. Vaikas išmoksta griebti, išlaikyti ir paleisti daiktą, vystosi pincetinis griebimas. Formuojasi akies ir rankos koordinacija.

Vaikas intensyviai mokosi pažinti pasaulį. Tirdamas aplinką, jis gauna daug stimulų, suvokia daiktus, esančius netoli. Vaikas ima aktyviai žaisti. Žaidimas – tai vaiko darbas. Šio periodo žaidimas vadinamas sensomotoriniu. Jo metu vaikas tiria aplinką, ją pažįsta, pradeda manipuluoti daiktais ir suvokia labai svarbų dalyką – daiktai yra pastovūs, ir, jei jų ir nemato, tai nereiškia, kad jų nėra. Tirdamas aplinką, vaikas gauna daug stimulų, aktyviai vystosi vaiko rega ir klausia, jis suvokia gautą informaciją.

Toliau tobulėja vaiko ir mamos tarpusavio santykiai. Jų pagrindu formuojasi vaiko elgesys. Kaip vaikas tiria aplinką, taip tiria ir žmonių tarpusavio santykius, bando įvairiausių būdus gauti jam reikalingą atsaką. Vaikas mokosi tinkamai sąveikauti / bendrauti (įsitraukti į abipusius santykius) su kitais žmonėmis.

Šiuo periodu labai svarbi ikikalbinių įgūdžių raida. Socialinė šypsena, gestai, mimika, išraiška, rodymas, mėgdžiojimas – pagrindiniai kalbos nešėjai. Vienas jų – maitinimasis. Jis labai svarbus vaiko kalbos ir kalbėjimo raidai. Maitinimosi procese dalyvauja tie patys mimikos raumenys, kurių veikla būtina kalbėjimo procese. Todėl labai svarbu nuo 6 mėn. amžiaus kūdikį mokyti gerti iš puodelio, kramtyti kietą maistą.

Visiems 6–8 mėnesių amžiaus vaikams būdinga čiauškėti. Čiauškėjimas apibrėžiamas kaip priebalsių ir balsių darinių („ba“, „ata“ ir kt.) vartojimas. Šiam įgūdžiui atsirasti garsinė aplinka nėra būtina, t. y. vaikas gali pradėti čiauškėti būdamas lovelėje visai vienas. Jei šio įgūdžio atsiradimas vėluoja daugiau nei 2–3 mėnesius, yra didelė tikimybė, kad žymiai vėluos kalbinė raida, gali būti nustatytas klausos sutrikimas [6–7].

Sulaukęs pirmojo gimtadienio, vaikas supranta apie 30–60 dažniausiai girdimų žodžių ir pradeda tarti prasmingus žodelius, garsų junginius. Paprastai tai būna trumpi, lengvai tariami žodžiai: „ate“, „mama“, „au au“ ir pan. Šiame amžiuje labai ryškus vaiko suprantamų ir tariamų žodžių skaičiaus skirtumas.

12–18 mėn. amžiaus labiausiai vystosi bendravimo įgūdžiai, socialinė-emocinė raida, pažintiniai įgūdžiai, tobulėja motorinė raida.

Vaikas išmoksta reikšti savo poreikius, parodydamas pirštu, pasakydamas garsą. Žodžių ir gestų naudojimas daiktams pavadinti būdingas vaikams nuo 12 iki 18 mėnesių amžiaus. Tai didelė motyvacija toliau vystytis kalbai. Per šį laikotarpį vaikas pasako pirmuosius žodžius. Pirmąjį žodį – būdamas 11–12 mėn. amžiaus, antrąjį – po mėnesio. Žodžių bagažas auga. Žmogus mokosi pagrindinio dalyko – jis mokosi kalbėti.

15–18 mėn. amžiaus vaikas intensyviai palaiko akių kontaktą, kai su juo bendraujama. Bendraujant stebimas jungtinis dėmesys – sudėtinio dėmesio įgūdžiai atskleidžia asmens galimybę koordinuoti dėmesį tarp tam tikro objekto ir kito asmens triados santykyje, t. y. bendraujant perkelti žvilgsnį nuo daikto į šalia esantį žmogų ir atvirkščiai. Vaikai daug mėgdžioja. Visada atsiliepia šaukiami vardu, supranta ir įvykdo paprastus nurodymus [8–9].

Išmokimas judėti – labai svarbus žingsnis vaiko komunikacijos raidai. Vaikščiojimo pradžia įprastai besivystantiems vaikams susijusi su dideliu bendravimo raidos šuoliu. Savarankiškas vaikščiojimas pagerina socialinės komunikacijos galimybes. Mokslinės studijos rodo, kad vaikams, kuriems vėliau nustatytas autizmo spektro sutrikimas, kalbos raidos šuolis pradėjus vaikščioti nebūdingas [10–12].

Toliau vystosi vaiko emocinė raida. Vaikas išmoksta vaikščioti ir pradeda tolti nuo mamos. Iš pat pradžių labai nedrąsiai, bet kuo toliau, tuo drąsiau. Formuojasi vaiko savarankiškumas. Jei mamos ir vaiko tarpusavio santykiai nuo mažens vystėsi harmoningai, problemų nebus, nes vaikas jausis saugus. Jei nepatenkinami vaiko emociniai poreikiai, gali nesiformuoti vaiko savarankiškumas, vaikas nesugebės atsiskirti nuo mamos, gali išryškėti elgesio problemos.

Žaidimas tobulėja. Jis po truputėlį tampa funkcinis, t. y. vaikas pradeda ieškoti prasmės žaidime, formuojasi priežasties ir pasekmės ryšiai. Vaikas sugeba parodyti kūno dalis, kuo toliau, tuo daugiau pasako žodžių, daugėja savakalbės, pirštu parodo pažįstamus daiktus, esančius aplinkoje.

Motorinė raida vyksta be išskirtinių naujovių, bet judesiai darosi tobulesni, vaikas gali judėti jam reikalinga kryptimi, jam norimu greičiu. Gerėja jo koordinacija, vystosi tikslesni judesiai.

18–36 mėn. amžiaus tarpsnyje daugiausia tobulėja pažintiniai įgūdžiai, socialinė-emocinė raida, bendravimo įgūdžiai. Žaidimas tobulėja, vaikas pradeda konstruoti. Palaipsniui vaikas tampa savarankiškas. Jis išmoksta kalbėti, noriai bendrauja su kitais

vaikais, pasako dviejų žodžių sakinius, noriai mėgdžioja namų apyvokos veiklas. Vaikas mokosi formuoti santykius su kitais žmonėmis ir atsakyti už savo elgesį. Kaupia informaciją, ji pradeda dominti, kodėl ir kas vyksta. Jis jau pasiruošęs eiti į vaikų ugdymo įstaigą.

3.3 lentelė. Ankstyvieji požymiai, galintys rodyti raidos sutrikimą

Kūdikis iki 3 mėn. amžiaus

Maitinimo problemos: vaiką sunku pamaitinti, rasti tinkamą maitinimo padėtį. Vaikas silpnai čiulpia, atpila, kartais springsta, blogai auga svoris. Vaikas maitinamas vangus, valgydamas dažnai užmiega.

Elgesio ypatumai: labai dirglus, sunku nuraminti, „maišo“ dieną su naktimi, blogai miega, dažnai prabunda, verkia. Jautriai reaguoja į aplinkos dirgiklius, nepatinka, kai imamas ant rankų, krūpčioja nuo menkiausio garso arba atvirkščiai – vaikas mažai reaguoja į aplinką, labai daug miega.

Judesio raidos sutrikimai: nepradeda laikyti galvos, nemėgsta gulėti ant pilvo. Vaikas labai suglebęs arba atvirkščiai – labai įsitempęs, jį sunku aprengti, pakeisti sauskelnes. Guli išsiritęs arba „varlės“ padėtyje.

Kalbos ir pažintinės raidos sutrikimai: nesišypso kalbinamas, nežiūri į akis, nereaguoja į stiprų garsą. Gali ilgą laiką gulėti lovytėje nežaisdamas. Neseka aplinkos ir nestebi suaugusiojo veido.

Kūdikis iki 6 mėn. amžiaus

Judesio raidos sutrikimai: nebando siekti daikto, jo nelaiko rankoje. Rankos suspaustos į kumščius. Daiktus ima viena ranka, formuojasi rankos dominavimas. Vaikas nenori sėstis. Pastatytas nesiremia kojomis. Daro „keistus“ pasikartojančius judesius rankomis ar kojomis: krato, gniaužo, daužo.

Kalbos ir pažintinės raidos sutrikimai: nepasisuka į kalbinantį žmogų, kalbinamas nereaguoja. Neguguoja, netaria garsų.

Elgesio ypatumai: nemėgsta imamas ant rankų, nieiško kontakto su tėvais.

6–12 mėn. amžiaus kūdikis

Judesio raidos sutrikimai: savarankiškai nesėdi, nesivarto, pastatytas nesiremia kojomis, mažai aktyvus, nenori keisti padėčių. Daro pasikartojančius keistus judesius, išlaiko labai keistas padėtis, pvz., guli pakeltomis kojomis ir pan.

Kalbos ir pažintinės raidos sutrikimai: neploja katučių, nerodo atia. Nežaidžia žaidimų. Pirštu nerodo į daiktus.

Elgesio ypatumai: nebendrauja su artimu žmogumi, nebijo svetimų žmonių. Neatsiliepia į savo vardą.

12–18 mėn. amžiaus vaikas

Judesio raidos sutrikimai: nenoriai juda, dažnai krenta eidamas. Nebando eiti savarankiškai. Dažnai eina ant pirštų galų.

Kalbos ir pažintinės raidos sutrikimai: nestato kubelių, neparodo savo kūno dalių. Nesako nė vieno žodžio, nemėgdžioja garsų. Nebando valgyti pats. Netenka kalbos įgūdžių.

Elgesio ypatumai: neneša tėvams parodyti daiktų. Nesidomi kitais vaikais. Labai aktyvus arba priešingai – labai vangus.

VAIKO RAIDOS TYRIMO PRINCIPAI

Vaiko raida – sudėtingas ir kompleksinis procesas, kurį iš esmės lemia vaiko vidinių procesų ir aplinkos veiksnių sąveika. Vaiko raidą galėtume aprašyti kaip įprastinę tam tikram amžiui būdingų įgūdžių seką.

Vaiko raidos tyrimas apima visų raidos sričių ištyrimą. Motorikos, kalbos ir komunikacijos, pažintinės, socialinės-emocinės raidos sričių, buitinių-higieninių įgūdžių formavimasis negali būti tiriami atskirai vieni nuo kitų. Kuo vaikas mažesnis, tuo labiau visos raidos sritys viena su kita susijusios. Kūdikio motorinė raida turės didelės įtakos vaiko kalbos ir pažintinių įgūdžių vystymuisi, vaiko pažintinė raida turės stiprų poveikį kalbos raidai.

Vaiko raidos tyrimas yra sudėtingas procesas, jame dalyvauja daugelis raidos ir reabilitacijos specialistų. Jo pagrindiniai tikslai yra:

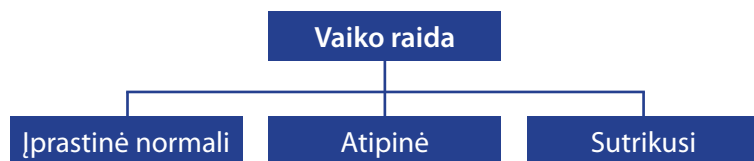
1. Nustatyti ir diferencijuoti vaiko raidos ypatumus, atipinę ir sutrikusią raidą, kuo anksčiau diagnozuoti raidos sutrikimą ar nustatyti rizikos veiksnius raidos sutrikimui atsirasti.
2. Išsiaiškinti raidos sutrikimo priežastis.
3. Nustatyti stipriąsias vaiko ir šeimos savybes ir identifikuoti su jomis susijusius poreikius.
4. Sukurti vaiko reabilitacinę ir ugdymo programą.
5. Vaiko raidą stebėti ir vertinti kaip dinamišką, prognozuojant išeitį galimo vaiko raidos sutrikimo atveju.

Vaiko raidos tyrimas atliekamas, kai vaiko raida ar elgesys skiriasi nuo kitų vaikų elgesio ar raidos, jei vaikas turi lėtinių sveikatos sutrikimų, dažnai serga peršalimo ligomis, ausų uždegimais ir pan. Vaiko raida turi būti tirama, jei gydytojas įtaria raidos sutrikimą, matydamas atipinę vaiko raidą, jei vaikui nustatyta liga, kurios metu gali būti sutrikusi raida (pvz., medžiagų apykaitos ligos), jei vaikas turi sunkumų prisitaikyti ir mokytis vaikų ugdymo įstaigoje ir jei jau yra nustatytas raidos sutrikimas, pvz., autizmo spektro sutrikimas, cerebrinis paralyžius ir kt.

Vaiko žaidimo ir elgesio stebėjimas ir raidos tyrimas, atliekant raidos tyrimo testus, – pagrindiniai vaiko raidos tyrimo būdai. Vaiko raida tirama dalyvaujant abiem tėvams / globėjams.

Norint nustatyti sutrikusią raidą ir identifikuoti raidos sutrikimą reikia atsižvelgti į nuolatinę vaiko dinamiką bei stebėti pokyčius, kad būtų įvertintos galimos įvairios normalios raidos variacijos, susijusios su vaiko fizine sveikata, augimo ypatumais, somatinėmis ligomis ir kitomis būklėmis [13].

Raidos sutrikimų diagnostika atliekama norint nustatyti, ar vaiko raida yra įprastinė, kaip ir daugelio vaikų, atipinė ar sutrikusi (3.1 pav.).



3.1 pav. Vaiko raida

Matydami atipinę vaiko raidą, kai vaikas turi raidos sutrikimams būdingų požymių, turime vaiką stebėti atsižvelgdami į raidos dinamiką, nes šiuo atveju rizika, kad vaikas turės raidos sutrikimą, yra didelė.

Yra nepaprastai svarbu kuo anksčiau nustatyti raidos sutrikimo diagnozę ir pradėti ankstyvąją reabilitaciją, kuri padeda vaikui geriau vystytis, sumažina elgesio problemas ir gerina šių problemų funkcines išėitis, padeda šeimoms išmokti efektyvių vaiko raidos lavinimo, ugdymo ir reabilitacijos būdų ir metodų. Taikant ankstyvąją reabilitaciją vaikas įgauna geresnę suvokimo patirtį, geriau mokosi suprasti jį supantį pasaulį, nuo mažens tampa imlesnis terapijoms ir stimuliavimui, vystosi vaiko saviraiška ir gerėja savivertė, stiprėja vaiko atmintis. Būtent šiuo periodu vykstanti intensyvi sinaptogene-zė ypač pagerina ir pagreitina naujų įgūdžių įgijimą [14–15].

Vaiko raidos tyrimas atliekamas pagal pateiktą schemą (žr. 3.4 lentelę).

3.4 lentelė. Vaiko raidos tyrimas

Medicininė anamnezė	Ligos, biologiniai ir socialiniai rizikos faktoriai raidos sutrikimui atsirasti
Raidos anamnezė	Pažinimas Kalba ir kalbėjimas Bendroji ir smulkioji motorika Socialiniai įgūdžiai, emocinė raida Savitvarka
Pediatrinis somatinis ištyrimas	Fizinis augimas Įgimtos anomalijos Odos pakitimai Vidaus organų būklė Regėjimas Klausa
Neurologinis vaiko ištyrimas	
Medicininis laboratorinis ir instrumentinis ištyrimas	Įgimtų infekcijų tyrimai, chromosominė molekulinė diagnostika, medžiagų apykaitos tyrimai, smegenų vaizdo tyrimai ir kt.
Vaiko raidos tyrimas	
Raidos sutrikimo diagnostika	
Vaiko ir šeimos ypatumai, vaiko adaptacija	

Raidos sutrikimą nustatyti padeda iš tėvų / globėjų surinkta **medicininė ir raidos anamnezė**.

Kruopščiai surinkta medicininė ir vaiko raidos anamnezė yra pagrindas raidos sutrikimui nustatyti. Surinkti tiksliai anamnezei reikalinga gera tėvų / globėjų atmintis. Dažnai tik jie gali suteikti informaciją, kaip vaikas vystėsi, kada ir kokiomis ligomis sirgo, ar buvo skiepytas ir pan. Pokalbis su tėvais / globėjais yra pradinė vaiko raidos tyrimo dalis. Dažniausia ji nulemia tolesnį sėkmingą ar nesėkmingą tėvų ir specialistų bendradarbiavimą.

Svarbu išsiaiškinti pagrindinius tėvų / globėjų nusiskundimus dėl vaiko sveikatos, raidos, elgesio ar kitų problemų. Stebima tėvų / globėjų reakcija į vaiko problemas, jų pateikimo būdas. Tai leidžia išsiaiškinti psichologines ar kt. šeimos problemas, tėvų / globėjų pasiruošimą padėti vaikui.

Surenkama informacija apie rizikos faktorius, kurie gali būti reikšmingi vaiko raidai. Yra daug rizikos faktorių, kurie, paveikę vaisių, gali sukelti raidos problemų. Nėštumo eiga, jo ligos ir komplikacijos, būsimos mamos sveikata, tėvų amžius, nėštumų ir gimdymų skaičius ir jų išeitys gali suteikti reikšmingą informaciją raidos sutrikimui diagnozuoti. Išsiaiškinama, ar nėštumo metu mama nevartojo medikamentų, nerūkė, negėrė alkoholio ar nevartojo narkotikų.

Atvejis

Jonas, 15 mėn.

Šeima disfunkciška. Vaikas gimė iš II nėštumo ir gimdymo 37 savaičių gestacinio amžiaus. Gimimo svoris – 2 840 g. Pagal Apgar – 9 balai. Smegenų echoskopijos metu nustatyta didžiosios smegenų jungties (lot. corpus callosum) agenezė. Motinos pienu maitintas apie 2 savaites, vėliau prasidėjo maitinimo problemos (vaikas atpildavo, svorio augimo atsilikimas).

Raidos anamnezė: surinkti sunku, nes mama negali pateikti duomenų. Žinoma, kad vaikas sėdėti vienas pradėjo 11 mėn., būdamas 15 mėn. amžiaus nevaikšto.

6 mėn. berniukas pateko į ligoninę dėl galvos traumos (dešiniojo galvos smegenų pusrutulio sumušimas, momenkaulio lūžis). Daugybiniai veido ir kūno sumušimai. Kraujosruvos tinklainėse. Įtartas tėvo smurtas.

Šiuo metu vaikas gyvena su močiute, kuri yra nuolatinė globėja. Vaiko tėvai išsiskyrę. Abu tėvai piktnaudžiavo alkoholiu, mama vartojo alkoholį ir narkotikus nėštumo metu, buvo vaiko nepriežiūra.

Berniukas neramus, dirglus, labai judrus, sunkiai nusėdi vietoje.

Kalba savakalbe, garsais, anot močiutės, sako „mama“, „teta“, „kate“. Į vardą reaguoja, kalbinamas šypsosi. Akių kontaktą palaiko.

Stebima plona viršutinė lūpa, abipusis epikantas, trumpi akių plyšiai, smulkūs veido bruožai. Ūgis ir svoris <5 proc., mikrocefalija.

Išvada. Įtariamas vaisiaus alkoholinis sindromas, kuriam būdingas augimo sutrikimas, specifiniai veido bruožai. Jiems priskiriamas lygus lūpos filtras, plona viršutinė lūpa ir siauras akių plyšys. Lūpos filtras ir viršutinė lūpa yra matuojama kartu naudojant 5 lygių Likerto skalę (1 – normalus storis, 5 – sunkus nukrypimas). Akių plyšys matuojamas milimetrine liniuote. Būdingos smegenų anomalijos, pvz., mikrocefalija ir kt. Vertinama vaiko raida ir jo adaptacija, judesio, pažinimo, kalbos sutrikimai, hiperaktyvumas ir kt. asmeninės savybės. Svarbi informacija – alkoholio vartojimas nėštumo metu. Moteris nėštumo metu galėjo vartoti mažą arba nežinomą alkoholio kiekį, bet ji gali to nepripažinti ir taip apsunkinti VAS diagnostiką.

Raidos sutrikimui atsirasti svarbus paveldimumas. Reikia surinkti šeimos genetinę anamnezę, ypač jei šeimoje yra buvę sutrikusios raidos vaikų.

Labai svarbi informacija apie gimdymą ir naujagimystės periodo eigą. Gimdymo periodo komplikacijos (hipoksija, gimdymo veiklos reguliavimas, cezario pjūvis ir kt.), naujagimystės periodo sutrikimai (kvėpavimo veiklos sutrikimai, centrinės nervų sistemos (CNS) slopinimo ar sudirginimo sindromai, traukuliai ar kitos rimtos sveikatos problemos) yra rizikos faktoriai raidos sutrikimui ateityje atsirasti. Raida sutrinka neišnešiotiems ir gimusiems mažo svorio kūdikiams, persirgusiems infekciniais CNS susirgimais.

Didelę reikšmę turi socialiniai rizikos faktoriai. Nuo šeimos ir jos gyvenimo sąlygų, nuo tėvų sugebėjimo pasirūpinti vaiku dažniausiai priklauso socialinė-emocinė vaiko raida. Vaiko raidą gali sutrikdyti labai skurdžios gyvenimo sąlygos, emocinė vaiko deprivacija ir prievarta, tėvų / globėjų lėtinės ligos (ypač tėvai su raidos sutrikimais ir / ar psichinėmis ligomis), vaiko nepriežiūra, tėvų nesugebėjimas pasirūpinti savo vaiku, pvz., dėl labai jauno amžiaus, menkas šeimos išsilavinimo lygis, alkoholizmo, toksikomanijos, narkomanijos buvimas šeimoje.

Didelę įtaką vaiko raidai turi ankstyvieji vaiko ir mamos santykiai. Jei mama supranta vaiko poreikius, į juos reaguoja adekvačiai, vystosi saugus mamos ir vaiko prierašumas, leidžiantis vaikui normaliai vystytis. Sutrikus mamos ir vaiko ankstyvųjų santykių formavimuisi, sutrinka kūdikio emocinė raida, vaikas gali turėti elgesio, maitinimo, suvokimo problemų.

Vaiko raidai įtakos turi šeimos tautinė kultūra, religija, socialinė aplinka, socialinės-ekonominės sąlygos, todėl vertinant vaiko raidą būtina įvertinti daugybės faktorių įtaką.

Raidos anamnezė – svarbi raidos sutrikimo diagnostikos dalis. Surenkami detalūs duomenys, kaip vaikas vystėsi, kaip ir kokius įgūdžius įgijo augdamas. Labai svarbu išsiaiškinti, kokie galimi ankstyvieji raidos sutrikimo požymiai sukėlė tėvų nerimą, kaip vaikas vystėsi visose raidos srityse (motorikos, kalbos, pažintinės, socialinės-emoci-

nės), kokius specifinius interesus jis turi, kokį žaidimą, tėvų stebėjimu, vaikas dažniausiai renkasi, kaip vaikas elgiasi įvairiose vietose.

Tėvai / globėjai retai atsimesna net svarbiausius raidos etapus, jei, jų nuomone, vaikas vystėsi normaliai. Žymiai daugiau informacijos galima gauti, jei vaiko raida tėvams / globėjams kėlė nerimą.

Lengviausiai tėvai / globėjai pasakoja apie motorinės sistemos raidą. Visuomenėje priimta manyti, kad 6 mėnesių kūdikis sėdi, 12 mėn. vaikšto, todėl jei vaikas šiuo laiku nepradeda to daryti, tėvai / globėjai greitai kreipiasi į specialistą. Tačiau dažnai tėvai laukia, kol vaikas išaugs, jei jis turi kalbos ar suvokimo problemų. Tik neprakalbus vaikui 3–4 metų amžiaus, pasirodo raidos specialistams. Svarbu pažymėti, kad tėvai labai jautrūs vaiko kalbos sutrikimams, t. y. dažniausiai yra teisūs, nurodydami vaiko kalbos problemas. Smulkiai klausinėdami galime sužinoti apie vaiko ikikalbinių igūdžių raidą, kalbos išraiškos ir supratimo vystymąsi.

Raidos regresija – vienas daugiausia nerimo keliantis požymis. Regresija dažnai susijusi su vaiko elgesio pasikeitimu. Būna sunku atskirti tikrą regresiją nuo pseudo-regresijos. Tikroji regresija yra pakankamai reta. Tuo tarpu pseudoregresija gali būti stebima raidos sutrikimų atvejais. Regresiją dažnai pažymi tėvai, auginantys vaikus, turinčius autizmo spektro sutrikimą, cerebrinį paralyžių, psichomotorinės raidos sutrikimus ir kt. Cerebrinį paralyžių turintys vaikai, ir ypač tie, kurie greitai auga, dažnai parodo žymiai pablogėjusią judesių funkcinę būklę. Trečdaliui atvejų autizmas prasideda raidos pseudoregresija, kai vaikas, jau taręs kelis žodžius, juos nustoja sakyti. Raidos regresija visada yra svarbus simptomas ir dėl to vaikas būtinai turi būti nukreipiamas vaikų neurologo konsultacijai ir ištyrimui.

Tėvai stengiasi suteikti teisingą informaciją, tačiau būna ir išimčių. Vaiko prievartos ar Miunhauzeno sindromo atvejais gautą informaciją reikėtų vertinti labai atsargiai. Kartais tėvai nežino, kaip atsakyti į specialistų klausimus, arba neatsako, bijodami būti apkaltinti savo šeimos narių. Renkant anamnezę, reikia būti taktiškiems, nes priešingu atveju tėvai / globėjai užsisklės, ir surinkti informaciją bus labai sunku arba net neįmanoma.

Atvejis

Evanas, 33 mėn.

Tai gražus berniukas, bet nuolatos zyziantis, viskuo nepatenkintas vaikas. Tėvai dažnai nesupranta, ko Evanas nori, todėl jaučiasi labai pavargę ir savimi nepasitiki.

Evanas – labai lauktas vaikas. Nėštumo ir gimdymo eiga normali, Adaptacijos periodas be didesnių problemų. Iki 6 mėn. amžiaus vaiko raida (tėvų žodžiais) nekėlė jokių rūpesčių, vėliau ryškėjo keistas vaiko elgesys.

Raidos anamnezė:

Stambiosios motorikos įgūdžiai: Evanas galvą pradėjo laikyti 3 mėn. amžiaus, sėdėti išmoko būdamas pusės metų amžiaus. Vaikas savarankiškai nesivartė, nešliaužiojo, bet sulaukęs 9 mėn. amžiaus pradėjo ropoti kryžminio ropojimo būdu. Savarankiškai stovėti išmoko 10 mėn. amžiaus, eiti prisilaikydamas ėmė 11 mėn. amžiaus, savarankiškai vaikščioti pradėjo 16 mėn. amžiaus.

Smulkiosios motorikos įgūdžiai: kišti žaislus į burną pradėjo 4 mėn. amžiaus. Tikslingai imti paduotą žaislą ir tyčia jį paleisti išmoko 7 mėn. amžiaus. Pincetinis griebimas susiformavo 11 mėn., replinis griebimas – 12 mėn. amžiaus.

Kalbos raida: gomurinius garsus vaikas pradėjo sakyti 2 mėn. amžiaus, krykštavo nuo 4 mėn., nuo 6 mėn. amžiaus ėmė čiauškėti. Pirmuosius žodžius mamos žodžiais („tėtė“, „mama“) ištarė 7–8 mėn. amžiaus. Tačiau garsų, žodžių, intonacijos nemėgdžijo. Evanas nepasukdavo galvos į žodžiu pavadinta daiktą ar asmenį, nereaguodavo į draudimus, nevykdavo paprastų nurodymų, nereagavo pašauktas vardu.

Pažintinė raida: nuo gimimo berniukas menkai reagavo į garsus. 7 mėn. amžiaus išmoko sąmoningai numesti žaislą, pasiekti daiktą keisdamas kūno padėtį. Žvilgsniu neieškodavo nukritusio daikto. Traukti žaislus iš dėžės pradėjo 10 mėn. amžiaus.

Socialinė raida: nuo gimimo vaikas ne visada nurimdavo paimtas ant rankų, į tėvų balsą pradėjo reaguoti būdamas 12 mėn. amžiaus. Socialinė šypsena atsirado apie metus. Nors šypsojosi nuo gimimo, tačiau šypsena nebuvo kryptinga į tėvus ar atitinkanti socialinę situaciją. Skirtingai reaguoti į nepažįstamus ir pažįstamus žmones Evanas pradėjo būdamas 5–6 mėn. amžiaus. Paprašytas daiktus paduodavo tik tada, kai jam tai naudinga, paduoti juos išmoko būdamas 11 mėn. amžiaus. Berniukas nestebi artimų žmonių veiklos. Į prisilietimus reagoja įvairiai – gali juoktis arba verkti. Žvilgsniu veido nefiksuoja, jo neseka, akių kontakto nepalaiko. Kviečiamas vardu nereagoja. Apibendrinimas: vertinant vaiko raidos anamnezę stebimi požymiai, leidžiantys įtarti komunikacijos ir socialinės raidos sutrikimą. Vaiko kalbos, socialinio bendravimo įgūdžių vėlavimas, raidos deviacija leidžia įtarti besiformuojantį raidos sutrikimą.

Niekada nereikėtų pamiršti vaiko. Vaikai paprastai labai didžiuojasi pasakodami apie savo ir tėvų, brolių ir seserų santykius, labai atvirai atsako į klausimus, dažnai pareiškia savo nuomonę, kuri kartais nesutampa su tėvų, ypač jei tai susiję su mokymosi, elgesio ar kt. problemomis.

Kitas etapas – **vaiko fizinės, somatinės ir neurologinės būklės, klausos ir regos įvertinimas**. Medicininis vaiko tyrimas nėra toks malonus kaip raidos tyrimas, todėl turėtų būti atliekamas pabaigoje arba pakaitomis su raidos tyrimu. Vertinant vaiko somatinę būklę, kreipiamas dėmesys į fizinį vaiko augimą (ūgio, svorio augimo dinamiką, galvos apimties augimą ir kt.). Fizinį vaiko išsivystymą vertiname pagal fizinio vystymosi lenteles. Didelę reikšmę sindromui, kuriam būdingas raidos sutrikimas, nustatyti

turi įgimtų anomalijų buvimas, odos pakitimai, vidaus organų padidėjimas. Būtinai turi būti ištiriama vaiko klausa ir rega.

Neurologinio tyrimo metu tiriami galviniai nervai, raumenų tonusas ir raumenų jėga, sausgysliniai refleksai, tikrinami smegenėlių ženklai. Būtina ištirti naujagimystės refleksus, padėties reakcijas, motorinių įgūdžių vystymąsi. Priklausomai nuo vaiko amžiaus, tikrinami jutimai. Neurologinio tyrimo metu nustatomi motorinės raidos sutrikimai. Raumenų tonuso asimetrija, vienos rankos dominavimas pirmųjų metų vaikams leidžia įtarti vienos pusės paralyžių. Padidėjęs raumenų tonusas, išlikę naujagimystės refleksai, raumenų tonuso asimetrija – tai motorinės disfunkcijos požymiai.

Svarbus uždavinys – **išaiškinti raidos sutrikimo etiologiją**. Raidos sutrikimo priežastiai nustatyti skiriami sudėtingi ir dažnai brangūs specialūs tyrimai. Atliekami chromosominiai, genetiniai tyrimai, smegenų funkcijos tyrimai (EEG ir kt.) smegenų vaizdo tyrimai (kompiuterinė tomograma, magnetinio rezonanso tyrimas ir kt.), metaboliniai, hormonų tyrimai. Serologiniu būdu tiriamos įgimtos infekcijos, atliekami rentgenologiniai tyrimai, audiologiniais ir oftalmologiniais metodais tiriama vaiko klausa ir rega.

Raidos sutrikimo priežastis yra svarbi tėvams. Tėvai nori žinoti, kodėl tai atsitiko jų vaikui, ar vaikas pasveiks. Tėvai / globėjai, sužinoję medicininę diagnozę, tampa ramesni, mažiau blaškosi, nustoja ieškoti „stebuklingo“ daktaro ir daugiau dėmesio ima skirti vaiko raidai stimuliuoti. Specialistui ligos diagnozės ar priežasties žinojimas leidžia prognozuoti raidos sutrikimo eigą, suteikia daugiau žinių apie galimas problemas, būdingas tam tikram sindromui ar ligai.

Kitas etapas – **vaiko raidos tyrimas**. Vaiko raida tiriama atliekant atrankos, raidos ir specialius testus, stebint ir vertinant vaiko žaidimą.

Atrankos testai leidžia atrinkti tuos vaikus, kurie siejami su didesne rizika turėti raidos sutrikimus, pvz., gimę mažo svorio, neišnešioti, susiję su biologiniais ir socialiniais rizikos veiksniais raidos sutrikimui atsirasti arba jau matomi raidos sutrikimo požymiai.

Raidos atranka – specialus raidos tyrimo metodas, padedantis išaiškinti, kurių vaikų raida galbūt yra sutrikusi. Tai gali būti klausimynas, kai tėvai ar su vaiku dirbantys specialistai apklausiami raštu ar žodžiu apie vaiko raidos ypatumus, arba skalės ar testai, kuriais nustatomas vaiko išsivystymo lygis atskirose srityse ir brėžiamas vaiko raidos profilis – kreivė.

Atrankos testai turi savo privalumų ir trūkumų. Vaiko psichomotorinės raidos tikrinimas atrankos metodu atliekamas atsižvelgiant į tėvų / globėjų nusiskundimus. Be abejo, tėvai / globėjai apie savo vaiko raidą žino daugiausia, nes jie jį augina ir daugiausia laiko praleidžia su vaiku, geriausiai jį pažįsta, todėl jų pateikiama informacija daž-

niausiai yra patikima. Deja, ne visi tėvai vienodai gerai pastebi vaiko raidos ypatumus, nemažai tėvų neigia, nuvertina, bijo pripažinti vaiko problemas.

Raidos atrankos klausimynas yra patogus, greitas metodas, nereikalaujantis tiesioginio kontakto su vaiku, bet tėvų nuomonė dažnai subjektyvi, jie savo vaiką visuomet mato geresnės raidos, negu jis gali būti. Skalė arba testas reikalauja papildomų priemonių, specialistų mokymo, tiesioginio kontakto su vaiku, užima daugiau laiko.

Idealu, kad atrankos testai būtų atliekami visiems vaikams, nes tai leistų anksti nustatyti, kurių vaikų raida sutrikusi. Lietuvoje taikoma psichomotorinės raidos tikrinimo metodika priskirtina atrankos testų kategorijai.

Nustačius padidėjusią riziką turėti raidos sutrikimą, vaiko raida tiriama standartizuotais raidos testais, kurių tikslas yra įvertinti vaiko įgūdžius visose raidos srityse. Paminėsime keletą testų, naudojamų Lietuvoje.

DISC skalė (*Diagnostic inventory for screening children*, 1984) naudojama vaikams nuo 2 savaičių iki 5 metų amžiaus. DISC testas sukurtas Kanadoje, Ontarije. Testu tiriamos 8 raidos sritys (bendroji ir smulkioji motorika, kalbos suvokimas ir kalbos raiška, girdimasis ir regimasis dėmesys ir atmintis, savarankiškumas, socialinė adaptacija). Vertinami kiekvienos srities įgūdžiai. Testas nepateikia bendro raidos rodiklio (koeficiento), kiekvienos skalės rezultatai vertinami atskirai. DISC siūlomas kaip instrumentas vaikams, turintiems raidos sutrikimų, atrinkti ir kaip pagalbinė priemonė raidos diagnozei pagrįsti [16].

Vechslerio intelekto tyrimo skalė (*Wechsler Intelligence Scales for Children*) WISC-III LT naudojama pažintiniams procesams ir intelektui įvertinti. Vaikai tiriami dėl protinio atsilikimo, kitų intelekto sutrikimų ar turintys mokymosi problemų, nuo 6 iki 17 metų amžiaus. Testą atlieka psichologai ar kiti specialistai, turintys teisę jį atlikti. Testas sudarytas iš 2 dalių: verbalinės ir konstrukcinės. Pirmiausia atliekama testo dalis, po to tyrimo rezultatai žymimi protokole, vėliau interpretuojami testo rezultatai. Nustatomas verbalinis ir konstrukcinis intelekto koeficientai bei bendras intelekto koeficientas (IQ) [17].

Miuncheno funkcinės vystymosi diagnostikos testas sukurtas Miuncheno pediatrijos centre ir skirtas naudoti vaikų gydytojams ir psichologams. Pagal šį testą nustatoma, kaip išsivysčiusios aštuonios vaiko raidos sritys: ropojimas, sėdėjimas, vaikščiojimas, griebimas, percepcija, kalbėjimas, kalbos supratimas, socialinė raida. Funkcinė vystymosi diagnostika – tai medicininė psichologinė diagnostika, leidžianti nustatyti vaiko išsivystymo lygį ir, remiantis gautais duomenimis, sudaryti reabilitacinę ir ugdymo programą [18].

Specialieji testai leidžia ne tik nustatyti raidos sutrikimus įvairiose raidos srityse, bet ir identifikuoti vaiko specialius poreikius, jo stiprybes, galimas intervencijas. Šiuos testus atlieka ir interpretuoja komandos specialistai.

Specialiųjų testų pavyzdžiai gali būti Autizmo diagnostinis stebėjimo testas (angl. *The Autism Diagnostic Observation Schedule Generic*, ADOS), Vaikystės autizmo įvertinimo skalė (angl. *The Childhood Autism Rating Scale*, CARS), sensorinės sistemos tyrimo testas (angl. *The Sensory Profile*) ir kt.

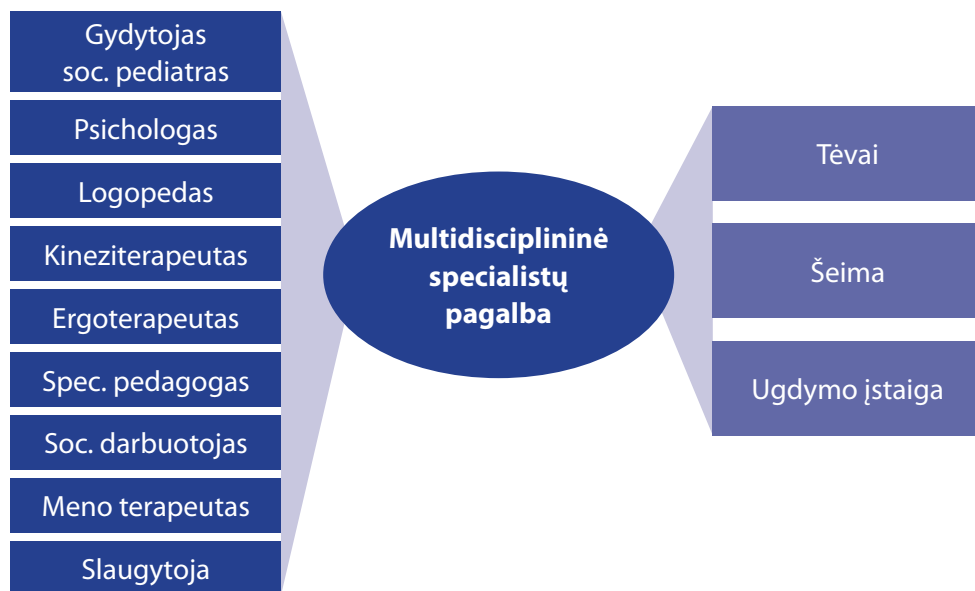
Klinikinis stebėjimas – vienas svarbiausių vaiko raidos tyrimo būdų. Nė vienoje medicinos srityje stebėjimas nėra toks svarbus, kaip raidos pediatrijoje. Stebėjimo metu matome vaiko elgesį naujoje vietoje, santykius su mama ir specialistu, žaidimo būdą, girdime kalbą, matome motorikos įgūdžius.

Tarpdisciplininis vaiko vertinimas žaidimo metu – tai kokybinis aprašomasis vaiko raidos tyrimo metodas. Įvertinamos ir aprašomos keturios pagrindinės vaiko raidos sritys: pažintiniai, kalbos ir kalbėjimo įgūdžiai, emocinė ir socialinė vaiko raida, sensomotoriniai įgūdžiai. Tyrimas atliekamas specialiai tam įrengtoje patalpoje. Vertinimo metu gali dalyvauti keletas specialistų – psichologas, logopedas, socialinis darbuotojas, pedagogas, gydytojas. Būtinai komandos dalyvis – tėvai. Tyrimas vyksta etapais: nestruktūruotas, struktūruotas žaidimas, žaidimas su bendraamžiu ir su tėvais, struktūruotas žaidimas su tėvais, vaiko maitinimas ir valgymo įgūdžių stebėjimas. Atskirai pildomas kiekvienos srities protokolas, paruošiama aprašomojo pobūdžio medžiaga.

Tikslesnei diagnostikai pasiekti vaikai turėtų būti tiriami ne tik standartizuotais testais, bet ir stebimi namuose. Svarbu, kad vaiko tyrimo metu aktyviai dalyvautų tėvai, kurie turėtų būti smulkiai informuojami apie visus raidos tyrimo aspektus.

Kitas etapas – **raidos sutrikimo diagnostika**. Nustačius sutrikimą vienoje ar kelyje raidos srityse, įvertinus vaiko somatinę, neurologinę būklę, atlikus reikalingus instrumentinius tyrimus, nustatomas raidos sutrikimas.

Šiuo metu dažniausiai taikomas multidisciplininis vaiko raidos tyrimas, kurį atlieka komanda specialistų (socialinis pediatras, psichologas, logopedas, kineziterapeutas, specialus pedagogas). Kiekvienas specialistas, ištyręs vaiką, pasidalina tyrimo duomenimis ir išvadomis su kitais komandos nariais ir su tėvais kartu dalyvauja sudarant ir vykdam individualią reabilitacijos programą.



3.2 pav. Multidisciplininė specialistų komanda

Gydytojas nustato medicininę ir raidos diagnozę, sudaro gydymo planus, skiria įvairias terapijas, suteikia informacijos apie tolesnę vaiko prognozę, siunčia konsultuoti pas kitus specialistus, koordinuoja komandos darbą.

Psichologas atlieka specialius testus, kuriais nustato vaiko išsivystymą, vertina vaiko elgesio formavimąsi, socialinę vaiko raidą, temperamento įtaką vaiko vystymuisi, konsultuoja šeimą, padeda spręsti vaiko elgesio ir psichologines problemas, padeda komandai spręsti vidaus problemas.

Logopedas – spec. pedagogas – padeda vaikui pažinti pasaulį, geriau kalbėti. Jo padedami tėvai išmoksta maitinti vaiką, ugdyti ikikalbinius įgūdžius.

Kineziterapeutas lavina vaiko judesius, pritaiko kompensacinę techniką vaiko sėdėjimui, stovėjimui. Ergoterapeutas skatina vaiko savarankiškumą, ugdo ir lavina smulkiąją motoriką, taiko sensorinės integracijos ir kt. metodus.

Socialinis darbuotojas suteikia informacijos, kur galima gauti tinkamą pagalbą, apie socialines garantijas ir lengvatas, padeda šeimai spręsti buitines problemas, tampa šeimos advokatu, padeda šviesti visuomenę.

Specialistai, vertindami ir interpretuodami gautus vaiko raidos tyrimo duomenis, naudoja specialius terminus, kurie padeda nustatyti raidos sutrikimo diagnozę.

Sutrikimas – vienos ar daugiau raidos sričių sulėtėjimas. Gali būti stebimas visų raidos sričių sulėtėjimas (protinis atsilikimas) arba vienos raidos srities, pvz., kalbos, sutrikimas.

Disociacija pasireiškia vienos raidos srities didesniu sutrikimu negu kitos, pvz., sunkaus protinio atsilikimo atvejais visada labiau bus pažeista vaiko pažintinė ir kalbos raida negu motorika, cerebrinio paralyžiaus atvejais vaiko judesių raida bus labiau sutrikusi negu kitos sritys.

Deviacija (nukrypimu) vadiname būklę, kai vaikas vystosi ne pagal raidos seką vienoje ar keliuose raidos srityse. Deviacija dažnai rodo esantį sutrikimą, pvz., vaikystės autizmo atvejais vaikas gali atlikti sudėtingas konstrukcines veiklas, neatlikdamas paprasčiausių buitinių užduočių, arba vaikas, kuris vertinamas kaip turintis cerebrinio paralyžiaus riziką, gali pirmiau išmokti stovėti negu sėdėti.

Norint įvertinti, kiek stipriai yra pažeista viena ar kita sritis, skaičiuojamas raidos koeficientas. Raidos koeficientas gaunamas vaiko išsivystymo amžių padalinus iš vaiko chronologinio amžiaus ir padauginus iš 100. Jei raidos koeficientas yra mažesnis negu 50, vaiko raida yra stipriai sutrikusi, tokį vaiką reikia išsamiai ištirti mediciniškai ir atlikti multidisciplininių vaiko raidos tyrimą. Vaikas, kurio raidos koeficientas yra didesnis negu 50, gali turėti lengvus raidos sutrikimus. Didesnis negu 80 raidos koeficientas rodo normos variantą, galimi labai nežymūs kokybiniai pakitimai. Vaikai, kurių raidos koeficientas mažesnis negu 50, dažniausiai turi organinius centrinės nervų sistemos pažeidimus, todėl indikuotina atlikti neurologinius, instrumentinius, laboratorinius ir kitus tyrimus.

Raidos sutrikimas diagnozuojamas visų komandos narių. Nustatomi šeimos pagalbos prioritetai, teigiamos šeimos pusės. Pradedama vykdyti vaiko ir šeimos pagalbos programa, suteikiamos rekomendacijos.

Kitas etapas – vaiko ir šeimos ypatumų ir vaiko adaptacijos vertinimas. Interpretuojant vaiko raidos tyrimo duomenis, svarbu įvertinti šeimos kultūrą, tautinius ypatumus, šeimos gyvenimo būdą. Atkreiptinas dėmesys į tėvų išsilavinimą, galimybes stimuliuoti vaiką. Dažnai skurdžiose šeimose vaikas nėra matęs daugelio žaislų, todėl testuojant vaiką būtina į tai atsižvelgti, geriausia tyrimą atlikti pakartotinai praėjus kuriam laikui.

Didelę reikšmę turi šeimos tyrimas. Iš tėvų sužinome apie vaiko savybes, kurios gali būti reikšmingos vaiko reabilitacijos ir ugdymo programai sudaryti. Svarbu leisti tėvams pareikšti savo nuomonę visais klausimais, kantriai juos išklausti, įvertinti šeimos vertybes, įpročius, kultūrą, bendravimą, gyvenimo būdą, surasti stipriąsias šeimos puses, aptarti pagalbos šeimai būdus ir galimybes.

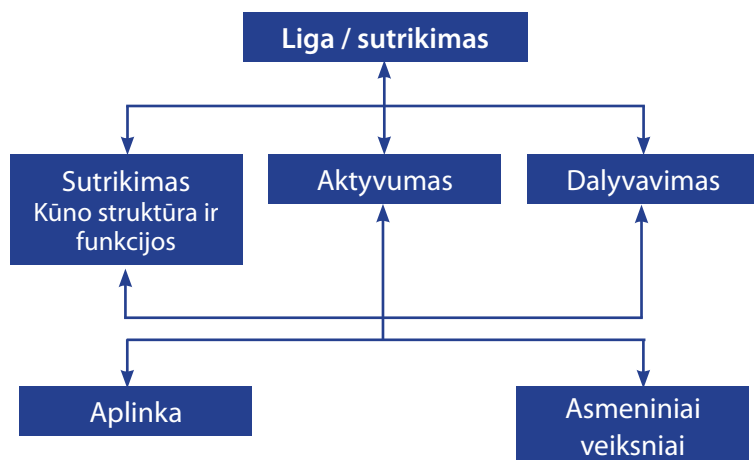
Testavimo duomenis gali paveikti vaiko elgesys. Vaikai gali atsisakyti atlikti užduotis. Hiperaktyvūs vaikai ties užduotimi susikaups labai trumpai. Svarbu įvertinti vaiko elgesio įtaką gautiems raidos tyrimo duomenims, o kartais vaiko raidos negalime tirti, nepradėję taikyti elgesio terapijos.

Vaiko raidos tyrimo duomenis nulemia ir vaiko būklė tyrimo metu. Didelę įtaką turi vaiko bendra sveikata. Kosintis, sloguojantis, blogai besijaučiantis vaikas užduotis atliks blogiau, prasčiau susikaups, todėl ir rezultatai nebus teisingi.

Svarbu tirti vaiką jo aktyviuoju dienos laiku, kada vaikas sotus, nemieguistas, nesusijaudinęs. Mažesni vaikai turėtų priprasti prie naujos patalpos ir tyrėjo. Rekomenduojama tirti ramioje aplinkoje, tam pritaikytame kambaryje. Tyrimo metu turėtų dalyvauti tėvai.

Vaiko raida turi būti tiriama vertinant vaiko funkcionavimą jo gyvenamojoje aplinkoje (įvairiapusis holistinis raidos vertinimas). Vertinant vaiko raidą tik centre ar kitoje įstaigoje gauti duomenys gali neparodyti viso vaiko galimybių vaizdo. Todėl labai svarbūs raidos, elgesio, adaptacijos duomenys, gaunami iš vaiko šeimos, ugdymo įstaigos, užklausinės veiklos būrelių, gydymo įstaigų ir kt.

Tiesioginis ar netiesioginis stebėjimas gyvenamojoje aplinkoje – svarbi vaiko funkcionavimo vertinimo dalis. Čia reikėtų prisiminti Tarptautinę vaiko funkcionavimo, negalios ir sveikatos klasifikaciją (angl. ICF) [19], kuri gali būti kelrodis, vertinant vaiko raidą, jo adaptaciją, dalyvumą ir funkcionavimą visuomenėje. Būtent remiantis šia klasifikacija, bendradarbiaujant su vaikui svarbiais asmenimis ir institucijomis sudarytas reabilitacijos, gydymo ir ugdymo planas būtų efektyviausias ir naudingiausias vaikui ir šeimai [20–22] (žr. 3.3 pav.).



3.3 pav. Tarptautinė funkcijų sutrikimų, negalios ir sveikatos klasifikacija (ICF, 2001)

3.5 lentelė. Vaiko raidos tyrimui svarbi informacija

Vaiko raidos tyrimui svarbi informacija (pagal <i>American Academy of Neurology</i> , 2003)
1. Šeimos genetinė anamnezė, biologiniai ir socialiniai rizikos faktoriai, tėvų amžius.
2. Vaiko brolių ir seserų sveikatos būklė.
3. Nėštumo ir gimdymo anamnezė. Medikamentų, toksinių medžiagų naudojimas nėštumo metu. Gimimo svoris. Apgar. Patikra metabolinėms ir įgimtoms ligoms nustatyti.
4. Raidos anamnezė: vertinama stambiosios ir smulkiosios motorikos, kalbos, pažintinė ir socialinė raida. Miegas, valgymas, savarankiškumas, tualetu įgūdžių raida. Elgesio ypatumai.
5. Sveikatos būklė: ligų anamnezė, genetiniai sutrikimai, regos, klausos tyrimų duomenys, sensoriniai ypatumai, neurologinės ligos.
6. Raidos diagnozė, abilitacijos planas, ilgalaikis vaiko būklės stebėjimas.
7. Šeimos psichosocialinis funkcionavimas, atvejo koordinavimas, vaiko ugdymo kolektyvo lankymas, socialinė aplinka. Iššūkiai, su kuriais susiduria šeima.
8. Šeimos ypatumai, turintys įtakos vaiko raidai.

Vaiko raidos tyrimo duomenų interpretavimas

Įvertinus vaiko raidą nustatomi raidos sutrikimo simptomai (sutrikimas, nukrypimas, disociacija), išvedamas raidos koeficientas.

Stambiosios motorikos raidos koeficientas mažiau nei 50 leidžia įtarti rimtus motorikos sutrikimus ir dažnai būna susijęs su cerebrinio paralyžiaus diagnoze. Kalbos ir pažintinės raidos koeficientai, esantys tarp 50 ir 70, leidžia įtarti, kad vaikui vystosi protinis atsilikimas, ypač jei jis susijęs su vaiko adaptacijos problemomis. Kalbos sutrikimas be pažintinės raidos sutrikimo leidžia įtarti kalbos raiškos problemas. Kalbos problemos, susijusios su socialinės sąveikos sutrikimais, nukreipia autizmo spektro sutrikimo diagnozės link (žr. 3.6 lentelę).

3.6 lentelė. Diagnostinis raidos vertinimo duomenų interpretavimas

	Cerebrinis paralyžius	Protinis atsilikimas	Komunikacijos sutrikimas	Autizmo spektro sutrikimas
Stambiosios motorikos sutrikimas	MRQ<50	Nėra arba gali būti	Nėra arba gali būti	Nėra arba gali būti
Kalbos sutrikimas	Nėra arba gali būti	KRQ <70	Sutrikimas	Sutrikimas
Pažintinės raidos sutrikimas	Nėra arba gali būti	PRQ<70	Nėra	Nėra arba gali būti
Adaptacijos sutrikimas	Nėra arba gali būti	Sutrikimas	Nėra	Nėra arba gali būti
Socialinės raidos sutrikimas	Nėra arba gali būti	Nėra arba gali būti	Nėra arba gali būti	Sutrikimas

MRQ – motorinės raidos koeficientas.

KRQ – kalbos raidos koeficientas.

PRQ – pažintinės raidos koeficientas.

Kreipiamas dėmesys į gretutinius sutrikimus ir ligas. Nustačius hemipleginį cerebrinį paralyžių, vaikas turi būti tikrinamas dėl galimos epilepsijos ir kt. patologijos. Spazminės diplegijos atvejais vaiką reikia tirti dėl intelekto sutrikimo.

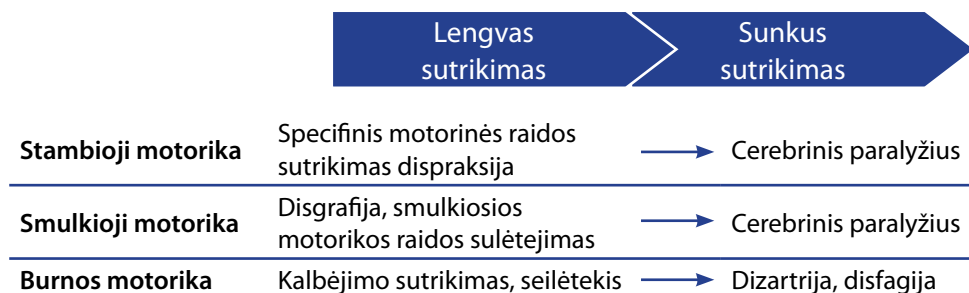
Vaikas, turintis kalbos raidos sutrikimą bei žemą raumenų tonusą, turi didelę riziką mokymosi sutrikimams. Kalbos sutrikimai, susiję su socialinio bendravimo problemomis ir sensoriniais sutrikimais, leidžia įtarti galimą autizmo spektro sutrikimą.

Kiekvienoje raidos srityje stebimas spektrinis požymių pasireiškimas: lengvesni sutrikimai yra dominuojantys prieš sunkesnius.

Lengviausia judesio pasireiškimo forma – specifinis motorinės funkcijos raidos sutrikimas, pasireiškiantis nerangiais vaiko judesiais, motorinio planavimo sutrikimais ir kitais „mažaisiais“ motorikos pakenkimo požymiais (sinkinezės, judesio netikslumais, koordinacijos sutrikimais ir kt.), o kitame spektro gale vadinamieji „didieji“ neurologiniai požymiai (naujagimystės refleksų persistencija, spazmiškumas, išskelti saugysliniai refleksai, diskinezija, ataksija ir kt.) susiję su cerebrinio paralyžiaus diagnoze.

Mažieji neurologiniai požymiai, turintys įtaką smulkiajai motorikai, bus susiję su vaiko rašymu (disgrafija), kasdienių veiklų (sagų segimas ir pan.) atlikimu. Didieji neurologiniai požymiai indikuos hemipleginį ar kvadrupleginį cerebrinį paralyžių.

Lengvi burnos motorikos sutrikimai pasireiškė nežymiais maitinimosi sutrikimais, seilėtekiu, nežymiai išreikštu artikuliacijos sutrikimu, o sunkūs sutrikimai bus susiję su dizartrija, disfagija, kurios būdingos sunkioms cerebrinio paralyžiaus formoms. Lengvų motorinės raidos sutrikimų nustatoma žymiai daugiau (~10 proc.), o cerebrinio paralyžiaus paplitimas išlieka 0,36 proc.



3.4 pav. Motorikos sutrikimo spektras



3.5 pav. Pažintinės raidos sutrikimų spektras

3.7 lentelė. Raidos sutrikimo diagnostikos pagrindiniai principai

Raidos sutrikimo diagnostikos pagrindiniai principai
1. Raida tiriama įvertinant vaiko motorinę, pažintinę, kalbos ir socialinę-emocinę sritis.
2. Raidos sutrikimas, disociacija, nukrypimas atspindi CNS disfunkciją. Ryškesni sutrikimo, disociacijos ir nukrypimo požymiai susiję su didesnėmis vaiko elgesio problemomis.
3. Kiekvienoje raidos srityje stebimas spektrinis požymių pasireiškimas: lengvesni sutrikimai yra dominuojantys prieš sunkesnius.
4. Daugybinių raidos, elgesio problemos dominuoja, palyginti su izoliuotais vienos raidos srities sutrikimais (gretutinių sutrikimų pasireiškimas yra taisyklė, o ne išimtis).

Vaiko raidos stebėjimas

Dažnai raidos sutrikimo ankstyvajai diagnostikai neužtenka vienkartinio vaiko raidos vertinimo, tik keletą kartų vaiką stebėdami galime nustatyti, ar jis turi raidos sutrikimą, ir įvertinti raidos dinamiką.

Vaiko raidos stebėjimas – lankstumo reikalaujantis, sudėtingas procesas, kurio metu stebima vaiko raida, nustatoma raidos įgūdžių dinamika, vaiko funkcionavimas aplinkoje. Jei vaikui nustatytas raidos sutrikimas, kintantis dinamiškai, esant reikalui koreguojamas reabilitacijos ir ugdymo planas.

Lietuvoje vaiko raidos stebėjimas atliekamas taikant LR SAM patvirtintą Vaiko psichomotorinės raidos tikrinimo metodiką profilaktinio vaiko sveikatos tikrinimo metu. Metodika atliekama 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 ir 48 mėn. Pirmaisiais vaiko gyvenimo metais siekiama kuo anksčiau pastebėti judesių raidos sutrikimus. Nuo 12 mėn. amžiaus ypač

svarbus ankstyvas autizmo požymių išaiškinimas. Itin svarbus vaiko raidos vertinimo amžius – 12–15 mėn. laikotarpis. Tai intensyvus komunikacijos raidos periodas, todėl svarbu vertinti ne tik vaiko kalbos išraišką, bet ir jo kalbos supratimą, aktyvų gestų naudojimą, reagavimą į vardą, bet ir santykių su kitais žmonėmis formavimąsi ir pan. [24]. 2–3 metų amžiuje atliekant psichomotorinės raidos tikrinimą siekiama išaiškinti vidutinius ir sunkius pažintinės raidos sutrikimus.

Kiekvieno profilaktinio sveikatos tikrinimo vizito metu labai svarbu išsiaiškinti, kokie yra tėvų nusiskundimai, kas jiems kelia nerimą, kaip keičiasi vaiko įgūdžiai, elgesys, kokie galimi nauji rizikos veiksniai vaiko raidos sutrikimui atsirasti išryškėja. Būtinai vaiko žaidimo stebėjimas, tėvų ir vaiko tarpusavio santykių raida, vaiko bendravimas ir kt.

Ypač svarbu atkreipti dėmesį į vaikus, kurių rizika turėti raidos sutrikimą yra itin didelė. Jei šeimoje auga vienas vaikas, turintis autizmo spektro sutrikimą, jo brolis ar sesuo turėtų būti ištirti ypač kruopščiai, nes šiuo atveju autizmo rizika yra iki 10 kartų didesnė [27].

Atvejis

Aurimas, 2 m.

Jis turi 6 metų brolių, kuriam nustatytas autizmo spektro sutrikimas. Tėvams atrodo, kad berniukas mažai bendrauja, visai nesako jokių žodžių. Dažnai nesureaguoja, kai jam kas nors sakoma.

Anamnezė. I vaikas šeimoje. Nėštumo 35 gestacijos savaitę mamai nustatyta šlapimo takų infekcija. Gimdymas ilgas, skatintas, dėl gresiančios vaisiaus hipoksijos atliktas cezario pjūvis. Apgar – 9 balai. Nuo gimimo buvo labai neramus, blogai miegojo, „maišė dieną su naktimi“, greit verkdamas, be jokios priežasties imdamas juoktis. Berniukas buvo sunku nuraminti. Kartojosi pilvo diegliai, vidurių užkietėjimai. Sunku buvo laikytis dienos režimo, vaikas dažnai ir trumpais tarpais miegodavo, sunku buvo suprasti, kada norėdavo valgyti.

Paimtas ant rankų stūmėsi nuo mamos, nenorėdavo, kad jį mama priglaustų. Mama įvardija tai kaip buvusią sieną tarp jos ir vaiko. Kontaktas atsirasdavo tik sensorinio stimuliavimo metu (kai vaikas būdavo kutenamas, mėtomas ir pan.). Vaikas nereagavo į tėvų balsą, nefiksuodavo žvilgsnio. Labai domėjosi žaislais, barškučiais, bet ne tėvais. Iki 12 mėn. nežiūrėjo į akis, nereaguodavo kviečiamas vardu. Berniukas nerodė pirštu į daiktus. Vėlavo kalbos raida.

Išvada. Amerikos vaikų neurologų asociacijos rekomendacijos nurodo, kad pagrindiniai požymiai, leidžiantys įtarti autizmo spektro sutrikimą, yra: vaikas nerodo pirštu ir neskiemenuoja būdamas 12 mėn. amžiaus, nepasako nė žodžio 16 mėn. amžiaus, nesako 2 spontaniinių (neecholališkų) žodžių frazių 24 mėn. amžiaus, kalbos ir socialinių įgūdžių regresija bet kuriame amžiuje. Įtarus autizmo spektro sutrikimą, būtina vaiką tuojau pat nukreipti tolesniam raidos ištyrimui [28].

BENDRI ANKSTYVI RAIDOS SUTRIKIMŲ POŽYMAI

Nustačius vienokį ar kitokį raidos neatitikimą amžiaus normai, matant vaiko raidos ypatumus, sprendžiama, ar vaiko raida yra normali, ar patologinė. Deja, ne visada tiksliai galima atsakyti į šį klausimą per pirmą vaiko raidos vertinimą. Todėl daugeliu atvejų, matydami minimalius raidos pakitimus, raidą įvardijame kaip atipinę ir tokį vaiką stebime dinamikoje. Atipinė raida nustatoma, kai vaiko įgūdžiai vystosi greičiau ar lėčiau nei kitų tokio pat amžiaus vaikų, vaikas demonstruoja kitokius, dažnai nebūdingus judesio, kalbos būdus. Ypač „kitoniška“ raida būdinga neišnešiotiems vaikams. Reikia labai atsargiai vertinti jų judėjimo, bendravimo, kalbos ypatumus, todėl kad labai neišnešioti vaikai nežiūri į akis, vaikšto ant pirštų, kitaip elgiasi dėl sensorinių problemų, galimai nesusijusių su autizmu [29].

Svarbu žinoti, kad kuo mažesnis vaikas, tuo visos raidos sritis viena su kita stipriai susijusios. Ryšiai yra tarp visų raidos sričių (motorikos, socialinės raidos, pažinimo ir socialinės sąveikos), todėl motorinė raida labai svarbi socialinei raidai, komunikacijai. Šie ryšiai ypač reikšmingi autizmo spektro, specifinio judesių raidos sutrikimo ar kalbos sutrikimo atvejais [30–31].

Įprastos raidos vaikams motorika susijusi su kalbos raida: rasta koreliacija tarp sėdėjimo ir receptinės kalbos raidos. Pasirodo, savarankiškas sėdėjimas nulemia motorika–kalba raidos kaskadą, daro įtaką regos percepcijai, o vaikščiojimas labai susijęs su vaiko socialine ir kalbos raida (raidos kaskada: motorika–kalba–socialinė raida) [32–35].

Sunkumą anksti diagnozuoti raidos sutrikimą sukelia vaiko motorinės raidos įvairovė. Galimos įvairios judesio raidos variacijos. Kiekvienas žmogus randa **savus** motorikos, kalbos, pažintinės veiklos būdus, kuriuos bando pritaikyti besikeičiančioms aplinkybėms. Vaiko raidos įvairovei būdingas individualumas, galimas neregularus raidos progresas (vaikas gali vystytis šuoliais arba raida gali „kristi“ atgal, kad pasirošytų įgyti naują įgūdį).

Didelė rizika raidos sutrikimams – neišnešiotumas ir su juo susijusios sveikatos problemos. Periventrikulinė leukomaliacija pakenkia baltajai medžiagai, sukelia fokalinę nekrozę ir cistų formavimąsi. Mažo gimimo svorio vaikams (<1 500 g) ji stebima 40 proc. atvejų. Ji beveik visada susijusi su cerebriniu paralyžiumi, intelekto sutrikimais, regos sutrikimais. Intraventrikulinės hemoragijos būdingos naujagimiams, kurių gestacinis amžius yra mažesnis nei 28 sav. Jos pasireiškia 45–50 proc. atvejų. Intraventrikulinės hemoragijos gali būti įvairių laipsnių (I–IV). IV laipsnio hemoragijos dažnai būna su periventrikuliniu hemoraginiu infarktu. Jos yra dažna cerebrinio paralyžiaus, intelekto sutrikimo ir sensorinių sutrikimų priežastis. Perinatalinis insultas dažniau nustatomas išnešiotiems naujagimiams. Jį sukelia vidurinės smegenų arterijos embolizacija ar trombozė. Būtent jis yra pagrindinė hemipleginio cerebrinio paralyžiaus priežastis. Vėliau gali ryškėti intelekto, elgesio problemos, epilepsija. Tarp itin neišnešiotų

ir mažo svorio naujagimių (~28 sav. Gestacinio amžiaus ir gimimo svorio ~1 055 g), autizmo spektro sutrikimas nustatomas 7 proc. vaikų [37–39].

Didelę reikšmę ankstyvajam raidos sutrikimui nustatyti turi naujagimio adaptacijos periodo sutrikimai. Daliai vaikų, kuriems augant gali ryškėti raidos sutrikimas, pasireiškia ryškūs adaptacijos, savireguliacijos ir fiziologinio stabilumo formavimosi sutrikimai. Didesnei daliai vaikų stebimi įvairaus laipsnio adaptacijos periodo sutrikimai, susiję su centrinės nervų sistemos dirglumu ar slopinimu. Centrinės nervų sistemos dirglumas būdingesnis vaikams, kurie ateityje gali turėti cerebrinį paralyžių, autizmo spektro sutrikimą. Vaikai būna labai neramūs, dažnai blogai miega naktimis, rėkia daug ir tarsi be jokios priežasties, painioja dieną su naktimi, juos sunku pamaitinti dėl maisto netoleravimo ir vaiko padėties problemų. Slopinimo sindromo klinika būdingesnė naujagimiams, kuriems bus nustatytas pažintinės raidos sutrikimas. Jie daug ir ilgai miega, dažnai mažai aktyvūs. Juos sunku prikelti maitinti, dažnai bevalgydami jie užmiega, silpnai čiulpia krūtį ir pan.

Kitas svarbus rizikos veiksnys raidos sutrikimui diagnozuoti – maitinimosi sutrikimai. Pagrindiniai maitinimosi sutrikimų simptomai yra priešinimasis maitinimui, raukymasis maistui patekus į burną, lūpų nesusičiaupimas, įtemptas liežuvis, patologiniai refleksai, vaiko springimas, kosėjimas. Galimos maitinimosi problemos, susijusios su valgymo proceso vangumu, silpnu čiulpimu, – tokių vaikų maitinimo trukmė labai ilga. Nuo mažens gali pasireikšti didelis išrankumas maistui, atsisakymas valgyti įvairų maistą, o tai būdinga ryškėjant įvairiapusiam raidos sutrikimui.

Vienas reikšmingų požymių, galintis turėti diagnostinės vertės ankstyvam VCP nustatymui, yra adaptacijos periode stebima raumenų hipotonija. Dalinės ar bendros hipotonijos buvimas – ankstyvas vaikų raidos sutrikimo, ypač cerebrinio paralyžiaus, simptomas [40]. Vaikui augant ir ryškėjant VCP simptomams, raumenų tonusas keičiasi, jis dažniausiai didėja ir ryškėja motorinės raidos sutrikimo klinika.

ANKSTYVOJI BENDRO RAIDOS SUTRIKIMO DIAGNOZĖ

Ankstyvasis bendras vaiko raidos sutrikimas, sulėtėjimas (psichologinės raidos sutrikimas, F89, specifinis mišrus raidos sutrikimas, F83) (angl. *global delay*) yra susijęs su raidos įgūdžių sutrikimu įvairiose raidos srityse (stambioji ir smulkioji motorika, kalba, pažintinė, socialinė-emocinė raida). Sutrikimas dažniausiai išryškėja iki dvejų metų amžiaus, bet dažnai jau būna pastebimas ir ankstesniame vaiko amžiuje. Nors pradžioje stebimas daugelio raidos sričių sutrikimas, visgi daugiausia jis susijęs su pažintinės raidos problemomis, kurios ryškėja vaikui augant. Ankstyvasis raidos sutrikimas nustatomas beveik 3 proc. vaikų [42–43].

Labai svarbu kuo anksčiau išsiaiškinti raidos sutrikimą, bet ne mažiau svarbu nustatyti jo etiologinę diagnozę. Sutrikimo etiologija gali būti nustatoma nuo 40 iki

80 proc. sutrikimo atvejų. Dažniausiai tai – genetinių priežasčių sukelti sutrikimai, sudarantys apie 47 proc. atvejų. Nervų sistemos malformacijos sudaro iki 28 proc. atvejų, teratogenų poveikis nustatomas iki 21 proc. atvejų, perinatalinių veiksnių įtaka nustatoma iki 55 proc., postnatalinių – iki 11 proc. atvejų [44].

Norint nustatyti sutrikimo etiologiją, labai svarbu kruopščiai surinkti ligos ir raidos sutrikimo anamnezę. Tiriant vaiką, kurio raida sutrikusi, nustatomi galimi nėštumo, gimdymo rizikos veiksniai, adaptyvaus elgesio sutrikimai naujagimystėje (dažniausiai pasireiškiantis centrinės nervų sistemos slopinimas, vangumas, bet kai kada stebimas CNS dirglumas, maitinimosi sutrikimai: silpnas čiulpimas, ilgas maitinimasis, greitas nuovargis, raumenų hipotonija). Diagnozei svarbūs duomenys apie trijose kartose buvusius gresiančius persileidimus, apsigimimus, neurologinės būklės sutrikimus, genetiškai paveldimas ligas ir kt. Didelę svarbą turi fizinės raidos sutrikimai (vaiko fizinės raidos parametrai, galvos forma, momenėlio dydis, odos ypatumai, vidaus organų funkcijos sutrikimai ir pan.). Vėliau atliekami specifiniai tyrimai (smegenų vaizdo, genetiniai ir kt.), kurie leidžia nustatyti specifinius sindromus [45].

Ankstyvojo raidos sutrikimo atveju vaikų raida vėluoja nuo mažens. Labai anksti pastebimi galimi pirmieji vaiko raidos sutrikimo požymiai: vėliau formuojasi akių kontaktas, socialinė šypsena. Pirmaisiais gyvenimo metais stebimi judesių raidos sutrikimai: pakitę tranzitiniai judesiai, koordinacijos sutrikimai, kartais stebimi „keisti“ judesiai, stereotipijos. Vaikas gali būti labai suglebęš arba įsitempęs, vėlai ima vartytis, sėdėti, vaikščioti (žr. 3.8 lentelę).

Atvejis

Milana, 12 mėn.

Vėluoja ikikalbinių įgūdžių raida, mergaitė vartoja nedaug skiemėnų (ma-ma, ba-ba, da), retai juos atkartoja.

Ligos anamnezė: *gimė iš II nėštumo ir gimdymo. Gimė išnešiotą 38 savaičių gestacijos, planinio cezario pjūvio pagalba dėl gresiančios preeklampsijos, 2 800 g svorio, pagal Apgar įvertinta 9 balais. Po gimimo krūtį paėmė gerai, vėliau primaitinant sunkumų nebuvo.*

Nuo gimimo buvo nustatytas žemas raumenų tonusas, dėl to buvo taikoma kineziterapija.

Motorinė raida vėluoja nuo gimimo, vartytis pradėjo 8 mėn. amžiaus, pati atsėdė 9 mėn. amžiaus, atsistoja nuo 9,5 mėn. amžiaus.

Socialinė šypsena stebima nuo 3 mėn.

Žaislais domisi. Skiria svetimus žmones. Atsisuka kviečiama vardu. Žaislais domisi, žaidimas sensomotorinis. Paima žaislą palmariniu griebimu, perima iš vienos rankos į kitą, numeta, ieško nukritusio žaislo. Išima kaladėles iš dėžutės, paima po vieną kaladėlę į abi rankas, jas stuksena. Ieško garso šaltinio akimis, pasukdama galvą. Reaguoja kviečiama vardu.

Moka šnabždėti, žaidimo metu sako sudvigubintus skiemenis.

Lėtokas veiklos tempas. Moka savarankiškai atsisėsti, susiformavusios priekinė, šoninė apsauginės reakcijos. Savarankiškai atsistoja prie atramos, eina vedama už abiejų rankų. Ropoja dar nedaug, ne visai taisyklingai, pradeda formuotis reciprokinis ropojimo būdas.

Dominuoja žemas raumenų tonusas. Sausgysliniai refleksai 2+. CBN – n. Y.

Klinikinio stebėjimo ir DISC metodikos pagrindu Milanos raidos įgūdžiai (12 mėnesių amžiuje) yra įvertinti taip: smulkioji motorika atitinka amžiaus normą; kalbos supratimas – 9–10 mėn.; ekspresyvioji kalba – 8–9 mėn.; stambioji motorika atitinka amžiaus normą; girdimasis dėmesys ir atmintis – 9–10 mėn.; regimasis dėmesys ir atmintis – 10–11 mėn.; savarankiškumo įgūdžiai atitinka amžiaus normą; bendravimo įgūdžiai – 9 mėn.

Išvada. Vaiko raidos įgūdžiai sulėtėję. Vėliau vystosi motorikos įgūdžiai, sulėtėjusi ikikalbinių įgūdžių raida. Mergaitės raida turi būti stebima dinamikoje dėl galimo ankstyvo vaiko raidos sutrikimo.

Ypač svarbu atkreipti dėmesį į raidos regresiją. Bet koks vaiko raidos įgūdžių praradimas skubos būdu turi būti kruopščiai tiriamas, norint nustatyti raidos sutrikimo etiologiją ir diagnozę. Jei nustatomi neurologiniai sutrikimai (pvz., mikrocefalija, makrocefalija, traukuliai ir kt.), smegenų vaizdo tyrimai atliekami nedelsiant.

3.8 lentelė. Ankstyvieji požymiai

Ankstyvojo raidos sutrikimo diagnozės požymiai

Naujagimio elgesio sutrikimai:

Centrinės nervų sistemos slopinimo sindromas. Nuo gimimo vaikas labai ramus, daug miega, nenoriai bendrauja.

Maitinimo sutrikimai: vangiai čiulpia, greitai užmiega bevalgydamas, atpila.

Vaikai dažniausiai vystosi pagal seką, bet įgūdžių įgijimo laikas vėluoja.

Užsitęsęs vaiko raidos stadijos, vaikui reikia ilgesnio laiko, kad suvoktų sudėtingesnių veiklų atlikimą.

Nesusikaupia arba trumpam koncentruoja dėmesį.

Nėra motyvacijos aktyviai veiklai.

Nepradeda laiku šypsotis, neseka daiktų, nereaguoja į garsus.

Ilgai išlieka „rankų žvilgsnis“ (>20 sav.).

Vėlai mokosi kramtyti.

Daiktai ilgai dedami į burną (norma iki 6–12 mėn.).

Ilgai mėto daiktus (norma iki 15–16 mėn.).

Padidėjęs seilėtekis (norma iki 1 metų).

Dantų griežimas.

Atvejis

Simonas, 9 mėn.

Atvyksta dėl maitinimo sutrikimų. Berniukas silpnai čiulpia, mažai valgo – suvalgo iki 200 ml pieno mišinio per dieną, neauga svoris.

Ligos anamnezė. II iš dvynių iš komplikuoto nėštumo ir gimdymo. Gimė neišnešiotas 26 gestacinę savaitę, 800 g. Adaptacijos periodo sutrikimai: ryškūs kvėpavimo sutrikimai, traukuliai, maitinimo sutrikimai.

Išrašant ėmė daugiau valgyti, palaipsiui ėmė augti svoris, tačiau po savaitės vėl būklė pablogėjo ir dėl kvėpavimo nepakankamumo, atpylinėjimo, blogėjančios bendros būklės pakartotinai hospitalizuotas.

Nuo gimimo nustatytas labai žemas raumenų tonusas. Vėluoja motorinė berniuko raida. Silpna galvos kontrolė, vertikaloje padėtyje galvą lošia atgal, nemėgsta fleksinės padėties, padėtyje ant pilvo stengiasi išlaikyti galvą pakeltą. Naujagimystės refleksai išnykę, galvos–liemens, liemens–liemens tiesinimo reakcijos dar nesusiformavusios. Sausgysliniai refleksai išgaunami abipus.

Ima lengvai paimamus daiktus, žaidžia savo rankomis. Įdėjus kurį laiką laiko 2 objektus abiejose rankose, jų tarpusavyje nedaužo.

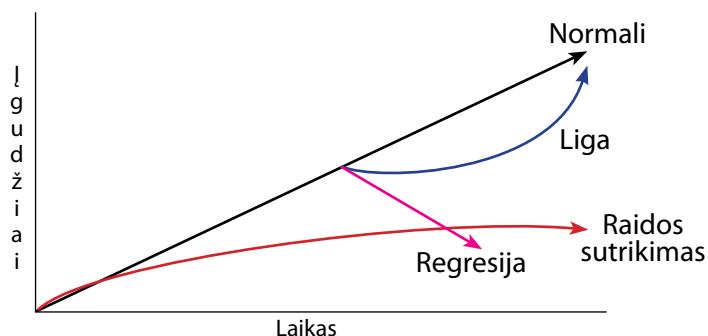
Berniukas žvalus, aktyvus, gyvai reaguoja į kalbinimą, šypsosi, guguoja. Į garsą suklūsta, tačiau galvos nepasuka. Spontanineje kalboje girdimi garsų junginiai („tete, gege“), namuose dažni garsūs pavieniai garsai. Garso šaltinio neieško. Berniukas perkelia žvilgsnį nuo vieno objekto prie kito, domisi, tyrinėja siūlomus žaislus. Nukritusio objekto neieško. Skirtingais garsais ir mimika reiškia pasitenkinimo ir diskomforto būsenas.

Remiantis Miuncheno funkcinė diagnostika, motorinė, kalbos raida atitinka 3–4 mėn. amžių.

Maitinimo vertinimas: netaisyklinga maitinimo padėtis: horizontali, pasukus galvą į šoną arba vertikali atlošta galva. Burnos motorika hipotoniška, sumažintas jautrumas, lengvai priima čiulptuką, geriau čiulpia „sausą“ čiulptuką nei su pienu, burna dažnai pražiota, neužsičiaupia ryjant, tiek čiulpiant, tiek maitinant pipete girdimas rijimo garsas. Čiulpdamas greitai pavargsta, pačiulpia kelis gurkšnius ir nustoja.

Išvada. Berniukui nustatomas specifinis mišrus raidos sutrikimas, apsunkintas maitinimo sutrikimo. Vaikas stebimas dėl židininės epilepsijos.

3.6 paveiksle pateikiamos vaiko raidos kreivės, padedančios suprasti raidos trajektorijos diferencinę diagnostiką. Vaiko, turinčio raidos sutrikimą, raidos trajektorijos kreivė labai skiriasi nuo normalios raidos kreivės ir niekada nepasiekia įprastinės raidos vaiko kreivės. Trumpalaikius raidos sutrikimus galime matyti ūmios vaiko ligos atvejais. Tačiau ypač svarbu laiku pamatyti raidos regresiją. Raidos regresija visada susijusi su itin rimtomis ligomis ar sveikatos būklėmis, todėl nustačius raidos regresiją būtina vaiką nukreipti išsamiam sveikatos ištyrimui.



3.6 pav. Raidos progresas

ANKSTYVOJI AUTIZMO DIAGNOZĖ

Daugeliu atvejų autizmas diagnozuojamas vaikams iki 3 metų amžiaus, bet kai kada jis gali būti nustatomas iki 18 mėn. amžiaus. Jei autizmo klinika būna išreikšta, ankstyva diagnozė gali būti įtariama ir iki 1 metų amžiaus. Nors šiuo metu surandama vis daugiau biožymenų, kurie leistų anksti įtarti autizmą (struktūriniai ir funkciniai neuronų jungčių, vizualiniai ir kiti biologinių procesų žymenys), daugumoje atvejų autizmo spektro sutrikimas diagnozuojamas remiantis vaiko elgesio ypatumais [46].

Mokslininkai pažymi, kad autizmas diagnozuojamas gerokai per vėlai. JAV ir Europoje autizmo spektro sutrikimas (ASS) dažniausiai diagnozuojamas apie ketvirtuosius metus (3 metų ir 10 mėnesių amžiaus vaikams), kai pastebimas ryškus kalbos raidos sutrikimas. Aspergerio sindromas dažniausiai diagnozuojamas apie šeštuosius metus (6 metų ir 2 mėnesių amžiaus vaikams) [47–49].

Pasirodo, kad tėvai gana anksti pastebi pirmuosius autizmo simptomus – kai jų vaikai sulaukia 12–18 mėn. (vidutiniškai – 14 mėn.) [50–52].

Mokslo duomenys rodo, kad tėvai paprastai yra teisūs matydami raidos problemas, bet jiems labai sunku suprasti ir žodžiais įvardyti, kas iš tikrųjų yra jų vaikui [53].

Nuo ko priklauso mūsų galimybės anksti diagnozuoti autizmo spektro sutrikimą?

Tėvai yra pirmieji asmenys, kurie pastebi „kitonišką“ vaiko raidą ir elgesį. Tačiau dažnai dėl dominuojančių mitų apie autizmą arba tiesiog iš baimės jie pavėluotai kreipiasi į specialistus, laukdami, kad vaiko elgesys „sunormalės“, jis pradės kalbėti, ypač jei šeimoje yra asmenų, kurie vėliau pradėjo kalbėti.

Daugelis tėvų pirmuosius nerimą keliančius požymius paprastai pastebi labai anksti. Tiesiog vaikas elgiasi kitaip negu daugelis vaikų, tačiau įvardyti konkrečius požymius, keliančius nerimą, jiems yra labai sunku. Ir tai nenuostabu, nes dažnai vienoje raidos srityse vaikas atsilieka, o kitose yra akivaizdžiai pažengęs į priekį. Todėl ir gydytojais neretai vaiko raidą vertina labai prieštaringai, nuramindami tėvus.

Ankstyvojo amžiaus autizmo klinika gali būti labai įvairi. Vieni kūdikiai būna vangūs, pasyvūs, retai prašo valgyti, ilgai iškenčia šlapias sauskelnes. Maitinami jie valgo noriai, jiems patinka gera tėvų priežiūra. Tėvai pažymi, kad tokius vaikus pakankamai lengva auginti. Iki metų amžiaus šie „geri“ vaikai nekelia jokių didesnių problemų: ramūs, niekur nelenda, kur juos paliksi – ten ir rasi. Tačiau pradėję vaikščioti tampa sunkiai valdomi: eina vieni, kur nori, dažnai be jokios suaugusiojo pagalbos, neturi jokio baimės jausmo. Chaotiškai judėdami jie nėra pajėgūs aktyviai tirti aplinkos. Tokie vaikai tampa labai neramūs naujoje aplinkoje, bijo svetimų žmonių, jautrūs aplinkos veiksniams: garsui, šviesai ir kt.

Kiti kūdikiai nuo pirmųjų gyvenimo dienų būna labai jautrūs: dažnai klykia, prastai miega, išsiskiria išrankumu maistui. Prie jų sunku prisitaikyti ir suprasti jų poreikius. Jie nemėgsta nei būti ant rankų, nei gulėti vežimėlyje.

Vienas iš požymių, leidžiančių kūdikio amžiuje įtarti autizmo spektro sutrikimą, – tai dėmesio reguliavimo problemos. Mokslininkai mato fiziologinius vaikų skirtumus – net ramybės būklės vaikų, turinčių didesnę autizmo spektro sutrikimo riziką, širdies susitraukimų dažnis patiriant socialinius stimulus yra didesnis nei įprastai besivystančių vaikų [54].

Nuo gimimo vaikai yra kitokie. Vieni jų mažai reaguoja į svetimus žmones, labiau domisi aplinka. Kiti, atrodo, gali ilgai ir susikaupę žiūrėti į žmogų, bet menkai atspindi kito asmens emocijas – jie žiūri, bet emociškai nereaguoja. Pirmieji autizmo spektro sutrikimo požymiai gali pasimatyti net, atrodo, normaliai besivystančiam vaikui. Kada vaikas pradėdamas kalbinti, užuot rodęs bendravimo sukeliama džiaugsmą, jis nutyla, gali susijaudinti, imti verkti, liesti savo kūną, kai kada daužyti galvą, tempti sau už plaukų arba iš viso nereaguoti, kad ir kaip stengtumėmės paskatinti vaiką bendrauti. Šie kūdikiai mažiau guguoja, augdami taria mažiau garsų, nekartoja jų ir neatsiliepia, išgirdę savo vardą. Jie paprastai nežiūri į tėvų veidus arba tik trumpam sulaiko ties jais savo žvilgsnį.

Autizmo pasireiškimo pradžia gali būti labai įvairi. Patricia O'Brien Towle išskiria tris vaiko su autizmu galimai susijusias raidos būdus [55]:

Pirmasis jų – vaiko elgesys „keistas“ nuo pat gimimo. Nuo pat pirmųjų savo gyvenimo dienų vaikai būna neįprastai ramūs, mažiau domisi kitais žmonėmis. Vėliau pradeda reaguoti į šalia esančius asmenis, stebimas silpnesnis akių kontaktas net su artimiausiais žmonėmis, pavėluotai atsiranda socialinė šypsena, vėliau ima tarti garsus. Tokie vaikai labiau domisi pasikartojančiais vizualiniais stimulais nei sąveikomis su žmonėmis.

Kitas raidos būdas – raidos stagnacija, arba plato raidos būdas (angl. *plateau*), atsiradęs po pirmųjų gyvenimo metų. Dažnai vaikai vystosi taip, kaip ir daugelis tokio

amžiaus vaikų, bet, sulaukus maždaug vienu metų, raidos procesas sulėtėja, sustoja ir nebevyksta.

Iki 30 proc. atvejų stebimas vaiko raidos regresas. Tai trečiasis raidos būdas. Kaip ir raidos stagnacijos metu, vaikai pradžioje vystosi tipiškai. 15–18 mėnesių ir vėliau vaiko raida pakinta – jo kalba, akių kontaktas, socialinis įsitraukimas pastebimai mažėja ir vaikas gali netekti jau turėtų raidos įgūdžių. Berniukams regresija pasireiškia dažniau negu mergaitėms [55].

Atvejis

Viltė, 2,5 m.

Ji yra pirmas vaikas šeimoje. Gimė išnešiotą 40 sav. Gestacijos. Gimimo svoris – 3 200 g, pagal Apgar įvertinta 9–10 balų.

Nuo gimimo mergaitė nevalgė iš krūties, todėl pradėta maitinti iš buteliuko nutrauktu motinos pienu. Kūdikystėje buvo nerami, blogai miegojo, buvo sunku nuraminti, užmigdyti. Papildomą primaitinimą įvedė sunkiai, nuo mažens ryškėjo maisto išrankumas.

Motorinė raida vyko pagal amžių. Pirmųjų metų gale pradėjo tarti pirmuosius žodžius („mama“, „tetė“, „duok...“), tačiau po 3 mėn. raida regresavo – mergaitė nustojo kalbėti, ploti rankomis. Niekada neatliepdavo kviečiama vardu, nepatikdavo žaisti bendrus žaidimus, nusiramindavo likusi viena. Įtarus neprigirdėjimą, tikrinta klausia, rega, patologija nenustatyta.

Nuo 2 metų Viltė pradėjo lankyti bendrojo lavinimo vaikų darželį. Ugdymo įstaigoje su kitais vaikais nebendraudavo, buvo linkusi žaisti viena. Stebėta greita emocijų kaita, kai buvo netenkinami jos norai. Mergaitė supykusi krisdavo ant žemės, rėkdavo, sunkiai nusiramindavo. Linkusi daryti tik tai, kas patinka, sunku pakeisti veiklos pobūdį. Dėmesį veiklai sukaupdavo trumpai, jis greit išblaškomas pašalinių dirgiklių. Galėjo ilgai užsiimti tik mėgstama veikla.

Apibendrinimas: apie 1,5 metų stebėtas mergaitės raidos regresas, kurį nustatčius ji turėjo būti ištiriama raidos įgūdžių netekimo priežastiai nustatyti.

Šiandien mokslininkai diskutuoja, ar tikrai vaikas netenka turėtų įgūdžių. Vertinant pirmųjų metų vaikų vaizdo įrašus matoma, kad vaiko įgūdžiai jau nuo gimimo nesivystė kaip įprastinės raidos vaikų. Kita vertus, regresas visada yra grėsmingas reiškinys, ir visų vaikų sveikata turi būti išsamiai ištiriama, norint nustatyti regresio priežastis.

Regresija gali pasireikšti dvejopai. Regresuoti gali tik kalbos įgūdžiai arba kalbos ir socialiniai įgūdžiai kartu. Kalbos regresijos metu vaikas nustoja kalbėti, o kalbos ir socialinių įgūdžių regresijos atveju vaikas ne tik netenka kalbos, bet ir keičiasi jo elgesys. Kai kurie mokslininkai išskiria „autistinę regresiją“, motorinę regresiją ir pan., bet

visais autizmo atvejais, prasidedančiais regresijos klinika, pirmiausia pasireiškia kalbos regresija [56].

Kitas ankstyvas autizmo požymis – nežiūrėjimas žmogui į akis. Nors kai kurie vaikai žiūri kitam žmogui į akis, bet daugumai tokių vaikų žvilgsnio kontaktas nėra malonus ir laukiamas. Vaikai nesistengia žiūrėdami į kitą žmogų gauti dėmesio. Vaikų elgesys nesiskiria bendraujant su pažįstamais ar nepažįstamais žmonėmis. Tačiau yra vaikų, kurie apskritai nejaučia bendravimo „atstumo“. Jie gali lipti ant nepažįstamo žmogaus kelių, neturėti jokios baimės bendraudami su svetimais žmonėmis, bendrauti labai artimu atstumu (prisikišę veidas prie veido).

Pastebėta, kad kalbinami maži vaikai, kuriems galėtume įtarti autizmo sutrikimą, labiau žiūri į burną negu pašnekovui į akis. Manoma, kad lūpų judėjimas kalbant sudomina vaikus labiau negu patiriamas bendravimo malonumas. Dažnai maži vaikai įdėmiai stebi aplinką, domisi aplinkoje esančiais daiktais, bet susidomėjimas žmogumi yra epizodinis ir trumpalaikis [57]. ASS turintys vaikai kreipia mažiau dėmesio į mamos kalbinimą, o tai ateityje gali būti susiję su kalbos problemomis ir socialiniu bendravimu. Jie mažiau stebi mamą, nesidomi „bendraujančiu veidu“, todėl akių judesių tyrimas jau ankstyvajame amžiuje gali būti diagnostinis kriterijus įtarti ASS [58]. Autizmo spektro sutrikimą turintys vaikai, mažai reaguojantys į motinos kalbinimą, vėliau rodo menkus socialinio bendravimo ir žemus kalbos įgūdžius bei elgesio problemas. Viršutinė temporalinė sritis, atsakinga už garso ir kalbos suvokimą silpniau reaguoja į motinos kalbą, todėl kūdikiai mažai kreipia dėmesio į mamos kalbinimą [59].

Vienas iš požymių, leidžiančių įtarti autizmo spektro sutrikimą, – kai vaikas neatsiliepia šaukiamas vardu. Būtent toks elgesys – nereagavimas į savo vardą – autizmo spektro sutrikimą išskiria iš kitų raidos sutrikimų [60].

Kai kurie vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, retai keičia savo padėtis, nekelia savo rankų, o imdami aktyviau judėti stipriai įsitempia ir sustingsta. Jiems nepatinka, kai juos kutena, jie įsitempia paimti ant rankų. Vaikams nepatinka, kai juos stengiamasi įtraukti į bendrus žaidimus, jie dažnai nususuka ir aiškiai parodo, kad bendras žaidimas jų nedomina, o kartais ir nepatinka. Paprašius parodyti pirštu į daiktus (žaidimas patinka normalios raidos vaikams), vaikai į žaidimą neįsitraukia. Dažnai geriausias jų žaidimas – būti vieniems ir žaisti su jiems patinkančiais daiktais. Dėl šių vaikų bendravimo ypatumų paprastai sutrinka ankstyvasis vaiko ir mamos ryšys, o tai veda prie tarpusavio santykių sutrikimo. Vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, nori būti su mama, bet neigiamas reakcijas reiškia tik tais atvejais, kai yra nuo jos atskiriami. Tuo tarpu būdami kartu jie visiškai nerodo teigiamų emocijų.

Kūdikystėje tokie vaikai mažai guguoja, nenaudoja garsinės komunikacijos santykiams sukurti. Tėvai dažnai tokius vaikus vadina labai ramiais, kuriuos lengva auginti. Dažnai tokių vaikų kalbos raida ženkliai vėluoja. Jie naudoja mažai gestų, norėdami

išreikšti savo norus. Norėdami ką nors gauti jie ima tėvus už rankų, veda prie norimo daikto arba pradeda rėkti reikalaudami kažko, ką atspėti būna labai sunku.

Būdingas autizmo požymis – echolalijų naudojimas. Vaikas kartoja išgirstas frazes, žodžius, sakinius. Apie antruosius amžiaus metus įprastinės raidos vaikai daug kartoja ir šis sugebėjimas yra labai svarbus kalbos raidai, bet užsitęsęs ir naudojamas vėlesniame amžiuje tampa nefunkcionalus ir netikslingas, nors echolalijos dažnai yra vienintelė vaiko suprantama „kalba“.

Labai svarbu nustatyti ikikalbinius ir kalbos raidos sutrikimus. Ar vaikas, būdamas 12 mėn. amžiaus, taria bent vieną žodį? Kiek žodžių jis gali pasakyti? Ar vaikas neteko kokių nors įgūdžių, pirmiausia kalbos? Kaip vaikas dabar bendrauja?

Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, ankstyva kalbos raida ir žodynas yra tolesnės kalbos raidos prognostinis rodiklis.

Pradėję vaikščioti, šie vaikai tampa sunkiai valdomi: eina, kur nori, dažnai pargriūva, nes jiems visiškai nebūdingas savisaugos instinktas. Chaotiškas, dažnai nuolatinis judėjimas neleidžia jiems aktyviai tirti aplinkos ir tobulėti. Ryškėja žaidimo ypatumai: atsiranda pasikartojantis stereotipinis žaidimas – vaikai labai mėgsta žiūrėti į lempos šviesą, tyrinėti tapetų, kilimų raštus, jie domisi muzikos ritmu, kartojamais eilėrašciais, stato bokštus, atlieka neįprastus stereotipinius judesius. Mėgsta žaisti su savo pirštais, sukti plaštakas, pėdas, vėliau plasnoti rankomis, sukti ratu ir pan. Žinomas ir šių vaikų perdėtas susidomėjimas knygelių puslapių vertimu, kaladėlių ir kitų daiktų dėliojimu į eilutes ir stulpelius bei dėlionėmis. Jiems labai patinka reklamos, pasikartojantys filmukai. Susidomėjimas patinkančiomis veikomis yra labai didelis ir paprastai būna sunku atitraukti nuo kurios nors veiklos.

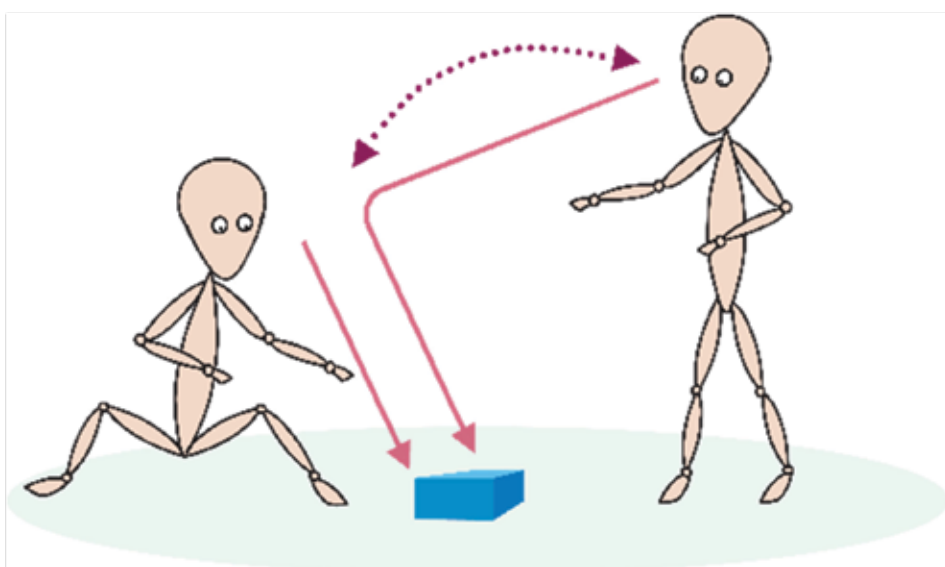
Autizmo atveju dažnai stebima padidėjusi galvos apimtis. Dar Leo Kanner 1943 m. pastebėjo didesnę vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, galvos apimtį. Iki 6 mėn. tokio vaiko galvos apimtis auga įprastai, bet tarp 6–9 mėn. galvos apimtis didėja be jokių ryškių smegenų pakitimų, matomų smegenų vaizdo tyrimuose. Šis didėjimas pirmiausia susijęs su smegenų formavimosi sutrikimais. Per didelis neuronų skaičius prefrontalinėje žievėje gali būti pagrindinė padidėjusių smegenų augimo priežastis. Žievės neuronai formuojasi prenataliai, dėl jų augimo sutrinka molekuliniai ir genetiniai mechanizmai, kurie sukelia neuronų proliferaciją, sinaptogenezę, neuronų aktyvinimo ir slopinimo procesus, ląstelių ciklo reguliaciją ir apoptozę [61–63].

Tokie pokyčiai vyksta prieš atsirandant autizmo požymiams. Antraisiais gyvenimo metais galvos augimas normalizuojasi.

Ryškėja sutrikusios socialinės smegenų funkcijos. Smegenų dalis – migdolinis kūnas (lot. *amygdala*) – yra atsakinga už socialinę sąveiką, emocijas ir elgesį. Žmonių, turinčių autizmo spektro sutrikimą, ji yra mažesnė. Sutrikusi ir smegenėlių funkcija, kuri atsakinga už pusiausvyrą, koordinaciją, sensorinės informacijos perdavimą [64–66].

Vienas labai svarbių požymių, leidžiančių įtarti autizmo spektro sutrikimą, yra sudėtinio (jungtinio) dėmesio sutrikimas. Jau ankstyvojoje vaikystėje kūdikis kitaip reaguoja į mamos balsą, palyginti su normaliai besivystančiais vaikais. Mamos balsas yra didelis socialinis triggeris vaiko emocinei raidai, bet vaikai, turintys ASS, visais gyvenimo tarpsniais rodo sumažėjusią reakciją į mamos balsą, kuri ne visada skiria nuo svetimos moters balso [67].

Sudėtinio dėmesio įgūdžiai atskleidžia asmens gebėjimą koordinuoti dėmesį tarp tam tikro objekto ir kito asmens triados santykiyje, t. y. bendraujant perkelti žvilgsnį nuo daikto į šalia esantį žmogų ir atvirkščiai (žr. 3.7 pav.).



3.7 pav. Gebėjimas koordinuoti dėmesį

Pastebėta, kad vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, jau nuo ankstyvo amžiaus turi mažiau išsivysčiusius jungtinio dėmesio įgūdžius nei to paties amžiaus sveiki vaikai, t. y. jie būdami su kitu asmeniu daugiau domisi daiktais nei šalia esančiu žmogumi [68–69].

Žemiau esančioje lentelėje pateikiami pagrindiniai autizmo požymiai [69].

3.9 lentelė. Pagrindiniai autizmo požymiai, priklausomai nuo amžiaus (pagal B. A. Boyd, 2010)

Elgesio charakteristika	Požymiai, pasireiškiantys 6–12 mėn.	Požymiai, pasireiškiantys 9–14 mėn.	Požymiai, pasireiškiantys 20–24 mėn.
Socialinis atsakas	Retas kitų žmonių veido stebėjimas, žvilgsnio vengimas, trumpalaikis akių kontaktas.	Neatsiliepia šaukiamas vardu, retas akių kontaktas, sutrikęs atsakomasis jungtinis dėmesys.	Mažai domisi kitais vaikais, trumpalaikis akių kontaktas, pamėgdžiojimo stoka, menkai reaguoja į kito žmogaus emocių reakcijas.
Socialinė iniciacija	Skurdi socialinė iniciacija.	Sutrikęs inicijuojantis jungtinis dėmesys, nežaidžia su kitais asmenimis.	Patys nesidalija emocijomis.
Socialinė emocinė interakcija	Mažai veido mimikų / išraiškų, retai šypsosi, sutrikusi emocijų raiška.	Nesidalija teigiamomis emocijomis su kitais asmenimis.	Veido išraiškų, mimikų stoka, sutrikusi empatija.
Komunikacija ir žaidimas	Vėluojantys ikikalbiniai įgūdžiai (gugavimas, čiauškėjimas).	Maža gestų įvairovė, kalbos sutrikimai, stereotipinis žaidimas.	Kalbos raiškos sutrikimai, intonacijų stoka, nesugeba integruoti žvilgsnio, esant kitiems bendravimo objektams.
Jutimai, motorika, dėmesys	Raumenų hipotonija, koordinacijos sutrikimai, atipiniai judesiai, menka judesių įvairovė, sutrikusi dėmesio koncentracija, pasyvus daiktų tyrinėjimas.	Stereotipinis elgesys, atipiniai jutiminiai atsakai.	Ribotas interesų ratas, stereotipiniai judesiai.

Dar vienas ankstyvas autizmo požymis – judėjimo ypatumai. Vaikų judėjimas būna atipinis, t. y. nuo ankstyvo amžiaus pradeda judėti kitaip nei įprasta raida pasižymintys vaikai. Yra atlikta daugybė mokslinių darbų, įrodančių, kad autizmo sutrikimų turinčių kūdikių motorinė raida yra kitoniška arba sutrikusi. Kūdikiams, turintiems autizmo spektro sutrikimų, sunku išmokti sėdėti ir tiesiai stovėti, pargriūdami jie, skirtingai nei normalia raida pasižymintys vaikai, besistengiantys instinktyviai apsisaugoti, neištiesia rankų ir nekelia galvos. Mokslininkės Osnat Teitelbaum teigimu: „Stebėti kūdikius

neturėjo normaliems vaikams būdingų apsauginių reakcijų ir griūdavo kaip mediniai kareivėliai.“ Ankstyvai diagnozei nustatyti ji rekomenduoja „pavertimo“ testą – pakelti kūdikį ir laikant rankose paversti 45° kampu kairėn arba dešinėn. Sveiki aštuonių mėnesių ir vyresni kūdikiai šiuo atveju stengsis galvą laikyti statmenai žemei, o turintieji autizmo požymių galvos padėtį derins ne su žeme, o su visu kūnu ir todėl galvos nepavers. Kūdikiams ilgiau stebėti naujagimystės refleksai, vėliau vystėsi tiesinamosios ir apsaugos reakcijos, stebėta trumpalaikė judesių asimetrija [69–70].

Pastaraisiais metais atliekama vis daugiau motorinės raidos tyrimų, norint nustatyti judesių sutrikimus. Nustatomi skirtingi vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, motoriniai įgūdžiai. Stebimi stambiosios ir smulkiosios motorikos, motorinės kontrolės, pusiausvyros ir koordinacijos sutrikimai, motorinio planavimo, imitacijos ir aplinkos tyrimo sunkumai, eisenos ypatumai [71].

Galvos kontrolės sutrikimas gali būti ankstyvas autizmo spektro sutrikimo požymis, pasireiškiantis kartu su komunikacijos ir socialinio bendravimo ypatumais, apimančiais gestų naudojimą, abipusį reciprokinį bendravimą, jungtinio dėmesio formavimą [72–73].

Ankstyvieji autizmo spektro požymiai pateikiami lentelėje žemiau.

3.10 lentelė. Ankstyvieji AS požymiai

Tėvai ir specialistai turėtų susirūpinti, jei kūdikis ar vaikas:

- 3 mėnesių amžiaus nepalaiko dažno akių kontakto;
- 3 mėnesių amžiaus nesišypso žmogui, pamatęs šypseną ar išgirdęs balsą;
- 6 mėnesių nesijuokia ar nesidžiaugia;
- 8 mėnesių neseka kito žmogaus žvilgsnio, nukreipto į kitą daiktą;
- neguoguoja iki 12 mėnesių amžiaus;
- 12 mėnesių amžiaus nežiūri į jam rodomus daiktus;
- nerodo pirštu į daiktą, nedaro „ate“ iki 12 mėnesių amžiaus;
- nereaguoja į savo vardą 12 mėnesių amžiaus;
- neištaria bent vieno žodžio iki 16 mėnesių amžiaus;
- nėra prasmingos dviejų žodžių frazės iki 24 mėnesių amžiaus;
- nenaudoja gestų ar kitų nežodinės komunikacijos formų;
- nustoja kalbėjęs bet kokiame amžiuje.

Kai kurie kiti būdai autizmo diagnozei nustatyti

Yra kitų būdų ankstyvai autizmo diagnozei nustatyti. Paminėsime kelis.

Vienas jų – ankstyvojo amžiaus vaikų vertinimas remiantis videoįrašais paremtu standartu (*Video-Referenced Infant Rating System for Autism*, VIRSA). Internetu yra sukurti ir pristatyti 20 sekundžių trukmės videofilmukai, kuriuos žiūrėdami tėvai gali

atrasti būdingą jų vaiko autizmui pasireiškiančią kliniką. Tai leidžia tėvams vizualiai nuspręsti ir įvertinti vaiko elgesį. Galima įtarti autizmą apie 6 mėn. amžiaus vaikui [74].

Dar vienas analogiškas metodas ankstyvai autizmo diagnostikai – *Video-referenced Rating of Reciprocal Social Behavior*, vrRSB. Jis tinka įvertinti vaikus iki 2 m. Vertinimo principas panašus kaip ir pirmuoju atveju [75].

Žvilgsnio sekimo technologija. Žvilgsnio sekimas – tai terminas, nusakantis kompiuterinės sistemos galimybę įvertinti žmogaus žiūrėjimo kryptį ir žiūros tašką. Žvilgsnio sekimo tyrimas – speciali technologija, leidžianti nustatyti vaiko žvilgsnio fiksavimą ir judėjimą. Studijos parodė, kad kūdikiai, kurie turi autizmo spektro sutrikimą, dažnai žiūri ne į žmogaus akis, bet į judančias kalbėjimo metu lūpas, be to, vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, žymiai labiau domisi geometrinėmis formomis nei vaiko veidu [76].

ANKSTYVOJI CEREBRINIO PARALYŽIAUS DIAGNOZĖ

Cerebrinis paralyžius (CP) – tai grupė pastovių judesio raidos ir kūno padėties sutrikimų, ribojančių asmens aktyvumą, kuriuos sukelia ankstyvas ir neprogresuojantis besivystančių / nesubrendusių galvos smegenų pažeidimas. Nėra vieningo susitarimo, ką laikyti ankstyvu besivystančių / nesubrendusių galvos smegenų pažeidimu, bet dažniausiai taip vertinami pažeidimai, įvykę iki 5–7 metų amžiaus vaikams. Sergant cerebriniu paralyžiumi, judesio sutrikimai dažnai (~70 proc.) lydimi jutimų, pažinimo, bendravimo, suvokimo ar elgesio sutrikimų bei epilepsijos ir kitų priepuolių [77].

CP paplitimas siekia 2–3,5/1 000 gimusiųjų išsivysčiusiose šalyse, o labai neišnešiotų ir mažo gimimo svorio kūdikių grupėje – 40–100/1 000 gimusiųjų [78].

Lietuvoje CP paplitimas – 2–2,5/1 000 gimusiųjų [79].

Ankstyva cerebrinio paralyžiaus diagnozė yra labai svarbi raidos sutrikimo išiečiai. Motorinės raidos skatinimas ir motorinių sutrikimų gydymas pagerina vaiko smegenų plastiškumą, leidžia išvengti antrinių komplikacijų, gerina tėvų emocinę būklę. Labai išsivysčiusiose šalyse 2 iš 3 vaikų, turinčių cerebrinį paralyžių, vaikšto, 3 iš 4 kalba, 1 iš 2 turi normalią pažintinę raidą [81].

Cerebrinio paralyžiaus klinika išryškėja iki dvejų metų amžiaus, nors jau pirmaisiais gyvenimo metais galima stebėti motorinės raidos sutrikimą, motorinės raidos deviaciją, vaiko raidos sričių disociaciją (pvz., motorinė raida būna sutrikusi, bet pažintinė raida gali vystytis su nežymiais pokyčiais).

Norint anksti nustatyti cerebrinio paralyžiaus diagnozę, kruopščiai surenkama anamnezė, stengiantis išsiaiškinti cerebrinio paralyžiaus priežastis. Cerebrinis paralyžius – polietiologinis sutrikimas, t. y. vienos priežasties dažniausiai nustatyti nepavyksta. Galima išskirti 3 pagrindines priežasčių grupes [80].

1 grupė – prenatalinės (intrauterinės) priežastys, paveikiančios vaisių iki 28-os nėštumo savaitės. Tai egzogeniniai (infekciniai, cheminiai, toksiniai ir kt.) ar endogeniniai (genetinės anomalijos, motinos ligos) veiksniai, sukeltantys įvairias smegenų malformacijas, kurios labiausiai priklauso ne nuo konkretaus etiologinio veiksnio, o nuo pažeidimo laiko, t. y. kokią galvos smegenų vystymosi etapą jis sutrikdė. Smegenų pažeidimus iki 20 gestacijos savaitės dažniausiai sukelia neuronų migracijos sutrikimai, 26–34 gestacijos savaičių periodo galvos smegenų pažeidimai daugiausia priklauso nuo periventrikulinės leukomalacijos, nuo 34 iki 40 gestacijos savaičių cerebrinių paralyžių sukelia fokaliniai ir multifokaliniai smegenų pažeidimai.

2 grupė – perinatalinės priežastys, pažeidžiančios galvos smegenis nuo 28-os nėštumo savaitės iki 7-os gyvenimo dienos. Tai gimdymo traumas, hipoksinis išeminis galvos smegenų pažeidimas ir įvairios pirmųjų naujagimystės dienų patologinės būklės, tokios kaip hipoglikemija, hiperbilirubinemija, ūmios neuroinfekcijos, septinės būklės ir kt.

3 grupė – postnatalinės priežastys, pažeidžiančios galvos smegenis po 7-os gyvenimo dienos iki 5–7 metų. Tai trauminiai, toksiniai, infekciniai, kraujagysliniai, metaboliniai, hipoksiniai galvos smegenų pažeidimai.

Prenatalinės priežastys (struktūrinės smegenų formavimosi anomalijos) yra pačios dažniausios ir sudaro apie 70–80 proc. visų priežasčių, perinatalinės sudaro iki 25 proc. priežasčių ir vyrauja neišnešiotų naujagimių grupėje, postnatalinės siekia 3–5 proc. ir neišaiškintos – 10–30 proc. [80].

Cerebrinis paralyžius diagnozuojamas remiantis anamneze, vaiko raidos vertinimu ir stebėjimu, klinikiu neurologiniu ištyrimu, motorinės funkcijos (stambiosios ir smulkiosios motorikos) vertinimu, vaiko funkcinės būklės vertinimu, specialiais tyrimais (smegenų vaizdo, laboratoriniais, medžiagų apykaitos, genetiniais ir kt.).

Kūdikystėje pirmiausia stebimas motorinės raidos sutrikimas. Motorikos sutrikimą gali sukelti daugelis priežasčių. Vaiko judesių raida gali vėluoti dėl jo įgimtų ypatumų. Tuomet klausinėjami tėvus sužinome, kad šeimoje yra asmenų, kurie vėliau pradėjo sėdėti, ropoti, atsistėti, vaikščioti. Ankstyvą motorinės raidos sutrikimą stebime ir pažintinės raidos sutrikimo metu, nes vaiko judesių raida vėluoja dėl judesio planavimo, jutiminių problemų. Motorikos sutrikimus galime stebėti progresuojančių ir neprogresuojančių nervų ir raumenų ligų atveju. Sutrikusi motorinė raida – vienas vaikų cerebrinio paralyžiaus diagnostikos požymių.

Nustatant raidos sutrikimo diagnozę pirmiausia dėmesys kreipiamas į nėštumo eigos, perinatalinio periodo eigos, naujagimio raidos ypatumus. Nors pastaruoju metu manoma, kad tik nedidelę dalį vaikų cerebrinio paralyžiaus priežasčių sudaro perinataliniai rizikos veiksniai, vis dėlto ankstyvajai diagnostikai yra svarbi nėštumo, gimdymo ir naujagimystės periodo anamnezė.

Didelę reikšmę raidos sutrikimui nustatyti turi naujagimio adaptacijos periodo ligos. Daugeliui vaikų stebimi įvairaus laipsnio adaptacijos periodo sutrikimai, susiję su centrinės nervų sistemos dirglumu ar slopinimu. Vaikai būna labai neramūs, dažnai blogai miega naktimis, dažnai be jokios matomos priežasties rėkia, juos sunku pamaitinti dėl maisto netoleravimo ir vaiko padėties problemų. Vaikui augant ryškėja motorinės sistemos sutrikimai.

Jau labai anksti galima pastebėti atipinės motorinės raidos sutrikimų požymius [81].

Spazminė diplegija būdingesnė neišnešiotiems vaikams. Nuo gimimo vaikai būna įsitempę, ypač kojos. Dėl raumenų tonuso padidėjimo mažėja kojų judesio amplitudė, judesiai lieka riboti, nėra kojų judesių įvairovės, matoma pėdų plantafleksija, sumažėjusi klubų addukcija. Vėlai formuojasi kojų atramos reakcija (> 6 mėn.).

Spazminis hemipleginis cerebrinis paralyžius – vienpusis spazminis vienos pusės galūnių motorikos sutrikimas. Ranka paprastai pažeidžiama labiau nei koja, dešinioji pusė dažniau nei kairioji. Rankos funkcijos sutrikimas paprastai išryškėja 3 mėnesių amžiaus vaikui. Pastebima judesių asimetrija, vaikas sunkiai išlaiko vidurio liniją. Rankos judesio sutrikimai ryškesni negu kojos: stebima nykščio addukcija, peties retrakcija, vaikas dažnai plaštaką laiko suspaudęs į kumštį. Sunkesniais atvejais vėluoja vaiko motorinė raida: jis vėliau ima vartytis, sėdėti. Pradėjęs šliaužti, juda sveikąja puse, prisitraukdamas pažeistos pusės galūnes, gulėdamas ant pilvo mažiau remiasi pažeista ranka. Sutrikę kojos judesiai pastebimi vėliau, nors jau anksti galima pamatyti pažeistos kojos išorinę rotaciją. Reikia atminti, kad kūdikių judesių asimetrija reiškia sutrikusią vaiko motoriką.

Spazminei kvadriplegijai būdingas anksti kliniškai pastebimas spazmiškumas. Vaiko judesiai yra mažos amplitudės, dažnai vienodi, išryškėjantys 2–3 mėn. amžiaus. Vėluoja vaiko motorinė raida: vaikas vėlai ima laikyti galvą, verstis. Kuo anksčiau pastebimi cerebrinio paralyžiaus požymiai, tuo sunkesnis sutrikimo pasireiškimo laipsnis. Naujagimystės periodu stebimi raidos sutrikimo požymiai: savireguliacijos sutrikimai, atipinė kūno padėtis, sutrikęs bendravimas, ilgai išliekantys naujagimystės refleksai (Moro, automatinio žingsniavimo, griebimo, toniniai kaklo refleksai ir kt.). Dažni maitinimosi sutrikimai.

Diskineziniam cerebriniam paralyžiui būdinga silpna galvos ir liemens kontrolė, ilgai išlieka naujagimystės refleksai, rankų ir kojų chorioatetoidiniai judesiai, išryškėjantys iki dvejų metų amžiaus. Atliekant Bendrųjų judesių vertinimą, diskineziniam cerebriniam paralyžiui būdingas smulkių, grakščių judesių nesusiformavimas, judesių, būdingų normaliai besivystantiems 3–5 mėn. vaikams, įvairovės stoka [3].

Pirmaisiais gyvenimo mėnesiais galima stebėti nevalingus liežuvio judesius. Kūdikiai yra gana aktyvūs ir bendraujantys. Ankstyvieji diskinezinio cerebrinio paralyžiaus požymiai – raumenų hipotonija ir nestabili kūno padėtis. Raumenų tonuso sutrikimai ir nevalingi judesiai dažniausiai pastebimi tik antrąjį gyvenimo pusmetį [81].

3.11 lentelė. Ankstyvieji cerebrinio paralyžiaus požymiai

Ankstyvoji cerebrinio paralyžiaus diagnozė
Nėštumo rizikos veiksniai.
Elgesio sutrikimai naujagimystėje: savireguliacijos sutrikimai, CNS dirglumas, slopinimas, CNS slopinimas – dirglumas, maitinimosi sutrikimai: silpnas čiulpimas, krūties neėmimas, burnos hiperjautrumas, rijimo sutrikimai, nejudrus liežuvis, kandimo refleksas.
Raumenų hipotonija.
Sumažėjęs domėjimasis aplinka (vaikas vangus, greitai nuvargsta, pradeda verkti).
Sutrikę vaiko judesiai: atipinė, patologinė padėtis, judesių asimetrija, raumenų hipertoniškumas (hipertonija), naujagimystės refleksų persistencija (Moro, AKTR, TLR, SKTR, delnų ir padų griebimo refleksai).
Judesių raidos deviacija.
Sunki diagnostika, nes klinika labai keičiasi – būtinas ilgalaikis stebėjimas.
Labai svarbu stebėti judesių kokybę ir kiekybę.

Kai CP įtariamas, bet dar negalima diagnozės patvirtinti, rekomenduojamas terminas „didelė cerebrinio paralyžiaus rizika“, tokį vaiką nukreipti ankstyvajai reabilitacijai.

Specialūs judesių tyrimo metodai cerebriniam paralyžiui nustatyti

Bendrųjų judesių tyrimas (*Prechtl's General Movements assessment*)

Vienas plačiausiai taikomų metodų ankstyvai cerebrinio diagnostikai – bendrųjų judesių tyrimo metodas (*Prechtl's General Movements assessment*). Tai naujagimio ir pirmųjų 5 amžiaus mėn. judesių tyrimo metodas, kurio metu vertinami spontaniniai vaiko judesiai. Normaliai besivystančio pirmųjų mėnesių kūdikio judesiai turi laipsnišką judesio pradžią. Jų intensyvumas labai įvairus, stebimi viso kūno kompleksiniai judesiai (fleksija, ekstenzija, rotacija). Vaikas nuolat bando įvairias judesių kombinacijas. Pirmųjų penkių gyvenimo mėnesių kūdikių judesiai turi didelę diagnostinę vertę ankstyvai raidos sutrikimo diagnozei.

Prechtlio kokybinis bendrųjų spontaninių judesių vertinimas (BSJ) yra jautriausias prognostinis vertinimo įrankis, padedantis identifikuoti jaunesnius nei 3 mėn. amžiaus kūdikius, kurie turi didžiausią riziką turėti motorikos sutrikimų. Beveik visi vaikai, kuriems nustatomi judesių sutrikimai turi didelę riziką cerebriniam paralyžiui arba vėliau prasidedantiems genetiniams sutrikimams. Sutrikusiems judesiams būdingas menkas judesių repertuaras, judesio sekos sutrikimai, atliekami judesiai monotoniški, pavieniai, mažai kompleksinių viso kūno judesių. Formuojantis motorikos sutrikimui judesiai tampa rigidiniai, trūkčiojantys, judesiuose nėra plastiškumo, galūnių ir liemens

raumenys susitraukia ir atsipalaiduoja tuo pačiu metu. Stebimi viso kūno chaotiški judesiai.

Diagnostikai ypač reikšmingi smulkūs vidutinio greičio viso kūno grakštūs besikeičiantys judesiai, kurie atsiranda 3–5 mėn. po gimimo. Jei jie neišsivysto, greičiausiai tokio kūdikio judesiai bus sutrikę ir jam grės cerebrinis paralyžius. Sutrikę grakštūs judesiai būna mažos amplitudės, lėti, švelniai trūkčiojantys. Jei šie judesiai bus susiformavę, bet vaiko padėties kontrolė bus nepakankama arba formuosis netaisyklingai, vėluos motorinių įgūdžių raida, tuomet vaikas galimai gali turėti kalbos ar protinės raidos sutrikimų. „Kitokie“ nespecifiniai grakštūs judesiai gali prognozuoti autizmo spektro sutrikimą, bet prognostinė jų reikšmė šiuo atveju yra abejotina.

Hamersmito naujagimių ir kūdikių neurologinis tyrimas

Hamersmito naujagimių vertinimo metodas – greitas, nesudėtingas, praktinis ištyrimas, kuris apima 34 klausimus. Tiriamas raumenų tonusas, vaiko judėjimo būdas, stebimi spontaniniai judesiai, vertinami refleksai, regos ir klausos reakcijos, dėmesio išlaikymas ir elgesys [82].

Vertinimą sukūrė dr. Lilly Dubowitz ir prof. Victoras Dubowitzius 1981 m., patobulino dr. Eugenio Mercuris 1998 metais [83–84]. Kai kurios testo vertinimo dalys pateiktos 3.8 pav.

Kūdikių vertinimas apima 26 klausimus. Tiriama galvinių nervų funkcija, refleksai, apsaugos reakcijos, elgesys, stambiosios ir smulkiosios motorikos įgūdžiai. Šis vertinimas taikomas 3–24 mėn. vaikams.

Vertinimas yra labai naudingas ankstyvam judesių vertinimui. Funkcijų sutrikimas rodo pakenkimo sunkumo laipsnį ir riziką sirgti cerebriniu paralyžiumi [85–87].

Deja, naudojant pavienius motorinės raidos vertinimo testus, nustatyti cerebrinį paralyžių būtų sunku. Todėl 2017 m. buvo pateiktos cerebrinio paralyžiaus ankstyvosios diagnozės gairės, kuriomis remiamasi, nustatant cerebrinį paralyžių [39].

Remiantis ankstyvosios cerebrinio paralyžiaus diagnostikos rekomendacijomis, vaikams iki 5 mėn. koreguoto amžiaus vertinimo priemonės, leidžiančios anksti nustatyti diagnozę, yra MRT (jautrumas 86–89 proc.), Prechtlio bendrųjų judesių vertinimas (*Prechtl Qualitative Assessment of General Movements*) (98 proc. jautrumas) ir naujagimių neurologinės būklės vertinimas pagal Hamersmito skalę (90 proc. jautrumas).

Vyresnių negu 5 mėn. koreguoto amžiaus vaikų vertinimas apima MRT (86–89 proc. jautrumas), naujagimių neurologinės būklės vertinimas pagal Hamersmito skalę (90 proc. jautrumas) ir vaiko raidos tyrimas naudojant raidos vertinimo skalę (*The Developmental Assessment of Young Children*) (83 proc. C index) [39, 88–89].

Literatūros sąrašas

1. Shonkoff J. P., Phillips D. A. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, National Research Council and Science of Early Childhood Development. Washington: National Academy Press, 2000.
2. Einspieler C., Prechtl H. Prechtl's assessment of general movements: a diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2005;11(1):61–7.
3. Einspieler C., Peharz R., Marschik P. B. Fidgety movements – tiny in appearance, but huge in impact. *J Pediatr (RioJ)* 2016;92(3Suppl1):64–70.
4. Nunes S et al. Prechtl's General Movements Assessment (GMA) in early detection for child development risk. *Fisioter Pesqui* 2020;27(4):347–355.
5. Panvequio Aizawa C. et al. The general movement checklist: A guide to the assessment of general movements during preterm and term age. *Jornal de Pediatria* 2021;97(4):445–452
6. Lewedag V., Oller D., Lynch M. Infants' vocalization patterns across home and laboratory environments. *First language* 1994; p. 49–65.
7. Oller D. K., Eilers R. E., Neal A. R. Late onset canonical babbling: A possible early marker of abnormal development. *American association of Mental Retardation* 1998; p. 249–263.
8. Barbaro J. Autism Spectrum Disorders in Infancy and Toddlerhood: A Review of the Evidence on Early Signs, Early Identification Tools, and Early Diagnosis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2009 Oct;30(5):447–459.
9. Fernell E. et al. Early diagnosis of autism and impact on prognosis: a narrative review *Clin Epidemiol* 2013;5:33–43.
10. West et al. Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutrition status. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1308(1):11–32, Source: PubMed, 2014.
11. Walle E. A., Campos J. J. Infant language development is related to the acquisition of walking. *Developmental Psychology* 2014;50(2):336–348.
12. Reindal L. et al. Age of First Walking and Associations with Symptom Severity in Children with Suspected or Diagnosed Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2020; p. 1–17.
13. Simeonsson R. J., Simeonsson N. W. Developmental surveillance and intervention. In: Hoekelman R. A., Adam H. M., Nelson N. M. et al (eds). *Primary Pediatric Care*, 4th ed. St. Louis: Mosby, 2001; p. 274–282.
14. Ivakhnitskaia E. et al. Timing of neuronal plasticity in development and aging. *Wiley Interdiscip Rev Dev Biol* 2018 Mar;7(2).doi:10.1002/wdev.305. Epub 2017 Nov 15.
15. Kolb B. et al. Brain Plasticity and Behaviour in the Developing Brain. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011 Nov;20(4):265–276.
16. Sylvia L. Voelker S. et al. Diagnostic Inventory for Screening Children (DISC): Evidence of Concurrent Validity in a Preschool Rehabilitation Setting. *J. of Developmental Disabilities* 2008;14(2).
17. WISC-III LT Wechslerio intelekto skalė vaikams. III leidimas. Vad. Specialiosios psichologijos laboratorija, 2002.
18. Hellbrügge Th., Lajosi F., Menara D., Schamberger R., Rautenstrauch T. Miuncheno funkcinė raidos diagnostika, pirmieji gyvenimo metai. Vilnius, 2001.

19. Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija. Copyright ©World Health Organization, 2001© VU Specialiosios psichologijos laboratorija, 2004.
20. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44(3):329–42.
21. Lee AM. Using the ICF-CY to organise characteristics of children's functioning. *Disabil Rehabil* 2011;33(7):605–16.
22. Shevell M. et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology society Guideline *Neurology* 2003 Feb;60(3):367–80.
23. Fluentes J., Hervas A., Howlin P. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020 Jun; 30(6):961–984.
24. Hagan J. F., Shaw J. S., Duncan P. M., eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2017;130:10.
25. Plauché Johnson C., Myers S. M., and the Council on Children with Disabilities. Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2007;120:5.
26. American Academy of Pediatrics, Council on Children with Disabilities, Section on Developmental Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children with Special Health Care Needs Project Advisory Committee. Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics* 2006;118:405. DOI:10.1542.2006-1231.
27. Hansen S. et al. Recurrence Risk of Autism in Siblings and Cousins: A Multinational, Population-Based Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019 Sep;58(9):866–875.
28. Filipek P. A. et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 2000 Aug 22;55(4):468–479.
29. Jenny Luu J., Jellet R., Yaari M., Gilbert M., Barbaro J. A Comparison of Children Born Preterm and Full-Term on the Autism Spectrum in a Prospective Community Sample. *Neurol.* 2020; 03:30. Nortitz GH, Murphy NA, Neuromotor screening expert panel. Motor delays: early identification and evaluation. *Pediatrics* 2013;131(6).
31. Leonard H. C., Hill E. L. The impact of motor development on typical and atypical social cognition and language: A systematic review. *Child & Adolescent Mental Health.* 2014.
32. Libertus K., Violi D. A. Sit to talk: relation between motor skill and language. *Front. Psychol.* 2016.
33. Wang M. et al. The developmental relationship between language and motor performance from 3 to 5 years of age: a prospective longitudinal population study. *BMC Psychology* 2014;2(34).
34. Gonzales S. et al. Do Gross and Fine Motor Skills Differentially Contribute to Language Outcomes? A Systematic Review. *Front. Psychol* 2019;03.
35. Walle E. Infant Social Development across the Transition from Crawling to Walking. *Front. Psychol.* 2016.

36. Beke A. Neurological aspects of development of preterm newborns *Development of Health Sciences* 2018;1(1):27–29.
37. Mithyantha R. et al. *Arch Dis Child* 2017;102:1071–1076.
38. Novak I. et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy *Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA Pediatr* 2017;171(9):897–907.
39. Peyton C., Yang E., Kocherginsky M., Adde L., Fjortoft T., Stoen R., et al. Relationship between white matter pathology and performance on the General Movement Assessment and the Test of Infant Motor Performance in very preterm infants. *Early Human Dev* 2016;95:2–7.
40. Himmelmann K. Chapter 15. Epidemiology of cerebral palsy. In: Olivier Dulac ML, Harvey BS, editors. *Handbook of Clinical Neurology. Volume 111*. London: Elsevier, 2013;163–7.
41. American Psychiatric Association. Intellectual disabilities. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing 2013.
42. Moeschler J. B., Shevell M. Committee on Genetics. Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *Pediatrics* 2014;134(3):e903–18.
43. Jimenez-Gomez A., Standridge S. M. A refined approach to evaluating global developmental delay for the international medical community. *Pediatr Neurol* 2014;51(2):198–206.
44. Bélanger S. et al. Evaluation of the child with global developmental delay and intellectual disability. Canadian Paediatric Society, Mental Health and Developmental Disabilities Committee. *Paediatr Child Health* 2018;23(6):403–410.
45. Zwaigenbaum L. et al. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *BMJ* 2018;361:k1674.
46. Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ* 2014;63(2):1–21.
47. Fountain C., King M. D., Bearman P. S. Age of diagnosis for autism: individual and community factors across 10 birth cohorts. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(6):503–510.
48. Mandell D. S., Morales K. H., Xie M., Lawer L. J., Stahmer A. C., Marcus S. C. Age of diagnosis among Medicaid-enrolled children with autism, 2001-2004. *Psychiatr Serv* 2010;61(8):822–829.
49. Esposito G., Venuti P., Apicella F., Muratori F. Analysis of unsupported gait in toddlers with autism. *Brain Dev* 2011;33(5):367–373.
50. Matson J. L., Dempsey T., Fodstad J. C. Stereotypies and repetitive / restrictive behaviours in infants with autism and pervasive developmental disorder. *Dev Neurorehabil* 2009;12(3):122–127.
51. Ozonoff S., Young G. S., Goldring S. et al. Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. *J Autism Dev Disord* 2008;38(4):644–656.
52. Rogers S. J., Vismara L., Wagner A. L., McCormick C., Young G., Ozonoff S. Autism Treatment in the First Year of Life: A Pilot Study of Infant Start, a Parent-Implemented Intervention for Symptomatic Infants *J Autism Dev Disord* 2014 Dec;44(12):2981–2995.

53. Bazelmans T., Jones E. J. H., Ghods Sh., Corrigan S., Toth K., Charman T., Webb S. J. Heart rate mean and variability as a biomarker for phenotypic variation in preschoolers with autism spectrum disorder. *Autism Res.* 2019 Jan;12(1):39–52.
54. O'Brien Towle P. *The Early Identification of Autism Spectrum Disorders: A Visual Guide.* Jessica Kingsley Publishers, 2013.
55. Backer Al Backer N. Developmental regression in autism spectrum disorder Sudan J Paediatr 2015; 15(1):21–26.
56. Jones W., Klin A., Carr K., Rutherford M., *Archives of General Psychiatry* 2008;65(8): 946–954.
57. Zwaigenbaum et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics* 2015 Oct; 136(1).
58. Pierce K. et al. Level of Attention to Motherese Speech as an early marker of Autism Spectrum Disorder. *Jama Network Open, Pediatrics* 2023.
59. Xiaon Y. et al. Neural responses to affective speech, including motherese, map onto clinical and social eye tracking profiles in toddlers with ASD. *Nature Human Behaviour* 2022 Mar;6(3).
60. Lange N. Is it possible to diagnose autism by brain imaging? *Imaging in Medicine* 2013; 5(3).
61. Hughes V. *Spectrum | Autism Research News* 2011; <https://www.spectrumnews.org>. Wozniak R. H., Leezenbaum N. B., Northrup J. B., West K. L., Iverson J. M. The development of autism spectrum disorders: variability and causal complexity. *Wiley Interdisciplinary Reviews-Cognitive Science* 2017; 8.1-2:1-8c.
62. Lainhart J. E., Lange N. Increased neuron number and head size in autism. *JAMA* 2011; 306: 2031–2032.
63. Keown et al. Local functional overconnectivity in posterior brain regions is associated with symptom severity in autism spectrum disorders. *Cell Reports* 2013 Nov.
64. Supekar K., Uddin L. Q., Khouzam A., Phillips J., Gaillard W. D., Kenworthy L. E., Yerys B. E., Vaidya C. J., Menon V. Brain Hyperconnectivity in Children with Autism and its Links to Social Deficits. *Cell Reports* 2013.
65. Tariq Q. et al. Mobile detection of autism through machine learning on home video: A development and prospective validation study. *PLOS medicine* 27 Nov 2018.
66. Charman T., Baron-Cohen S. Brief Report: Prompted Pretend Play in Autism *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1997;27(3).
67. Landa R. et al. Social and Communication Development in Toddlers With Early and Later Diagnosis of Autism Spectrum Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(7):853–864.
68. Boyd B. et al. Infants and Toddlers With Autism Spectrum Disorder: Early Identification and Early Intervention. *Journal of Early Intervention* 2010; 32:75.
69. Teitelbaum et al. Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Psychology, Natl. Acad. Sci. USA* 1998; 95:13982–13987.
70. Esposito G., Yoshida S., Venutib P., Kur K. O. Three lessons from Philip Teitelbaum and their application to studies of motor development in humans and mice. *Behavioural Brain Research* 2012;231:366–370.
71. *The American Journal of Occupational Therapy* 577. <http://ajot.aota.org/>. 22 June 2017.
72. Bhat A. et al. Relation between early motor delay and later communication delay in infants at risk for autism. *Infant Behavior & Development* 2012;35:838–846.
73. Flanagan J. E., Landa R., Bhat A., Bauman M. Head lag in infants at risk for autism: A preliminary study. *American Journal of Occupational Therapy* 2012; 66:577–585.

74. Ozonoff S. MIND Institute of the University of California in 207 International Meeting for Autism Research in San Francisco, California.
75. Marrus et al. Rapid video-referenced ratings of reciprocal social behavior in toddlers: A twin study. *J Child Psychol Psychiatry* 2015 Dec; 56(12):1338–1346.
76. Boraston Z., Blakemore S. The application of eye-tracking technology in the study of autism. *J Physiol* 2007 Jun 15;581(Pt 3):893–898.
77. Rosenbaum P., Paneth N., Leviton A. et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol Suppl* 2007 Feb; 109:8–14.
78. Miller G. Epidemiology and etiology of cerebral palsy. Available from: www.uptodate.com.
79. Prasauskienė A. Cerebrinis paralyžius: medicininiai, pedagoginiai ir socialiniai aspektai. Kaunas, 2011; p. 15–17, 118–120.
80. Forsyth R., Newton R. Paediatric neurology. Oxford specialist handbooks in paediatrics. Oxford University Press, 2012.
81. Miller G. Clinical features of cerebral palsy. www.uptodate.com.
82. Maitre N., Chorna O., Romeo D., Guzzetta A. Implementation of the Hammersmith Infant Neurological Exam in a High-Risk Infant Follow-Up Program. *Pediatric Neurology* 2016; 65.
83. Dubowitz L., Dubowitz V. The Neurological Assessment of the Preterm and Full-term Newborn Infant (Clinics in Developmental Medicine; No. 79) January 1, 1981.
84. Dubowitz L., Ricciw D., Mercuri E. The Dubowitz neurological examination of the full-term newborn. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2005;11(1):52–60.
85. Romeo D., Cowan F., Haataja L., Ricci D., Pede E., Gallini F. et al. Hammersmith Infant Neurological Examination for infants born preterm: predicting outcomes other than cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology* 2020.
86. Harpster K., Merhar S., Illapani V., Peyton C., Kline-Fath B., Parikh N. Associations Between Early Structural Magnetic Resonance Imaging, Hammersmith Infant Neurological Examination, and General Movements Assessment in Infants Born Very Preterm. *The Journal of Pediatrics* 2021; 23:80-86.e2.
87. Reid S. M., Dagia C. D., Ditchfield M. R., Carlin J. B., Reddihough D. S. Population-based studies of brain imaging patterns in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2014; 56:222–326.
88. American academy of Neurology Summary for clinicians. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy. www.aan.com/professionals/practice/index.cfm.
89. Byrne R. et al. Implementation of Early Diagnosis and Intervention Guidelines for Cerebral Palsy in a High-Risk Infant Follow-Up Clinic *Pediatric Neurology* 2017 Nov; 76:66–71.

4 skyrius

TĖVŲ IR VAIKO SANTYKIŲ RAIDA IR SUTRIKIMAI

Eglė Grakauskaitė-Kodikienė

ANKSTYVOJI VAIKO ELGESIO RAIDA

Kiekvienas vaikas, lengvo ar sunkaus temperamento, turintis ar be raidos sutrikimų, berniukas ar mergaitė, pereina kelias skirtingas psichologinės raidos stadijas. Pagrindinis dėmesys psichologijos moksle skiriamas pirmiesiems trejiems gyvenimo metams. Teigiamai susiklosčiusi šio laikotarpio patirtis, sprendžiant emocinių ir socialinių tarpusavio šeimos narių santykių patirtis, pasiekimus ir sunkumus, leidžia tikėtis, kad vaiko elgesio sutrikimų diagnozės bus išvengta.

PIRMIEJI GYVENIMO METAI

Tai itin svarbus žmogaus gyvenimo tarpsnis – turbūt jokiame kitame jo raidos etape nevyksta tiek esminių ir kokybiškai svarbių patirčių. Iš maksimaliai nuo aplinkos pagalbos priklausančio naujagimio pirmąjį savo gimtadienį dažniausiai sutinka jau pakankamai gerai savarankiškai judantis, aplinką tyrinėjantis ir norintis tą daryti taip pat savarankiškai, savo poreikius išreiškiantis ir pradedantis tikrintis savo elgesio galimybių ribas, vaikas. Tačiau net ir naujagimis geba signalizuoti apie savo poreikius, kuriuos gali išreikšti verkimo rūšimis, poza, veido išraiškomis.

Šiuo metu labai svarbus vaiko prierašumas – psichologijoje vartojamas terminas, kuris plačiąja žodžio prasme reiškia tai, kiek vaikas suvokia savo saugumą santykiuose su artimaisiais ir supančiu aplinkiniu pasauliu, kurį jis turi išmokti pažinti. Todėl pagrindiniai klausimai ir problemos, su kuriais susiduria kūdikius auginančios šeimos, turėtų atsirasti ne tik pediatrinės, bet ir psichologinės pagalbos tarnybų akirtyje.

„Motinos“ jautrumas – tos savybės, kurios turėtų būti būdingos kiekvienam globojančiam asmeniui:

- Tinkamas ir laiku įvykęs kūdikio signalų supratimas, teisingas jų perskaitymas ir interpretavimas. Net ir teisingai pastebint, galima klaidingai interpretuoti (dėl savo norų ir pašąmoningų projekcijų, kitų psichologinės gynybos mechanizmų).
- Greitas atsakas. Jei tinkamai, bet per ilgai užtruks suaugusiojo atsakymas, kūdikis gali jo nebesusieti su savo paties siųstu signalu.

- Tinkamas atsakas. Net ir teisingai supratus kūdikio siunčiamą signalą, gali būti stebimas per trumpas ir per ilgas raminimas ar žaidinimas. Todėl labai svarbu pajauti vidinius kūdikio būsenos pokyčius ir prie jų prisitaikyti.

Saugusis prierašumas

Jautrių ir atliepiančių mamų kūdikiai mažiau verkia namie, daugiau ir aktyviau tyrinėjo aplinką, demonstruoja mažiau nepageidaujamo elgesio apraiškų. Santykiai su mama buvo harmoningesni ir pozityvesni, sąveika rezultatyvesnė ir sėkmingesnė. Namuose jie nelinkę iš karto pravirkti, mamai išėjus iš kambario. Naujose aplinkose, esant motinai, tokie vaikai žaislus ir aplinką apžiūrinėja ir tyrinėja aktyviai, smalsiai, su pasitenkinimu. Mama jiems – saugus prieglobstis, iš kurio galima ramiai stebėti ir tyrinėti aplinką. Jai išėjus iš jo stebėjimo aplinkos, vaikai reaguoja įvairaus stiprumo stresu (verkia, ieško, seka iš paskos), tačiau, mamai sugrįžus, jiems pakanka fizinio kontakto ar net tik atokaus pabendravimo. Tokie kūdikiai, gana greitai nusiraminę, vėl grįžta prie žaislų. Nepaisant išsiskyrimo sukkelto streso, saugiai besijaučiantis vaikas nedviprasmiškai džiaugiasi mamai sugrįžus. Jei jis ne per daug susijaudinęs, greičiausiai situacija rutuliojasi toliau, ir baigsis žaislo parodymu, šypsena, vokalizacija, jei verkia – noriai priima mamos ramimą, fizinis kontaktas vaikui teikia komfortą, vaikas gali vėl greitai įveikti stresą ir grįžti prie žaislų, kitų aplinkos objektų tyrinėjimo.

Nesaugusis ambivalentiškas prierašumas (C)

Kūdikiai demonstruoja elgesį, leidžiantį numanyti, kad jų mamos nerimastingos ar dėl kažkokių priežasčių ne iš karto atsakančios į vaiko signalus ir / arba kurių kūdikių priežiūra namuose nepakankamai jautri ar nenuosekliai jautri. Tiek namuose, tiek kitose situacijose tokie vaikai verkė daug dažniau ir stipriau. Naujose aplinkose jie dažnai būna nerimastingi nuo pat pradžių – nedrąsūs ir atsargūs tyrinėdami žaislus, įdėmiai stebi naujus nepažįstamuosius. Jie laikosi arčiau mamos, dažnai žvilgčioja į ją, neįsitraukia į žaidimą. Vaikas atrodo labai nesusitikintis savo mama ir savo paties gebėjimu numatyti, kas bus. Mamai išėjus, jis iš karto reaguoja labai intensyviu nerimu, beveik nebesidomi nei aplinka ir žaislais. Kito asmens pastangos nuraminti tokį vaikutį dažniausiai pasirodo bevaisės. Mamos pasirodymas po išsiskyrimo taip pat priimamas nevienareikšmiškai. Motinai sugrįžus, kūdikiai labai siekia jos fizinio artimo kontakto, ir protestuoja prieš bet kokius mamos ketinimus nukelti jį nuo kelių, paraginimus eiti žaisti ir pan. Tačiau toks kontaktas nerodo nusiramavimo, atvirkščiai – kūdikiai atrodo siekiantys artumo su mama, bet kartu tam ir labai aktyviai priešinasi (pvz., elgiasi agresyviai, besispardydamas, nusviesdamas paduodamus žaislus, bandydamas trenkti). Po patirto streso juos sunku vėl kuo nors sudominti, net ir ilgokai ramunami ir žaidinami, jie išlieka verksmingi, rodantys norą pasitraukti iš bendravimo situacijų. Specialistai tokį elgesio modelį sie-

ja su vaiko patirta nenuoseklia, nenumatoma globa pirmaisiais jų gyvenimo mėnesiais. Toks elgesio tipas būtų lyg prisitaikymas prie to, kad kartais jis nėra užtikrintas, kad siunčiamas signalas visada bus laiku išgirstas ir nuosekliai atlieptas.

Nesaugusis vengiantysis prierašumas (A)

Kitas specialistų išskiriamas kūdikių elgesio modelis – vaikas aplinką tyrinėja aktyviai, domisi ja, žaislais. Žaisdamas nesidomi, nepažvelgia į mamą, pasitikrindamas, ar ji šalia. Jų elgesys mažai kinta ir mamai išėjus iš akiračio zonos, išoriškai vaikai neparodo jokių nerimo ar išgąščio ženklų, nors yra tyrimų, liudijančių, kad vaiko organizme vyksta fiziologiniai pokyčiai, labai būdingi tiems, kurie vyksta streso metu. Vaikai nerodo susitikimo džiaugsmo, mamai vėl pasirodžius akiratyje, gana dažnai net linkę vengti bet kokio artimesnio kontakto su kalbinančia ar bandančia liesti mama. Dažnai tokiose situacijose stebimos labai intensyvios vaiko pykčio, protesto reakcijos, kurias specialistai sieja su tuo, kad vaikui nuo pat pirmųjų dienų teko patirti ypač neįjautrius ar / ir neadekvačius atsakus į siunčiamus poreikių signalus.

Pagrindinės ankstyvųjų santykių ypatumų sąlygotos sutrikimų grupės:

- maitinimosi sutrikimai,
- miego sutrikimai,
- šalinimo sutrikimai,
- elgesio sutrikimas, pasireiškiantis tik šeimoje,
- prieštaraujančio neklusnumo sutrikimas,
- nesocialus elgesio sutrikimas,
- socialinio elgesio sutrikimas.

Psichologinės elgesio sutrikimų priežastys

Elgesys – tai veiksmai, kurie interpretuojami aplinkinių įvairiose gyvenimo situacijose. Labai svarbu atminti, kad jie turi tikslą – patenkinti vieną ar kitą vaiko poreikį, turi pradžią ir pabaigą, tam tikrą rezultatą. Todėl itin svarbu išsiaiškinti, kokį poreikį liudija vienas ar kitas vaiko veiksmas ir kiek mes galime jam atliepti – suprasti, padėti, o galbūt nustatyti ribas, kurios reikalingos jo psichologiniam saugumui.

Dirbant su šeimomis ir vaikais, būtent ir kalbama apie elgesio priežastis, kurias tikrai ne visada pavyksta greitai įminti net ir patyrusiems specialistams.

Vienas iš elgesio tikslų – dėmesio siekimas. Vaikas išmoksta padaryti daug įvairių veiksmų, kurie garantuoja, kad šalia esančių asmenų dėmesys bus nukreiptas į juos. Deja, dažnai tie veiksmai būna nekonstruktyvūs, keliantys daugiau neigiamų emocijų ir pasekmių.

Kitas elgesio įvardijimas gali būti jėgos ar savo galingumo pajautimas. Vaikai atrodo patenkinti tik tada, kai visa juos supanti aplinka tenkina jų poreikius (tai nėra blogai),

tačiau problema kyla, kai vaikas nesimoko suvokti, kad ir aplinkiniai asmenys turi savo poreikių.

Dar vienas specialistų įvardijamų elgesio problemų tikslų – vaiko kerštas, kai jis gali skaudinti, žeminti aplinkinius, nes pats patyrė tokį elgesį.

Būtina paminėti keletą svarbių normalios vaiko raidos ir emocinės patirties etapų, kurių žinojimas padeda tėvams išvengti per didelio nerimo dėl pasikeitusios vaiko būsenos, elgesio, taip pat anksčiau minėtų nelabai tinkamų elgesio būdų.

Svarbūs normalios vaiko raidos ir emocinės patirties etapai:

- Išsiskyrimo nerimas.
- Pavydas arba konkurencija.
- Vaiko fizinis ar psichologinis nuovargis.
- Nusivylimas savo gebėjimais.
- Dėmesio stoka, atsižvelgiant į konkrečius vaiko ypatumus.

Išsiskyrimo nerimas

Kūdikių ir mažų vaikų nenoras skirtis su tėvais ir dažnai dėl to kylančios audringos protesto reakcijos dar nėra elgesio sutrikimas ar „jėgos kova“. Tai normalus vaiko emocinės raidos etapas, dažniausiai atsirandantis apie 6–8 gyvenimo mėnesį ir galintis daugiau mažiau intensyviau trukti iki trečiųjų gyvenimo metų, priklausomai nuo to, kokiomis aplinkybėmis ir kuriam laikui tenka išsiskirti su tėvais ar pagrindiniu globėju. Pagrindinės rekomendacijos ir būtų tokios, kad tėvai nepaliktų vaiko slapta (dažniausiai naudojamas miego metu), sukurtų laikino atsisveikinimo ritualą ir, pagal galimybes, atsirastų vaiko akiratyje tada, kada ir pažadėjo sugrįžti. Žinome, kad lengva patarti, sunku įgyvendinti, bet suaugusiojo ramumas išsiskyrimo situacijoje yra labai svarbus. Tai liudijimas vaikui, kad juo pasitikima kaip gebėsiančiu susitvarkyti su keliamais iššūkiais. Dauguma vaikų iki 3 metų amžiaus jau būna tiek fiziškai, tiek emociškai gebantys praleisti dalį dienos laiko draugiškai vaikams įrengtoje aplinkoje be artimo šeimos nario.

Pavydas arba konkurencija

Kartais šios reakcijos būna tikrai gąsdinančios tėvus ir sunkiai kontroliuojamos. Tačiau tam tikrame amžiaus tarpsnyje tai irgi gali būti normalus vaiko raidai ir brendimui reikalingas elgesys. Kaip ir kitais atvejais, svarbu įžvelgti ir suprasti pablogėjusio vaiko elgesio priežastis, o bendraujant su vaiku pasitelkti daug kantrumo ir nuoseklumo. 2–3 metų vaikui dažniausiai dar sunku išaiškinti, kodėl ateityje brolio ar sesers buvimas šalia gali būti svarbus ir vertingas.

Vaiko fizinis ar psichologinis nuovargis

Fiziologinis vaiko brendimas, ligos, stresas, susijęs su namų aplinka (tėvų nesutarimai ar skyrybos, gyvenamosios vietos keitimas, ugdymo įstaigos lankymo pradžia, kelionės, svečiai ir pan.) gali taip pat bloginti vaiko elgesį. Labai svarbu tokiose situacijose nekomplikuoti padėties dar labiau, jį baudžiant ar jam moralizuojant. Gyvenimo ritmui nusistovėjus, turi sugrįžti įprastos taisyklės.

Nusivylimas savo gebėjimais

Labai aiški ir išraiškinga mažų vaikų reakcija, susidūrus su tuo, kad jiems nepasiseka atlikti to, ką buvo suplanavę, arba pamačius, kad kitiems pasiseka geriau. Pykčio, daiktų išsvaidymo, galvos trankymo reakcijų taip pat dar nederėtų vertinti kaip elgesio sutrikimo. Stengiamės skatinti ir įvardyti tai, kad labai svarbios yra jo pastangos bet kokioje veikloje. Jeigu tėvai ar kiti aplinkiniai labai greitai prikabina vaikui etiketę („isterikas“, „negabus“), baudžia už tai arba pernelyg greitai skuba suteikti pagalbą, atsiranda didelė tikimybė, kad vaikui bus labai sunku išmokti įveikti sunkumus ir pasitikėti savo galimybėmis.

Dėmesio stoka, atsižvelgiant į konkrečius vaiko ypatumus

Tėvai dažniausiai sutinka su tuo, kad kūdikiui tikrai natūralu skirti itin daug aktyvaus dėmesio, atliepiant jo poreikius. 2–3 metų vaikams dažniausiai tiek laiko skirti, net ir labai norint, dažna šeima jau nebegali. Tačiau to ir nereikia. Šiame amžiaus tarpsnyje jau reikalingas kitoks dėmesys, ne vien rūpestis vaiko fizine gerove. Šiuo atveju kalbama apie dėmesio kokybę, o ne laiko trukmę, kuri praleidžiama kartu arba šalia vaiko. Realiomis šiuolaikinio gyvenimo sąlygomis tai kartais tikrai sunku padaryti. Labai svarbu padėti suprasti vaiką auginantiesiems suaugusiesiems, kad kartais net ir vieną kartą per savaitę pasiūlytas bendras žaidimas ar kita šeimos gyvenime vykstanti veikla (o ne mokymas, vaiko pasiekimų vertinimas) labai padeda užbėgti už akių elgesio problemoms. Bendro žaidimo ar buvimo vieta gali būti neįprasta, ne tokia, kurią daugelis dažnai įsivaizduoja kaip turėsančią būtinai patikti vaikui. Jaunesnio amžiaus vaikui bus be galo svarbus pasikarstymas kartu ant karstyklių, vandens, smėlio žaidimai ir panašios veiklos. Kai suaugęs asmuo iš karto išgirs ir atsakys į jiems itin svarbius klausimus, kas ir kodėl. Vyresniems taip pat svarbu, kai tėvai žino jų mylimiausių filmukų ar kompiuterinių žaidimų herojus, nenuvertindami iš karto to, kas vaikui patinka, itin kritiškai, kaip „baisius, kvailius ar juokingus“. Jei tėvai to nepajaučia patys, dalis vaikų „išsikaulija“ dar gana konstruktyviais būdais – nuolat kalbindami, klausinėdami. Nepavykus pasiekti tikslo, atrandami nepageidaujami, tačiau savotiškai patikimesni būdai – tie veiksmai ar žodžiai, kurie greičiausiai pritraukia aplinkinių dėmesį (pvz., žodinė agresija ar fizinė agresija su vienu ar kitu šeimos nariu ar augintiniu, destruktivus elgesys su daiktais, ypač tais, kurie svarbūs tam asmeniui, kurio dėmesio siekiama).

Vaiko galimybių neatitinkantys reikalavimai

Viena to priežasčių – nepakankamos tėvų žinios apie vaiko raidos ypatumus dėl patirties, socialinės kompetencijos stokos arba nekritiškas požiūris į šiuo metu siūlomą itin platų įvairių vaikų auklėjimo ir ugdymo teorijų, praktinių patarimų spektrą. Sunkumų kyla ir dėl specifinių socialinių, ekonominių ir kultūrinių kai kurių šeimos gyvenimo sąlygų. Todėl labai svarbu atsižvelgti į realius vaiko gebėjimus, jo stiprumus, pomėgių sritis, kartu gerbiant ir tai, kad jam gali tikrai sunkiau sektis kitose srityse. Šiuo metu ikimokyklinio ir mokyklinio ugdymo įstaigos kelia aukštus reikalavimus ugdytinių akademiniais pasiekimams, todėl šeimos narių supratimas ir palaikymas yra atramos šaltinis vaikams, kurie dėl vienu ar kitų priežasčių neturi galimybių atitikti visus jiems keliamus reikalavimus ir iššūkius.

Atvejis

Ankstyvosios reabilitacijos specialistų pagalba kreipėsi šeima dėl 2,6 metų sūnaus kalbos problemų ir su tuo, tėvų žodžiais, susijusių jo elgesio problemų (neklusnumo, pykčio ir rėkimo priepuolių, kai nevykdomi jo norai). Berniukas nuo 2 metų buvo pradėjęs lankyti ugdymo įstaigą, pirmaisiais mėnesiais adaptacija nebuvo labai lengva, tačiau kreipimosi metu berniukas jau išbūdavo darželyje visą dieną. Pedagogai žymesnių skundų neišsakė, tačiau paminėdavo, kad vaikas linkęs žaisti vienas, nedalyvauja grupinėse veiklose. Dalyvaujant ankstyvosios reabilitacijos programoje, labai greitai buvo pastebėti teigiami berniuko elgesio bei aplinkinių sugebėjimo jį valdyti pokyčiai. Labai padėjo užsiėmimuose naudojama vaizdinė informacija, nuoseklus struktūros laikymasis, tėvai ypač dėliaugėsi, kad daug informacijos jiems suteikė ergoterapijos, kineziterapijos, specialiojo pedagogo veiklos bei patarimai. Šeima konstruktyviai bendradarbiavo su specialistų komanda, įvardijant sūnaus autistiškus bruožus ir aptariant tolesnės pagalbos galimybes. Praėjus beveik metams, ta pati šeima kreipėsi konsultacijos dėl vėl labai pablogėjusio berniuko elgesio, pykčio ir protesto reakcijų. Konsultacijos metu paaiškėjo, kad po sėkmingos terapinės patirties Vaiko raidos centre šeima apsisprendė „padaryti viską, kas įmanoma šiuo metu, kad berniukas pasivytų bendraamžius“. Todėl paskutinį pusmetį berniuko dienotvarkė buvo: penkios dienos vaikų darželyje, kuriam gaudavo logopedo, spec. pedagogo užsiėmimus, po to pakaitomis (jau po darželio) papildomi ergoterapeuto, logopedo, judesio terapeuto užsiėmimai, šeštadieniais – dar vieno logopedo užsiėmimai, baseinas. Tėvai dar svarstė delfinų, jojimo terapijos galimybes, labai domėjosi naujausiomis žiniomis apie įvairias dietas, papildus ir pan. Šeimos narių gyvenimas buvo virtęs sudėtingu „logistiniu“ mechanizmu, stengiantis suderinti tėvų darbo ir berniuko vežiojimo pas specialistus tvarkaraščius, o pats vaikas atrodė piktas, dirglus ir vengiantis bet kokių veiklų, net ir tų, kurios jam anksčiau patikdavo. Šioje ir panašiose situacijose pagrindinė intervencija turėtų būti nukreipta į tėvų lūkesčių ir realių vaiko galimybių suderinimą, padedant pasirinkti pagrindinius ir labiausiai vaiko gerovę, jo gerą savijautą atitinkančias veiklas.

Migdomo ir vaiko miego sunkumai, sąlygoti psichologinių priežasčių

Suaugusiojo ir vaiko neišsimiegojimas vienareikšmiškai yra vienas itin svarbių rizikos faktorių, darančių įtaką šeimos narių tarpusavio santykiui. Neišsimiegojęs ir be aplinkinių pagalbos turintis globoti ir jautriai reaguoti į kūdikio signalus suaugęs žmogus kai kuriais atvejais gali kelti pavojų kūdikio sveikatai ar net gyvybei. Privalu prisiminti, kad kokybiškas emocinis bendravimas sunkiau įvertinamas objektyviai, o jis šiuo metu yra itin svarbus.

Dažniausiai naujagimystės ir kūdikio amžiuje įvardijami miego elgesio sunkumai: vaikas sunkiai užmigdomas, atsisako miegoti atskirai, naktimis dažnai atsibunda ir paskui vėl sunkiai užmiega, todėl tėvai pradeda bandyti įvairius būdus, kurie ir formuoja nepageidaujamus miego įpročius, pvz., kūdikis užmiega tik gavęs pažįsti ar atsigerti iš buteliuko, leidus miegoti tėvų lovoje, nešiojamas ir pan. Psichologiškai nėra tiek svarbu, kiek kartų vaikas per naktį prabunda. Svarbus aplinkinių elgesys ir kokį vaiko išmokimą jis gali paveikti. Labai natūralu, kad bet kuris suaugęs nakties metu jautriai reaguos į kiekvieną vaiko krustelėjimą, kuris gali reikšti prabudimą. Nerimą sąlygoti dažnai gali kitų šeimos narių, aplinkinių reakcijos arba pačiam asmeniui kylantis nepasitikėjimas savo galimybėmis būti „geru“ tėvu.

Atvejis

Konsultacijos kreipėsi močiutė, kuri sunerimo dėl to, kad 8 mėnesių anūkė tapo neįprastai dirgli ir „niekur nebepaleidžia mamos“. Po pirminės konsultacijos į pokalbį atvyko mama su mergaite ir pritarė, kad dukters miegas „labai pablogėjo“. Mamos žodžiais, kai mergaitei buvo trys savaitės, jiedu su vyru apsisprendė perkelti dukrą miegoti į savo lovytę ir „jos kambaryje“, taip tikėdamiesi ugdyti būsimą savarankiškumą. Mergaitė buvo maitinama mamos pienu, jau buvo pradėta galvoti apie primaitinimą, todėl apsisprendimą paskatino ir tai, kad naktimis mažylė nebeatsibusdavo valgyti ir ramiai išmiegodavo „reikiamas valandas“. Tai buvo pirmagimė jaunoje šeimoje, gyvenančioje atskirai nuo savo tėvų. Tėtis, mamos žodžiais, beveik visas darbo dienas, o kartais ir savaitgaliais, intensyviai dirbo atsakingą darbą, leidžiantį garantuoti tiek šeimos finansinę gerovę, tiek potencialią darbinę karjerą. „Geras“ mergaitės miegas džiugino abu tėvelius. Prasidėję vis dažnesni dukters naktiniai prabudimai ir verksmai paskatino tėvelius priimti sprendimą mamai laikinai eiti miegoti su dukrele į atskirą kambarį, „kad bent tėtis galėtų tinkamai išsimiegoti“. Miegodama kartu su dukryte ir norėdama nesukelti naktinio triukšmo, mama ramindavo sukrutusį ar šiek tiek virktelėjusį kūdikį, duodama jam krūtį. Šeimą lankiusiai močiutei nerimą sukėlė tai, kad anūkė ir dienos metu pasidarė verksminga, sunkiai sudominama žaislais, nurimdavo tik būdama mamai ant rankų. Naktiniai prabudimai pradėjo siekti net iki 10–15 kartų per naktį. Mama neišsimiegodavo, dukrytė reikalavo tiek pat intensyvaus dėmesio ir dienos metu,

tačiau, mamos žodžiais, „ji jau prie tokio ritmo pripratusi, turbūt vaikai kitaip neišau- ga“. Tačiau nuolatinis nuovargis vis tik sąlygojo tai, kad mamai pritrūkdavo jėgų tiek žaidimams su dukra, tiek savo laisvalaikiui, tiek santykiams su vyru. Santykiai šeimoje tapo įtempti, daugėjo konfliktų tarp sutuoktinių, kartais dėl tokių dalykų, kurie anksčiau būdavo sėkmingai sprendžiami. Šioje situacijoje labai padėjo tai, kad visi šeimos nariai vis tik buvo motyvuoti siekti pagalbos susidariusioje situacijoje, aiškinantis prie- žastis ir taikant siūlomas rekomendacijas. Buvo suteikta informacija apie normalius kūdikių raidos amžių atitinkančius miego pobūdžio ir trukmės pokyčius, apie kintan- čius vaikučio poreikius bendraujant ir žaidžiant dienos metu, apie atsirandančias emo- cines reakcijas, formuojantis saugiam prierašumui. Mergaitės tėtis ir močiutė surado galimybių sudaryti mamai sąlygas „kokybiškai“ išsimiegoti, vėl pasijusti energingai ir gebančiai suderinti įvairias veiklas kasdienės rutinos metu, taip pat nebesijausti kaltai, jeigu kartais reikia paprašyti artimųjų pagalbos, tiesiogiai įvardijant savo savijautą. Akivaizdu, kad tai buvo tik vienas iš žingsnių, sprendžiant iššūkius tapus tėvais.

Vyresnių vaikų tėvai susiduria su vaiko atsisakymo eiti gulti problema. Psichologai tai aiškina mažo vaiko nerimu ir bandymu išvengti išsiskyrimo su tėvais. Vaikai iš- moksta rasti įvairių būdų, kurie gali padėti atitolinti šį procesą. Šie būdai, pvz., naktinio valgio prašymas, padidėjęs žaismingumas, kalbinimas, dažnai sėkmingai padeda.

Pagrindinė elgesio sutrikimų atsiradimo rizika tokiais atvejais: pavargę tėvai grei- čiau linkę netinkamai reaguoti į vaiko elgesį tiek nakties, tiek dienos metu; tėvai prade- da mažiau pasitikėti savo gebėjimais būti sėkmingais tėvais; vaikas išmoksta patenkinti savo poreikius nekonstruktyviais būdais; vaikas nesijaučia saugus, nejausdamas šalia savimi pasitikinčio suaugusiojo.

Rekomenduojama:

- Viena svarbiausių, bet ir sunkiausiai įgyvendinamų miego elgesio keitimo atveju. Tai turi daryti gerai išsimiegojęs ar pailsėjęs suaugęs. Skatinama nebijoti kreiptis pagalbos to pasiekti į kitus šeimos narius. Kai kuriais atvejais rekomenduojami ir gali padėti specialisto paskirti medikamentai.
- Atminti, kad kiekvienas vaikas turi skirtingą miego savitumą (jam reikalingą truk- mę, miego fazių ypatumus), todėl tenka susitaikyti su tuo, kad gali ir nepavykti pasiekti literatūros ar specialistų nurodomų rekomendacijų.
- Nėra universalios formulės, kiek ir kaip vaikas turi miegoti. Labiau tiktų prin- cipas – viskas tinka, jei visi šeimos nariai tuo patenkinti. Vieni kūdikiai miega at- skirai nuo tėvų nuo pirmųjų mėnesių, kitose šeimose kartu su tėvais vaikas miega iki kelerių metų amžiaus.
- Apsisprendus keisti vaiko miego įpročius, būtina tai reikia aptarti su kitais šei- mos nariais, jas tiksliai apsibrėžti ir įsitikinti, kad visi jas vienodai supranta. Siūlo- ma remtis sveika nuovoka – miego metu nevalgoma, nesikalbama, nežaidžiama,

nedegama dienos šviesa, o atsibudus įmanoma užmigti savarankiškai. Taisyklių laikytis kiek įmanoma nuosekliau.

- Svarbu sukurti vaiko ėjimo miegoti ritualą, pvz. malonią bendrą veiklą, skatinančią saugumą ir ramumą, panašų paros laiką, atsisveikinimą su žaisliukais iki rytojaus, žaismingą dantukų valymąsi ir pan.
- Pablogėjus vaiko miegui, vis tiek patariama laikytis nuostatos vaikui užmigti savarankiškai. Jokiu būdu negalima palikti vaiko verkti tol, kol užmigs. Periodiškai tėvai turi parodyti vaikui, kad jie šalia ir pasitiki vaiko gebėjimu užmigti pačiam.
- Atvejais, kai vaikas turi miego sunkumų ir sutrikimų, kurie sąlygoti ne psichologinių priežasčių, taip pat labai svarbus šeimos ir specialistų bendradarbiavimas, ieškant pagalbos galimybių kiek įmanoma anksčiau.

Maitinimo problemos, sąlygotos psichologinių priežasčių

Tai kita potenciali ankstyvųjų vaiko ir aplinkos problemiškų santykių sunkumų priežastis. Yra objektyvių vaiko fizinės sveikatos ar raidos ypatumų, kurie objektyviai nulemia jo maitinimo, valgymo įgūdžių formavimo ir maitinimo sunkumai. Tokiais atvejais neišvengiama specialistų pagalba, parenkant specialias maitinimo priemones ar produktus, kartais reikalinga chirurginė intervencija, kitų sričių specialistų konsultacijos. Yra vaikų, kurie ypač jautrūs įvairiems skonio, kvapo ar maisto konsistencijos stimulams. Tačiau daugėja šeimų, kurios skundžiasi vaiko maitinimo problemomis, bet šiose šeimose auga vaikai, neturintys objektyviai nustatomų priežasčių dir rijimo, kramtymo ar panašių valgymo sunkumų.

Dažniausiai išsakomi tėvų skundai: vaikas valgo tik tai, ko nori jis, atsisakydamas ragauti naujus produktus, neišreiškia poreikio valgyti, sudominamas tik naudojant pagalbines priemones – žaislus, televiziją, ekranus ir pan. Informacija, kad kartais sumaitintą maistą gali išvemtį, taip pat labai svarbi.

Tikslingas išsamesnis individualus kiekvieno atvejo vertinimas ir stebėjimas. Svarbu išsiaiškinti realų vaiko suvalgomo maisto kiekį ir gaunamas kalorijas, tėvų lūkesčius, koku vaiko valgymo pobūdžiu jie būtų patenkinti, pagal galimybes turėti duomenų (geriausia – filmuotą medžiagą) apie konkrečią vaiko maitinimo ir valgymo situaciją. Maitinimo problemų sprendimo situacijose galioja tas pats principas – kiekvienas vaikas turi jam tinkantį valgymo pobūdį, kiekį ir tempą. Objektyvus vaiko fizinės sveikatos būklės įvertinimas mažina tėvų nerimo lygį, tada gerėja tikimybė, kad pavyks šeimos ir specialistų bendradarbiavimas įgyvendinant siūlomas valgymo elgesio įpročių keitimo rekomendacijas. Dažnai išaiškėja, kad vaikas per dieną gauna užkandžių ar gėrimų, kurie jam teikia pakankamai kalorijų, todėl jis natūraliai nejaučia alkio. Taip pat gana dažna patirtis yra vaiko maitinimas prievarta, todėl kiekvienas valgymo procesas virsta vaiko ir suaugusiojo „jėgos“ kova. Kitais atvejais vaiko natūralus domėjimasis savaran-

kišku valgymu, maisto tyrinėjimu yra slopinamas šeimoje nusistovėjusiomis švaros ar higienos laikymosi taisyklėmis.

Atvejis

Ankstyvosios reabilitacijos programoje dėl atsiliekančios motorikos raidos buvo stebima ir konsultuojama 1,8 mėn. mergaitės šeima. Kadangi šeimoje auga vyresnė 7 metų sesuo, kuriai jau anksčiau buvo diagnozuotas raidos sutrikimas, tėvai labai nerimavo dėl jaunesnės dukters. Nerimą dar labiau pastiprino tai, kad jiems buvo rekomenduota kreiptis ir genetikų konsultacijos. Labiau nei šiek tiek atsiliekanči motorika (mergaitė pradėjo savarankiškai vaikščioti 14 mėn.) mamą neramino tai, kad mergaitė atsisako valgyti savarankiškai, vengia ragauti bet kokią kramtomą produktą, taip pat mokytis gerti iš puodelio. Padėties išgelbėjimas buvo tai, kad mama maitino mergaitę krūtimi, visi mergaitės medicininiai rodikliai – ūgio, svorio, kraujo tyrimai – atitiko normas. Konsultavimo metu buvo labai pastebima, kad mergaitė greitai supranta, kai kalbama apie jos valgymą. Tokiose situacijose ji nutraukdavo savo žaidimą, eidavo prie mamos ir keldavo mamos drabužį, siekdama krūties. Tuo pačiu atsikus ji stebėdavo aplinkinių reakciją. Mama su tuo visada sutikdavo, paaiškindama, „kad kitu atveju dukra labai supyks ir vis tiek išsiverks, ko nori“. Tolesni tyrimai parodė, kad mergaitės raida, o ypač kalbos supratimas, visiškai atitinka jos amžiaus normas. Mamos pasakojimu, tiek ji pati, tiek jos vyras, kiti šeimos nariai dažnai kalbina mergaitę šia tema, prašydami žodinio pasižadėjimo, kad „ji jau didelė ir daugiau taip nedarys“. Tai, pačios mamos žodžiais, „tapo kaip ir žaidimu – dukra iškilmingai pažada, bet kai tik ji pradeda verkti, visi sužiūra į mane, kaip į vienintelę gelbėtoją“. Šioje situacijoje buvo reikalingas šeimos nerimo dėl dukters raidos sutrikimo mažinimas ir labai aiškus, vieningas visų specialistų teikiamas pastiprinimas, nustatant ir išlaikant naujus mergaitės savarankiškumo skatinimo tikslus ir reikalavimus.

Pagrindinė valgymo elgesio sutrikimų atsiradimo rizika: vaiko ir tėvų santykis paremtas „jėgos“ kova, tėvai neįsivaizduoja pasitikėjimo savo galimybėmis keisti susiklosčiusias situacijas, vaikai išmoksta naudotis maitinimo ar valgymo situacijomis savo poreikiams patenkinti nekonstruktyviu būdu.

Rekomenduojama:

- Atminti, kad kiekvienas vaikas turi ganėtinai skirtingus poreikius maisto kiekiui, skoniui ir išvaizdai, tačiau maitinimo procesą galima padaryti teikiančiu teigiamas emocijas tiek valgančiajam, tiek maitinančiam.
- Ankstyvajame amžiuje vaikui dar sunku pačiam įvertinti, o suaugusiajam jam paaiškinti, kodėl kyla įtampa, kad jis nenori valgyti. Svarbu, kad vaikas mokytųsi pajusti, kada jis alkanas, ir parodyti tai aplinkiniams.
- Ryžtingesnis ir nuoseklesnis tėvų elgesys pageidaujamas tada, kai vaiko atsisakymas valgyti ar nepagarbus elgesys su maistu nesusijęs su nesupratimu ar nauju

patiekalu. Tokiu atveju valgymo procesas nutraukiamas, nepaisant to, kad vaikas dar nesuvalgė, kas jam siūloma. Vaikas turi pajusti, kad jo elgesys aplinkiniams nekelia išgąščio ar kitos reakcijos, o jis pats dėl to kurį laiką lieka alkanas.

ANTRIEJI IR TRETIEJI GYVENIMO METAI

Šiuo laikotarpiu vaikui taip pat tenka išmokti daug naujų dalykų. Visa šeima suduria su aiškių pirmųjų elgesio taisyklių ir ribų nustatymu augančiam vaikui, kuris šiame amžiuje jau domisi daugiau ne įvairiais aplinkos sensomotoriniais tyrinėjimais, o sugebėjimu kontroliuoti save ir aplinką.

Atvejis

Į Vaiko raidos centrą kreipėsi šeima, auginanti 2,8 metų sūnų. Berniukas nuo vienerių metų augo su aukle, todėl tėvai visus savaitgalius stengdavosi skirti tik sūnui. Tai, kad tos dienos virsdavo „košmaru“ (berniukas atsisakydavo valgyti tai, ką puikiausiai sumaitindavo auklė, buvo neužmigdomas pietų miego, nuolat zirzdavo ir „būdavo viskuo nepatenkintas“), dar tėvams atrodė paaiškinama tuo, kad sūnus jų išsiilgęs ir taip bando jų kantrybės ribas. Kai prie savaitgalinių problemų prisidėjo dar ir dieninis šlapinimasis bei tuštinimasis, tėvai kreipėsi į specialistus. Artėjo vaikų ugdymo įstaigos lankymo pradžia, tėvams nemažėjo nerimas, kad dėl tokio sūnaus elgesio gali kilti daug nesklandumų. Berniukas, tėvams kalbantis su specialistu, atrodė guvus, rinkosi ir tyrinėjo savo amžiui adekvačius žaislus, kalbinamas noriai bendravo su nauju asmeniu, įsitraukdamas į bendrą žaidimą. Pokalbio su tėvais eigoje aiškėjo, kad auklei panašių problemų nekyla, o tėvai jaučia kaltę dėl to, kad per mažai skiria sūnui dėmesio, bet kartu ir daug kylančio pykčio dėl tokio „nešvaraus ir gėdą keliančio“ elgesio. Nesunku buvo nuspėti, kad kiekvienas vakaras, tėvams grįžus namo, prasidėdavo tais pačiais klausimais auklei: kaip valgė, kaip miegojo, kaip sekėsi „draugauti“ su puoduku. Berniukas visada būdavo šalia, tėvai neneigė, kad sūnus yra girdėjęs jų tarpusavio pokalbius, kartais ir ginčus apie nerimą keliantį jo elgesį, o šeimą dažnai aplankanti močiutė visada „atskaito moralizuojančią pamokėlę“. Tėtis taip pat, kelis kartus neišlaikęs, „vyriškai“ pasišnekėjo apie tai, „kokia gėda tai daryti“. Konsultacijos metu tėvams buvo pasiūlyti namų darbai (rasti kitų bendrų „vyriškų“ ar visos šeimos žaidimų, vakarinio susitikimo nepradedant nuo auklės klausinėjimo). Po trijų savaičių anksčiau išsakytų skundų, tėvų žodžiais, reikšmingai sumažėjo. Jie padėjo labiau pasitikėti savo jėgomis, suprasti, kad, ir esant labai užimtiems, yra daug galimybių pažinti ir išmokti sėkmingai būti kartu su savo vaiku, jį auginti ir auklėti.

Pagrindinės šio laikotarpio vaiko „mokymosi“ sritys ir siektini rezultatai:

- Savo kūno funkcijų kontrolė – šiame amžiuje vaikas įtvirtina savo gebėjimą kontroliuoti šlapinimąsi ir tuštinimąsi.
- Išsiskyrimo nerimo kontrolė – įtvirtinimas savo gebėjimo „išgyventi“ dalį dienos be tėvų ir sugebėti sėkmingai patenkinti savo pagrindinius poreikius (pavalgyti, užmigti, dalyvauti bendrame žaidime) ir su kitais aplinkiniais.
- Elgesio kontrolė – palaipsniui besiformuojantis ir konkrečia vaiko patirtimi paremtas supratimas, kad rėkimas, kritimas ant žemės, savęs ar kitų, daiktų žalojimas arba gadinimas neteikia norimų pasekmių santykiuose su kitais žmonėmis.
- Nusivylimo dėl nesėkmės kontrolė – mokymasis gyventi su patyrimu, kad kol kas dar ne viską išsina padaryti taip gerai, kaip norėjosi.
- Buvimo kartu kontrolė – gebėjimas stebėti aplinkinių veiklas, palaukti ir sulaukti savo eilės grupinėse veiklose, dalintis aplinkinių dėmesiu ar daiktais.

Šiame vaiko amžiaus ir raidos etape tėvams tenka itin daug išbandymų. Jie jau natūraliai priversti susidurti su aiškių drausminimų ir taisyklių įvedimu. Vaikai jau irgi gali būti išmokę tokio nepageidaujamo elgesio būdų, kuriam keisti prireikia daug suaugusiojo laiko ir kantrybės. Ankstyvoji teigiama tėvų patirtis sprendžiant vaiko maitinimo, migdymo problemas šiuo atveju labai praverčia, nes padeda pasitikėti tiek savimi, tiek vaiku.

Du kraštutiniai, į kuriuos būtina atsižvelgti, kalbantis su tėvais apie jų požiūrį į vaiko asmenybės ugdymo tikslus ir vertybes:

- visiška pasirinkimų laisvė,
- visiška veiksmų kontrolė.

Pirmuoju atveju tėvus dažniausiai nustebina specialisto perduodama žinia, kad vaikai nori taisyklių, nes jos suteikia saugumą ir pasitikėjimo aplinkiniais jausmą. Vaikas, kuriam leidžiama elgtis taip, kaip jis nori, per anksti priverstas daryti jam visais atžvilgiais dar per sunkius sprendimus – ką valgyti ir rengtis, kada ir kur miegoti, kiek laiko žaisti ir pan. Stebėdamas šalia esančius nepasitikinčius savo sprendimais ir nurodymais suaugusiuosius, vaikas vargu ar išmoks tinkamų konstruktyvaus elgesio modelių. Antruoju atveju vaikai, kurie savo aplinkoje nuolat jaučiasi stebimi ir kontroliuojami, gali atrodyti paklusnūs ir ramūs, deja, dažniausiai tik tol, kol tokie jaučiasi. Susikaupusi neigiama emocija, didelė tikimybė, anksčiau ar vėliau pavirs pykčiu, agresija ar destrukcija, protesto reakcijomis.

Skirtingi vaikai, skirtingos šeimos, skirtingos gyvenimo vertybės ar nuostatos, tačiau jų galiojimui būtini tie patys principai:

- taisyklės turi būti aiškios ir prasmingos;
- taisyklių suaugusieji turi laikytis nuosekliai ir vieningai;

- taisyklių laikymasis / nesilaikymas turi būti įprasmintas teigiamais / neigiamais paskatinimais.

Vaiko aplinkos suaugusieji turi pakankamai aiškiai apsibrėžti, koku vaiko elgesiu jie džiaugiasi, kokį toleruoja, o kokio nenori skatinti ar formuoti. Šios ribos paprastai yra ganėtinai plačios. Atsižvelgiant į tai, kad vaikai nuolat stebi ir pamėgdžioja daugelį tėvų elgesio modelių, tai neturėtų labai skirtis nuo priimtų suaugusiųjų pasaulyje. Lengviausiai suvokiamos ir be didesnių nesutarimų šeimose įgyvendinamos tos taisyklės, kurių laikymasis tiesiogiai susijęs su vaiko saugumu (saugojimas nuo chemikalų, medikamentų, aukščio, bėgiojimo gatve, bendravimo su nepažįstamais žmonėmis ir pan.). Kad ir kokie skirtingi būtų šeimos narių požiūriai ar iš savo šeimų atsinešta patirtis, nuoseklus ir vieningas minėtų taisyklių laikymasis didesnių keblumų nesukelia. Paaikškinti jų prasmę mažesniems vaikams taip pat dažnai nebūna sunku. Suaugusieji žino, kaip elgtis tokiose situacijose: vaikas sulaikomas fiziškai, pakeliamas, nunešamas ir pan. Vaikas paklūsta, matydamas išraiškingą suaugusiojo mimiką, girdėdamas griežtą balso toną, susidūręs su ryžtingais veiksmais.

Sunkiau sekasi derinti ir įgyvendinti taisykles, kurios siejasi su socialinio bendravimo ar labiau nuo kiekvienos šeimos individualių vertybių priklausančiais dalykais: kaip elgtis su vaiko pykčiu, protesto reakcijomis, agresija ar destrukcija, nevalgymu, nesitvarkymu, dėmesio reikalavimu ir t. t. Taisyklių, padedančių spręsti šias problemas, įgyvendinimas patikrina suaugusiojo pasitikėjimą savo jėgomis ir gebėjimą rasti sėkmingą sprendimą. Vieni tėvai gana greitai įgunda, kaip užbėgti už akių vaiko elgesio problemoms, kitiems prireikia daugiau laiko ir patirties. Labai svarbu atminti, kad bet kuris vaiko elgesys visada turi priežastį ir tikslą. Suaugusiojo kantrybė ir patirtis turėtų padėti vaikams išmokti siekti šių tikslų aplinkiniams priimtinais būdais.

Bendraudami su mažais vaikais, daugelis suaugusiųjų atranda šiuos efektyvius būdus:

- vengti situacijų, kuriose vaikas negali adekvačiai jaustis ir elgtis, nes jos neatitinka vaiko amžiaus ir jo gebėjimų (netampo liūto už ūsų);
- nukreipti vaiko dėmesį į kitus dalykus;
- naudotis besiformuojančiais vaiko gebėjimais suprasti kalbą, priežasties ir pasekmės santykius;
- formuoti ir įtvirtinti vaiko gebėjimą atidėti savo poreikių patenkinimą vėlesniam laikui.

Situacijos, kuriose susiduriame su netinkamu vaiko elgesiu, gali būti pačios įvairiausios ir netikėčiausios, išmušančios tėvelius iš vėžių (pvz., rėkimo priepuolis parduotuvėje, atsisakymas lipti į transporto priemonę, melavimas žiūrint į akis ir pan.). Atsakymas į šiuos klausimus yra vienas – suaugęs asmuo turi išlikti pasitikintis savimi ir būti nuoseklus savo veiksmuose. Tam padeda žinojimas, kad buvo ir dar bus daugybė

kitų situacijų, kuriose pavyks skirti vaiko poreikius atitinkantį dėmesį, sutelkti abiejų pusių pastangas įveikiant problemą ir toliau džiaugtis buvimu kartu.

Kūno funkcijų kontrolė

Šiuo metu gana vieningai sutariama, kad kūno funkcijų kontrolė daugiausia siejasi su vaiko fiziologine branda. Kai kurie kūdikiai ar vaikai šiuos įgūdžius įgyja anksti ir lyg savaime, be jokių ypatingų suaugusiųjų pastangų. Kitiems vaikams šis įgūdis formuojasi lėčiau, todėl vėl prireikia suaugusiojo noro suprasti vaiko elgesio priežastis ir kantrumo, kad raginimai ir nesėkmės „susidraugauti“ su puoduku netaptų dar vienu kovos „kas stipresnis“ akstinu. Formuojant šį įgūdį labiausiai padeda natūralus elgesys, t. y. šeimai priimtinių ritualų įvedimas – pvz., pasisėdėjimas ant puoduko ar klozeto (tinkamai ir saugiai pritaikyto vaiko ūgiui ir amžiui) tam tikru laiku (po valgio, miego, prieš išeinant iš namų ilgesniam laiko tarpui). Ilga sėdėjimo trukmė tikrai negarantuoja „sėkmės“, pradžioje labai svarbu, kad vaikas priimtų taisyklę pasėdėti ant puoduko kaip labai natūralų ir prasmingą savo dienos veiklų dalį. Rekomendacijas išraiškingai pasidžiaugti „sėkme“ šeimos nariams dažniausiai nėra sunku įgyvendinti. Sunkiau susilaikyti nuo nusivylimo ir kritikos reakcijų, kai nuo puoduko pakilęs vaikas padaro „tai“ vos ne po kelių sekundžių.

Elgesio kontrolė

Pagrindinis tikslas – keisti vaiko elgesį tam tikrose aplinkose bei tos aplinkos reakcijas į vaiko elgesį. Kad ir kokie skirtingi būtų vaikai, sėkmingas elgesio valdymas remiasi tokiais pagrindiniais principais:

- vaikui keliami reikalavimai turi atitikti realų vaiko amžių ir galimybes;
- reikalavimai (taisyklės, ribos) turi būti pateikiami aiškiai ir vaizdžiai, vieningai ir nuosekliai;
- bendraujant vaikas turi gauti iš suaugusiojo grįžtamąją informaciją apie savo elgesį laiku ir vietoje;
- pagrindinis dėmesys turi būti skiriamas teigiamam vaiko elgesiui skatinti – už pasiekimus, o dar svarbiau – už pastangas, vaikas turi būti apdovanojamas individualiai jam svarbiu paskatinimu. Tokie paskatinimai turi tiktai konkrečiam vaikui ir teikti jam teigiamų emocijų.

Tenka pripažinti, kad dažnai tinkamą paskatinimą tėveliams gana sunkiai sekasi rasti. O paskatinimus galima rasti tikrai įvairius ir lanksčiai jais laviruoti:

- materialiniai dalykai (skanumynas, žaislas);

- vaikui patinkančios veiklos (pačios įvairiausios ir net keisčiausios, sąlygotos vaiko poreikio: laipynės, karstynės, supimasis, knygų vartymas, muzikiniai instrumentai, kompiuteriniai žaidimai ir t. t.);
- bendros veiklos kartu su vaiku (bendri vaikui patinkantys užsiėmimai, iškylos, judrieji žaidimai, pasakos sekimas, filmo žiūrėjimas kartu ir t. t.);
- suaugusiojo demonstruojami ženklai, kad jis pastebi ir džiaugiasi vaiko elgesiu (pritariantis žvilgsnis, gestas, prisilietimas ar apkabinimas, bučinyš, pagyrimo žodžiai).

Svarbiausia, kad vaikas žinotų ir jaustų, koks jo elgesys buvo paskatintas, kad tai buvo padaryta nuoširdžiai ir kad ateityje tokį elgesį bus galima kartoti.

Už netinkamą, nepageidaujamą elgesį turi sekti neigiamas paskatinimas / bausmė. Dažniausiai tam galėtų būti taikomas teigiamų apdovanojimų netekimas arba atidėjimas vėlesniam laikui. Taip pat turi keistis ir suaugusiojo siunčiami žodiniai ir nežodiniai signalai: balso tonas, mimika, poza, fiziniai prisilietimai. Informaciją apie savo nepriimtina elgesį vaikas turi gauti tiesiogiai po vieno ar kito veiksmo, neatidedant „auklėjimo“ vakarui ar kitai dienai.

Visų kylančių klausimų dėl vaiko auginimo ir auklėjimo bei iššūkių sprendimų sėkmė neįmanoma, jeigu vaiką supantys suaugusieji nesutaria, kokie reikalavimai ir ribos bus nustatomi vaiko elgesiui, kokius teigiamus ir neigiamus paskatinimus būtų tikslinga taikyti. Reikalavimų nenuoseklumas, skirtingi suaugusiųjų veiksmai dažniausiai apsunkina nepageidaujamo vaiko elgesio keitimo galimybes. Todėl jeigu vaiko aplinka nėra pasirengusi vieningiems reikalavimams, specialistai rekomenduoja nepradėti vieno ar kito elgesio keitimo „programos“, kol nebus užtikrintos visos reikiamos tam sąlygos.

Literatūros sąrašas

1. Čekuolienė D. Prieraišumas: teoriniai aspektai, tyrimai, intervencija. Vilniaus universiteto leidyklos spaustuvė 2008.
2. Green Ch. Mažylio tramdymas. Vilnius: Vaga 2007.
3. Winnicott D. W. Vaikas, šeima ir išorinis pasaulis. Vilnius: TEV 2000.
4. Hetherington E. M., Parke R. D. Child Psychology. A Contemporary viewpoint, 3rd ed. Von Hoffmann Press, Inc. 1986.

5 skyrius

RAIDOS SUTRIKIMAI: DIAGNOSTIKA, PAGALBOS BŪDAI

RAIDOS SUTRIKIMŲ SAŲOKOS SUPRATIMAS

Laima Mikulėnaitė

Raida – tai sudėtingas psichomotorinių funkcijų procesas, prasidedantis nuo vaiciaus užuomazgos ir besitęsiantis visą žmogaus gyvenimą. Kiekvieno vaiko raida yra nepaprastai individuali, bet jai būdingi tam tikri dėsningumai. Motorinės funkcijos, kalbos ir komunikacijos ir pažintinių įgūdžių visuma yra pagrindas tolesnei vaiko socialinei ir emocinei raidai. Vaiko pažintinei raidai labai svarbūs tampa vizualiniai perceminiai ir vizualiniai motoriniai gebėjimai [1–2].

Vaiko raidos įgūdžių įgijimas – tai centrinės nervų sistemos ir kitų organų tarpusavio sąveikos bei socialinės ir fizinės aplinkos poveikio rezultatas. Dominuoja vaiko raidos principai, kurie lemia žmogaus raidą. Vaiko raida vyksta cefalokaudaline kryptimi, t. y. žmogus pirmiausia išmoka laikyti galvą, kontroliuoti pečių juostą ir rankas, liemenį ir vėliausiai kojas. Smulkiosios motorikos raidos kryptis – nuo proksimalinės į distalinę, reiškianti, kad tik susiformavus liemens kontrolei vaikas galės tikslingai naudoti savo rankas. Naujagimystės refleksai integruojasi į sudėtingas motorines reakcijas ir nors kiekvienas vaikas vystosi savo tempu, bet visų vaikų raidos seka išlieka labai panaši [1–3].

Raidos sutrikimai – heterogeninė grupė būklių, prasidedančių ankstyvoje vaikystėje ir pasireiškiančių raidos sutrikimu ir / ar atipine raida įvairiose raidos srityse, pvz., motorikos, pažintinėje, kalbos, komunikacijos ir kt. srityse. Tai įvairių vaiko raidos sričių sutrikimas dėl smegenų pažeidimo, įvykusio prenataliniu, perinataliniu ar postnataliniu laikotarpiu. Raidos sutrikimų adaptacija visuomenėje daugiausia priklauso nuo pagalbos galimybių. Anot prof. J. Ruškaus [4], raidos sutrikimas, taip pat ir protinis atsilikimas, yra sutrikimas, bet ne liga. Mat liga yra tai, kuo susergama, o protiniu atsilikimu nesusergama ir nesergama – su juo gimstama. Vadinasi, protinis atsilikimas, kaip ypatumas, žmogų lydi vis gyvenimą.

Raidos sutrikimo diagnozė yra funkcinė diagnozė. Ji neparodo priežasties ir kartais nepakeičia klinikinės diagnozės, ypač jei yra žinoma sutrikimo etiologija.

Raidos sutrikimai dažniausiai yra susiję su raidos negalia. Raidos negalia – sunki lėtinė negalia, susijusi su fiziniu, sensoriniu, protiniu ir psichiniu sutrikimu, prasidedanti iki 18 metų amžiaus ir trunkanti visą individo gyvenimą, žymiai sutrikdanti mažiausiai tris žmogaus funkcionavimo sritis (pvz., savitvarką, kalbą, mokymąsi, judėjimą, sava-

rankiškumą, ekonominį savarankiškumą), ir dėl to tokiam asmeniui reikalinga nuolatinė speciali pagalba [5].

Raidos sutrikimų išreikštumo laipsnis ir sunkumas per gyvenimą gali kisti. Raidos sutrikimas sukelia daug funkcinės ir socialinės adaptacijos problemų. Kai kalbame apie sunkius raidos sutrikimus, dažniausiai omenyje turime vaikus, turinčius raidos negalią, kurių adaptacija visuomenėje be išorinės pagalbos bus sunkesnė ar sutrikusi.

Raidos sutrikimų klasifikacija gali būti įvairi. 5.1 lentelėje pateikiama vaikų raidos sutrikimų klasifikacija.

5.1 lentelė. Raidos sutrikimų klasifikacija

Psichologinės raidos sutrikimas, mišrūs specifiniai raidos sutrikimai.
Intelektas sutrikimas (protinis atsilikimas).
Cerebrinis paralyžius.
Komunikacijos sutrikimai: kalbos ir kalbėjimo sutrikimas, įvairiapusiai raidos sutrikimai, autizmas.
Specifinis judesių raidos sutrikimas.
Mokymosi sutrikimai.
Socialinės-emocinės raidos sutrikimai.
Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas ir kiti dėmesio trūkumo sindromai.
Klausos sutrikimai.
Regos sutrikimai.

Savo moksliniame straipsnyje autoriai Brown K., Parikh S., Dilip R., Patel D. pateikia detalesnę raidos sutrikimų klasifikaciją [6–7] (žr. 5.2 lentelę).

5.2 lentelė. Raidos sutrikimai ir formos

Raidos sutrikimas	Formos
Intelektas sutrikimas (protinis atsilikimas)	Lengvas, vidutinis, sunkus, gilus
	Raidos sutrikimas (angl. <i>global delay</i>), specifinis mišrus raidos sutrikimas
	Nepatikslintas protinis atsilikimas
Komunikacijos sutrikimas	Kalbos raidos sutrikimas
	Artikuliacijos sutrikimas
	Mikčiojimas
	Socialinės komunikacijos sutrikimas
	Nepatikslintas komunikacijos sutrikimas

Raidos sutrikimas	Formos
Autizmo spektro sutrikimas	ASS (etiologija žinoma) ASS, susijęs su kitais raidos sutrikimais
Dėmesio ir aktyvumo sutrikimas	Dominuoja dėmesio sutrikimas Dominuoja hiperaktyvumas / impulsyvumas Sudėtingas dėmesio sutrikimas ir hiperaktyvumas / impulsyvumas Kiti Nepatikslintas dėmesio ir aktyvumo sutrikimas
Specifiniai mokymosi sutrikimai	Skaitymo, rašymo, matematikos sutrikimai
Motorikos sutrikimai	Specifinis motorikos funkcijos raidos sutrikimas Stereotipinių judesių sutrikimas
Kiti	Nepatikslinti raidos sutrikimai

Pastaruoju metu raidos sutrikimų – ypač autizmo spektro sutrikimų – daugėja. Raidos sutrikimų paplitimo pokyčiai, JAV mokslininkų duomenimis, pateikiami 5.3 lentelėje [8].

5.3 lentelė. Vaikų nuo 3 iki 17 metų raidos sutrikimų paplitimo pokyčiai 2009–2017 m.

Sutrikimas	N	Pokytis					P
		2009–2011 %	2012–2014 %	2015–2017 %	2009–2011 iki 2015–2017 %		
Visi raidos sutrikimai	14 743	16,22	16,80	17,76	9,5	<0,001	
Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas	7 918	8,47	9,10	9,54	12,6	0,001	
Autizmo spektro sutrikimas	1 550	1,12	1,6	2,49	122,3	<0,001	
Aklumas	139	0,16	0,16	0,16	0	0,87	
Cerebrinis paralyžius	264	0,31	0,34	0,28	–9,7	0,64	
Vidutinis ir sunkus klausos sutrikimas	537	0,64	0,68	0,58	–9,4	0,48	
Mokymosi sutrikimas	6 871	7,86	7,51	7,86	0	0,99	
Intelektas sutrikimas (anksčiau protinis atsilikimas)	1 020	0,93	1,21	1,17	25,8	0,04	
Kiti raidos sutrikimai (raidos sulėtėjimas)	3 798	4,65	4,43	4,06	–12,7	0,01	

Raidos sutrikimų rizikos faktoriai

Raidos sutrikimo diagnostikai svarbu žinoti rizikos faktorius, kurie gali būti reikšmingi vaiko raidai. Yra daug rizikos faktorių, kurie, paveikę vaisių, gali sukelti raidos problemų. Nėštumo eiga, jo ligos ir komplikacijos, būsimos mamos sveikata, tėvų amžius, nėštumų ir gimdymų skaičius ir jų išeitys gali suteikti reikšmingą informaciją raidos sutrikimui diagnozuoti.

Besiformuojant vaisiui, yra keletas labai jautrių periodų. Jautriausios jų – 2–8 savaitės po apvaisinimo. Šiuo metu vaisius ypač jautrus teratogenų poveikiui. Rūkančios mamos dažnai pagimdo mažo svorio vaikus, kurie ateityje gali turėti raidos sutrikimų [9], alkoholi vartojančios – vaikus, turinčius vaisiaus alkoholinį sindromą. Išsiaiškinama, ar nėštumo metu mama nevartojo medikamentų. Šeimose, kur tėvai vartoja alkoholį, narkotikus, vaikai negauna pakankamai emocinio stimuliavimo, dažnai patiria prievartą [10].

Raidos sutrikimui atsirasti svarbus paveldimumas. Reikia surinkti šeimos genetinę anamnezę, ypač jei šeimoje yra buvę sutrikusios raidos vaikų. Ne visos genetinės ligos pasireiškia vos gimus. Vienos jų išryškėja labai anksti, kitos – vėliau. Genetiniai faktoriai yra labai reikšmingi, nes genetinės ligos dažnai pakenkia vaiko raidai.

Raidos sutrikimai būdingesni berniukams. Įvairių literatūros šaltinių duomenimis, net daugiau negu 60 proc. atvejų priskiriami vyriškos lyties asmenims [11].

Yra ir kitų rizikos faktorių. Pastaruoju metu daug kalbama apie vaisiaus judesių vertinimą. Normaliai mama vaisiaus judesius pajunta 16–20 nėštumo savaitę. Jei vaisiaus judesiai atsiranda vėliau negu 20 savaitę, būna silpni, o gimdymo metu diagnozuojamas gimdymo veiklos silpnumas, galima įtarti, kad vaikas turės judesio sutrikimų. Dažnai mamos, kurios augina hiperaktyvius vaikus, pasakoja apie itin aktyvius vaisiaus judesius.

Labai svarbi informacija apie gimdymą ir naujagimystės periodo eigą. Gimdymo periodo komplikacijos (hipoksija, gimdymo veiklos reguliavimas, cezario pjūvis ir kt.), naujagimystės periodo sutrikimai (kvėpavimo veiklos sutrikimai, CNS slopinimo ar sudirginimo sindromai, traukuliai ar kitos rimtos sveikatos problemos) yra rizikos faktoriai raidos sutrikimui ateityje atsirasti. Raida gali būti sutrikusi neišnešiotiems ir gimusiems mažo svorio naujagimiams, kūdikiams, persirgusiems infekciniais CNS susirgimais.

Būdinga, kad vaikai, kurie ateityje gali turėti raidos problemų, ankstyvajame naujagimystės periode turi sensorinės integracijos sutrikimų. Jie būna neramūs, dirglūs, blogai miega, dažnai „sumaišo“ dieną su naktimi, turi maitinimo problemų, labai jautriai reaguoja į aplinkos faktorius (šviesą, triukšmą, prisilietimus), yra sunkiai nuraminami arba, atvirkščiai, yra labai ramūs, mieguisti, nerodo jokio noro aktyviai valgyti, maitinimo metu užmiega.

Svarbiausių rizikos faktorių grupės pateiktos 5.4 lentelėje.

5.4 lentelė. Rizikos faktorių grupės

I GRUPĖ. VAIKAI SU BIOLOGINE RIZIKA RAIDOS SUTRIKIMUI ATSIKIRTI
1. Vaikai su naujagimystės rizikos faktoriais:
<ul style="list-style-type: none"> a) neišnešiotumas, ypač naujagimiai, kurių svoris iki 1 500 g ir adaptaciniame periode buvo smegenų kraujosruvos; b) vidutinio ir sunkaus laipsnio hipoksinė encefalopatija; c) CNS infekcijos; d) maitinimo sutrikimai adaptaciniu laikotarpiu; e) daugybiniai rizikos faktoriai; f) naujagimio sunki asfiksija (pridusimas).
2. NAUJAGIMYSTĖJE ARBA VĖLESNIAME AMŽIJE NUSTATYTOS LIGOS:
<ul style="list-style-type: none"> a) chromosominė ir geninė patologija; b) įgimtos CNS vystymosi ydos; c) CNS infekcijos; d) medžiagų apykaitos ligos; e) epilepsija; f) nervų ir raumenų ligos; g) aklumas; h) neprisigirdėjimas II–III laipsnio; i) galvos smegenų trauma.
II GRUPĖ. VAIKAI, KURIEMS NUSTATYTI SOCIALINIAI RIZIKOS FAKTORIAI:
<ul style="list-style-type: none"> • tėvų nepatyrimas, protinė negalia ar psichinė liga; • tėvų alkoholizmas; • tėvų nedarbas; • blogos gyvenimo sąlygos, skurdas; • vaiko nepriežiūra; • fizinė, emocinė ar seksualinė prievarta; • neorganinis svorio augimo sutrikimas.

Didelę reikšmę turi socialiniai rizikos faktoriai. Nuo šeimos ir jos gyvenimo sąlygų, nuo tėvų sugebėjimo pasirūpinti vaiku daugiausia priklauso socialinė-emocinė vaiko raida. Vaiko raidą gali sutrikdyti labai skurdžios gyvenimo sąlygos, emocinė vaiko deprivacija ir prievarta, tėvų / globėjų lėtinės ligos (ypač tėvai su raidos sutrikimais ir / ar psichinėmis ligomis), vaiko nepriežiūra, tėvų nesugebėjimas pasirūpinti savo vaiku, pvz., dėl labai jauno amžiaus, menkas šeimos išsilavinimo lygis, alkoholizmas, toksikomanijos, narkomanijos buvimas šeimoje.

Didelę įtaką vaiko raidai turi ankstyvieji vaiko ir mamos santykiai. Jei mama supranta vaiko poreikius, į juos reaguoja adekvačiai, vystosi saugus mamos ir vaiko prierašumas, leidžiantis vaikui normaliai vystytis. Sutrikus mamos ir vaiko ankstyvųjų santykių

formavimuisi, sutrinka kūdikio emocinė raida, vaikas gali turėti elgesio, maitinimo, suvokimo problemų.

Vaiko raidai įtakos turi šeimos tautinė kultūra, religija, socialinė aplinka, socialinės ir ekonominės sąlygos, todėl vertinant vaiko raidą būtina įvertinti daugybės faktorių įtaką.

INTELEKTO SUTRIKIMAS (PROTINIS ATSLIKIMAS)

Laima Mikulėnaitė

Protinis atsilikimas (intelekto sutrikimas) – tai žmogaus būklė (raidos sutrikimas), kuriai būdinga visų raidos sričių sutrikimas (atsilikimas nuo amžiaus normos), bet labiausiai pažintinės funkcijos, pasireiškianti intelekto problemomis ir adaptacijos visuomenėje sunkumais. Intelekto sutrikimas (protinis atsilikimas) nustatomas vaikams iki 18 metų. Protinio atsilikimo metu stebimi sutrikę psichologiniai procesai, susiję su priežasties ir pasekmės supratimo, aplinkos suvokimo ir pažintiniais gebėjimais (atmintis, dėmesys ir pan.).

Žmogaus funkcionavimas labai susijęs su aplinka, kurioje žmogus gyvena, dirba, mokosi. Tai apima žmogaus galimybes spręsti kasdienes problemas ir gyventi savarankiškai bendruomenėje. Su intelekto sutrikimu dažnai nustatomos kalbos ir bendravimo sutrikimai, kurie apima žmogaus galimybes suprasti ir perduoti informaciją ir žymiai apsunkina žmogaus adaptaciją bendruomenėje.

Daugeliui žmonių, turinčių intelekto sutrikimą, sunku pasirūpinti savimi, t. y. savarankiškai pasigaminti valgi, rengtis, pasinaudoti tualetu ir pan. Gyvenimas namuose sukuria daug savarankiško gyvenimo kasdienių problemų. Žmogui, turinčiam intelekto sutrikimą, sunku savarankiškai prižiūrėti namus, naudotis pinigais, įsigyti maisto ir pan. Dažni bendravimo ir santykių su kaimynais sunkumai, neturėjimas draugų, elgesio problemos, nesugebėjimas daugelio įgūdžių pritaikyti praktikoje pakenkia asmens gyvenimo kokybei.

Kita problema – socialiniai įgūdžiai arba žmogaus socialinis elgesys. Tinkamas socialinis elgesys leidžia kurti santykius su kitais žmonėmis, jausti kitų žmonių poreikius, priimti pasikeitimus, laikytis visuomenėje priimtų taisyklių. Socialinio elgesio taisyklių nesuvokimas gerokai apsunkina žmonių, turinčių intelekto sutrikimą, gyvenimą.

Prisitaikymu visuomenėje vadiname tinkamą naudojimąsi bendruomenės resursais. Tai apima keliones visuomeniniu transportu, naudojimąsi kultūros įstaigomis, lankymąsi gydymo įstaigose ir naudojimąsi kitomis bendruomenėje teikiamomis paslaugomis.

Taigi intelekto sutrikimas apibūdinamas kaip protinių gebėjimų nukrypimas nuo įprastos normos, sukeliantis elgesio, emocijų, savarankiškumo bei socialinio prisitaikymo sutrikimų, ir dažnai kartu eina gretutiniai sutrikimai (paralyžiai, autizmas, epilepsija, aklumas, kurtumas ir kt.).

Atvejis

Daiva, 8 m.

Gilus protinis atsilikimas. Ataksinis cerebrinis paralyžius. Maitinimo sutrikimai: disfagija.

Simptominė židininė epilepsija.

Nėštumas normalus. Gimus svoris – 4 000 g, ūgis – 50 cm. Gimus mikroanomalijos, patologinė neurologinė simptomatika, ryškūs adaptacinio periodo sutrikimai, maitinimo sutrikimai. Vaiko raidos sutrikimas pastebėtas apie 6 mėn. amžiaus. Diagnozuota sulėtėjusi vaiko raida. Sėdėti pradėjo 8 mėn., stovėti – 18 mėn., vaikščioti – 30 mėn. Nustatytas specifinis mišrus raidos sutrikimas, žymus raidos atsilikimas.

Stebima labai lėta raidos dinamika, išlieka ryški ataksija ir koordinacijos problemos. Mergaitė konsultuota genetiko – nustatytas nepatikslintas geninis sindromas. 6 m. susirgo židininė simptome epilepsija, po to pablogėjo mergaitės raida. Gydyta vaikų neurologijos stacionare, skirtas gydymas nuo traukulių. Priepuoliai suretėjo.

8 metų amžiaus tikslinta raidos diagnozė dėl žymaus raidos atsilikimo, lėtos raidos dinamikos. Intelektu tyrimo gautais duomenimis (raidos įgūdžių vertinimas WISC-III metodika mergaitės IQ ~20), nustatyti ryškūs adaptacijos sutrikimai, dėl to nustatoma gilaus protinio atsilikimo diagnozė.

Mergaitės raida žymiai atsilieka: nekalba, nesavarankiška, sunkiai vaikšto dėl koordinacijos sutrikimų, stebimi bendravimo sutrikimai.

Mergaitė selektyviai domisi aplinka. Nekalba, nesako nė vieno skiemens, tik garsažodžius, nemėgsta svetimų žmonių, patinka būti vienai, nors su savais pažįstamais asmenimis bendrauja mimika, gestais. Kontakto su aplinkiniais užmegzti nesistengia. Sunkiai orientuojasi aplinkoje, reaguoja į savo vardą, pažįsta tik labai paprastus ir buitiškus daiktus. Stebimas ryškiai sumažėjęs burnos jautrumas, sumažėjęs artikuliacinis raumenų tonusas, riboti liežuvio, lūpų, žandikaulio judesiai. Žymus kalbos neišsivystymas. Padidėjęs seilėtekis.

Mergaitės veikla chaotiška. Daiktus kiša į burną, dominuoja sensomotorinis žaidimas su funkcinio elementais. Sunkiai sukaupia dėmesį į vieną veiklą. Dėmesys trumpalaikis.

Nesavarankiška. Buitinių įgūdžių neturi arba reikalinga didelė pagalba. Kramto pati, sunkiai atsikanda kieto maisto, kartais springsta.

Stereotipiniai judesiai rankomis. Stebimi akies ir rankos koordinacijos sutrikimai, imant daiktus, smulkus tremoras. Nėra judesio tikslumo. Eisena ataksinė, šlepsinti. Einant ryškūs pusiausvyros ir koordinacijos sutrikimai. Laiptais lipa prilaikoma. Eidama dažnai krenta, ypač sunkiai įveikia kliūtis. Dominuoja žemas raumenų tonusas. Sausgysliniai refleksai 2+. CBN – n. y.

Intelektu sutrikimas (protinis atsilikimas) nustatomas, kai intelekto koeficientas būna mažiau nei 70 (70–75) (priklausomai nuo naudojamo testo intelektui nustatyti).

Yra nustatomi 4 protinio atsilikimo laipsniai: lengvas (IQ 70–55), vidutinis (IQ 55–40), sunkus (IQ 40–25), gilus (IQ <25).

Genetiniai sutrikimai – dažna intelekto sutrikimų priežastis. Kūdikystės amžiuje stebimi veido ar kitų kūno dalių dismorfiniai bruožai, leidžiantys įtarti vieną ar kitą raidos sutrikimą. Matomi dismorfiniai veido bruožai būdingi įvairiems sindromams (dideli tankūs antakiai, žemai esančios ausys, platus tarpuakis ir kt.). Galimos rankų ir pėdų anomalijos, maža galvos apimtis ir pan.

Vaikams, turintiems raidos sutrikimų, būdingas žemas raumenų tonusas, maitinimo sutrikimai (vaikai silpnai čiulpia krūtį, stebimos čiulpimo ir rijimo koordinavimo problemos), vėluoja psichomotorinė, ypač kalbos raida.

Atvejis

Viltė, 6 m.

Diagnozė: vidutinis protinis atsilikimas. Chromosomos dalies kitos delecijos: aštuntos chromosomos ilgojo peties delecija.

Nėštumas komplikuotas, 30 nėštumo savaitę nustatytas sulėtėjęs vaisiaus augimas. Gimė išnešiota, 38 Sav. gestacijos, gimimo svoris – 2 200 g. Nustatyta įgimta hipotrofija. Nuo 3 Sav. amžiaus diagnozuota abiejų klubų displazija, abipusė radioulnarinė sinostozė. Klausos patikros nepraėjo, dėl to atliktas BERA tyrimas, nustatyta, kad mergaitė girdi gerai. Tirta genetikų, nustatyta VIII chromosomos delecija. Lopšelių-darželių lanko nuo 2 metų, adaptacija normali.

Pirmais gyvenimo metais daugiausia vėlavo motorinė ir savarankiškumo raida. Pavėluotai formavosi maitinimo įgūdžiai: kramtymo, gėrimo iš puodelio. Stebėti stereotipiniai judesiai, mergaitė plasnojo rankomis. Labai domėjosi aplinkoje esančiais žmonėmis ir daiktais, anksti ėmė palaikyti akių kontaktą, šypsotis, noriai žaisdavo su aplinkiniais bei tėvais.

Antrais gyvenimo metais ėmė dominuoti kalbos raidos sutrikimas: mergaitės ekspresyvios kalbinės išraiškos negausios. Mergaitė fragmentiškai tarė skiemenis, kartais juos pakartodavo. Psichomotorinė raida vėlavo: ropojo nuo 1,5 m., vaikščioti pradėjo būdama 2 metų. Vėlavo savarankiškumo įgūdžių raida.

4 metų amžiaus vaiko raida atsiliko visose srityse. Raidos koeficientas buvo nuo 39 iki 54, vėlavo vaiko kalbos ir pažintinė raida.

6 metų amžiaus atliktas intelekto vertinimas WISC-III metodika: verbalinis intelektas VQ= 60, neverbalinis intelektas NQ=50, bendras intelektas IQ=51. Aktyvusis ir pasyvusis žodynas nepakankamas. Artikuliacinė motorika netiksli. Nesugeba atsakyti į abstraktesnius klausimus. Nesusiformavusios apibendrinamosios sąvokos, neįtvirtinti prielinksniai. Daromos gramatinės klaidos. Mergaitė nesavarankiška, nemoka apsi-rengti, pati valgo, bet reikalinga pagalba. Išlieka koordinacijos sutrikimai.

Išvada. Mergaitės adaptacija ap sunkinta, nesavarankiška, judesiai nerangūs. Įvertinus vaiko adaptaciją, intelekto tyrimą, nustatyta intelekto sutrikimo diagnozė.

Ankstyvoji vaikų, turinčių intelekto sutrikimą, raida

Nuo gimimo kūdikiai gali būti labai ramūs, ilgai miegoti, užmigti juos maitinant. Dažnos maitinimo problemos dėl silpno čiulpimo susijusios su dominuojančiu žemu raumenų tonusu.

Pirmais gyvenimo mėnesiais kūdikiai mažai skiriasi nuo normalių vaikų. Dažniausiai tėvai nežino subtilių raidos požymių, skiriančių jų vaikus nuo kitų įprastos raidos vaikų. Ypač skirtumas nežymus pirmais 6 gyvenimo mėnesiais. Tėvai per šiuos mėnesius patiria „medaus mėnesio periodą“, nes vaiko raida gana nežymiai skiriasi nuo įprastos raidos vaikų. „Mano vaikas niekuo nesiskiria nuo kitų vaikų“, – taip save ramina tėvai, net žinodami, kad vaikui nustatytas Dauno sindromas. Suvystytas kūdikis dar mažiau skiriasi nuo savo amžiaus kūdikių. Raidos testai paprastai parodo normalią vaikų raidą, kartu palaikydami tėvų svajones apie normalios raidos vaiką [12]. Vaikui augant intelekto sutrikimo požymiai ryškėja.

Pirmais gyvenimo metais vaikai būna ramūs, mažai verkia, daug miega. Juos nesunku auginti, išskyrus kartais pasireiškiančius maitinimo sutrikimus, raumenų hipotoniją. Kūdikių žemas raumenų tonusas turi įtakos vaiko čiulpimui ir maitinimui, o vėliau ir kalbos raidai, todėl reikia kuo anksčiau vaiką mokyti gerti iš puoduko, kramtyti, valyti dantis. Raumenų hipotonija – ne pagrindinė sulėtėjusios motorinės raidos priežastis, kuri ryškėja vaikui augant. Kuo toliau, tuo vaikui sunkiau suprasti ir atlikti sudėtingas veiklas, susijusias su motorinio planavimo sutrikimais. Vaikai pradeda vėliau sėdėti (6–16 mėn.), atsistoti (8–26 mėn.), vaikščioti (13–48 mėn.). Ima vėluoti vaiko ikikalbiniai įgūdžiai: skiemenuoti jis pradeda apie 15 mėn. amžiaus, tualetu įgūdžiai susiformuoja iki 44 mėn. [13]

Susirūpinti reikėtų, jei 2 mėn. kūdikis nereaguoja į stiprų garsą, neseka akimis judančio daikto, neišmoksta laikyti galvos, neatsiranda socialinė šypsena, rankų nekiša į burną. Vaikui gali grėsti intelekto sutrikimas, jei 4 mėn. amžiaus nesišypso kalbinamas, stabiliai nelaiko galvos, nesako jokių garsų, nesuveda rankų į vidurio liniją (nesiformuoja „rankų žvilgsnis“). Svarbu laiku pastebėti vaiko padėties ir judesių asimetriją, nes dažniausiai tai gali reikšti vienos kūno pusės motorikos sutrikimą. Ypač svarbu pastebėti vaiko padėties sutrikimus: jis gali būti stipriai įsitempęs arba, atvirkščiai, suglebęs. Kuo toliau, tuo daugiau ryškėja motorikos sutrikimas, vaikas sunkiai išmoksta sėdėti, vartytis, neatsiliepia šaukiamas vardu, mažai mėgdžioja, nežaidžia bendrų žaidimų. Vėluoja ikikalbinių įgūdžių raida.

Antrais gyvenimo metais ryškėja kalbos sutrikimai. Vaikai nenaudoja gestų bendrauti, nerodo į daiktus pirštu, nepradeda sakyti žodžių, nemėgdžioja. Vaikai sunkiai atsiskiria nuo mamos, jie gali būti labai emociškai labilūs dėl nesugebėjimo bendrauti. Vaikų savarankiškumas vystosi pavėluotai dėl vaiko įgimtų savybių ir dažnai pasireiškiančios mamos hiperglobos.

Mokykliniame amžiuje vaikai sunkiai sukaupia dėmesį, gali pasireikšti impulsyvumas, hiperaktyvumas, mokymosi sutrikimai arba vaikai gali būti vangūs, mažai motyvuoti aktyviai veiklai. Jie gali išmokti skaityti žodžius, bet sunkiai suvokia jų reikšmę. Dominuoja regimoji atmintis, sunkiai suvokiamos abstrakčias sąvokas.

5.5 lentelė. Intelektu sutrikimą turinčių vaikų raidos bruožai

Intelektu sutrikimą turinčių vaikų raidos bruožai
1. Sumažėjęs gebėjimas mokytis ir išmokti (atminties sutrikimai, nepakankamas gebėjimas analizuoti, diferencijuoti ir sieti, nesugebėjimas abstrakčiai mąstyti, numatyti veiklos strategijų).
2. Nesugebėjimas sukaupti dėmesio, išryškėjantis veikloje, kurioje reikia suprasti užduotis ir tikslingai susikaupti jas vykdant. Tikslingoje veikloje vaikams, turintiems protinę negalią, būdingas išsiblaškymas, greitas nuovargis ir pan.
3. Kalbos neišsivystymas ir kalbėjimo sutrikimai. Protinę negalią turinčių vaikų kalbiniai gebėjimai dažnai būna silpnesni ir neatitinka vaikų amžiaus. Be to, palyginti su normaliai besivystančiais vaikais, jiems būdingesni artikuliacijos sutrikimai.
4. Sensorinių sistemų pažeidimai. Sensorinių sistemų raidos sutrikimai gali būti vieni pirmųjų proto negalios požymių, kurie būdingesni vidutinę ir žymią proto negalią turintiems vaikams.
5. Savitvarkos įgūdžių sutrikimai būdingesni vidutinę ir žymią proto negalią turintiems vaikams.
6. Socialinių įgūdžių, ypač bendravimo, stoka būdinga vidutinę ir žymią proto negalią turintiems vaikams.
7. Lengvą intelekto sutrikimą turintys vaikai linkę bendrauti, bet ne visada supranta ir pritaiko socialines taisykles. Jiems sunku išlaikyti mandagius, draugiškus santykius su aplinkiniais. Dažnai vaikams trūksta atsakomybės jausmo, realaus savo gebėjimų vertinimo. Dėl tėvų ir aplinkinių hiperglobos dažnai mažai savarankiški.

Intelektu sutrikimo (protinio atsilikimo) nustatymas

Norint laiku nustatyti raidos sutrikimą, būtina kompleksiskai tirti ir stebėti vaiko raidą. Deja, raidos sutrikimai dažnai diagnozuojami pavėluotai. Ypač dažnai taip atsitinka, kai tėvai / globėjai ir specialistai ignoruoja vaiko vystymosi sulėtėjimą, laukdami, kol vaikas jį „išaugs“. Vaiko raida tiriama įvairiais būdais. Galima apie vaiko raidą sužinoti naudojant specialius klausimynus tėvams, skiriant vaikui tam tikras užduotis, naudojant specialiuosius (standartizuotus) testus. Efektyviausiu laikomas raidos tyrimo būdas, kurį taikant apklausiami tėvai, surenkama anamnezė, stebimi vaiko įgūdžiai, atliekamas neurologinis tyrimas ir raidos tyrimas specialiuoju (standartizuotu) testu. Kaip jau buvo minėta, vaiko raidos tyrimas atliekamas multidisciplininu komandos metodu. Kiekvieną vaiką tiria komanda specialistų, kurie šio proceso metu dalijasi duomenimis vienas su kitu.

Vaikų raidos diagnostikai taikomi specialūs testai. Kaip jau buvo minėta, Lietuvoje dažniausiai atliekamas DISC testas, padedantis nustatyti vaiko įgūdžių lygį atskirose raidos srityse: smulkiosios ir bendrosios motorikos, kalbos suvokimo ir išraiškos, girdimojo ir regimojo dėmesio ir atminties, savarankiškumo bei socialinės adaptacijos. Šis testas leidžia nustatyti vaiko silpnąsias ir stipriąsias puses, tačiau jo rezultatų nepakanka protiniam atsilikimui diagnozuoti.

Protinio vystymosi diagnostikai naudojami specialūs intelekto vertinimo testai, kuriuos atlieka psichologai. Lietuvoje dažniausiai naudojamas WISC-III (*Wechsler*) testas. Šis testas padeda patikslinti protinio vystymosi diagnozę ir atliekamas 6 metų bei vyresniems vaikams. Gauti rezultatai paverčiami standartiniais balais, kurie rodo intelekto koeficientą (IQ). Pagal mokslininkų susitarimą riba tarp normalaus ir sutrikusio intelekto laikomas IQ = 70. Tačiau nustatant šią ribą svarbu atsižvelgti ir į socialinius bei pedagoginius aspektus, išanalizuoti, kokiomis sąlygomis vaikas auga, kaip jis ugdomas ir kokia socialinė aplinka jį supa.

Intelektu sutrikimo lygiai

Lengvas intelekto sutrikimas (IQ 50–70)

Žmonės, turintys lengvą intelekto sutrikimą, gali gyventi savarankišką gyvenimą. Vaikas gali pasiekti 3–6 mokymosi klasės lygį, su problemomis susiduria, kai reikia mokytis sudėtingų disciplinų (chemijos, fizikos ir pan.).

Asmenys tvarkosi buityje, turi neblogus bendravimo įgūdžius. Daugelis iš jų gali dirbti, dalyvauti visuomenės gyvenime. Pagrindinis sutrikimo bruožas – sumažėjęs gebėjimas mokytis, asmenys nesugeba abstrakčiai mąstyti, neturi savikritikos, yra ego-centriški, dažnai nesuvaldo savo potraukių. Šie asmenys paprastai yra veiksnūs, gali tuoktis, priimti sprendimus visais gyvenimo klausimais, gali vairuoti transporto priemonę. Jie iš esmės sugeba užsiimti veikla, reikalaujančia praktinių, o ne akademinį įgūdžių, paprastai dirba mažai kvalifikuotą ar nekvalifikuotą darbą. Labai lengvai pasiduoda kitų įtakai, jais labai lengva manipuliuoti, įtikinti.

Vidutinis intelekto sutrikimas (IQ 35–49)

Žmonės nesugeba abstrakčiai mąstyti, skaičiuoti, tik kartais išmoka skaityti ir rašyti. Jų atmintis dažniausiai būna trumpalaikė, paprastai mechaninė, jie sunkiai sukaučia dėmesį ilgesniam laikui. Gali išmokti 1–3 klasių mokymo kursą. Sugeba užmegzti ryšius su kitais žmonėmis, bendrauja, dalyvauja nesudėtingose socialinėse veiklose, yra labai patiklūs ir prieraišūs. Dažniausiai jie gyvena su tėvais ar kitais teisėtais globėjais, nes patys savarankiškai savimi pasirūpinti negali ir jiems reikalinga kito žmogaus pagalba. Nemažai suaugusių sutrikusio intelekto žmonių gyvena socialinės globos namuose.

Sunkus ir gilus intelekto sutrikimas (IQ 20–35 ir žemesnis)

Žmogaus raida stipriai atsilieka. Kalba būna labai skurdi, kartais gali ištarti tik atskirus žodžius ar garsus arba gali kalbėti daug, bet iš esmės nesuprasti jų reikšmės. Gali į klausimą atsakyti tuo pačiu klausimu (echolalijos). Dažniausiai veiksmais ir gestais išreiškia būtinausius fiziologinius poreikius, parodo, kad nori gerti, valgyti, tuštintis, miegoti. Sutrikusio intelekto asmenys, nesugebantys kalbėti, bendrauti, išreiškia save kitais būdais – elgesiu ir laikysena. Nors poreikis bendrauti paprastai būna labai didelis, mums įprastų bendravimo formų jie nenaudoja. Gyventi atskirai negali. Jiems reikalinga nuolatinė kito žmogaus pagalba.

5.6 lentelė. Diagnostiniai intelekto sutrikimo kriterijai

Intelekto sutrikimas (protinis atsilikimas)

Diagnostiniai kriterijai

1. Gerokai žemiau vidurkio esantis bendrasis intelektas.
2. Kartu pasireiškiantys adaptyvios veiklos trūkumai ir sutrikimai: asmens gebėjimai neatitinka jo amžiaus ir kultūros grupės laukiamų standartų dviejose iš šių sričių (bendravimas, kasdieniai gyvenimo įgūdžiai, socialiniai įgūdžiai, asmens autonomija ir savarankiškumas ir kt.).
3. Pradžią iki 3 metų amžiaus.

Atvejis

Kristina, 11 m.

Mergaitė turi kalbos ir bendravimo sutrikimą, sunkų intelekto sutrikimą, judesio ir kūno padėties sutrikimus.

Tai pirmas vaikas šeimoje. Nėštumas ir gimdymas normalūs. Nuo gimimo labai rami, maitinama dažnai užmigdavo, todėl valgymas trukdavo ilgai. Žymiai vėlavo mergaitės motorinė raida; sėdėti pradėjo 12 mėn., vaikščioti – 24 mėn. Būdama 3 metų kalbėjo pavieniais garsais, naudojo gestus, norėdama išreikšti savo poreikius. Daugėjo elgesio problemų.

Kristina nekalba, vengia žiūrėti į akis, taria vienintelį garsą „a“, žodinių nurodymų nevykdo, kalbos supratimas ribotas. Patinka žaisti su kabančiomis medžių šakomis, gėlėmis, lapais, patinka sukti ratus, žaisti su kabančiomis virvutėmis. Kristinos žaidimas sensomotorinis stereotipinis. Patinka ridenti kamuoliukus. Žaidžia viena, kartais pati prašo suaugusiųjų pažaisiti kamuoliu. Moka suptis hamake, pati atsisėda. Priima kitų vaikų draugystę, gali kartu žaisti paprastus žaidimus. Būdama 7 metų Kristina pati nepavalgydavo, neimdavo šaukšto į rankas, pati galėjo atsigerti iš puoduko, jį prilaikydama, į tualetą nesiprašė, buvo naudojamos sauskelnės.

Kristina pradėjo lankyti ugdymo įstaigą nuo 4 metų. Pagrindinis dėmesys buvo skiriamas gyvenimo įgūdžiams ugdyti: tualetui, valgymui, gėrimui. Po 3 metų Kristina išmoko atsigerti iš puoduko, jį pati laikydama, imti šaukštą su pagalba ir nešti į burną, į tualetą eiti pastoviu laiku. Kristina išmoko būti tarp žmonių, būti bendrose veiklose.

Pagrindinės vaikų, turinčių intelekto sutrikimą, reabilitacijos gairės

Intelekto sutrikimas nėra liga. Padėti vaikams su raidos sutrikimais, taip pat ir su protiniu atsilikimu, vaistais, išskyrus retus atskirus specifinius atvejus (fenilketonurija, hipotireozė), deja, negalima. Vaikams su raidos sutrikimais ir jų šeimoms taikoma kompleksinė medicininė, pedagoginė ir psichologinė pagalba ankstyvosios reabilitacijos tarnybose. Vaiko ugdymo ir reabilitacijos programos sudaromos individualiai kiekvienam vaikui. Reabilitacijos programose pagrindinis dėmesys skiriamas vaiko savarankiškumui ugdyti bei savivertės pajautimui formuoti. Šeimoms patariama vengti perdėtos apsaugos, hiperglobos, leisti vaikui daryti tai, ką jis geba, leisti mėginti mokytis naujų dalykų, patirti sėkmę. Galutinis reabilitacinio gydymo tikslas yra vaikų įtrauktis į vaikų kolektyvus ir visuomenę. Įtrauktis – tai gyvenimo būdas, leidžiantis žmogui su negalia būti kartu su visais. Jos esmė – kad žmogus su negalia dalyvautų socialinėje žmonių bendruomenėje. Todėl labai svarbu mažus vaikus integruoti į bendrojo lavinimo darželius, o vėliau – į mokyklas.

Montessori terapijos ir ugdymo metodas pavadintas jos kūrėjos italų pedagogės Marijos Montessori vardu. Šis metodas skiriasi nuo tradicinių ugdymo būdų tuo, kad čia visiškai pasitikima vaiku ir leidžiama jam laisvai veikti bei savarankiškai mokytis per savo atradimus ir patirtį. Pedagogas parengia aplinką, užduotis, skatina individualiai veiklai ir atsargiai padeda prireikus. Montessori metodu pagrįsta ir Montessori terapija, taikoma reabilitacijos ir ugdymo reabilitacijos programose. Darbo priemonės ir metodika yra specialiai pritaikomos darbui su sutrikusios raidos vaikais, labiausiai kreipiant dėmesį į pojūčių lavinimą, buitines, gamtines ir visuomenines aplinkos pažinimą. Taip ugdomas vaiko savarankiškumas, gerėja jo socialinė integracija.

Valdorfo pedagogika remiasi nuoseklia Rudolfo Steinerio antroposofija. Svarbu, kad kiekviename amžiuje vaikas lavina savo mąstymą, jausmus ir valią. Kiekviename amžiuje taikomi kiekvienam vaikui saviti ugdymo metodai, ypač susiję su menu ir fiziniu ugdymu.

Visose metodikose išlaikomi svarbiausi reabilitacijos ir ugdymo principai (žr. 5.7 lentelę).

5.7 lentelė. Pagrindiniai vaikų, turinčių intelekto sutrikimą, reabilitacijos ir ugdymo principai

Pagrindiniai vaikų, turinčių intelekto sutrikimą, reabilitacijos ir ugdymo principai

1. Vaikams reikalinga tinkama individuali reabilitacijos ir ugdymo programa, kuri padeda vaikui lavintis pagal jo individualius gebėjimus.
2. Sutrikusios raidos vaikams reikalinga papildoma pagalba ir įstaigos, padedančios bendradarbiauti tėvams, specialistams ir kitoms susijusioms tarnyboms.
3. Būtinai individualus šeimos pagalbos ir paramos planas.
4. Tėvai turi didžiausią supratimą apie jų vaikų stipriąsias puses ir poreikius. Tėvų įtraukimas į Vaiko reabilitacijos ir ugdymo procesą labai svarbus mokymosi sėkmei.
5. Specialistai turi panaudoti tėvų patirtį, žinias ir įgūdžius, planuojant ir įdiegiant vaiko reabilitacijos ir ugdymo programą.
6. Individuali vaiko ugdymo programa turi lavinti vaiko socialinius, emocinius, pažintinius, kalbos ir judesio įgūdžius.
7. Specialistai turi bendradarbiauti su šeima, pritaikydami namų ir ugdymo ir reabilitacijos įstaigos aplinką, priemones ir kt.
8. Aplinkos pritaikymas vienam vaikui padeda ir kitiems grupėje esantiems vaikams. Pritaikomi žaislai palengvina visų vaikų žaidimą, aplinkos aiškumas gerina vaiko orientaciją aplinkoje. Lauko žaidimai, pritaikyti neįgaliesiems vaikams, yra saugesni visiems.
9. Specialistų komandą, kuri rūpinasi vaiko adaptacija ir jo ugdymu, sudaro specialistai, bendruomenės partneriai ir, svarbiausia, tėvai.
10. Sėkmingas programos sudarymas priklauso nuo visos komandos bendro darbo.

Literatūros sąrašas

1. Pellegrino L. Patterns in development and disability. In: Batshaw M. L., Pellegrino L., Roizen N. J. editors. *Children with developmental disabilities*. 6th ed. Baltimore Paul H Brookes 2007;217–28.
2. Accardo P. J., Accardo J. A., Capute A. J. A neurodevelopmental perspective on the continuum of developmental disabilities. In: Accardo P. J. (editor) *Capute and Accardo's neurodevelopmental disabilities in infancy and childhood*. 3rd ed. Baltimore: Paul H Brookes 2008;3–26.
3. Illingworth R. S. *The development of the infant and young child: normal and abnormal*. 7th ed. London: Churchill Livingstone 1980;53–72,108–207.
4. Ruškus J. *Negalės fenomenas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla 2002.
5. *The Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000*.
6. Brown K., Parikh S., Dilip R., Patel D. Understanding basic concepts of developmental diagnosis in children *Transl Pediatr* 2020;9(Suppl 1):S9-S22.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Press 2013;33–86.
8. Brown K., Parikh S., Patel D. Understanding basic concepts of developmental diagnosis in children. *Transl Pediatr* 2020;9(Suppl 1):S9-S22.
9. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/144/4/e20190811/76974/Prevalence-and-Trends-of-Developmental>.

10. Blackburn C., Spencer N., Read J. Prevalence of childhood disability and the characteristics and circumstances of disabled children in the UK: secondary analysis of the Family Resources Survey. Blackburn et al. BMC Pediatrics 2010;10:21.
11. Butler N., Goldstein H. Smoking in pregnancy and subsequent child development. British medical Journal 1973;4:573–575.
12. Shonkoff J. P., Hauser-Cram P., Krauss M. W., Upshur C. C. Development of infants with disabilities and their families: Implications for theory and service delivery. Monographs of the Society for Research in Child Development 1992;57(6)[230]:v–153.
13. Windsperger K., Hoeh S. Development of Down Syndrome Research Over the Last Decades—What Healthcare and Education Professionals Need to Know. Front. Psychiatry 2021 Dec.

VAIKŲ KALBOS IR KALBĖJIMO RAIDOS SUTRIKIMAI

Jovita Petrulytė

Apibrėžimai

KALBA – žmonių tarpusavio bendravimui vartojama ženklų (arba simbolių) sistema, gebėjimas ja naudotis kaip informacijos perdavimo priemone (Visuotinė lietuvių enciklopedija).

KALBĖJIMAS – minčių reiškimas žodžiu, žodžių tarimas (Lietuvių kalbos žodynas, 2018).

KOMUNIKACIJA – bendravimas, keitimasis patyrimu, mintimis, išgyvenimais (Tarptautinių žodžių žodynas).

IKIKALBINIAI ĮGŪDŽIAI:

1. Bendravimas: kreipti dėmesį į kitą žmogų, mokėti klausytis, palaikyti dialogą.
2. Kalbos supratimas: vykdyti žodinius nurodymus, parodyti aplinkos daiktus, pa veikslėlius.
3. Mėgdžiojimas: pakartoti kito asmens rodomus judesius, veiksmus, tariamus garsus.
4. Nežodinė komunikacija: gestų, mimikos naudojimas norams ir poreikiams išreikšti.
5. Prasmingas žaidimas su žaislais.
6. Geri burnos artikuliacinio aparato judesiai: čiulpimas, kramtymas, rijimas.
7. Garsinė išraiška.

Epidemiologija

5–7 proc. 3 metų vaikų turi kalbos išraiškos, recepcijos sutrikimą ar abu.

10 proc. 5 metų vaikų turi kalbos problemų.

5–10 proc. mokyklinio amžiaus vaikų turi kalbos ir mokymosi problemų.

Kalbos raidos normos

Kalbos raidai būdinga ypač didelė normos įvairovė. Skirtingose kalbose yra skirtingos kalbos normos. Prasmingos kalbos pradžios laikas dažnai paveldimas šeimoje ir vėlyva kalbos pradžia nebūtina susijusi su kalbos raidos sutrikimu.

Atrenkant vaikus su didžiausia kalbos raidos sutrikimų rizika svarbu orientuotis pagal kraštutines kalbos raidos normas.

Amžius	Kalbos įgūdis
iki 9 mėn.	Nečiauška
iki 15 mėn.	Nėra pirmų žodžių
18 mėn.	Nėra naujų žodžių
24 mėn.	Nėra žodžių kombinacijos
36 mėn.	Tėvams sunku suprasti vaiką

Kalbos raidos sutrikimų priežastys ir rizikos faktoriai

Kaip ir kiti raidos sutrikimai, vaikų kalbos raidos sutrikimai yra prenataliniu, perinataliniu ar postnataliniu laikotarpiu įvykusio CNS pažeidimo pasekmė, todėl juos sąlygoja tie patys biologiniai ir socialiniai faktoriai kaip ir kitus raidos sutrikimus.

Specifiniai faktoriai, turintys įtakos vaiko kalbos raidai ankstyvame amžiuje:

1. Klausos sutrikimai

- Sunkių klausos sutrikimų dažnis: 1–2 iš 1 000 vaikų.
- Paveldimos priežastys (AD, AR, X paveldimumas) – 50 proc.
- Klausos sutrikimų rizikos faktoriai: įgimtos infekcijos, galvos ir kaklo vystymosi anomalijos, gimimo svoris – <1 500 g, bakterinis meningitas, ryški hiperbilirubinemija, sunki naujagimio asfiksija.
- Šiuo metu Lietuvoje atliekama visuotinė naujagimių klausos patikra, kuri leidžia išaiškinti klausos sutrikimus pakankamai anksti. Tie, kurie nepraeina klausos patikros, pakartotinai tikrinami kūdikystėje ir nustatoma arba atmeta ma klausos sutrikimo diagnozė.
- Esant klausos sutrikimui, skiriami klausos aparatai arba kochleariniai implantai.
- Vėlesniame amžiuje klausos sutrikimams gali daryti įtaką įvairūs infekciniai ausų uždegimai, rečiau – traumos.

2. Burnos ir ryklės anatomicinės anomalijos

- Gomurio nesuaugimas – 30–50 proc.
- Lūpos nesuaugimas – <8 proc.
- Trumpas liežuvio pasaitėlis – ankiloglosija.

3. Maitinimo sutrikimai

- Ankstyvi maitinimo sutrikimai, kai vaikui sunku čiulpti, ryti skystą maistą, kai jis priešinasi maitinimui šaukšteliu stumdamas liežuviumi tirštesnį maistą, sunkiai kramto, spjauna kietesnį maistą, turi įtakos ir vaiko kalbos raidai.

- Ryškiausi su burnos motorika susiję maitinimo, o kartu ir kalbos sutrikimai būna esant cerebriniam paralyžiui.

4. Paveldimumas

- Dažniausiai paveldimi lengvi kalbos sutrikimai.

5. Lytis

- Manoma, kad berniukai vėliau pradeda kalbėti negu mergaitės, bet moksliniai tyrimai kalbos raidos sutrikimų paplitimo skirtumų tarp mergaičių ir berniukų nerodo.

6. Socialinės aplinkos faktoriai

- Vaiko kalbos raida susijusi su tuo, kiek žodžių jis girdi savo aplinkoje. Moksliniai tyrimai rodo, kad vaikai, kurie girdėjo daug žodžių savo aplinkoje, žymiai anksčiau pradėjo kalbėti ir jų kalbos kokybė buvo geresnė.
- Socialinė-emocinė deprivacija. Vaikai, su kuriais mažai bendraujama, neatliepiami jų poreikiai, vėliau ir mažiau kalba, neįpranta naudoti kalbos norams ir poreikiams išreikšti.
- Daugiakalbė aplinka. Moksliniai tyrimai rodo, kad daugiakalbė aplinka neturi žymesnės įtakos vaikų kalbos raidos sutrikimams. Tokioje aplinkoje augantys vaikai vienu metu mokosi kelių kalbų, pradžioje daugiau jas painioja, vėliau išmoksta atskirti ir atsakyti kiekvienam kalbinančiam ta kalba, kuria į jį kreipiamasi.
- Bendravimo su bendraamžiais galimybės.
- Informacinės technologijos.

Nekalbančio vaiko raidos tyrimas

Kalbos raidos vėlavimas yra dažniausia tėvų kreipimosi į gydytojus priežastis dėl vaiko raidos 2–3 metų amžiuje. Taip pat šiuo amžiaus periodu kalbos raidos sutrikimus pastebi ir ugdymo įstaigų pedagogai.

Objektyvus vaiko kalbos ir kalbėjimo vertinimas gali būti sudėtingas dėl to, kad vaikui reikia laiko adaptuotis ir paprastai 2–3 metų amžiaus vaikais nelinkę bendrauti naujoje aplinkoje su naujais žmonėmis.

Nekalbančio vaiko raidos tyrimą sudaro anamnezė ir klinikinis ištyrimas. Jų metu svarbu visų pirma įvertinti ikikalbinius vaiko įgūdžius, išsiaiškinti, ar buvo / yra kalbos raidą neigiamai galinčių paveikti faktorių. Svarbu užduoti tėvams atvirus klausimus, prašyti pateikti pavyzdžių iš gyvenimo situacijų.

Renkant kalbos raidos anamnezę svarbu išsiaiškinti:

1. Ar ir kokią pažangą vaikas daro kalbos raidoje? Kada pradėjo vartoti pirmuosius žodžius, kiek pasikeitė jo kalba nuo to laiko?
2. Kaip vaikas išreiškia savo norus ar poreikius? Ar deda pastangas, kad suaugęs žmogus jį suprastų?
3. Ar vaikas mėgdžioja suaugusiųjų atliekamus judesius, veiksmus, garsus, žodžius? Kokie galėtų būti pavyzdžiai?
4. Kokius prašymus, nurodymus vaikas vykdo namuose? Ką gali paduoti, atnešti, parodyti pirštu / ranka? Ar pakanka kreiptis į jį žodžiu, ar reikia parodyti norimą daiktą ranka?
5. Ar vaikas siekia bendravimo, bendro žaidimo su kitais vaikais, suaugusiaisiais? Ar atsiliepia kviečiamas kartu ką nors veikti, kur nors eiti? Ar įsijungia į bendrą žaidimą mašinėle ar kamuoliu atlikdamas veiksmus pakaitomis?
6. Ar vaikas turėjo rijimo, čiulpimo, kramtymo sutrikimų?
7. Ar vaikas turėjo / turi judesių raidos sutrikimų?
8. Ar vaikas turi jo amžiui būdingus savarankiško valgymo, tualetu, higienos, rengimosi įgūdžius?
9. Kokia buvo vaiko tėvų, brolių, sesių kalbos raida? Ar kas nors giminėje turėjo kalbos, mokymosi kalbos raidos sutrikimų?

Atliekant klinikinį vaiko su kalbos raidos sutrikimu ištyrimą, svarbu atkreipti dėmesį ir aprašyti:

1. Ar vaikas turi dismorfologinių veido bruožų?
2. Ar vaikas turi matomų burnos motorikos anomalijų: pražiota burna, iškištas liežuvis, seilėtekis?
3. Koks vaiko kalbos ir bendravimo priemonių spektras: gestai, mimika, sava kalba, elgesio išraiškos, bendravimo, dėmesio siekimo būdai.
4. Kokius prašymus, nurodymus vaikas vykdo laisvo žaidimo metu?
5. Ką vaikas galima pamėgdžioti laisvo žaidimo metu spontaniškai ar paprašius: judesius, veiksmus, žaidimą, piešimą, garsus, žodžius?
6. Kaip vaikas įsitraukia į bendrą žaidimą konstruojant, piešiant, žaidžiant kamuoliu ar mašinėle, ar priima kitą žmogų į žaidimą, ar stebi jo reakcijas, ar patinka paskatinimai, pagyrimai?

Apibendrinamas klinikinio vaiko raidos vertinimo rezultatus, specialistas turi atsakyti sau į klausimą, ar stebimi tik kalbos išraiškos sutrikimo požymiai, ar yra kalbos supratimo, bendravimo ir kitų raidos sričių sutrikimų požymių. Nuo ištyrimo išvadų priklauso tolesnė raidos sutrikimų diagnostikos ir ankstyvosios reabilitacijos taktika.

Kalbos raidos sutrikimų diagnostika ir diferencinė diagnostika

Kalbos raidos sutrikimas yra vienas ankstyviausių pagrindinių raidos sutrikimų specifinio mišraus raidos sutrikimo bendro raidos atsilikimo, cerebrinio paralyžiaus, protinio atsilikimo, autizmo spektro sutrikimo, klausos sutrikimo požymių. Todėl, diagnozuojant kalbos raidos sutrikimus, svarbu tinkamai atlikti diferencinę diagnostiką ir ekskliuduoti šiuos raidos sutrikimus.

1. **Bendram raidos atsilikimui ir protiniam atsilikimui** ypač būdinga sutrikusi kalbos raida.

Vaikai, turintys sunkų bendrą raidos atsilikimą, nekalba. Vaikai, turintys vidutinio laipsnio bendrą raidos atsilikimą ar protinį atsilikimą, dažniausiai turi kalbos raidos sutrikimų, 50 proc. jų nekalba.

Klinikinio raidos vertinimo metu tokiems vaikams bus stebimi ne tik kalbos išraiškos, bet ir kalbos supratimo, bendrosios ir smulkiosios motorikos raidos sutrikimo požymiai, vizualinės ir motorinės koordinacijos, dėmesio sukaupimo, problemų sprendimo sunkumai. Šie vaikai taip pat turės nepakankamus savarankiškumo, socialinės adaptacijos įgūdžius.

Taip pat svarbu identifikuoti ankstyvuosius **specifinio mišraus raidos sutrikimo ir protinio atsilikimo** požymius:

1. Vaikas vėlai pradeda šypsotis ir menkai domisi aplinka.
2. Vėlai pradeda akimis sekti daiktus, vėliau ima reaguoti į garsą.
3. Maitinimo (ypač kramtymo) sutrikimai.
4. Ilgai tiria daiktus dėdamasis juos į burną, dažnai iki 2–3 metų.
5. Ilgai mėto daiktus ant grindų.
6. Seilėtekis, dantų griežimas.
7. Ramūs, „geri“ vaikai, mažai verkia.
8. Judrūs vaikai, turintys dėmesio koncentracijos sutrikimų.

2. **Autizmo spektro sutrikimams**, skirtingai nuo kalbos raidos sutrikimų, taip pat būdinga nepakankama neverbalinė komunikacija. Jie nenaudoja gestų, mimikos, kitų bendravimo priemonių kalbos sutrikimui kompensuoti. Net ir turėdami tam tikrus kalbos įgūdžius, vaikai nenaudoja jų tikslingai, prasmingai norams ir poreikiams išreikšti, bendrauti, dialogui su kitu žmogumi palaikyti.

3. **Klausos sutrikimai** šiuo metu dažniausiai nustatomi naujagimystės laikotarpiu ar pirmąjį vaiko pusmetį.

Visgi esant kalbos raidos sutrikimams reikėtų pagalvoti apie vidutinius ar lengvus įgimtus ar įgytus klausos sutrikimus. Esant klausos sutrikimui, vaikas ypač stengiasi

kompensuoti kalbos trūkumą išraiškingai, gestais, mimika, vaizdinėmis priemonėmis, jis siekia bendrauti veidas į veidą, būti suprastas. Skirtingai nuo kitų raidos sutrikimų, šiuo atveju dažniausiai bus normalūs kiti pažintiniai – vizualiniai ir motoriniai – problemų sprendimo gebėjimai. Nesant bendro raidos atsilikimo, turėtų būti geri vaiko savarankiškumo įgūdžiai.

Kalbos raidos sutrikimų diagnostinės kategorijos

Fiziologinės raidos sutrikimas: kalbos raidos sulėtėjimas R62.8 diagnozuojamas kūdikystėje arba ankstyvoje vaikystėje, kai vyrauja ikikalbinių įgūdžių raidos sulėtėjimas (raidos koeficientas ≥ 70).

Kiti ir nepatikslingi kalbos sutrikimai R47.8 diagnozuojami, kai pagal nusiskundimus, anamnezę, kliniką, psichomotorinės raidos tikrinimą nustatoma kalbos raidos sutrikimų rizika ar minimalūs, trumpalaikiai kalbos sutrikimai, neatitinkantys jokios psichologinės raidos sutrikimų diagnostinės kategorijos.

Specifiniai tarimo ir kalbos sutrikimai F80 diagnozuojami pagal TLK-10-AM. Specifinis tarimo sutrikimas F80.0

Kriterijai:

- Vaiko sugebėjimas tarti garsus žemesnis už jo protinio amžiaus lygį.
- Normalūs kalbos įgūdžiai.

Išskyrus:

- kalbos padargų anomalijas (Q35–38),
- kalbos išraiškos ir supratimo sutrikimus (F80.1–F80.2),
- klausos praradimą (H90–91),
- protinį atsilikimą (F70–F79).

Kalbos išraiškos sutrikimas F80.1

Kriterijai:

- Vaiko kalbos išraiškos sugebėjimai yra žymiai žemesni už jo protinio amžiaus lygį.
- Normalus kalbos supratimas.
- Nesutrikusi neverbalinė komunikacija: vaikas noriai bendrauja, kompensuodamas kalbos sutrikimą gestais, mimika, nežodinėmis vokalizacijomis.

Požymiai:

- Vaikas iki 2 metų netaria atskirų žodžių arba jų pakaitalų.
- Vaikas iki 3 metų nevartoja paprastų dviejų žodžių frazių.

Išskyrus:

- kalbos padargų anomalijas (Q35–38),
- klausos praradimą (H90–91),

- protinį atsilikimą (F70–F79),
- įvairiapusių raidos sutrikimus.

Kalbos supratimo sutrikimas F80.2

Kriterijai:

- Vaikas supranta kalbą blogiau, negu įprasta jo amžiaus protiniams gebėjimams.
- Normalus socialinis bendravimas, imitaciniai žaidimai, adekvatus bendravimas su tėvais siekiant komforto, gestų naudojimas.

Požymiai:

- 1 metų nereaguoja į jam pažįstamus vardus.
- 18 mėn. nesugeba atpažinti bent kelių pažįstamų objektų.
- 2 metų nesugeba atlikti paprastų kasdienių nurodymų.
- Vėlesniame amžiuje: nesugeba suprasti gramatinių konstrukcijų bei subtilesnių kalbos aspektų.

Išskyrus:

- kalbos padargų anomalijas (Q35–38),
- kalbos raidos sulėtėjimą dėl kurtumo (H90–91),
- protinį atsilikimą (F70–F79),
- įvairiapusių raidos sutrikimus.

Kiti tarimo ir kalbos raidos sutrikimai F80.8 diagnozuojami, kai stebimi ir kalbos išraiškos, ir supratimo sutrikimo požymiai, be tikslesnio ištyrimo negalima nei patvirtinti, nei paneigti kalbos ar kito raidos sutrikimo diagnozės.

Nepatikslinti tarimo ir kalbos raidos sutrikimai F80.9 diagnozuojami įtariant kalbos raidos ar kitą pažintinės raidos sutrikimą ir neturint galimybių atlikti išsamesnio raidos vertinimo, kuriam pacientai nukreipiami į vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos tarnybą, psichikos sveikatos centrą ar logopedo konsultacijai.

Pagalbos vaikams su kalbos sutrikimais ankstyvame amžiuje principai

Ankstyvame amžiuje vaikų kalbos raidos sutrikimų prevencijos ir ankstyvosios reabilitacijos pagrindą sudaro ikikalbinių įgūdžių lavinimas, kurį taiko visi vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos komandos nariai.

Ikikalbinių įgūdžių lavinimas nuo pirmųjų gyvenimo metų:

1. Tėvų ir vaikų santykių terapija – pagrindinis terapinis metodas kūdikių amžiuje. Kai tėvai skatinami bendrauti su vaiku veidas į veidą, skatinti vaiko emocinį, garsinį atsaką kalbinant ir per sensomotorinę stimuliaciją.

2. Mėgdžiojimas – svarbiausias ikikalbinis įgūdis, kurį svarbu lavinti namuose visų kasdienių ir buitinių veiklų metu. Judesiai, veiksmų, garsų mėgdžiojimas skatinamas ne tik logopedo, bet ir kineziterapijos, ergoterapijos, meno terapijos, įvairių grupinių užsiėmimų metu.
3. Neverbalinio bendravimo lavinimas – vaikas skatinamas išreikšti savo norus žvilgsniu, rankos gestu, parodymu, mimika (pasitenkinimas / nepasitenkinimas), atskirais garsais.
4. Maitinimo terapija – savo laiku įvedant tirštesnius maisto produktus, šaukšteliu, skatinant kietesnių produktų tyrinėjimą, ėmimą rankomis, kramtymą lavinama burnos motorika.
5. Vaiko žaidinimas: katutės, slėpynės, „Virė virė košę“ ir kiti *žaidimai*, kuriuose derinama judesiai, žodžiai, muzikos, folkloro elementai.

Ikikalbinių įgūdžių ir kalbos lavinimas antraisiais ir trečiaisiais gyvenimo metais

Taikomos įvairios metodikos, apimančios šiuos pagrindinius principus:

1. intensyvi individuali terapija / ugdymas;
2. aktyvus vaiko dėmesio išlaikymas: užduoties davimas → veiksmas → atlygis;
3. stimulus–elgesys–pasekmė;
4. norimo elgesio / reakcijos skatinimas;
5. elgesio pasekmių modeliavimas;
6. diadinio tarpasmeninio bendravimo skatinimas;
7. bendravimo galimybių sudarymas įvairiose veiklose.

Vaikams, kurie turi ryškius kalbos raidos sutrikimus, ankstyvojoje reabilitacijoje jau nuo 1–2 metų rekomenduojama taikyti alternatyvios papildomos komunikacijos priemonės.

Prognozė

Vaikams, kuriems ikimokykliniame amžiuje nustatomi kalbos raidos sutrikimai, vėliau gali būti nustatomi kiti mokymosi, elgesio ir emocijų sutrikimai.

Silva duomenimis (1987):

- 36–48 proc. atvejų nustatomas žemas normalus arba žemas intelektas, 40 proc. skaitymo, rašymo sutrikimai, 25–30 proc. elgesio sutrikimai mokykloje.

Atvejis

Jonas, 2 m.

Tėvus neramina, kad jis nekalba, nesako, nekartoja jokių garsų. Seneliai ir kiti giminės ramina, kad jis – berniukas, o berniukai visuomet pradeda kalbėti vėliau. Tėvams atrodo, kad vaikas protingas, „viską supranta“;

Anamnezė. Perinatalinė anamnezė: nėštumo, gimdymo rizikos faktorių nenustatyta. Klausos patikrą praėjo.

Raidos anamnezė: pirmaisiais metais normali bendrosios motorikos raida, daug gavo, čiaušėjo, antraisiais metais lyg ir pradėjo tarti daugiau garsų, nors ir nenaudoja jų prasmingai.

Norų, poreikių išreiškimas: moka pasiimti ką reikia iš šaldytuvo, prisistumia taburetę, kai negali ko nors pasiekti, atneša batus, kai nori eiti į lauką, pultelį, kai nori, kad būtų įjungtas televizorius, kai reikia suaugusiojo pagalbos, veda jį už rankos.

Mėgdžiojimas: moka įjungti skalbyklę, televizorių, pamėgdžioja siurbimą dulkių siurbliu.

Prašymų vykdymas: supranta, ko yra prašomas, bet nori – vykdo, nori – ne, priklauso nuo nuotaikos, nuo to, ką tuo metu veikia. Dažniausiai nenori dalintis žaislais, tuo, ką turi rankose. Davus šiukšlę nuneša į šiukšliadėžę,

Bendravimas su vaikais: lauke vaikas žaidžia, bėgioja su kitais, mēto kamuolį, žaidžia smėlio dėžėje.

Valgymo įgūdžiai, burnos motorika: čiulpimo, kramtymo sutrikimų neturėjo, šiuo metu mokosi valgyti šaukštu.

Genetinė anamnezė: tėvų duomenimis, šeimoje visi pradėjo kalbėti pakankamai anksti 1–2 metų, raidos sutrikimų atvejų nežino.

Klinikinis raidos vertinimas:

Ikikalbiniai įgūdžiai:

Žaidimas: funkcinis, konstrukcinis, gerai rūšiuoja pagal formą.

Mėgdžiojimas: nemėgdžioja veiksmų, judesių, garsų.

Kalbos supratimas: prašymus „duok“, „atnešk“ vykdo retai, dažniau su gestu, neparodo aplinkos, daiktų, kūno dalių, paveikslėlių.

Burnos motorika: be stebimos patologijos.

Garsinė išraiška: žaisdamas kalba sava kalba įvairiais balsinių garsų, skiemenų deriniais, bet nenaudoja jų norams, poreikiams išreikšti.

Bendravimo įgūdžiai: nesidomi aplinkiniais žmonėmis, žaidžia vienas, kai ko nors nori, veda tėtį ar mamą už rankos, nerodo pirštu norimų, sudominusių daiktų, davus kamuolį mēto jį vienas į duris, kitam žmogui prašant nemeta.

Atlikus M-CHAT klausimyną nustatoma autizmo spektro sutrikimo rizika: nemėgdžioja, nerodo pirštu norimų sudominusių daiktų, dažnai elgiasi, lyg negirdėtų, neatneša suaugusiajam parodyti žaislų.

Duomenų apie klausos sutrikimą, pažintinės raidos sutrikimą nestebima.

Vyrauja kalbos supratimo, išraiškos sutrikimai.

Preliminari diagnozė: nepatikslintas kalbos ir kalbėjimo sutrikimas, F80.9

Ankstyvoji reabilitacija:

Psichologas: *stebi tėvų ir vaikų santykius, bendravimą, padeda geriau atpažinti vaiko norus ir poreikius, skatinti jų išreiškimą, aptaria reagavimą į 2–3 metų amžiui būdingas pykčio reakcijas, kai vaikas negauna to, ko nori.*

Klinikinis logopedas: *lavina ikikalbinius įgūdžius žaidimo metu, skatina veiksmų garsų mėgdžiojimą, aplinkos daiktų, paveikslėlių įvardijimą, prašymų vykdymą, pradedant nuo paprastesnių su gestu, einant prie sudėtingesnių be gesto, daiktų paveikslėlių rodymo pirštu.*

Ergoterapeutas: *skatina žaidimo, piešimo, kitų veiklų mėgdžiojimą, užduočių supratimą derinant žodžius su parodymu, gestais, daiktais, paveikslėliais, skatina žodinę užsiėmimo dienotvarkę.*

Kineziterapeutas *skatina judesių mėgdžiojimą judrių žaidimu metu, įsitraukimą į bendrą žaidimą kamuoliu ir kitomis kineziterapijomis priemonėmis, užduočių supratimą derinant žodžius su parodymu, gestais, daiktais, paveikslėliais, naudoja vaizdinę užsiėmimo dienotvarkę.*

Grupiniai užsiėmimai su vaikais: *bendravimo įgūdžių lavinimas: mokymasis pasisveikinti, pasidalinti žaislais, paprašyti žaislo, pagalbos, sulaukti savo eilės žaidime.*

Išvada. Pagerėjo vaiko kalbos supratimas, geriau vykdo prašymus, pradeda rodyti aplinkos daiktus paveikslėlius, norus daugiau reiškia gestais, pagerėjo mėgdžiojimo įgūdžiai, gerai išmoksta grupės taisykles, struktūrą, bet laisvame žaidime dažniau renkasi žaisti vienas.

Psichologinio raidos vertinimo duomenimis: bendroji ir smulkioji motorika, regimas dėmesys, savitvarkos įgūdžiai, atitinka amžiaus normą. Išlieka sutrikimas kalbos išraiškos, supratimo, girdimojo dėmesio, socialinių įgūdžių srityse. Reikalingas tolesnis raidos stebėjimas dėl autizmo spektro požymių.

Literatūros sąrašas

1. Paul R., Norbury C., Gosse C. Language disorders: from infancy to adolescence. 5th ed. Elsevier 2017.
2. Accardo P. J., Cox A. W., Desch L. W. et al. Capute & Accardo's Neurodevelopmental Disabilities in Infancy and Childhood, 3rd ed. Brookes publishing 2007.
3. Carey W. B., Crocker A. C., Elias E. R., Feldman H. M., Coleman W. P. Developmental-Behavioral Pediatrics, 4th ed. Saunders 2009.
4. Shonkoff J. P., Meisels S. J. Handbook of Early Childhood Intervention 2nd ed. Cambridge University Press 2000.
5. Wolraich M. L., Drotar D. D., Dworkin P. H., Perrin E. C. Developmental-behavioral pediatrics. Mosby 2007.
6. Silva P. A., Williams S., McGee R. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: later intelligence, reading and behaviour problems. Dev Med Child Neurol 1987 Oct;29(5):630–40.
7. Žukauskienė R. Raidos psichologija: integruotas požiūris. Vilnius: Margi raštai 2012.

AUTIZMAS

Laima Mikulėnaitė

Autizmas – vienas sudėtingiausių raidos sutrikimų, sukeliančių rimtų problemų vaikams ir šeimai, aplinkai ir visuomenei. Jis apipintas daugybės gretutinių sutrikimų, o tai žymiai apsunkina vaikų būklę. Vaikai, turintys ASS, yra labai skirtingi, demonstruoja skirtingus įgūdžius, nevienodai reaguoja į aplinkos dirgiklius. Todėl kalbame apie autizmo spektro sutrikimus. Terminu „autizmo spektro sutrikimas“ apibūdiname daugybę atvejų, ne tik turinčių autizmo požymių ar jo sunkumo laipsnį, bet, svarbiausia, nusakome klinikinių požymių įvairovę: nuo Kanerio (*Kanner*) sindromo, arba vadinamojo klasikinio autizmo, iki aukšto funkcionalumo autizmo ir Aspergerio (*Asperger*) sindromo, pasireiškiančio aukštu intelektu ir sykiu socialinio bendravimo ir empatijos problemomis.

Julius nekalba, nebendruoja, nemėgsta būti įtraukiamas į bendras veiklas su kitais vaikais. Nevykdo užduočių, dažnai daro, ką nori, nemoka sukaupti dėmesio, greitai išsiblaško. Nepavykus atlikti užduoties arba verčiamas daryti, ko nenori, ima pykti, rékti, gali griūti ant žemės, suduoti šalia esančiam asmeniui. Geriausiai jaučiasi, kai jam leidžiama dėlėti kaladėles, – tuomet tampa labai ramus, gali tai daryti neribotai ilgai.

Arnas pasako keletą žodžių, naudoja savakalbę žaisdamas. Atlieka daug stereotipinių judesių, straksi, plasnoja rankomis, trina rankas. Į žmogų nežiūri, bet uždavus nesudėtingą klausimą gali į jį atsakyti. Daug echolalijų, ypač susierzinus. Su vaikais bendrose veiklose gali pabūti trumpą laiką, po to ima pykti, reikalauja, kad jį paliktų ramybėje, arba pats pasitraukia.

Kasparas kalba suprantamai, mielai prieina prie kito žmogaus, ima pasakoti apie jį patį dominančius dalykus. Nesvarbu, kad to žmogaus nepažįsta. Pasakoti gali labai ilgai, nejausdamas, kad kito žmogaus pokalbio tema nedomina. Net nežiūri į žmogų, kuriam pasakoja. Labai užsigauna, jei kas nors nustoja su juo bendrauti. Nejaučia socialinio konteksto, dažnai neišlaiko distancijos. Kartais būna labai įkyrus.

Trys vaikai ir trys skirtingi autizmo atvejai. Kiekvienas vaikas turi skirtingą kalbos, pažintinės raidos, stambiosios ir smulkiosios motorikos išsivystymo lygį, t. y. vienas vaikas gerokai skiriasi nuo kito vaiko. Yra vaikų, kurie negali kalbėti arba tiesiog kalbos nenori naudoti bendraudami, arba vaikų, kurie kalba be perstojo, nepaisydami ką apie juos galvoja šalia esantys žmonės. Kai kurie jų puikiai galės savimi pasirūpinti, bet bus asmenų, kuriems visą gyvenimą reikės pagalbos. Ne veltui sakoma: jei tu matei vieną vaiką, turintį autizmo spektro sutrikimą, tai ir matei tik vieną vaiką, turintį ASS (Stephen Shore).

Jei tu matei vieną vaiką, turintį autizmo spektro sutrikimą, tai ir matei vieną vaiką, turintį ASS.

If you've met one individual with autism, you've met one individual with autism.
(Stephen Shore)

Autizmas ir jo spektro sutrikimai (ASS) – kompleksiniai raidos sutrikimai, kuriems iš esmės būdingi bendravimo ir socialinių santykių su kitais asmenimis sutrikimai. Tai vieni dažniausiai sutinkamų vaiko raidos sutrikimų, pasireiškiantys jam būdingais kokybiniais socialinio bendravimo, komunikacijos ir elgesio sutrikimais.

Autizmo tyrinėjimų literatūroje apie 50 metų vyravo Leo Kannerio aprašytas autizmo stereotipas. Vaikais, turinčiais autizmo spektro sutrikimą, buvo laikomi tie, kurie buvo užsidarę, nutolę nuo kitų žmonių, vidutiniškai protiškai atsiliekantys, kalbos bendravimui nenaudojantys vaikai. Hanso Aspergerio darbai apie 30 metų buvo ignoruojami ir nesulaukė pripažinimo nei Europoje, nei JAV. Jo aprašyti vaikai buvo gero intelekto, bet turėjo ryškių bendravimo ir elgesio ypatumų. Ilgą laiką vyravo nuostata, kad, jei vaikas uždaras, mažai bendrauja, jis turi autizmą, o jei aktyvus ir bendraujantis – ne. Didėjant supratimui apie autizmo spektro sutrikimus, buvo pradėta kreipti dėmesį į vaiko bendravimo kokybę ir jų socialinę sąveiką su kitais žmonėmis. Buvo išskirta įvairių autizmo sutrikimo potipių, kurie pasižymėjo skirtingais požymiais ir sutrikimo klinika.

Vertindami socialinę interakciją, L. Wing ir J. Gould (1979) išskyrė tris pagrindines autizmo spektro sutrikimų grupes. Pirmajai grupei priklauso atitolę, atsiriboję nuo aplinkos vaikai. Tai sunkiai aplinkoje besiorientuojantys vaikai, kurie nerodo jokio sudomėjimo bendravimu, išskyrus atvejus, kai reikia patenkinti jų poreikius. Šie vaikai dažnai turi rimtų elgesio sutrikimų, agresijos, stereotipijų [1–2].

Antrąją grupę sudaro pasyvūs vaikai, apskritai nesistengiantys megzti socialinių kontaktų su kitais žmonėmis, bet galintys priimti kito asmens iniciatyvą bendrauti. Jie nevertuoja kalbos, jiems būdingos echolalijos.

Trečiajai grupei priskirtini aktyvūs, bet keisti, mažai socialūs, savitais būdais bendraujantys vaikai, turintys elgesio problemų ir įvairių keistumų: praktikuojantys stereotipinius žaidimus, ritualus ir pan.

Nepaisant autizmo spektro sutrikimo požymių įvairovės, visiems minėtiems vaikams būdingos socialinių santykių ir bendravimo, kalbos raidos ir komunikacijos sutrikimai, elgesio ypatumai, dažnai susiję su sensorinėmis problemomis. Nors autizmas yra gana nauja diagnozė, pats sutrikimas egzistuoja labai seniai. Anot prof. S. Lesinskienės, įvairių kultūrų padavimuose, liaudies pasakose apibūdinami žmonės, turintys

autizmo bruožų, – naivūs, keistoki, neįprastai ar net kvailai besielgiantys, stebėtinai stokojantys nuovokos ir intuityvaus pajautimo įvairiose situacijose [3].

Autizmo spektro sutrikimas yra paplitęs visame pasaulyje ir vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimus, sparčiai daugėja. Naujausiais JAV ligų kontrolės ir prevencijos centro duomenimis, 2018 metais vienam iš 54 aštuonerių metų amžiaus vaikų, buvo diagnozuotas autizmo spektro sutrikimas. Tačiau pastaruoju metu daugėja duomenų, kad vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, pasaulyje yra kur kas daugiau. Dabartiniiais duomenimis, 1 iš 44 vaikų gali turėti autizmo spektro sutrikimui būdingų požymių [4].

Svarbu suprasti, kad autizmas yra ne vien vaikiško amžiaus sutrikimas. Šiandien – tai vaikas, turintis autizmo spektro sutrikimą, rytoj jis – suaugęs asmuo, besistengiantis gyvenime rasti savo vietą, todėl asmenų, turinčių ASS, skaičiaus didėjimas tampa rimtu iššūkiu visame pasaulyje. 2012 m. PSO autizmo paplitimą įvardijo 0,6 proc. visų vaikų populiacijos, šiandien JAV autizmas priskiriamas 1,85 proc. vaikų. Kitos studijos nurodo dar didesnius skaičius (iki 3 proc.) [5–6].

Pastaruoju metu autizmu domisi įvairių mokslo sričių specialistai. Jie bando išsiaiškinti sindromą sukeliančias priežastis ir ieško būdų, padedančių vaikui prisitaikyti gyvenime.

Kodėl atsiranda autizmas? Vieno atsakymo neturime. Tikriausiai greičiausias ir trumpiausias atsakymas – tikslios priežasties nežinome. Autizmas laikomas nespecifiniu sutrikimu, kuris šiuo metu apie 50 proc. atvejų siejamas su genetiniais veiksniais. Pastaruoju metu vis dažniau nustatoma geninė autizmo etiologija [7–8]. Asmenys, kurie turi autizmą ir intelekto sutrikimą, turi retesnes ir sunkesnes genų mutacijas, negu asmenys, kurie turi tik autizmą.

Autizmas – polietiologinis sutrikimas. Tai reiškia, kad nėra vienos priežasties, galinčios sukelti autizmo spektro sutrikimą. Keliamos hipotezės, kad svarbūs ir aplinkos veiksniai: dirvos, vandens ir maisto užterštumas cheminėmis medžiagomis [9], tam tikrų medžiagų (pvz., folio rūgštis) stoka, tėvo amžius [10] ir su tuo susijusi spermos kokybė ir kt. (žr. 5.8 lentelę).

5.8 lentelė. Cheminės medžiagos, galinčios sukelti ASS [11]

Cheminė medžiaga	Šaltiniai	Neigiamas poveikis sveikatai
Gyvsidabris	Kietojo kuro deginimas, cemento, metalų gamyba, maistas, ypač žuvis, jūrų gėrybės	Sumažėjęs IQ, įskaitant autizmą. Neurologinės raidos sutrikimai
Švinas	Dažai, produktai, išsiskiriantys gaminant ir perdirbant baterijas, remontuojant automobilius	Elgesio sutrikimai, sumažėjęs IQ, padidėjusi priešlaikinio gimdymo rizika

Cheminė medžiaga	Šaltiniai	Neigiamas poveikis sveikatai
Pesticidai	Maistas, žemės ūkio aplinka	Sutrikusi pažinimo ir neurologinė raida, sutrikęs vaisiaus augimas, onkologiniai sutrikimai
Polichlorinti bifenilai (draudžiamos medžiagos)	Vandens gyviai, žuvis.	Dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sindromas, padidėjusi kūno masė, sumažėjęs IQ
Bisfenolis A	Polikarbonato plastikas, maisto ir plataus vartojimo prekės bei pakuotės	Vaisiaus apsigimimai, neurologinės raidos sutrikimai, galimas nutukimas bei diabetas
Tirpikliai	Pramonė, daugelis plataus vartojimo gaminių, įskaitant plastikas, dažus, ploviklius, maisto talpyklas, kilimų ir valymo produktus	Persileidimai
Ftalatas	Plastikas, kosmetika, valymo produktai, medicininiai prietaisai, žaislai ir daugelis kitų kasdinių prekių	Vaisiaus apsigimimai, priešlaikinis gimdymas, sutrikusi neurologinė raida
Cigaretėse esantys chemikalai	Cigarečių rūkymas, pasyvus rūkymas	Poveikis vaisiaus raidai, plaučiams, vaisiaus hipotrofija
Perfluorinti junginiai	Maisto plėvelės, dėmėms atsparūs ir neprilimpantys paviršiai	Mažas naujagimio svoris, vaisiaus apsigimimai

Atlikus sudėtingus nervų sistemos tyrimus paaiškėjo, kad pagrindiniai mechanizmai, sukeltys autizmo požymius, yra smegenų struktūros disfunkcija ir biocheminių procesų sutrikimas smegenyse. Taigi galima teigti, kad autizmą sukelia daug įvairių veiksnių – genetinių ir kitų su genetika nesusijusių.

Vis dėlto, nepaisant vis didėjančių ištyrimo galimybių, dažnai autizmo spektro sutrikimų etiologija lieka nežinoma. Šiandien autizmas ir jo spektro sutrikimai nustatomi remiantis klinikiniu vaizdu, vertinant pagrindinius simptomus. Todėl, nors tėvams ir specialistams etiologinė diagnozė labai svarbi, būtina rasti balansą tarp priežastinių ryšių ieškojimo ir neatidėliotinos pagalbos vaikui ir šeimai. Svarbu į šią problemą pažvelgti profesionaliai ir, nerandant priežasties, netęsti nerezultatyvių, praktinės naudos neduodančių tyrinėjimų ar konkrečių etiologinių faktorių stoką vertinti kaip nesėkmę.

Dažnai (beveik 30 proc., o kai kurių autorių duomenimis – iki 50 proc. atvejų) šiems vaikams nustatomas ir intelekto sutrikimas [12].

Tokiais atvejais smegenų patologinis procesas, kuris sukelia autizmą, kartu paveikia ir tas sritis, kurios atsakingos už žmogaus pažinimo raidą. Apie 5 proc. ASS turinčių asmenų nustatomi sindromai, pasireiškiantys kartu su protiniu atsilikimu, pvz., trapios X chromosomos Viljamso, Angelmano, Dauno ir kt. sindromai.

Autizmo klinika

Nustatant autizmo spektro sutrikimą, šiandien Lietuvoje remiamasi TLK-10 (Dešimtąja tarptautine ligų klasifikacija, angl. *World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guidelines*, 1992), pagal kurią autizmui būdinga simptomų triada: socialinės sąveikos sutrikimas, kalbinio ir nekalbinio bendravimo sutrikimas bei ribotas pasikartojantis elgesys, pomėgiai ir užsiėmimai (5.1 pav.).



5.1 pav. Pagrindiniai autizmo požymiai

Vertinant socialinę sąveiką matoma, kad vaikai kokybiškai kitaip kuria santykius su kitais asmenimis. Todėl pagrindiniu autizmo požymiu laikoma sutrikusi socialinė sąveika, ryškiausiai pastebima, lyginant vaikus su jų bendraamžiais. Daugelis šį sutrikimą turinčių vaikų nesugeba ne tik sukurti, bet ir palaikyti tarpusavio santykių. Vaikai, turintys ASS, nemoka žaisti socialinių žaidimų, nesuprasdami socialinių ir žaidimo taisyklių dažnai nesugeba įsilieti į žaidimą, bendrauti.

Vaikai, turintys ASS, neturi įgimtų bendravimo gebėjimų, todėl jie nesugeba suprasti socialinio bendravimo poreikio tiek naudojant verbalinę, tiek neverbalinę kalbą. Dažnai tokie vaikai turi įvairiai išreikštų kalbos sutrikimų. Daugiau kaip pusė vaikų, turinčių ASS, turi kalbos sutrikimų, o kai kurie jų visai nenaudoja kalbos kaip bendravimo priemonės. Tik nedidelė dalis vaikų šneka ir bendrauja, bet visi vaikai dažniausiai

nesuvokia pagrindinės kalbėjimo funkcijos – komunikacijos, t. y. kad kalbėdami gali gauti ir perduoti turimą informaciją.

Trečia simptomų grupė – ribotas, stereotipinis bei pasikartojantis elgesys. Tokio elgesio pagrindas dažniausiai yra sensoriniai sutrikimai, kurie nėra specifiniai ASS atveju, bet yra dažni ir stipriai paveikia vaiko elgesį. Didesnė dalis vaikų, turinčių ASS, turi sensorinės integracijos sutrikimų. Stebimi trys pagrindiniai sensorinių sutrikimų tipai: pojūčių hipojautrumas, hiperjautrumas ir jutimų siekiantis elgesys, bet galima ir sutrikusi pojūčių percepcija (suvokimas).

Sensorinė disfunkcija gali pasireikšti įvairiais požymiais, kurie stipriai paveikia vaiko raidą ir jo socialinę adaptaciją. Regos pojūčio sutrikimai gali pasireikšti susidomėjimu itin ryškia šviesa, besisukančių daiktų (skalavimo mašinos, mašinos ratų ir pan.) stebėjimu, sutrikusiu išraiškų pažinimu, žvilgsnio vengimu ir kt. Kitoks klausos pojūčio suvokimas gali pasireikšti aukštų ar žemų garsų netoleravimu, nuolatinio tų pačių garsų sakymu, neatsisukimu į kalbą ir pan. Vaikai, turintys uoslės sistemos disfunkciją, gali nemėgti kai kurių kvapų arba itin domėtis nemaloniais kvėpiančiais daiktais, atsisakyti dėl jiems netinkamo kvapo valgyti maistą. Tokie vaikai dėl kvapų netoleravimo gali būti labai išrankūs maistui. Dėl vestibulinės, proprioceptinės sistemos ypatumų vaikai gali linguoti, suktis ratu, šokinėti, vaikščioti pasistiebę ant pirštų ir pan. Dėl šių sistemų disfunkcijos vaikai būna nerangūs, jiems sunku atlikti tikslius judesius, išlaikyti veiklą seką. Dėl veiklos ribotumo vaikai įpranta atlikti veiksmus rutiniškai, reikalauja tam tikros tvarkos, neįprastai žaidžia, susidomi kokia nors specifine veikla, pavyzdžiui, skaičiais, raidėmis ir pan. Vieni vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, gali būti labai išrankūs maistui, o kitiems valgymas nekelia jokių problemų [13].

Atvejis

Rokas, 4,5 m.

Rokas – ilgai lauktas vienturtis vyresnio amžiaus tėvų šeimoje. Nuo gimimo labai neramus, blogai miegojo naktimis, neskyrė dienos nuo nakties, buvo dirglus. Labai siūbuodavo gulėdamas. Patikdavo būti stipriai supamam, mėtomam į viršų. Būtent tada pradėdavo juoktis. Labai sunkiai priėmė kietą maistą.

Vaikui augant ryškėjo elgesio ypatumai. Jis rėkdavo, kai batai jam buvo per ankšti, kojines per daug spausdavo, nors puikiausiai galėdavo apie tai pasakyti. Atsisakydavo nešioti kepurę. Nemėgdavo žaidimo vietų, baseino, pliažo. Atsisakydavo eiti į kirpyklą.

Nemėgsta piešti, pirštais liesti įvairių faktūrų daiktus. Bet yra geriausias kaladėlių statytojas – su kaladėlėmis gali žaisti neribotą laiką.

Išvada. Rokas turi sensorinės integracijos sutrikimų. Nuo gimimo stebėtos savireguliacijos problemos. Vėliau ėmė ryškėti vestibulinės ir proprioceptinių sistemų sutrikimai (sumažėjęs jautrumas), taktilinis hiperjautrumas, klausos hiperjautrumas. Sensoriniai sutrikimai turi įtakos vaiko funkinei ir socialinei adaptacijai.

Naujai priimtoje DSM-5 klasifikacijoje (DSM – V-Diagnostinis ir statistinis protinių sutrikimų žinynas (angl. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2013), kuri plačiai naudojama JAV, autizmo diagnostikoje remiamasi dviem simptomų grupėmis, kurias sudaro socialinės sąveikos sutrikimas ir ypatingi pomėgiai, ribotas elgesys. Atsisakius daugybės sutrikimo kategorijų, iki šiol naudojamų pagal TLK-10, šioje klasifikacijoje remiamasi viena – autizmo spektro sutrikimais (ASS).

DSM-5 klasifikacijoje socialinės sąveikos sutrikimai įvardijami kaip:

1. Socialinės ir emocinės tarpusavio sąveikos sutrikimai, pavyzdžiui, neįprastas socialinis požiūris ir negebėjimas palaikyti normalaus abipusio pokalbio; ribotas dalijimasis interesais, emocijomis, prisirišimo nebuvimas; nesugebėjimas iniciuoti ar palaikyti normalų socialinį kontaktą.
2. Neverbalinės komunikacijos elgesio, naudojamo socialiniam bendravimui, stoka, pavyzdžiui, silpnai naudojama verbalinė ir neverbalinė komunikacija: vaikas vengia akių kontakto, nesupranta kūno kalbos, mažai naudoja gestus ir ribotai juos supranta; nesupranta veido išraiškų ir neverbalinės komunikacijos.

Santykių plėtojimo, palaikymo ir supratimo stoka, pvz., kyla sunkumų, pritaikant elgesį, kuris atitiktų įvairias socialines situacijas; būdingi sunkumai žaidžiant įsivaizduojamus žaidimus ir kuriant draugystę su kitais vaikais; susidomėjimo nebuvimas bendraujant su bendraamžiais).

Atvejis

Julius, 19 mėn.

Nusiskundimai: nekalba, nereaguoja į vardą.

Perinatalinė anamnezė neapsunkinta. Nuo gimimo sulėtintai vystėsi kalbos raida.

Domisi aplinka, daiktais, žaislais, į svetimus žmones nekreipia dėmesio. Kalbinamas nereaguoja. Į mamą sureaguoja, jei ko nors jam reikia. Akių kontaktas trumpalaikis, epizodinis. Emocijos žaidimo metu vienodos, atlikęs užduotį nesidžiaugia, nesišypsuoja. Į bendrą žaidimą neįsitraukia, atstumia šalia esantį žmogų. Jungtinio dėmesio nėra. Kalbos supratimas ribotas. Norus išreiškia siekdamas matomo daikto arba už rankos veddamas prie mamos, pirštu į daiktus nerodo, prašydamas į akis nežiūri. Prasmingų žodžių netaria, komunikuoja pavieniais neartikuliuotais garsais.

Kartais vaikšto pasistiebęs, stebimi stereotipiniai rankų pirštų judesiai, rankų plasnėjimas.

Išvada. Stebimi komunikacijos ir abipusės socialinės sąveikos ypatumai: neįprastas, epizodinis akių kontaktas, kryptingų vokalizacijų ir veido išraiškų trūkumas. Berniukas nerodė pirštu, neinicijavo jungtinio dėmesio, nesidalijo ir nerodė žaislų kitiems. Vaikas nekuria santykio su kitais žmonėmis, nesidžiaugia bendravimu, nenaudoja arba labai ribotai naudoja neverbalinę komunikaciją.

Kita didelė grupė simptomų yra susijusi su ypatingais pomėgiais, stereotipijomis, rutinomis ir pan. Vizualiai tai daugiausia matomos elgesio apraiškos. Vaikai gali turėti ypatingų pomėgių, domėtis daiktais, gyvūnais (dinozaurais, ropliais ir kt.), skaičiais, raidėmis, technika ir pan. Markas labai mėgo atverti ir užverti duris, galėdavo tai daryti labai ilgą laiką, Rokui labai patikdavo kojines – tai buvo mieliausias žaislas, jas glostydavo, bučiuodavo, Ignas negalėdavo praeiti nesustojęs prie šviesoforo. Domantas ypač domėdavosi gatvėmis ir jų ilgiu, žinodavo, kurios gatvės yra ilgos ir trumpos, galėdavo pasakyti, kokio ilgio jos yra. Žygimantas žino visų lopšelio-darželio grupių vaikų tėvų vardus ir turimų mašinų markes bei numerius. Įdomių dalykų pasaulyje yra daug. ASS sutrikimą turintys vaikai domisi statybomis, kranais, dinozaurais, bažnyčiomis, kryžiais ir kt. dalykais, kurie retai būna įdomūs įprastos raidos vaikams. Toks jų domėjimasis kartais tampa panašus į „apsėdimus“. Vaikas daugiau nieko nenori girdėti apie kitus dalykus ir tai tampa rimta ugdymo problema.

Atvejis

Jonas, 5 m.

Tai nuostabus, bendraujantis vaikas, tik bendravimas daugeliu atvejų apsiriboja pasakojimais apie smauglius, medūzas ir kitus vandens gyvūnus. Berniukas žino apie juos daugybę informacijos, gali papasakoti, kur ir kaip tie gyviai gyvena, kokie jų ypatumai ir pan. Jei šalia esantis asmuo parodo susidomėjimą berniuko pasakojimu, jis gali kiekvieną kartą tą patį apie juos pasakoti, komentuoti, nesvarbu, ar klausytojas gali ir nori apie tai girdėti.

Bendraujant su kitais žmonėmis ryškėja empatijos stoka, berniukas intuityviai nejaučia socialinio konteksto, o tai žymiai apsunkina vaiko santykius su kitais vaikais.

Išvada. Vaikui sunku suprasti socialinio bendravimo taisykles, jis nepastebi kitų vaikų reakcijų į jo pasakojimus, negali laiku sustoti, dažniausiai kalba vienas, net nepažiūrėdamas į pašnekovą ir dėl to nemato šalia esančių žmonių reakcijų. Berniukas negali suprasti, kodėl ne visi žmonės domisi vandens gyvūnais.

Stereotipijos – dažnas autizmo (ir nebūtinai autizmo) požymis. Vaikai gali atlikti paprastus judesius (ploti, straksėti, plasnoti rankomis ir pan.), kartais tokie judesiai būna gana sudėtingi ir gali priminti obsesijas.

Būdingas polinkis į rutinas. Vaikas nori eiti tik tuo keliu, kuriuo eiti jis yra pripratęs, rengtis tik tam tikrais drabužiais, turi savo nusistatytą užimtumą namuose, ant stalo daiktus susideda tik tam tikra tvarka ir pan. Geriausiai vaikai, turintys ASS, jaučiasi laikydami rutinos. O jos pažeidimas, ypač netikėtas, paprastai sukelia nerimą, skatina klausinėti to paties ar kartoti tam tikras frazes, priešintis ir pan.

Vaikai stereotipiškai žaidžia su žaislais, atlieka pasikartojančias veiklas. Stereotipinis žaidimas – viena vaikams, turintiems ASS, būdingų veiklų. Vaikų, turinčių ASS,

žaidimai būna labai vienpusiški. Jie mielai žaidžia su virvelėmis, medžiagos skiautelėmis arba gali išstis valandas stebėti jiems susidomėjimą keliančias veiklas, pavyzdžiui, gatve riedančius troleibusus, statybų keliamuosius kranus, šviesoforus ir pan.

Atvejis

Vakaras, 31 mėn.

Berniukui labai patinka šviesoforai. Mėgsta būti gatvėje, priešinasi vedamas į parką, veržiasi į gatvę. Tėvai vaiką vadina „gatvės vaiku“. Berniukas nemėgdžioja, neatsišaukia į vardą. Patinka mėtyti daiktus ir klausytis jų kritimo garso. Stereotipiniai judesiai: straksi, plasnoja, suduoda sau per ausis. Žaidimas stereotipinis (valandų valandas gali dėlioti tas pačias kaladėles ta pačia tvarka), nėra funkcinio žaidimo. Labai bijo lėlių.

Ilgą laiką dominuoja pasikartojantis sensomotorinis žaidimas, vaikas per jutimines sistemas bando pažinti pasaulį. Jis uosto, daužo, suka, krato įvairius žaislus. Vaikas domisi daikto detalėmis, dažnai suka mašinos ratelius, kitus apvalius daiktus. Patinka maži smulkūs daiktai, mašinėlės. Žaislus dažnai rikiuoja į horizontalias ir vertikalias eilutes. Kadangi vaikai mėgsta automatiškai mėgdžioti patinkančias veiklas, tai žaidimai gali tapti tarsi „apsėdimu“, kai vaikas, vos prisėdęs prie žaislų, ima jais manipuluoti stereotipiškai. Funkcinis žaidimas būna labai vienodas ir dažnai pasikartojantis. Nesiformuoja simbolinis ir vaizduotės žaidimas, vaikas nebando kurti siužetinio žaidimo, nenaudoja vaizduotės, neįsitraukia į bendrą žaidimą su kitais vaikais. Vėliau jie pamėgsta konstruoti, žaisti su dėlionėmis, bet ir konstrukcinio žaidimo metu dominuoja stereotipiniai žaidimo fragmentai: stato bokštus, daiktus dėlioja eilutėmis. Dominuojant regai, vaikai greitai išmoksta sudėti sudėtingas dėliones, žaisti kompiuterinius žaidimus (5.2 pav.).

Sensorinis
žaidimas

Automatinis
mėgdžiojimas

Stereotipinis
žaidimas

Ribotos vaizduotės
žaidimas

5.2 pav. Vaikų, turinčių ASS, žaidimo būdai

Pagal TLK-10, kuri naudojama Europoje ir Lietuvoje, autizmo spektro sutrikimai priskiriami įvairiapusių sutrikimų (F84) grupei. Pastaroji apima tokius sutrikimus:

- F84.1 Netipinis autizmas;
- F84.2 Reto (Rett) sindromas;
- F84.3 Kiti dezintegraciniai vaikystės sutrikimai;
- F84.4 Hiperaktyvus elgesys, susijęs su protiniu atsilikimu ir stereotipiniais judesiais;
- F84.5 Aspergerio (Asperger) sindromas;
- F84.8 Kiti įvairiapusiai raidos sutrikimai;
- F84.9 Napatikslintas įvairiapusių raidos sutrikimas.

Vaikams, kuriems diagnozuojamas Aspergerio sindromas, turi panašius simptomus kaip aukštai funkcionuojantį autizmą turintys žmonės, jie gali puikiai kalbėti, jų pažintinė raida atitinka amžių, gyvenime paprastai savarankiški, smalsūs, domisi daugeliu dalykų, gyvendami gali prisitaikyti ir gyventi savarankiškai. Aspergerio sindromas – anaip tol ne lengviausia autizmo forma, kaip dažnai yra manoma. Šie žmonės patiria savų sunkumų gyvenime, dažnai dėl savo ypatumų jiems sunku bendrauti, kurti santykius su kitais žmonėmis. Mokykloje dažnai patiria patyčių, turi savivertės problemų. Kai kuriems jų daugiau būdingi komunikacijos, o ne socializacijos sutrikimai, arba atvirkščiai. Stereotipijos, rutinos, įkyrus domėjimasis neįprastais dalykais dažnai apsunkina žmogaus adaptaciją visuomenėje. Mokslininkų nuomone, kuo anksčiau stebimos stereotipijos, tuo žmogaus socializacijos prognozė yra blogesnė [14].

Kai tiriant vaiką nesurenkami visi požymiai, būdingi autizmui, nustatomas įvairia-
pusis raidos sutrikimas. Ypač svarbu pažymėti: vaiko socialinės sąveikos ir bendravimo sutrikimai bei elgesio ypatumai (pomėgiai, rutinos ir pan.) yra būtini ASS diagnostikai.

Pamatyti autizmo požymius, kurie būna išreikšti, nėra labai sunku. Kur kas sunkiau įvertinti vaiko „keistumus“, pasireiškiančius kitokiu elgesiu, neįprastais prisirišimais, savotišku žaidimu ir poreikiais.

Kiekvieno vaiko, turinčio ASS, galimybės ir savarankiškumo laipsnis skiriasi. Vieni vaikai patiria daugiau sunkumų dėl sutrikusios kalbos, kiti – dėl socialinio bendravimo. Dėl šios priežasties problemos, su kuriomis susiduria tėvai, auginantys autizmo sutrikimą turinčius vaikus, taip pat yra labai skirtingos.

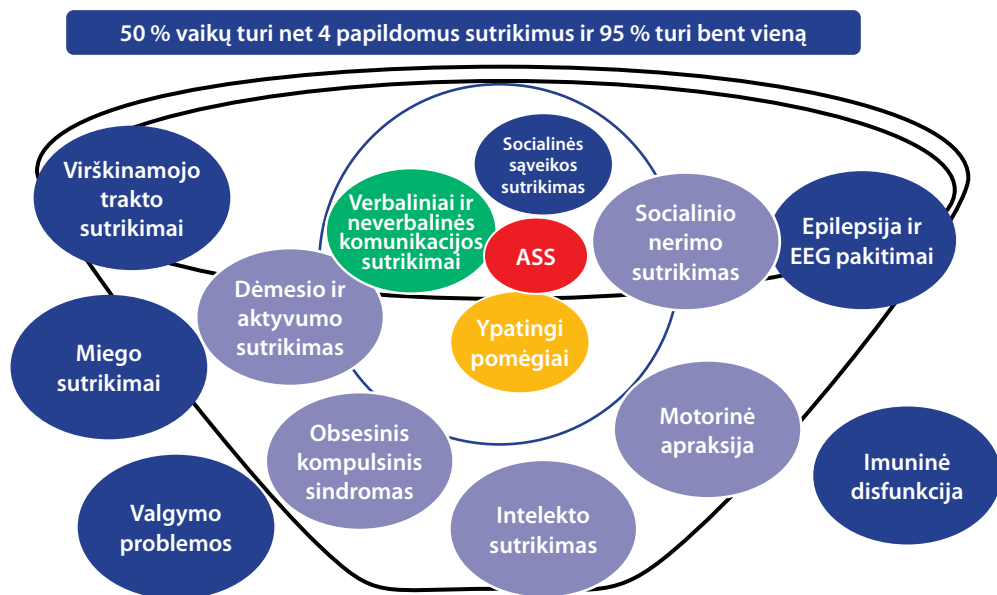
Svarbu šeimos narius supažindinti su autizmo sutrikimo požymiais ir ypatumais ir, vertinant šeimos narių poreikius, atsižvelgti į autizmo sutrikimą turinčio vaiko amžių:

- ikimokykliniu vaiko amžiaus periodu tėvams didžiausią rūpestį kelia klausimai apie tai, kas yra negerai jų vaikui, koks sutrikimo pobūdis, ar galima jį išgydyti, ką jie turėtų daryti ir pan., todėl šiame etape labai svarbu aptarti vaiko raidos ištyrimo reikšmę, diagnozės nustatymo būtinumą, gydymo bei ugdymo galimybes, vaiko adaptaciją vaikų ugdymo įstaigoje ir t. t.;
- mokyklinio amžiaus vaikų, turinčių ASS, tėvai jau turi patyrimą apie jų vaiku kylančius autizmo sukeltus sunkumus, yra susipažinę su vaiko diagnoze ir negalios pobūdžiu, juos labiausiai domina jų vaikui tinkamiausi mokymo, socialinės ir medicininės pagalbos būdai;
- paauglystės periodo pabaigoje, kai kartu artėja ir mokymosi mokykloje pabaiga, tėvams ir specialistams labiausiai rūpi sėkminga jaunuolio integracija į bendruomenę, užimtumo ir darbo problemos. Šiame etape svarbus glaudus tarnybų ir tėvų bendradarbiavimas, sprendžiant kylančias socialinės adaptacijos visuomenėje problemas [15].

Autizmą dažnai lydi ir kiti sutrikimai, pavyzdžiui, intelekto sutrikimas, epilepsija, dėmesio ir aktyvumo sutrikimas, socialinio nerimo sutrikimas ir kt.

Pagrindiniai gretutiniai sutrikimai

Autizmo spektro sutrikimai pasireiškia kartu su kitais raidos sutrikimais. Tokiu atveju kalbame apie komorbidiškumą. Dažniausiai autizmą lydi kalbos sutrikimai (remiantis TLK-10, verbalinės ir neverbalinės kalbos sutrikimai yra diagnostinis autizmo požymis), dėmesio ir aktyvumo sutrikimas, judesių sutrikimai, intelekto sutrikimas, judėjimo sutrikimai ir kt. Beveik 80 proc. vaikų turi išreikštus nerimo simptomus, didelė dalis serga depresija ir kitais psichikos sutrikimais [16] (5.3 pav.).



5.3 pav. Autizmo spektro sutrikimas ir dažniausi gretutiniai sutrikimai

Sutrikusi kalba žymiai apsunkina vaikų, turinčių ASS, bendravimą. Vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimų, neturi įgimto komunikacijos poreikio. Jie pakankamai greitai suvokia, kad bendravimas, kuris leidžia patenkinti savo poreikius, yra svarbus ir naudotinas, bet santykių su kitu asmeniu kūrimas jiems yra bereikšmis. Daugiau kaip pusė vaikų turi kalbos sutrikimų, o kai kurie jų visai nenaudoja kalbos kaip bendravimo priemonės. Tik nedidelė dalis šių vaikų šneka ir bendrauja, bet visi vaikai su ASS dažniausiai nesuvokia pagrindinės kalbėjimo prasmės – komunikacijos, padedančios gauti ir perduoti turimą informaciją, ja dalintis. Viena silpnųjų kalbos raidos pusių – kalbos supratimas. Nekalbantys vaikai su ASS sunkiai supranta kitus, o juos pačius suprasti dar sunkiau, todėl dažnai jie palengva nutolsta nuo kitų žmonių ir visiškai liaujasi bendravę.

Kitas dažnas raidos sutrikimas, einantis kartu su ASS, – intelekto sutrikimas. Sunku atsakyti, kaip dažnai šis sutrikimas sutinkamas, nes literatūroje paskelbti duomenys yra labai įvairūs. Vieni autoriai teigia, kad 80 proc. vaikų su ASS turi sutrikusį,

10 proc. – ribotą ir 10 proc. – normalų intelektą, kitų duomenimis, skaičiai svyruoja (17). 2018 m. paskelbti duomenys teigia, kad tik 31 proc. tokių vaikų turi protinio atsilikimo diagnozę (IQ<70), 25 proc. vaikų turi ribinį intelektą (IQ 71–85) ir 44 proc. vaikų IQ yra normalus arba aukštesnis (IQ >85) [4].

Judesių sutrikimai pasireiškia motorinio mokymosi (planavimo) sutrikimais. Beveik trečdalis vaikų su ASS turi stambiosios ir (ar) smulkiosios motorikos sutrikimų. Stambiosios ir smulkiosios motorikos sutrikimai atsiranda dėl motorinės kontrolės, sensorinių ir neurologinių problemų. Proprioceptinės sistemos sutrikimai (savojo kūno nesuvokimas aplinkoje), neurologinės problemos (sutrikusi kūno padėties kontrolė, žemas raumenų tonusas, sumažėjusi raumenų jėga), motorinio planavimo sutrikimai, motyvacijos dalyvauti aktyviuose žaidimuose stoka, greitas nuovargis turi įtakos judėjimo sunkumams. Smulkiosios motorikos sutrikimų kyla ir dėl akies bei rankos koordinacijos problemų. Vaikų, turinčių ASS, motorinius sutrikimus galima apibrėžti terminu „motorinė apraksija“, reiškiančiu sutrikusį gebėjimą suvokti bei organizuoti tikslingus judesius ir veiksmus.

Kitas dažnas raidos sutrikimas – dėmesio ir aktyvumo sutrikimas. Nors vaikai su ASS dėl savo sensorinių problemų turi dėmesio sutrikimų, yra labai jaudrūs, greitai sujaudinami, dalis jų demonstruoja žymiai labiau išreikštus dėmesio koncentravimo ir aktyvumo sutrikimų simptomus. Šie vaikai yra labai jaudrūs, negali išsėdėti vienoje vietoje, elgiasi impulsyviai, labai sunkiai sukaupia ir išlaiko dėmesį. Kuo vaikas mažesnis, tuo sunkiau atskirti autizmo ir hiperaktyvumo simptomus, jie tarsi dengia vieni kitus. Augant hiperaktyvumo požymiai tampa ryškesni ir dominuojantys.

Dėmesio ir aktyvumo, hiperkineziniai sutrikimai nustatomi nuo 30 iki 61 proc. vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų [18–20], kitų autorių duomenimis, iki 80 proc. atvejų.

Kitos problemos, dažnai einančios su ASS, yra specifiniai mokymosi sutrikimai, nerimas (11–84 proc.), miego (vaikai sunkiai užmiega, dažnai prabunda, anksti keliasi ir pan., stebima 40–80 proc. vaikų), valgymo sutrikimai (70 proc.), pasireiškiantys išrankumu maistui, epilepsija (8–46 proc. vaikų) [21].

Atvejis

Mergaitė, 4 m.

Nuo gimimo stebimi miego sutrikimai. Mergaitė sunkiai užmigdavo, pradžioje tik supama, dažnai prabusdavo be jokios priežasties, rėkdavo. Mamos žodžiais, neskirdavo dienos nuo nakties, nes dieną išmiegodavo pakankamai ilgai. Būdavo sunkumų mergaitę pamaitinti, nes reikėdavo žadinti.

Apie metų amžiaus pradėjo prieš miegą reikalauti bendro žaidimo, knygelių vartymo. Kuo toliau, tuo vėliau eidavo gulti, ją buvo itin sunku įkalbinti eiti miegoti, vėliau vakarais susirasdavo sau įdomių veiklų. Užmigdavo apie 2 val. nakties. 2,5–3 metų

amžiaus mergaitė nustojo miegoti lovoje, reikalaujavo žaisti, miegoti ant rankų. Pusę nakties su ja žaisdavo tėtis, kitą pusę – mama, nes tėčiui ryte reikėdavo eiti į darbą. Mergaitę pradėjo naktimis vežioti automobiliu, nes ji greičiau užmigdavo ir naktimis pamiego davė.

Nuo gimimo labai jautri. Mėgsta žiūrėti filmukus, stipriai pyksta, kai jie išjungiami.

Žaisdama su mašinėlėmis mėgsta jas paguldyti ir žiūrėti į besisukančius ratus. Žaisdama su kaladėlėmis jas čiupinėja, apžiūrinėja, kiša į burną (taip pat ir knygeles). Labai nepatinka, kai plaunama galva (nors vanduo jai patinka), liečiamasi prie veido, neretai neleidžia pabučiuoti į skruostą. Ne visus naujus daiktus, žaislus pripažįsta, gali jų ilgai neliesti. Tik neseniai pradėjo reaguoti į savo vardą. Su tėvais mėgsta palaikyti fizinį kontaktą, prisiglausti. Jautri triukšmui. Sunkiai priima pasikeitimus. Labai svarbi rutina: įeina tik pro tas pačias duris, renkasi tik tuos pačius saldainius.

Valgo tik pertrintą maistą, nuo kieto supykina, nenori bandyti naujų maisto produktų.

Ugdymo įstaigos nelanko.

Vaikų, turinčių ASS, ištyrimas

Įtarus autizmo spektro sutrikimą, turi būti atliekama kompleksinė raidos sutrikimo diagnostika. Multidisciplininė specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas, psichologas, logopedas, ergoterapeutas, kineziterapeutas, spec. pedagogas, socialinis darbuotojas ir kt., ištiria vaiko raidą, naudodami specialius testus nustato vaiko išsivystymo lygį visose raidos srityse, autizmo simptomų išreikštumą, komorbidiškumą, nustato stipriąsias ir silpnąsias vaiko raidos savybes, sudaro vaiko abilitacijos ir šeimos pagalbos planą. Etiologijai nustatyti vaikas siunčiamas genetiko konsultacijai, patikrinama vaiko rega ir klausa, pagal poreikį atliekami smegenų vaizdo tyrimai (1 schema) [23].

1 schema

Vaikų, turinčių ASS, ištyrimas

1. Nusiskundimai.

Svarbu susirinkti informaciją apie vaiką iš tėvų, ugdymo, sveikatos specialistų. Prašomos charakteristikos iš ugdymo įstaigų, užklausinės veiklos specialistų ir pan. apie vaiko elgesį, ugdymosi ir mokymosi galimybes, bendravimą grupėje su kitais vaikais, elgesio ir komunikacijos ypatumus.

Įtarus galimą ASS, atlikti specialų atrankos testą (pvz., ankstyvojo amžiaus vaikų autizmo modifikuotą klausimyną M-CHAT, užpildyti Psichomotorinės raidos tikrinimo lapą).

2. Sutrikimo (ligos) anamnezė.

Surenkama informacija apie mamos nėštumą, gimdymą, norint nustatyti perinatalinius rizikos veiksnius. Svarbi raidos anamnezė, ją renkant ypač svarbu sužinoti, kaip vystėsi socialinė ir emocinė, kalbos ir komunikacijos, pažintinė vaiko raidos sritys. Išsiaiškinama, kada vaikas išmoko savarankiškumo įgūdžių. Diagnostikai yra svarbūs elgesio ypatumai, sensorinės sistemos sutrikimai, ypatingi interesai, rutinos ir pan.

Idealu būtų informaciją susirinkti atliekant struktūruotus testus, pvz., Autizmo diagnostinį interviu (ADI-R).

Informacija apie vaiko raidą, sveikatos problemas renkama iš tėvų, ugdymo specialistų, siekiant turėti išsamią informaciją apie vaiko adaptaciją įvairiose vietose (namuose, ugdymo įstaigoje, bendruomenėje).

3. Vaiko raidos tyrimas.

Stebėjimo būdu tiriama vaiko raida, atkreipiant dėmesį į vaiko bendravimą, komunikaciją, dėmesio sukaukimą ir perkėlimą, žaidimo pobūdį, elgesio problemas. Vaiko elgesys turi būti tiriamas struktūruotoje ir nestruktūruotose aplinkose.

Tiriama stambioji ir smulkioji motorika, recepcinė ir ekspresinė kalbos raida, socialinė ir emocinė raida, pažintinė raida.

Reikia atkreipti dėmesį į mamos ir vaiko santykių formavimąsi, kokias strategijas vaiko abilitacijai ir ugdymui priima šeima, kokią šeimos krizės stadiją ji išgyvena.

4. Medicininis ištyrimas etiologijai nustatyti:

- regos ir klausos tyrimas,
- neurologinis vaiko ištyrimas,
- somatinis ištyrimas (fizinis augimas, dismorfiniai bruožai, įgimti odos dariniai ir kt.),
- genetinis ištyrimas,
- smegenų funkcijos tyrimas,
- smegenų vaizdo tyrimai,
- EEG esant traukuliams.

5. Multidisciplininis vaiko raidos vertinimas ir specifinis vaikų, turinčių ASS, ištyrimas:

- vaiko raidos tyrimas,
- diagnostinis autizmo vertinimas (toliau – ADOS, žr. toliau),
- autizmo diagnostinis interviu (toliau – ADI-R),
- vaikystės autizmo įvertinimo skalė (toliau – CARS-ST, CARS-HF),

- kiekvienas komandos specialistas, ištyręs vaiką, pasidalina tyrimo duomenimis ir išvadomis su kitais komandos nariais, kartu dalyvauja sudarant ir vykdant terapinę ir ugdymo programą.

6. Informacijos aptarimas su tėvais, terapinio plano sudarymas, stebėjimo plano sudarymas. Socialinės situacijos vertinimas, pagalbos šeimai plano sudarymas.

Lietuvoje gali būti taikomi šie testai. Plačiausiai taikoma Psichomotorinės raidos patikra, tačiau galima taikyti ir M-CHAT (Ankstyvojo amžiaus vaikų autizmo modifikuotas klausimynas M-CHAT) testą autizmo rizikai nustatyti.

Autizmo diagnostikos „auksinis standartas“ – autizmo diagnostinis interviu (ADI-R) ir diagnostinis autizmo vertinimas (ADOS). Autizmo diagnostinis interviu (ADI-R) (angl. *Autism Diagnostic Interview*[™], Revised, 2nd ed., Le Couteur A., Lord C., Rutter M., 2003) plačiai taikomas kaip tėvams / globėjams skirtas klausimynas. Šis tyrimas skirtas diagnozuoti autizmą ir atskirti jį nuo kitų raidos sutrikimų. Jį sudaro 93 klausimai apie vaiko raidos ypatumus, elgesį, bendravimą ir kalbos raidą.

Diagnostinis autizmo vertinimas, angl. ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule*, 2nd ed. Lord C., Rutter M., DiLavore P. C., Risi S., Gotham K., Bishop S. L. et al., 2012), – diagnostikos instrumentas, suteikiantis galimybę nustatyti autizmą ir jo sunkumo lygį. ADOS-2 – tai pusiau struktūruotas, standartizuotas socialinio afekto ir riboto, pasikartojančio elgesio vertinimas, skirtas asmenims, kuriems yra įtariami autizmo spektro sutrikimai. ADOS-2 metodika gali būti pradėta naudoti nuo 12 mėn. amžiaus. Atsižvelgiant į verbalinius vaiko gebėjimus, naudojamas standartizuotas 4 modulių priemonių rinkinys. Pirmasis modulis apima ikiverbalinę (pavienių) žodžių stadiją (12–30 mėn. vaikams), antrasis – ikiverbalinę (pavienių) žodžių stadiją (vaikams nuo 31 mėn.), trečiasis – frazinę kalbą, ketvirtasis – sklandžią kalbą (taikomas vaikams ir paaugliams). Kiekviename modulyje yra pateikiamos standartizuotos veiklos, skirtos išryškinti vertinamo asmens chronologinį amžių ir psichologinės bei kalbinės raidos amžių atitinkančius elgesio ypatumus. Naudojamas modulis turi būti pasirenkamas prieš vertinant. Siekdamas objektyviau įvertinti tiriamo asmens elgesio ypatumus, specialistas gali taikyti keletą pasirinktų modulių.

Lietuvoje autizmo sutrikimo sunkumo laipsniui nustatyti pasitelkiama Vaikystės autizmo įvertinimo skalė, standartinė versija, CARS2 – ST (*Childhood Autism Rating Scale*, 2nd ed., Schopler E., Van Bourgondien M. E., Wellman G. J., Love S. R., 2010) yra vertinimo instrumentas, tinkantis diferencijuoti autizmo ir intelekto sutrikimų atvejus. Ši skalė kartais naudinga planuojant vaikų su ASS terapijos metodus, sudarant individualią vaiko ugdymo programą. Vertinami šie ypatumai: ryšys su žmonėmis, mėgdžiojimas, kūno valdymas, daiktų naudojimas, prisitaikymas prie pokyčių, emocinės ir

vizualinės reakcijos, garso, lytėjimo, skonio, uoslės atsakas ir šių pojūčių naudojimas, verbalinis ir neverbalinis bendravimas, aktyvumo lygmuo, mąstymo nuoseklumas ir lygmuo, bendri pastebėjimai. Kita vaikystės autizmo įvertinimo skalė yra Aukštesniųjų gebėjimų versija CARS2-HF (*Childhood Autism Rating Scale*, 2nd. ed., High Functioning Version, Schopler E., Van Bourgondien M. E., Wellman G. J., Love S. R., 2010) taikoma normalaus intelekto vaikams tuo pačiu tikslu kaip ir standartinė.

Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų, raidos vertinimą atlieka multidisciplininė specialistų komanda. Ją sudaro gydytojas, psichologas, logoterapeutas, specialusis pedagogas kineziterapeutas, ergoterapeutas ir kiti specialistai. Vertinami vaiko pažintiniai įgūdžiai, kalbėjimo ir kalbos, socialinio bendravimo ir adaptacijos funkcijos. Vaiko elgesys turi būti stebimas įvairių situacijų metu ugdymo įstaigoje, namuose, visuomenėje. Labai svarbu išsiaiškinti vaiko gebėjimus, stipriąsias ir silpnąsias sritis ir specialiuosius ugdymosi poreikius. Svarbu susirinkti informaciją apie vaiką iš tėvų, ugdymo, sveikatos specialistų. Prašomos charakteristikos iš ugdymo įstaigų, užklausinės veiklos specialistų ir pan. apie vaiko elgesį, ugdymosi ir mokymosi galimybes, bendravimą grupėje su kitais vaikais, elgesio ir komunikacijos ypatumus.

Medicinos įstaigose autizmo spektro sutrikimas yra diagnozuojamas remiantis kriterijais, pateiktais Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo penktoje redakcijoje (DSM-V) ir Tarptautinės ligų klasifikacijos dešimtojoje redakcijoje (TLK-10 ir TLK-10 AM).

Surenkama vaiko ligos, raidos ir gyvenimo anamnezė. Idealu būtų informaciją susirinkti atliekant struktūruotus testus, pvz., Autizmo diagnostinį interviu (ADI-R). Surinkus anamnezę, atliekamos standartizuotos diagnostikos skalės ir testai (Autizmo diagnostinis interviu (ADOS), Vaikystės autizmo įvertinimo skalė (CARS) ir kt.).

Labai svarbu, kad vaiko raidos vertinimą atliktų specialistų komanda, turinti darbo patirtį su vaikais, turinčiais autizmo spektro sutrikimų. Būtina išklausti tėvų nuomonę apie vaiko gebėjimus, elgesį, bendravimą, turėti informacijos apie vaiko prisitaikymą namuose, ugdymo įstaigoje ir kitose aplinkose. Reikia surinkti visapusišką informaciją iš kuo daugiau vaiką pažįstančių žmonių įvairiose jo gyvenimo situacijose. Informacija, surinkta iš tėvų (globėjų) ir vaiko ugdymo įstaigos personalo, papildo viena kitą ir leidžia tiksliau įvertinti vaiko raidos ypatumus. Vaiko raidos vertinimui svarbus socialinio ir adaptacinio elgesio stebėjimas. Vaikai, turintys ASS, pasižymi labai netolygiais įvairių raidos sričių gebėjimais, dažnai jų elgesys ir bendravimas gerai pažįstamoje aplinkoje tinkamas situacijai, tačiau jiems labai sunku prisitaikyti ir atlikti tas pačias užduotis kitoje aplinkoje ir (nors ir panašioje) situacijoje. Todėl itin sudėtinga iširti ir įvertinti jų gebėjimų lygį.

Lietuvoje iki šiol nėra standartizuotų testų vaikų, turinčių ASS, raidos sutrikimams nustatyti. Intelektu lygį siūloma vertinti remiantis visa turima ir prieinama informacija

apie vaiką, jo raidos, elgesio, pasiekimų, gebėjimų ypatumus, t. y. pagal anamnezės duomenis, surinktą informaciją iš vaiko tėvų (globėjų) bei ugdytojų, iš stebėjimo ir / ar vaiko raidos tyrimo standartizuotu testu (rekomenduotinas ADOS), adaptacinio elgesio, socialinio brandumo. Kartais galima naudoti Lietuvos sąlygoms pritaikytus vaikų raidos vertinimo metodus.

Reguliarus vaiko elgesio ir gebėjimų vertinimas yra integracinė vaiko raidos skatinimo ir ugdymo programos dalis.

Pagrindinės vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų, reabilitacijos gairės

Vaikams, turintiems autizmo spektro sutrikimų, reabilitacijai ir ugdymui reikalingas struktūruotas, specialiai organizuotas mokymas, susijęs su motorinių (stambiosios ir smulkiosios motorikos), kalbėjimo ir kalbos, pažintinių, socialinių įgūdžių (elgesio valdymu) lavinimu.

Struktūros mokymas

Taikant struktūros mokymo principus, atsižvelgiama į vaikui suprantamai vaizdžiai pateiktą aplinkos ir numatomos veiklos bei individualaus darbo struktūrą.

Be suprantamos regimosios informacijos vaikams, turintiems ASS, sunku suvokti įvykių seką, prasmę, organizuoti savo veiklas, dėl to jų elgesys tampa netinkamas ir sunkiai prognozuojamas.

Struktūrai mokyti yra svarbus nuolatinis vaizdinis veiklų ir dienotvarkės naudojimas, aiškumas, taikomos alternatyvios komunikacijos formos (pvz., *Picture Exchange Communication System*, PECS). Taikant struktūruotą mokymą, specialus dėmesys skiriamas elgesio ir bendravimo įgūdžiams lavinti, naudojamos sensorinės integracijos sutrikimų gydymo metodikos. Labai svarbu, kad įgytas įgūdis būtų pritaikomas praktikoje, kad vaikai mokytūsi jį panaudoti realiame gyvenime.

Aplinkos struktūra – svarbi struktūros mokymo dalis. Namuose vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimų, jaučiasi palyginti gerai ir jiems nekyla rimtų aplinkos suvokimo, elgesio problemų. Mat nuolatinis būstas suskirstytas į atitinkamos veiklos vietas: virtuvė – valgymo vieta, kambariai – žaidimų, laisvalaikio leidimo, miego, poilsio vietos ir t. t. Daugiausia elgesio problemų vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimų, patiria išėję iš namų: lauke, parduotuvėje, viešajame transporte, poliklinikoje, ugdymo įstaigoje ir pan., todėl tinkamas fizinės aplinkos pritaikymas leidžia vaikui orientuotis aplinkoje, jaustis saugiam, mažina nerimą, baimę ir išsiblaškymą.

Dienotvarkių paskirtis – padėti vaikams, turintiems autizmo spektro sutrikimų, tapti savarankiškesniems, geriau orientuotis laike ir supančioje aplinkoje. Vaizdžiai pateikta dienotvarkė leidžia vaikui nuolat matyti, kartu ir žinoti, ką ir kur jis turės daryti

konkrečiu metu, be to, suvokti veiklos seką. Taigi dienotvarkė padeda mažinti nerimą ir stresą, nes leidžia vaikui įsisavinti dienos, savaitės, mėnesio ir kitas laiko sąvokas, iš anksto sužinoti dienos veiklų pakitimus, jiems pasiruošti.

Svarbiausias vaikų, turinčių ASS, reabilitacijos ir ugdymo tikslas – ne tiek akademiinių žinių, kiek pagrindinių gyvenimo ir bendravimo įgūdžių formavimas. Kiekvieno vaiko ugdymo programoje daug dėmesio skiriama ne tik struktūruotai aplinkai kurti, bet taip pat kalbai ir / ar alternatyviam bendravimui skatinti, savarankiškumui ugdyti, elgesiui ir emocijoms modifikuoti, vaizduotės ir laiko suvokimo sunkumams šalinti.

Kalbėjimo ir kalbos terapija

Vienas iš didžiausių sunkumų, su kuriais susiduria vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimų, yra komunikacija. Net ir kalbantys mokiniai ne visada sugeba suprasti socialinę informaciją, kuri yra perduodama žodžiu. Šių vaikų kalbos supratimas ribotas, nes jiems trūksta gebėjimų suprasti simbolinę kalbą, frazeologizmus ar emocinį kalbos turinį. Kadangi vyrauja pažodinis kalbos supratimas, sunku plėtoti dialogą, apibendrinti tai, kas buvo pasakyta. Dėl bendravimo sunkumų dažnai kyla tarpusavio nesupratimų.

Kalbos lavinimas ir jos panaudojimas bendraujant – vienas didžiausių iššūkių specialistams. Funkcinės kalbos įgūdžiai ugdomi socialiniame kontekste. Atsižvelgiant į vaikų, turinčių autizmo sutrikimą, ypatumus, svarbiausia pagerinti šių vaikų galimybes bendrauti kasdienėse situacijose. O tai galima daryti gestais, veido mimika, judesiais, naudojant daiktus, nuotraukas, simbolius ir kalbą. Alternatyvią komunikacijos sistemą vaikui, turinčiam autizmo spektro sutrikimų, parenka specialistų komanda, dirbanti su vaiku.

PECS metodas padeda autistiškam vaikui suprasti, kaip, koku būdu bendrauti. Šis metodas leidžia plėsti vaikų pasyvųjį žodyną. Mokymas pagal PECS metodą suskirstytas į šešis etapus – pakopas. Kiekviena pakopa savo ruožtu išskaidyta dar į smulkesnius žingsnelius, kurie sudaro darbo aplanką. Vaikas išmoksta per paveikslėlius-simbolius bendrauti, vėliau mokosi kalbos bendravimo socialiniame kontekste.

Sensorinės integracijos metodikų naudojimas

Dėl sensorinės sistemos moduliavimo sutrikimų vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimų, dažnai jaučia nerimą, sunkiai prisitaiko prie aplinkos. Suteikdami naują jautimą patirtį, ją didindami ar mažindami, galime padėti mokiniams, turintiems autizmo spektro sutrikimų, teisingai priimti ir suvokti aplinkos informaciją. Vieni pratimai sumažina padidėjusį judrumą, kiti atvirksčiai – aktyvina vaiką. Kiekvienas sensorinės stimuliacijos būdas turi būti diegiamas palaipsniui ir taip pat palaipsniui stiprinamas. Kai šie užsiėmimai paverčiami įdomiu žaidimu, mokinys dažnai jau pats nori tokios

nusiramantiną teikiančios stimuliacijos. Sensorinės integracijos terapija tampa svarbi dirbant pagal įvairius ugdymo metodus. Ypač dažnai dirbant su vaikais sensorinė terapija jungiama su muzikos terapija.

ABA terapija

ABA (angl. *Applied Behavior Analysis*) metodas yra psichoterapinis pedagoginis metodas, sukurtas specialiai asmenų, turinčių autizmo spektro sutrikimų, elgesiui ir komunikacijai gerinti. Šis metodas buvo pagrįstas ir patvirtintas dar 1987 m. atliktu tyrimu, tačiau pradėtas plačiau taikyti apie 1990 m. Šiandien ABA metodas dažnai vadinamas efektyviausiu gydant ir ugdant vaikus autistus.

ABA metodas suskurtas Ivaro Lovaaso metodo pagrindu ir pagrįstas intensyvia elgesio terapija. Su vaiku dirbama individualiai nuo 20 iki 40 valandų per savaitę. Reabilitacijos ir ugdymo proceso metu stengiamasi stiprinti sėkmę ir kiek galima sumažinti nesėkmes. Užduotys supaprastinamos, kad vaikas sugebėtų jas atlikti. Taip didinama motyvacija aktyviai veiklai. Teisingai atlikus užduotį, vaikas skatinamas mėgstamu dalyku: maistu, daiktu, veikla, užsiėmimu ar pan. Jei vaikui nepavyksta atlikti užduoties, jam teikiami patarimai, stengiamasi padėti teisingai atsakyti į klausimą. Užduotys ir veiksmai nuolat kartojami, nepamirštant paskatinimų. Metodo principas: instrukcija–reakcija–paskatinimas.

Floortime (DIR) – tai modelis, paremtas visapuse žmogaus raida (angl. *Developmental*), individualiu asmens profiliu (angl. *Individual-differences*) ir orientuotas į santykį (angl. *Relationship-based*). Šių trijų elementų visuma padeda atskleisti tikruosius vaiko gebėjimus ir sudaryti ugdymo programą. DIR® modelis taip pat yra profesinis orientyras ir darbinė sistema, skirta specialistams, tėvams, ugdytojams.

Kiti reabilitacijos ir ugdymo metodai

Medikamentinis gydymas. Koreguojant kūdikių ir mažų vaikų nepageidaujamą elgesį, medikamentinis gydymas iki šiol kelia diskutuotinų klausimų. Šio gydymo tikslumas dažniausiai svarstomas, stengiantis pagerinti vaikų dėmesio išlaikymo galimybes, tačiau renkantis šį būdą labai svarbu atsakyti į klausimus sau patiems – tiek tėvams, tiek specialistams: ar vartojamas medikamentas padeda spręsti vaiko elgesio (protestavimo, agresyvumo, dirglumo ir pan.) problemas. Ar žinoma, kokie gali būti šalutiniai medikamento vartojimo poveikiai? Kokios garantijos, kad pasiseks laikytis medikamentų vartojimo režimo rekomendacijų? Objektivių sunkumų gali kilti dėl dienos režimo arba besikeičiančios tėvų psichologinės motyvacijos.

Vaikams, turintiems ASS, ugdyti yra naudojama daug įvairių metodikų. Taip pat žinomos *Son-Rise* programa, SPELL metodika ir kt.

Autizmo sutrikimas išlieka visą gyvenimą ir nulemia socialinės adaptacijos sutrikimus. Įvairiose šalyse sukurta dešimtys įvairių terapijų metodų vaikams, turintiems ASS, nuolat diskutuojama apie jų prasmę bei efektyvumą ir manoma, kad nėra nė vieno gydymo būdo, universaliai tinkančio visais autizmo atvejais, nes kiekvienas vaikas yra individualus.

Pagrindiniai reabilitacijos ir ugdymo metodų parinkimo principai:

1. Svarbu suprasti, kad nėra vieno universalaus ugdymo metodo ar formos, tinkamo visiems vaikams, turintiems autizmo sutrikimų. Efektyviausios ugdymo formos reikėtų ieškoti derinant skirtingus ugdymo metodus ar jų elementus.
2. Ugdymo metodai ir formos turi būti parenkami atsižvelgiant į kiekvieną vaiką individualiai.
3. Atsižvelgiant į vaiko ypatumus, reikia apgalvotai spręsti, ar jis turėtų lankyti specialiąją ikimokyklinę įstaigą (vėliau ir mokyklą), ar bendrojo ugdymo įstaigą.
4. Tėvai turėtų aktyviai dalyvauti parenkant ir koreguojant ugdymo metodus bei formas.
5. Reikėtų užtikrinti nuolatinį tėvų ir pedagogų, dirbančių su vaiku, bendradarbiavimą.

Autizmo sutrikimo prognozė

ASS turinčių vaikų prognozė daugiausia priklauso nuo taikomų vaiko abilitacijos ir ugdymo metodų ir jų taikymo pradžios. Kuo anksčiau pradedamos terapijos, tuo geresnis rezultatas pasiekiamas. Todėl labai svarbi tampa ankstyva raidos sutrikimo diagnozė. Ankstyva diagnozė gali būti nustatoma pakankamai tiksliai. Pasirodo, kad tik apie 9 proc. vaikų, kuriems buvo diagnozuotas autizmas, diagnozė gali būti atšaukiama nebelikus autizmo požymių. Tai daugiau būdinga vaikams, kurių intelektualinės galimybės aukštos (nustatomos 2 metų vaikams), kurie lankė ART (ankstyvosios reabilitacijos tarnybą), kurių elgesys augant gerėja.

Daugelis nelavinamų vaikų nesugeba patys savaime įgyti socialinių įgūdžių, todėl jų adaptacija visuomenėje tampa labai sunki. Tik nedidelė dalis tokių vaikų sugeba prisitaikyti be papildomos pagalbos. Vaiko adaptacijos prognozė daugiausia priklauso nuo kalbos, komunikacijos raidos bei neverbalinio IQ lygio [26–27].

Tačiau net geresnio intelekto vaikams išlieka išreikšti autizmo spektro požymiai, susiję su socialinio bendravimo, pragmatinės kalbos, emocinio subrendimo, dėmesio ir kt. problemomis [28].

Asmenys, turintys autizmo spektro sutrikimą, sulaukę 12–23 metų, ima geriau vystytis priešingai, bet jų autizmo požymiai išlieka stabilūs [29–30].

JAV nustatyta, kad 2,2 proc. suaugusiųjų turi autizmo spektro sutrikimą, t. y. 1 iš 45 asmenų (5,4 milijono žmonių) [4].

Literatūros sąrašas

1. Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 1979 Mar;9(1):11–29.
2. Wing L., Gould J., Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities* 2011;32:768–7.
3. S. Lesinskienės daktaro disertacija „Vilniaus miesto vaikų autizmas“ 1998. *Medicina* 2000;36(1):41–48.
4. Centers of Disease and Control prevention 2022. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>.
5. Elsabbag M. et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Special Issue: Global Perspectives on Autism* 2020;5(3):160–179.
6. Maenmer et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016 Article in *MMWR. CDC surveillance summaries: Morbidity and mortality weekly report. CDC surveillance summaries / Centers for Disease Control* 2020 Mar.
7. Chahrouh M., O’Roak B. J., Santini E., Samaco R. C., Kleiman R. J., Manzini M. C. Current Perspectives in Autism Spectrum Disorder: From Genes to Therapy. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience* 2016;36(45):11402–11410.
8. Liu X., Takumi T. Genomic and genetic aspects of autism spectrum disorder. *Biochem Biophys Res Commun* 2014;452(2):244–253.
9. London E. A., Etzel R. A. The environment as an etiologic factor in autism: a new direction for research. *Environmental health perspectives* 2000;108(3):401–404.
10. Davenport L. *Complex Relationship Between Parental Age, Autism Risk Molecular Psychiatry. Medscape* 2015.
11. Balaji G., Sinha S. N. Autism spectrum disorder (ASD): A current review of assessment, risk factors and prevention. *Indian Journal of Biochemistry and Biophysics* 2018;55:375–383.
12. Thurn A et al. State of the Field: Differentiating Intellectual Disability From Autism Spectrum Disorder. *Front Psychiatry* 2019;10:526.
13. Grzadzinski R. et al. Sensory Reactivity at 1 and 2 Years Old is Associated with ASD Severity During the Preschool Years *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2020;50:3895–3904.
14. Sikora D. et al. The Relationship Between Sleep Problems and Daytime Behavior in Children of Different Ages With Autism Spectrum Disorders *Pediatrics* 2012;130(Supplement_2):S83–S90.
15. Howlin P. The effectiveness of interventions for children with autism. *Neurodevelopmental Disorders*, 2005;101–119.
16. Mannion A. et al. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2013;7(12):1595–1616.
17. Matson J., Shoemaker M. Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities* 2009;30(6):1107–1114.
18. Grzadzinski R. et al. Parent-reported and clinician-observed autism spectrum disorder (ASD) symptoms in children with attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD): implications for practice under DSM-5. *Mol Autism* 2016.

19. Leitner Y. The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children – what do we know? *Front Hum Neurosci* 2014 Apr 29;8:268.
20. Zablotsky B. et al. The Co-Occurrence of Autism Spectrum Disorder in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2020;24(1):94–103. DOI:10.1177/1087054717713638.
21. Hyman S. L., Levy S. E., Myers S. C. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics* 2020;145(1):e20193447.
22. Autism Diagnostic Interview™, Revised, 2nd ed., Le Couteur A., M. B. B. S., Lord C., Ph.D., Rutter M., M. D., F. R. S. 2003.
23. Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd ed. Lord C., Rutter M., DiLavore P. C., Risi S., Gotham K., Bishop S. L., Luyster R. J., Guthrie W. 2012.
24. Childhood Autism Rating Scale, 2nd ed., Schopler E., Van Bourgondien M. E., Wellman G. J., Love S. R. 2010.
25. Childhood Autism Rating Scale, 2nd. ed., High Functioning Version, Schopler E., Van Bourgondien M. E., Wellman G. J., Love S. R. 2010.
26. Pickles A. et al. The adult outcome of children referred for autism: typology and prediction from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2020;61(7):760–767.
27. E. Simonoff et al. Trajectories in Symptoms of Autism and Cognitive Ability in Autism From Childhood to Adult Life: Findings From a Longitudinal Epidemiological Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;59(12):1342–1352.
28. Orinstein et al. Social function and communication in optimal outcome children and adolescents with an autism history on structured test measures. *J Autism Dev Disord* 2015 Aug;45(8):2443–2463.
29. Anderson D. K., Liang J. W., Lord C. Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(5):485–494.
30. Hyman S. L., Levy S. E., Myers S. C. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics* 2020;145(1):e20193447.

VAIKŲ, TURINČIŲ AUTIZMO SPEKTRO SUTRIKIMĄ, VERTINIMAS

Akvilė Marcikonytė

Bendrosios gairės

Ankstyvos autizmo spektro sutrikimo (ASS) diagnozės reikšmė nenuginčijamai atskleidžiama daugybėje mokslinių tyrimų. Pagalbos suteikimas ankstyvame vaiko amžiuje, apie 1–3-iusius metus, gali reikšmingai pagerinti visos šeimos ir paties vaiko gyvenimo kokybę, funkcionavimą ir prisitaikymą visuomenėje, nulemti ASS bruožų švelnėjimą [1–3].

Vaiko vertinimas dėl ASS yra kompleksiškas bei imlus laikui procesas, reikalaujantis įvairių disciplinų specialistų bendradarbiavimo. Vieningai sutariama, kad „auksinis standartas“ diagnozuojant ASS yra kvalifikuota multidisciplininė komanda, kurią dažniausiai sudaro gydytojas raidos (socialinis) pediatras, neurologas, psichiatras, psichologas, logopedas, ergoterapeutas, specialusis pedagogas, kineziterapeutas [4–7]. Siekdamas išsamaus įvertinimo, kiekvienos srities specialistas tyrinėja ir renka informaciją apie vaiką – jo raidos istoriją, autizmo simptomatiką, elgesį, vertina raidos, kalbos ir komunikacijos įgūdžius bei pažintinius gebėjimus, vaikas stebimas dėl gretutinių sutrikimų (pvz., valgymo, miego, dėmesio ir aktyvumo) [5, 8]. Svarbu, kad komandos nariai išmanytų ne vien savo discipliną, bet ir suprastų įvairias autizmo formas, simptomus ir kaip jie kinta skirtingose raidos stadijose [9].

Kalbant apie vaiko vertinimą, kurį atlieka multidisciplininė specialistų komanda, būtina paminėti tėvų / globėjų įtraukimą į vaiko ištyrimo procesą. Nors vaiko artimųjų požiūris gali būti šališkas, jų dalyvavimas vertinimo procese yra būtinas ir esminis elementas, nes tik žmonės, praleidžiantys su vaiku daugiausia laiko, gali pateikti išsamesnę informaciją apie vaiko funkcionavimą namuose ir kitose aplinkose. Natūralu, kad tėvai / globėjai nerimauja, dažnai yra linkę stengtis, kad jų vaikas vertinimo metu pasirodytų kuo geriau, todėl svarbu tėvams paaiškinti, kokio elgesio iš jų tikimasi, ypač standartizuoto vertinimo metu. Atvira komunikacija gali padėti išvengti nesusipratimų ir leisti surinkti validžius ir patikimus duomenis apie vaiką [9–10].

Idealiu atveju informacija apie vaiką turėtų būti surinkta iš įvairių aplinkų – vaiko namų, ikimokyklinio ugdymo įstaigos, mokyklos. Vaikas geriausiai parodo savo įgūdžius jam pažįstamoje ir saugioje aplinkoje. Tiesioginis vaiko elgesio stebėjimas turėtų būti atliktas struktūruotose ir nestruktūruotose situacijose, apimti vaiko bendravimo palyginimą su pažįstamais ir nepažįstamais žmonėmis [11–12].

Vertindami vaikus dėl autizmo spektro ne tik stebime elgesį bei simptomus, susijusius su autizmu, tačiau turime surinkti duomenis apie vaiko raidos istoriją bei raidos įgūdžius. Raidos istorija, arba anamnezė, renkama interviu su tėvais / globėjais

metu. Tai duomenys apie prenatalinę, gimimo, postnatalinę, medicininę, elgesio, taisykų intervencijų, edukacijos, šeimos istoriją. Vaiko raidos įgūdžiai vertinami naudojant standartizuotas metodikas, kurios padeda analizuoti vaiko pažintinius gebėjimus, kaip vaikas geba mąstyti ir suprasti jį supantį pasaulį. Vertinami vaikų neverbaliniai, motoriniai gebėjimai bei kalbos supratimas ir raiška, girdimasis dėmesys ir atmintis, savarankiškumo bei socialiniai įgūdžiai. Svarbu paminėti, kad vaiko raidos vertinimas ankstyvame amžiuje nenumato jo tolesnio kognityvinio funkcionavimo galimybių. Raidos įgūdžių įvertinimas identifikuoja vaiko stipriąsias ir silpnąsias sritis ir nurodo, kokios pagalbos vaikui reikia. ASS turintys vaikai pasižymi tam tikru raidos profiliu, kuris pasireiškia silpnesniais verbaliniais ir stipresniais neverbaliniais gebėjimais. ASS turintys vaikai pasižymi prastesniu kalbos supratimu bei vėluojančiu ekspresyvioji kalbos įgūdžių vystymusi [13]. Motoriniai įgūdžiai taip pat nebūna visiškai išsivystę ir vaikai su ASS pasižymi nerangumu, koordinacijos sutrikimais [14].

Duomenų rinkimo ir įvertinimo metodų vaidmuo diagnozuojant autizmą

Autizmas yra elgesio kategorijomis apibrėžiamas sutrikimas, kurio diagnozei nustatyti kol kas nėra jokių biologinių žymenų. Taigi diagnozavimas priklauso nuo vaiko raidos istorijos rinkimo ir elgesio stebėjimo. Tinkamai sukurti vertinimo įrankiai padeda nuosekliai susisteminti surinktus duomenis apie vaiką. Svarbu pabrėžti, kad tam tikros metodikos ar testo rezultatas savaime nėra lygus diagnozei. Diagnozė nustato gydytojas, kuris integruoja metodikų / testų rezultatus, savo klinikiškus pastebėjimus, tikrina, ar nėra prieštaravimų, kiek informacija yra nuosekli.

Vertinimo metodikos gali būti skirstomos į įrankius, skirtus identifikuoti ir atrinkti (angl. *screening*) vaikus su ASS rizika, arba į diagnostines metodikas. Tai gali būti skalės, klausimynai, interviu, stebėjimu grįstos metodikos, dažniausiai sudarytos remiantis diagnostinėse klasifikacijose (DSM-V, TLK-10) pateiktais ASS kriterijais. Metodikų pasirinkimas priklauso nuo statistinių parametrų – patikimumo, validumo, jautrumo. Ypač aukšti reikalavimai taikomi diagnostinėms metodikoms, kurios dažniausiai gerokai brangesnės už atrankos metodikas, reikalauja mokymų, jų administravimas pareikalauja daugiau laiko [12, 15].

Rekomenduojamų įrankių sąrašuose dominuoja Autizmo diagnostinis interviu (angl. *Autism Diagnostic Interview-Revised*, ADI-R) bei Autizmo diagnostinis vertinimas (angl. *Autism Diagnostic and Observation Schedule*, 2nd ed., ADOS-2), kuriuos siūloma naudoti kartu, siekiant tiksliausio įvertinimo. Taip pat prie patikimų diagnostinių metodikų priskiriama Vaikystės autizmo įvertinimo skalė (angl. *Childhood Autism Rating Scale*, CARS). Kaip patikimas autizmo rizikos ir atrankos metodas, pateikiamas Redaguotas pakartotinis testas vaikščioti pradedančių kūdikių autizmui nusta-

tyti (angl. *Modified Checklist for Autism in Toddlers*, M-CHAT) ir kitose pateiktose autizmo diagnostinėse gairėse iškeliami metodikų validumo ir pritaikymo įvairiose populiacijose problema. Daugiausia tyrimų atlikta anglakalbėse šalyse, todėl išlieka metodikų validavimo tyrimų poreikis [11–12].

Autizmo simptomatikos vertinimas

Metodikos, vertinančios ASS simptomus, dažniausiai sukurtos remiantis klasifikacijos sistemomis TLK-10 [16] ir DSM-V [17]. Pagrindinės vertinamos autizmo diagnostinės sritys yra socialinė komunikacija ir abipusė socialinė sąveika bei ribotas pasikartojantis elgesys ir interesai.

Vertinant mažus vaikus svarbu atkreipti dėmesį, kad kai kurie diagnostiniai kriterijai negali būti pritaikyti vaikams iki trejų metų, kadangi vertinami raidos aspektai, kurie dar nebūdingi šio amžiaus vaikams, pavyzdžiui, draugysčių kūrimas, palaikymas ir santykių supratimas, sunkumai bendrame įsivaizduojamame žaidime. Šių įgūdžių galime tikėtis iš 3–4 metų amžiaus vaikų, tačiau ne iš jaunesnių. Taip pat kalbant apie ribotą pasikartojantį elgesį galioja tos pačios taisyklės, pavyzdžiui, tipiška besivystančių vaikų iki 3 metų žaidimui būdingas pasikartojimas. Taigi vertinant vaikus dėl ASS itin svarbu atsižvelgti į jų amžių, nes autizmas skirtingais amžiaus tarpsniais reiškiasi skirtingai [8]. Dabar paagrinerime, kas slypi po diagnostinių kategorijų antraštėmis.

Socialinės komunikacijos ir abipusės socialinės sąveikos ypatumai

Dažniausiai vaiko kalbos nesivystymas būna pirmasis indikatorius, paskatinantis tėvus kreiptis pagalbos. Tačiau pagrindiniuose diagnostiniuose autizmo kriterijuose (pvz., DSM-V) nerasime žodžio „kalba“. Tai susiję su tuo, kad vaikams, turintiems ASS, kyla sunkumų panaudoti kalbą bendraujant, todėl pabrėžiama komunikacija, o ne pati kalba savaime. Komunikacija – tai informacijos perdavimas kitam žmogui, komunkuoti galime verbaliai ir neverbaliai. Verbalinė komunikacija – tai ekspresyvi kalba, žodžiai, vokalizacijos (balsių tarimas, gugavimas, čiauškėjimas). Neverbalinė – akių žvilgsnis, veido išraiškos, gestai, kūno laikysena / poza [8].

Autistiškų vaikų kalba literatūroje apibūdinama kaip nefunkionali, neatliekanti pagrindinių socialinės komunikacijos funkcijų: (1) atkreipti dėmesį į kitą žmogų ir reaguoti į jo iniciatyvas, (2) spontaniškai inicijuoti ir (3) gebėti palaikyti socialinę sąveiką. ASS vaikų ekspresyvi kalba pasižymi kryptingumu trūkumu, tai reiškia, kad jie neskiria savo kalbos kitam žmogui. Kalbai trūksta socialumo, t. y. kalba daugiau susijusi su daiktų gavimu, nėra išreikšto siekio būti draugiškam. ASS vaikų kalba apibūdinama kaip stereotipiška – kalbos panaudojimas atspindi pasikartojančius modelius, ribotai generuojamą spontanišką kalbą. Vaikai dažniau įvardija matomus objektus, kalba tarsi patys sau, komentuoja savo veiksmus. Taip pat būdingos netipiškos, monotoniškos

intonacijos, stebima mažiau garsų, žodžių ir jų kombinacijų, frazės pasikartojančios bei nelanksčios, mechaniškos. Būdingos tiesioginės (kartoja ką tik girdėtus žodžius ir frazes) ir delstinės (kartoja seniau girdėtus žodžius ir frazes) echolalijos. Vartoja frazes, kurios lyg nukopijuotos iš reklamų, filmukų, kitų žmonių, pasakomos ta pačia intonacija. Vaikai dažnai maišo įvardžius, kreipiasi į save trečiuoju asmeniu („Jonas nori mašinos“) [18]. Vyresniems vaikams kyla sunkumų palaikyti abipusį pokalbį, jie daugiau dėsto savo minčių srautą, neužduoda klausimų kitam žmogui. ASS turintys vaikai ekspresyvios kalbos deficito nekompensuoja savo neverbaline kalba – nerodo pirštu, nelinksi / nepurto galvos, nerodo ir nesidalija daiktais. Vienas iš netipiškų būdų komunicuoti, būdingų autistiškiems vaikams, yra kito žmogaus rankos panaudojimas kaip daikto, kuris nelydimas akių kontakto užmezgimo [10, 18].

Vaikams, turintiems autizmo spektro bruožų, kyla sunkumų pasidalyti savo patirtimi su kitais žmonėmis ir reaguoti į kitų žmonių potyrius. Vaikai su ASS mažiau socialiai motyvuoti ir daugiau dėmesio skiria daiktams nei žmonėms. Kai tuo tarpu įprastos raidos vaikai yra daugiau socialiai orientuoti [19]. Tai pasireiškia sumažėjusiu socialinių iniciatyvų skaičiumi, autistiški vaikai bendravimo su kitu žmogumi dažniausiai siekia norėdami patenkinti savo poreikius, gauti norimą daiktą, prašydami pagalbos, daug rečiau stebimas bendro žaidimo, pasidalinimo savo emocijomis patirtimi siekis (pvz., neatsisuka į tėvus siekdamas parodyti, kad veikia jam patinka, teikia džiaugsmą). Todėl stebimas siauras veido išraiškų spektras, retesnis vokalizacijų, gestų, akių kontakto panaudojimas, vaikai nerodo žaislų kitiems, nesidalija. Jeigu vaikas geba naudoti gestus ir žodines išraiškas, dažnai tą daro rečiau nei įprastos raidos vaikai, mažiau kokybiškai, pvz., nesuintegruoja žodžių ir gestų su akių kontaktu (vaikas prašo arba rodo pirštu, tačiau neatsisuka į kitą žmogų, nenaudoja akių žvilgsnio, kaip komunikacijos priemonės) [10, 18].

Kiti itin svarbūs abipusės socialinės komunikacijos ypatumai gali būti apibūdinami kaip ribotas atsakas į kito žmogaus iniciatyvas – tai nereagavimas į kito žmogaus kalbinimą, šaukimą vardu, socialinę šypsena (vaikas nusišypso atsakydamas į kito žmogaus šypsena bei žaismingus verbalinius pakalbinimus), siekį parodyti įdomų žaislą (pvz., vaikas nereaguoja, nueina, nususuka) ar sunkumai pritraukti ir nukreipti vaiko dėmesį norima linkme. Dažnai kalbinamas ir šaukiamas vardu vaikas nereaguoja, tačiau išgirdęs nekalbinį garsą, pvz., muzikinį žaislą, iš karto suklūsta. Kartais vaikai būna gerai išmokyti reaguoti į kito žmogaus instrukcijas, nurodymus, todėl svarbu atskirti, kada vaikas pats spontaniškai inicijuoja socialinę sąveiką, o kada tai yra pasufleruotas atsakas [9–10].

Vienas iš sunkiausių komunikacinių gebėjimų yra socialinės sąveikos palaikymas, kadangi vaikui reikia sujungti tiek gebėjimą inicijuoti sąveiką, tiek reaguoti į kito žmogaus iniciatyvas. Vaikas gali prinešti žaislą, paduoti jį kitam žmogui siekdamas pagalbos, tačiau, kai tik jo poreikis patenkinamas, nueina ir toliau žaidžia vienas. Autistiškiems vaikams sunku išlaikyti paprastą žaidimą paėiliui, netgi trumpas žaislo pa-

ėmimas iš vaiko gali tapti problematiškas. Daugiau abipusiškumo stebima vaikui gerai pažįstamuose rutininiuose žaidimuose (pvz., „Kukū“ slėpynėse, dainelėse, skaičiuotėse). Kalbantys vaikai linkę atsakyti į klausimus ne pagal kontekstą, nelogiškai arba ignoruoti klausimus (8). Vertinant vyresnius vaikus abipusiame žaidime stebimas gebėjimas priimti kito pasiūlymus, prie jų prisitaikyti, pasiūlyti savo idėją, įtraukti kitą žmogų. Taip kuriamas abipusiškumas („gauti ir duoti“ principas), palaikomas abiejų žmonių įsitraukimas į bendrą veiklą. Bendra socialinė sąveika su autistišku vaiku dažnai būna trumpalaikė ir gali būti apibūdinama kaip vienpusė [10].

Vienas pagrindinių ir ankstyvųjų socialinės komunikacijos įgūdžių yra jungtinis dėmesys, atsirandantis 8–12 mėn. amžiuje ir padedantis kūdikiui neverbaliai apsieisti informacija su tėvais apie matomą objektą arba įvykį. Jungtinis dėmesys apibrėžiamas kaip trijų taškų sukoordinuotas žvilgsnis tarp bendravimo partnerio ir objekto. Tai gebėjimas pasidalyti su kitu žmogumi savo matymu. Jungtinis dėmesys – tarsi pasitikrinimas be žodžių, vien akių kontaktu: „Ar matome tą patį?“ Jungtinis dėmesys susideda iš dviejų aspektų: gebėjimo panaudoti akių kontaktą inicijuojant pasidalinimą savo patirtimi bei gebėjimo sekti kito žmogaus žvilgsnį ir veido orientaciją, rodyimą pirštu ir atsakyti į kito žmogaus jungtinio dėmesio inicijavimą, t. y. nukreipti savo dėmesį ten, kur jį bando nukreipti kitas žmogaus [10]. Visgi, jeigu vaikai su ASS geba inicijuoti jungtinį dėmesį, pastebimi tam tikri kokybiniai skirtumai, palyginti su įprastos raidos vaikais. ASS vaikai jungtinį dėmesį inicijuoja dažniau prašydami norimo daikto arba pagalbos negu siekdami pasidalyti savo patirtimi, pvz., norėdami parodyti tėvams įdomų žaislą [10, 19–20]. Manoma, kad jungtinis dėmesys yra pamatas tolesnei kalbos ir socialinės komunikacijos raidai, todėl daugelis intervencijų turėtų pirmiausia būti nukreiptos į šio ankstyvo įgūdžio vystymą [21].

Apibendrinant, vertindami vaiką dėl ASS, turime aiškiai atskirti atsakus ir iniciatyvas, stebėti vaiko gebėjimą palaikyti abipusę socialinę sąveiką. Stengtis sudaryti kuo daugiau erdvės pasireikšti spontaniškam ir nepasufleruotam vaiko elgesiui.

Ribotas pasikartojantis elgesys ir interesai

Vertinant ribotą pasikartojantį elgesį svarbu atsižvelgti, kad kai kurie tokio elgesio modeliai būdingi ir įprastos raidos vaikams, ypač ankstyvame amžiuje. Daugelis mažų vaikų pradinėse kalbinėse stadijose naudoja echolaliją kaip kalbos mokymosi strategiją, būdingas ir pasikartojantis žaidimas, taip pat prisirišimas prie vieno žaislo ir jo nešiojimas kartu. Pagrindiniai skirtumai reiškiasi savo intensyvumu, dažnumu ir perkėlimu į skirtingus kontekstus. Įprastos raidos vaikų pasikartojančio elgesio modeliai yra subtilesni, ne tokie dažni ir intensyvūs, o vaikams, turintiems autizmo spektrą, tai pasireiškia daugelyje kontekstų ir aplinkų, šiuos elgesio modelius sunkiau nutraukti, jie labiau pastebimi [8, 10, 18].

Ribotas pasikartojantis elgesys ir interesai apima:

- Neįprastus interesus ir domėjimosi sritis. Tai intensyvus ir savitas susidomėjimas objektais arba jų detalėmis, kuriam trūksta socialumo ir yra nebūdingas įprastos raidos vaikams. Tai gali būti domėjimasis dulkių siurbliais, tualetu vandens bakelio mechanizmais, kelio ženklais, šviesoforais, žemėlapiams, ugnikalniais, ventiliatoriais. Vaikas nuolat siekia gauti, kalbėti, žaisti, piešti ji dominančius objektus.
- Pasikartojantį nefunkcionalų objektų naudojimą arba susidomėjimą objektų dalimis, detalėmis. Tai gali būti mašinėlės ratų sukimas, daiktų rikiavimas, siūlų ir virvelių judinimas, apvalių objektų sukimas, pakartotinis daiktų dėliojimas iš ir į tam tikrą indą.
- Ritualus ir kompulsijas. Tai tam tikrų veiksmų sekos, kurias vaikas siekia užbaigti būtent tam tikra tvarka. Tai gali būti objektų sudėjimas į tam tikras vietas, tam tikru kampu, ėjimas tuo pačiu keliu, ritualas subelsti keturis kartus į sieną prieš užeinant į kambarį, uždaryti duris, siekis sužinoti visų kambaryje esančių žmonių batų dydį. Dažniausiai vaikas išgyvena nerimą ir didžiulį stresą, kai negali užbaigti savo ritualo.
- Neįprastą sensorinį susidomėjimą arba jautrumą, pasireiškiantį stipriu siekiu gauti stimuliacijos per pagrindinius pojūčius (skonį, uoslę, regą, lytėjimą, klausą) arba jos išvengti. Svarbiausia atkreipti dėmesį, kiek sensorinis susidomėjimas arba jautrumas yra neįprastas ir kiek truko užsiimti įprasta veikla ir žaidimu. Neįprasti sensoriniai interesai gali reikštis atidžiu daiktų apžiūrinėjimu tam tikru kampu, pakartotiniu tekstūros lietim, spaudimu prie kūno, uostymu, bandymu išgauti garsus barbenant daiktus pirštais. Nuolatinis daiktų dėjimas į burną turėtų būti atsargiai vertinamas, atsižvelgiant į vaiko raidos amžių. ASS vaikai dažnai būna jautrūs garsams, ryškioms šviesoms ar kitiems sensoriniams stimulams. Jautrumas garsams pasireiškia staigiomis vaiko reakcijomis į netikėtus garsus, ausų dengimusi, vengimu vietų, kur galima susidurti su specifiniais garsais (pvz., dulkių siurblio arba plaukų džiovintuvo garsas).
- Pasipriešinimą pokyčiams. Vaikas su ASS sunkiai priima net menkiausius pokyčius kasdienybėje ir gali priešintis, kai ateina metas keisti vasaros drabužius į žieminius, pakeisti maudymosi laiką ar patalynę, kai namuose keičiami baldai ar daiktai padedami į kitą vietą. Kasdienės rutinos pasikeitimai taip pat gali trikdyti ir įprastos raidos vaikus, ypač tos, kuri susijusi su miegojimu ir valgymu, tačiau jie reaguoja ne taip stipriai ir ne į tokius menkus pasikeitimus.
- Prisiiršimą prie objektų, kuris būdingas vaikams su autizmu ir pasižymi tuo, kad prisirišama prie daikto, kuris yra neįprastas ir neapima prisirišimo prie minkštų žaislų ar antklodėlių, prie kurių prisiriša dauguma vaikų. Tai gali būti tokie neįprasti daiktai, kaip smeigtukai, akmenys, skardinės, raktai, popierėliai, siūlai. Dažniausiai bandant iš vaiko paimti daiktą, prie kurio jis prisirišęs, susiduriama su stipriu pasipriešinimu ir pykčiu.

- Stereotipinius rankų, pirštų ir kūno manierizmus. Tai pasikartojantys judesiai (plasnojimas rankomis, specifinis pirštų ir delnų judinimas, sukiojimas, sukimasis aplink savo ašį, pasikartojantis šokčiojimas aukštyn žemyn, pasvirimas į priekį mosuojant rankomis, vaikščiojimas ant pirštų galų) [8, 10, 18].

Kiti svarbūs aspektai: žaidimo įgūdžiai ir santykiai su bendraamžiais

Vaiko žaidimo įgūdžiai glaudžiai susiję su socialine komunikacija, tačiau kliniškai naudingiau juos išskirti ir apibūdinti atskirai. ASS vaikų žaidimas dažnai būna ne pagal jų raidos amžių, daugiau pasireiškia pojūčių siekiantis žaidimas, žaislų tyrinėjimas, apžiūrinėjimas, o ne funkcinis panaudojimas (pvz., stumdyti mašinėlę, statyti bokštą iš kaladėlių, kalti plaktuku). Taip pat autistiškiems vaikams sunku įsitraukti ir kurti įsivaizduojamą žaidimą (pvz., maitinti lėlę, įsivaizduoti, kad siūlai – tai makaronai, o kaladėlės – bandelės). Įsivaizduojamo žaidimo įgūdžiai išsivysto apie antruosius gyvenimo metus [8]. Net jeigu vaikas ir turi įsivaizduojamo žaidimo įgūdžius, pažvelgę atidžiau matome, kad žaidimui trūksta lankstumo, įvairovės, dažniausiai žaidžiama pasikartojančia seka, neįsitraukiama į abipusį interaktyvų žaidimą, kuriam reikalingas gebėjimas dalintis, pasiūlyti pačiam ir priimti žaidimo partnerio idėjas. Taip pat svarbus aspektas, norint žaisti drauge su kitu, yra imitacijos įgūdžiai, kurių stokoja ASS vaikai [8, 10, 18].

Bendro įsivaizduojamo žaidimo su kitais vaikais galime tikėtis ne iš jaunesnių nei ketverių metų amžiaus vaikų. Svarbus aspektas vertinant vaikus dėl ASS – ar vaikas rodo susidomėjimą savo bendraamžiais. Tai kitų vaikų stebėjimas, socialinės sąveikos inicijavimas ir reagavimas į kitų vaikų iniciatyvas, kvietimą žaisti kartu. ASS vaikams taip pat gali būti būdingas socialinės disinhibicijos (susitvardymo) trūkumas – tai sunkumai tinkamai moduluoti savo elgesį, atsižvelgiant į socialines taisykles, ribas, atstumo išlaikymą, subtilias socialines užuominas. Tai netinkami komentarai, nepažįstamų žmonių lietimasis, sėdėjimas svetimiems žmonėms ant kelių, netinkamas įsiterpimas į kitų žmonių pokalbius, intensyvus spoksojimas į kitą žmogų, stovėjimas arba sėdėjimas per arti [18].

Apibendrinimas

Vaiko vertinimas dėl autizmo spektro sutrikimo yra sudėtingas procesas, kuris reikalauja daug resursų, informacijos rinkimo iš įvairių šaltinių, aplinkų ir situacijų. Vienas iš iššūkių, su kuriuo susiduriama vertinant vaikus, susijęs su skirtingu autizmo spektro bruožų pasireiškimu skirtingais amžiaus tarpsniais, todėl svarbu išmanyti ne tik autizmo simptomus, bet ir įprastai besivystančių vaikų raidą. Laikoma, kad „auksinis standartas“ diagnozuojant ASS yra kvalifikuota multidisciplinė komanda, o ne atskirų metodikų taikymas. Visgi tinkamai sukurti vertinimo įrankiai padeda nuosekliai susisteminti surinktus duomenis apie vaiką. Juolab kad autizmas yra elgesio kategori-

jomis apibrėžiamas sutrikimas, kurio diagnozei nustatyti kol kas nėra jokių biologinių žymenų, todėl įvairios skalės ir klausimynai yra pagalba klinacistams. Kita vertus, net geriausiai sukurta metodika bus nieko verta specialisto, kuris menkai išmano apie autizmo diagnostiką, rankose. Kitas itin svarbus aspektas, kalbant apie metodikas, yra jų validumas ir standartizavimas įvairiose populiacijose ir kultūrose, kuris išlieka opus klausimas daugelyje pasaulio šalių [12]. Ne išimtis ir Lietuva – kol kas neturime Lietuvos vaikų populiacijos tyrimų, siekiant pritaikyti turimas metodikas. Todėl išlieka didelis tokių tyrimų poreikis ateityje.

Literatūros sąrašas

1. Dawson G., Rogers S., Munson J., Smith M., Winter J., Greenson J. et al. *Pediatrics* 2010;125:e17–e23.
2. Elder J., Kreider C., Brasher S., Ansell M. *Psychol. Res. Behav. Manag* 2017;10:283–292.
3. Szatmari P., Bryson S. E., Boyle M. H., Streiner D. L., Duku E. *J Child Psychol. Psychiatry* 2003;44:520–528.
4. Penner M., Anagnostou E., Andoni L. Y., Ungar W. J. *Autism* 2018;22:517–527.
5. Zwaigenbaum L., Penner M. *BMJ* 2018;k1674.
6. Volkmar F. R., Rogers S. J., Paul R., Pelphrey K. A., eds., *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 4th ed., John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey, 2014.
7. Falkmer T., Anderson K., Falkmer M., Horlin C. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:329–340.
8. Kowell K. K., Heymann P., Tsatsanis K. D., Chawarska K. In: Goldstein S., Ozonoff S. (Eds.), *Assess. Autism Spectr. Disord.*, 2nd ed., The Guilford Press 2018;87–110.
9. Goldstein S., Ozonoff S. eds. *Assessment of Autism Spectrum Disorder*, 2nd ed. New York: The Guilford Press 2018.
10. Lord C., Rutter M., DiLavore P. C., Gotham K., Bishop S. *Autism Diagnostic Observation Schedule*, 2nd ed. (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1–4, Western Psychological Services, Torrance, CA, 2012.
11. NCC-WCH, *Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum*. London: RCOG Press 2011.
12. New Zealand Ministry of Health, *New Zealand Autism Spectrum Disorder: Guideline*, 2016.
13. Weismer E. S., Lord C., Esler A. *J Autism Dev Disord* 2010;40:1259–1273.
14. Landa R. J., Gross A. L., Stuart E. A., Faherty A. *Child Dev* 2013;84:429–442.
15. Lord C., Corsello C., Grzadzinski R. In: Volkmar F. R., Paul R., Klin A., Cohen D. (Eds.), *Handb. Autism Pervasive Dev. Disord.*, 1st ed., Wiley, 2014;312–334.
16. Australian Consortium for Classification Development, *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification (ICD-10-AM/ACHI/ACS)*, 2015.
17. American Psychiatric Association, ed., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5th ed, American Psychiatric Association, Washington, D.C 2013.
18. Rutter M., Lord C., Le Couteur A., *Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) [Manual]*, Western Psychological Services, Torrance, CA, 2003.
19. Rogers S. J., Dawson G., Vismara L. A. *Vaiko autizmas: ankstyvoji pagalba, kurią gali suteikti tėvai*. Vilnius: Ugdymo plėtotės centras 2017.
20. Carter A. S., Davis N. O., Klin A., Volkmar F. R. In: Volkmar F. R., Paul R., Klin A., Cohen D. (Eds.), *Handb. Autism Pervasive Dev. Disord.*, 1st ed., Wiley, 2014;312–334.
21. Siller M., Sigman M. *J Autism Dev Disord* 2002;32:77–89.

VAIKŲ, TURINČIŲ AUTIZMO SPEKTRO SUTRIKIMĄ, MOTORIKOS SUTRIKIMAI

Milda Serbentavičiūtė

Gebėjimas laisvai judėti vaikui suteikia galimybę suprasti ir įgyti žinių apie jį supantį pasaulį, suvokti savo kūno siunčiamus signalus, vystytis savireguliacijai ir mokytis [1]. Fizinis aktyvumas ne tik stimuliuoja viso organizmo gyvybines funkcijas, bet ir padeda formuoti vidiniams adaptaciniams mechanizmams, o tai vaikui padeda pritaikyti prie kintančių aplinkos sąlygų [2]. Įprasta manyti, kad vaiko judėjimo galimybės priklauso tik nuo jo fizinių ypatybių. Iš tiesų judesio kokybė yra visuma biomechaninių, fiziologinių ir psichologinių procesų [3].

Vertinant autizmo spektro sutrikimus iki šių dienų didžiausias dėmesys yra skiriamas pagrindinėms sutrikimų sritims – socialinei sąveikai, komunikacijai ir pažintiniams gebėjimams, tačiau nustatyta, kad didžiajai daliai vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, būdingi ir bendrosios bei smulkiosios motorikos sunkumai [4]. Nors iš pirmo žvilgsnio ASS turintys vaikai mažai kuo skiriasi nuo savo bendraamžių, tėvai, auginantys vaikus su raidos sutrikimais, pastebi, kad jų vaiko bendrosios motorikos įgūdžiai, palyginti su neurotipinės raidos vaikais, nėra tokie patys.

Dažniausiai tėvai pastebi, kad jų atžala kasdienėje aplinkoje juda kitaip – vaikščiodamas namuose užkliūva už lovos ar kėdės, nerangiai ar nesaugiai juda žaidimų aikštelėje, ugdymo įstaigoje atsisako piešti ir dalyvauti meninėje veikloje kartu su kitais vaikais, jų nemėgdžioja, niekaip neišmoksta savarankiškai apsirengti drabužių ar apsiauti batų. Stebėdami savo vaiką, žaidžiantį kieme su bendraamžiais, jie atkreipia dėmesį į vaiko motorikos manieringumus, neretai pastebi pasikartojančius judesius, atliekamus galva ar rankomis. Dažnai tėvus neramina, kad jų vaikas džiaugdamsis pradeda plasnoti rankomis, nekantraudamas ar pasireiškus stipresnėms emocijoms ima strikinėti ant pirštų galų, o supykęs įtempia rankas ir pečius.

Stebimi stereotipiniai judesiai ir akivaizdus vaiko išskirtinumas tiek tėvus, tiek patį vaiką paliečia psichologiškai – pastarieji nuolat jaučiasi atstumti bendraamžių, o tėvai pradeda jaudintis, kad vaikas yra kitoks. Dėl šios priežasties tėvai bando apsaugoti savo atžalą nuo galimų patyčių, vengia didesnių susibūrimų, šeimos švenčių, viešų žaidimų aikštelių. Sutrikę judėjimo gebėjimai dažnai paveikia ir paties vaiko kasdienį gyvenimą, įskaitant apsitarnavimą, savigarbą, santykius su bendraamžiais.

Tiek motorikos sutrikimai, tiek pakitęs motorinis planavimas neatsiranda tik vaikui pradėjus vaikščioti. Atidžiau panagrinėjus autizmo spektro sutrikimų turinčio vaiko ankstyvąją raidą, galima pastebėti, kad jau pirmaisiais gyvenimo metais jo motorinė raida yra kitokia, palyginti su įprastos raidos bendraamžiais [5]. Kūdikiai, kuriems vė-

liau buvo įtariamas autizmo spektro sutrikimas, dažnai pradeda tiek šliaužioti, tiek sėdėti bei vartytis vėliau nei to paties amžiaus vaikai [6]. Be to, stebimos nepakankamos apsauginės reakcijos jam žaidžiant su žaislais, būdingi raumenų tonuso pakitimai ir sumažėjusi jėga raumenyse. Palyginti su neurotipinės raidos vaikais, autizmo spektro sutrikimą turintys vaikai smulkiosios ir stambiosios motorikos užduotis atlieka prasčiau, tam pasirenka neįprastą judesių atlikimo modelį, aktyviau naudoja vienos kūno pusės galūnes.

Autizmo spektro sutrikimą turintys asmenys, kalbant apie jų judėjimą, dažnai apibūdinami kaip nerangūs, keistai judantys, nebrandžios koordinacijos. Į akis krinta netipiška eisena – vaikas eidamas velka pėdas, rotuoja jas į vidų ar išorę, eina pasistiebęs ant pirštų galų, – vaiko eisena atrodo nerangi, judesiams trūksta laisvumo [7]. Verta atkreipti dėmesį, kad dėl neįprasto judesių atlikimo modelio šiems vaikams neretai diagnozuojama hiperkinezinė parėzė, nežymus rigidiškumas, stebimi apraksijos požymiai. Palyginti su bendraamžiais, autizmo sindromą turintys vaikai išsiskiria prastesne liemens kontrole, eisenos sutrikimais, netipišku judesių planavimu ir seka [8–9].

Be to, pastebėta, kad vaikai su raidos sutrikimais nenoriai įsitraukia į aktyvias veiklas, nes jiems kyla sunkumų išlaikant pusiausvyrą ar balansą, dėl to šie vaikai linkę atsisakyti dalyvauti komandiniuose žaidimuose arba estafetėse, kur reikia įveikti kliūtis, ypač ant nestabilių paviršių [10]. Šiems vaikams nepavyksta stabiliai išlaikyti kūno vertikaloje padėtyje stovint ant vienos kojos ar tai atlikti užsimerkus, eiti tiesia linija, išlaikyti pusiausvyrą pastačius vieną pėdą priešais kitą [11].

Visa tai lemia sunkumus, su kuriais vaikai susiduria augdami, kai mokomasi važiuoti dviračiu, paspirtuku, čiuožti pačiūžomis, eiti viena linija ar stovėti ant vienos kojos. Dėl balanso ir pusiausvyros stokos raidos sutrikimų turintys vaikai turi įdėti daugiau pastangų ir užtrunka ilgesnį laiko tarpą, kol įvaldo šiuos įgūdžius.

Motorinio planavimo sutrikimai pastebimi, kai turintys raidos sutrikimų vaikai atlieka smulkiosios motorikos užduotis – jie tokie veiklai renkasi savitą judesio atlikimo modelį. Tai galima pastebėti tiek ankstyvajame amžiuje, kada vaikas neįprastai žaidžia su žaislu, tiek vėliau jį mokant savarankiškumo ir higienos įgūdžių. Pavyzdžiui, vykdant kasdienes užduotis, savarankiškai rengiantis marškinėlius ar naudojantis šaukštu valgant, vaikų judesių tempas ir reakcija yra lėtesni, rankoms trūksta vikrumo, pakitęs raumenų tonusas ir griebimas, trūksta rankos ir akies koordinacijos, palyginti su neurotipiniais vaikais [12–13].

Smulkiosios motorikos sunkumai tampa dideliu iššūkiu tėvams ir pedagogams, kai sulaukęs mokyklinio amžiaus vaikas pradeda mokytis naudotis rašikliu ar kirpti žirkklėmis. Pastebėta, kad šie vaikai rašo pavienes raides didesniu masteliu, netaisyklingai, jų rašymo tempas lėtesnis, todėl jie nespėja klasėje laiku užbaigti užduoties [14].

Motorinis planavimas

Viena pagrindinių priežasčių, trukdančių raidos sutrikimą turintiems vaikams išmokyti naujų judesių ir juos tiksliai atlikti, yra motorinio planavimo sutrikimai. Tyrimais nustatyta, kad nors paties judesio nervinių takų veikla nėra reikšmingai sutrikusi, šiems vaikams sunkiau teisingai suprasti judesio atlikimą ir suplanuoti jį mintyse [15]. Tyrimais taip pat patvirtinta, kad vaikams, turintiems autizmo spektro sutrikimų, yra būdinga judesio dispraksija.

Žinoma, kad naujo judesio atlikimas priklauso nuo motorinės programos galvos smegenyse sudarymo ir sugalvoto plano įgyvendinimo. Tam, pirmiausia, reikalingas ne tik aiškus judesio tikslas (mintis, ką norima atlikti), bet ir geras dėmesio koncentravimas. Svarbu atkreipti dėmesį, kad sutrikusios raidos vaikai neretai turi dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sutrikimo požymių [16]. Jiems kyla sunkumų atpažįstant ir valdant savo emocijas, stebimi obsesinio kompulsinio sutrikimo bruožai, kada vaikas negali suvaldyti nuolat pasikartojančių įkyrių minčių, o tai ženkliai paveikia vaiko dėmesio koncentraciją ir atsaką į aplinką [17].

Atsiradus klaidų planuojant judesį, lėtėja ne tik paties judesio atlikimo tempas, bet ir reakcijos greitis, judėjimas praranda savo vientisumą, judesiai tampa išskaidyti, jiems trūksta tikslumo.

Augdamas vaikas nuolat juda, bandydamas pats atlikti veiksmą ir stebėdamas judant kitus jis mokosi naujų motorikos įgūdžių, ieško strategijų, kaip judesį atlikti greičiau ir lengviau. Kuo didesnė judesio atlikimo patirtis, tuo efektyviau galvos smegenys geba valdyti judesius [18]. Vadinasi, vaikas, išmokęs šokinėti tolyn ir įtvirtinęs savo šokinėjimo įgūdžius, gebės tai atlikti ir pasikeitus aplinkos sąlygoms – namuose, žaisdamas lauke ar sporto salėje pamokos metu. Naudodamasi ankstesne judesio atlikimo patirtimi, galvos smegenys geba tiksliau sukurti būsimo judesio atlikimo planą – kartojant judesį didėja atlikimo tikslumas, greičiau sukuriama ir įgyvendinama motorinė programa [19].

Kineziterapijos metu išmokęs atlikti tam tikrą judesį, palaipsniui vaikas atlieka visą veiksmą, t. y. judesių kombinaciją. Kaip jau žinoma, naujų judesių yra mokomasi senųjų, jau atliekamų, pagrindu, todėl labai svarbu nuo pat užsiėmimo pradžios ugdyti teisingą judesio atlikimą ir jį koreguoti.

Vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, susiduria su sunkumais imituodami kitų žmonių veiksmus. Pagrindine to priežastimi laikomas sutrikęs motorinis planavimas. Autizmo spektro sutrikimą turintys vaikai negali tiksliai atkartoti kito žmogaus veiksmų, nors jų motorinė kontrolė yra reikšmingai nepakitusi [20]. Pastebėta, kad autistiškas vaikas negeba atkartoti kasdienių, rutininių veiksmų gestais, pavyzdžiui, stebėdamas, kaip mama šluoja grindis šepečiu, šių judesių atkartoti [21]. Tai atsispindi ir vaiko žaidimuose – dėl imitavimo įgūdžių stokos autistiški vaikai linkę žaisti vieni,

negeba įsitraukti į vaidmenų žaidimus, jiems sunku numatyti kito veiksmus [22]. Todėl jie dažnai jaučiasi vieniši, negeba susirasti draugų ir palaikyti artimų santykių.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad kuo anksčiau vaikas pradedamas mokytis motorinio planavimo ir motorinių įgūdžių, tuo aukštesnių rezultatų pasiekama ugdant vaiko socialinius įgūdžius, tokius kaip akių kontaktas, gestai, imitacija ir dėmesys [23]. Iki šių dienų yra įrodyta, kad lavinant autistiško vaiko imitacijos įgūdžius, ženkliai sumažėja stereotipinių judesių, gali būti koreguojamos elgesio problemos, atsiranda didesnis vizualinis dėmesys suaugusiajam ir yra pagerinama socialinio kontakto kokybė [24]. Be to, imitacijos lavinimas yra efektyvus būdas siekiant praplėsti autistiškų vaikų susidomėjimo sritis, mokytis žaidimo įgūdžių, atlikti veiksmus manipuluojant objektu.

Sensorinė disfunkcija

Autizmo spektro sutrikimą (ASS) turintys vaikai aplinką ir savo kūno siunčiamus signalus supranta ir jaučia savitai. Pagrindinė to priežastis – pakitusi sensorinių sistemų veikla ir sensorinės informacijos apdorojimas, kitaip – sensorinė disfunkcija.

Kiekvienas mūsų turime 8 sensorines sistemas, kurios mums padeda orientuotis aplinkoje, suprasti ir atliepti savo fiziologinius poreikius ir kūno siunčiamus signalus. Išorinės sensorinės sistemos, tokios kaip rega, klausa, uoslė, skonis ir lytėjimas (taktilika), yra atsakingos už informacijos iš aplinkos perdavimą ir padeda mums prisitaikyti prie besikeičiančių aplinkos sąlygų. Likusios vidinės sensorinės sistemos – vestibulinė sistema, propriorecepcija ir interorecepcija – mums leidžia geriau suprasti savo kūną, suvokti jį erdvėje ir išlaikyti jį vertikaloje padėtyje.

5.9 lentelė. Sensorinės sistemos

Sensorinės sistemos
1. Regos sistema suteikia didžiąją dalį informacijos apie mus supantį pasaulį ir leidžia orientuotis aplinkoje.
2. Uoslės sistema perduoda informaciją ir leidžia atpažinti malonius ir nemalonius kvapus.
3. Skonio sistema padeda mums suprasti ir atskirti valgomo maisto skonį, tekstūrą ir temperatūrą.
4. Klausos sistema padeda aplinkoje atskirti skirtingus garsus – jų stiprumą, garso šaltinio kryptį, garso toną.
5. Taktilika padeda atpažinti aplinkoje esančių daiktų požymius: daiktų formą, tekstūrą, svorį, temperatūrą, padėti ir taip lengviau orientuotis aplinkoje.
6. Interorecepcija suteikia informaciją apie mūsų vidaus organų veiklą (pavyzdžiui, leidžia justoti sotumo / alkio jausmą, širdies dūžius).
7. Vestibulika perduoda informaciją apie judėjimą, gravitaciją ir padeda išlaikyti pusiausvyrą ir koordinaciją.
8. Propriorecepcija suteikia informaciją apie kūno pozą ir galūnių padėtį erdvėje.

Galima pastebėti, kad ASS turinčius vaikus domina neįprasti dirgikliai – vieni jų atidžiai tyrinėja skirtingų faktūrų paviršius, mėgsta stebėti savo atvaizdą veidrodyje, jiems patinka ryškios šviesos, o į kitus dirgiklius pastarieji gali reaguoti per daug jautriai – vengia triukšmingos aplinkos, nenori būti liečiami ar apkabinami.

Nustatyta, kad ASS turinčių vaikų nervinių takų veikla pasižymi per dideliu aktyvumu [25]. Įprastai neurotipinės raidos vaikai iš aplinkos gautą didelį kiekį sensorinės informacijos suvokia kaip visumą. Tuo tarpu ASS turintys vaikai mato atskiras detales ir dalis jų sensorinės informacijos lieka neapdorota [26]. Dėl šios priežasties raidos sutrikimų turintiems vaikams kyla sunkumų atpažinti ir suvokti svarbiausią sensorinės informacijos šaltinį. Pavyzdžiui, patekę į triukšmingą aplinką jie girdi daug skirtingų garsų – mašinų ūžesį, žmonių žingsnius, klegesį, tačiau nemoka atskirti, kuris garso šaltinis yra svarbiausias, todėl kviečiami vardu ne visada sureaguoja.

Per intensyvūs dirgikliai ir per didelis jų kiekis vaiko aplinkoje – triukšmas, greitai besikeičiančios aplinkos sąlygos – vaikui tampa iššūkiu ir gali sukelti sensorinių jutimų perkrovą. Tai gali tapti vaiko fobijų priežastimi, dėl to jis sunkiai adaptuojasi naujoje aplinkoje, nenoriai įsitraukia į aktyvius veiklas ar grupinius žaidimus ugdymo įstaigoje, didesnėje patalpoje yra susikaustęs, gali atrodyti pasyvus.

Be to, net iki 90 proc. raidos sutrikimų turinčių vaikų yra būdingas pakitęs sensorinės informacijos apdorojimas, kada atsakas į sensorinį dirgiklį yra per didelis (hiperjautrumas) arba atvirksčiai – nepakankamas (hipojautrumas) [27].

Per mažas jautrumas – tai susilpnėjęs atsakas į jutiminius dirgiklius ar visiškai atsko nebuvimas (pavyzdžiui, sumažėjusi reakcija į skausmą, temperatūrą, sutrikę paviršiniai jutimai – didelis vaiko susidomėjimas paviršių faktūromis, daiktais). Hipojautrus vaikas per mažą jautrumą dažnai kompensuoja savistimuliaciniu elgesiu, atlikdamas veiksmus, kurie jam malonūs, raminantys.

Tuo tarpu hiperjautrumas sužadina perdėtą vaiko reakciją į jutiminius dirgiklius (pavyzdžiui, ausų užsikimšimas, siekiant nuslopinti garsą, padidėjęs jautrumas saulės šviesai, prisilietimų vengimas). Tokiems vaikams paprasti dirgikliai, tokie kaip triukšmas gatvėje ar ryški lempų šviesa klasėje, gali kelti nuolatinį stresą, nerimą. Pastebėta, kad hiperjautrūs vaikai tampa neramūs, bijo stresinių situacijų, sunkiau adaptuojasi ugdymo įstaigose.

Didžioji dalis autizmo spektro sutrikimą turinčių vaikų pasižymi klausos sensorinės sistemos padidintu jautrumu [28]. Kaip jau minėta, šiems vaikams sunku išskirti kalbančio žmogaus balsą nuo pašalinių garsų – girdima tik skambesiu visumą [29]. Atlikti tyrimai patvirtina, kad autizmo sindromą turintiems asmenims sunkiau sekasi ne tik suvokti, bet ir apdoroti fonetinę informaciją [30]. Per didelis triukšmas gali turėti fizinį poveikį – sukelti skausmą ar sužadinti emocinę reakciją, pavyzdžiui, pykčio protrūkį.

Taip pat pastebėta, kad vienam iš penkių autizmo spektro sutrikimą turinčių vaikų pasireiškia regos hiperjautrumas – per ryški šviesa kelia diskomfortą, taip pat yra su-

trikęs vizualinis suvokimas. Pastebėtas ir neįprastas šių vaikų susidomėjimas regimosiomis detalėmis – smulkiais objektais, daiktų struktūromis.

Net pusei autizmo spektro sutrikimą turinčių vaikų būdinga taktilinė disfunkcija [31]. Neįprasta reakcija į lietimą gali priklausyti nuo spaudimo jėgos, dirgiklio savybių. Verta paminėti, kad paviršinių jutimų jautrumas skirtingose kūno vietose skiriasi. Pastebima, kad hipojautraus vaiko reakcija į sąlytį su objektais yra mažesnė. Toks vaikas nuolat ieško papildomos stimuliacijos iš aplinkos – liečiasi prie kitų žmonių, mėgsta stiprų kontaktą, iškreiptai jaučia skausmą. Priešingai, hiperjautrūs vaikai į prisilietimus reaguoja neigiamai. Tokie vaikai bando išvengti apkabinimų, reikalauja savo erdvės, žaidžia tik su tam tikros tekstūros žaislais. Didesnis jautrumas lietimui kelia kasdienį stresą – bijoma higienos procedūrų, netikėtų dirgiklių, pavyzdžiui, vėjo.

Judesio atlikimo efektyvumas ir tikslumas yra glaudžiai susijęs su sensorine informacija apie asmens atliekamo judesio kinematines ir dinamines savybes ir jį supančią aplinką [31]. Pagrindinė sensorinė informacija, reikalinga tikslingam judesiui atlikti, yra gaunama iš vestibulinių receptorių, regos ir proprioreceptinės sensorinės sistemos mechanoreceptorių, esančių sąnariuose, raumenyse ir odoje.

Receptoriai, dalyvaujantys valdant judesį:

1. sąnariuose ir raiščiuose esantys receptoriai (suteikia informaciją apie galūnių išsidėstymą erdvėje, raumens jėgą, judesio kryptį);
2. sausgyslėse esantys receptoriai (suteikia informaciją apie raumens jėgą);
3. odoje esantys receptoriai (suteikia informaciją apie kūno padėtį erdvėje);
4. akyse esantys receptoriai (suteikia informaciją apie supančią aplinką ir kūno suvokimą erdvėje).

Kalbant apie autistiškų vaikų judėjimo funkcijos sutrikimą, dažnai pabrėžiama vestibulinės sensorinės sistemos netinkama veikla [32]. Dėl šios priežasties yra sutrikdoma pusiausvyra, koordinacija ir pats judesio suvokimas, stebimi raumenų tonuso pakitimai. Šiuo atveju sumažėjusio jautrumo vaikas apibūdinamas kaip nenustygstantis vietoje, nuolat judantis, sunkios eisenos, išsiblaškęs.

Dėl nepakankamo atsako į vestibulinės sensorinės sistemos dauginamus dirgiklius vaikas nuolat ieško stipresnių pojūčių patenkinti šios sistemos sensorinį poreikį: sunkiai išbūna vienoje vietoje, siūbuoja į šonus, sukasi aplink savo ašį, mėgsta būti supamas ar gulėti žemyn galva. Tuo tarpu hiperjautrumas šioje sistemoje pasireiškia pusiausvyros stygiumi, dezorientacija, aukščio baime. Toks vaikas atrodo nevikrus, nenoriai atlieka paprastus judesius, vengia aktyvių žaidimų su bendraamžiais. Esant vestibulinės sistemos jautrumui, vaikas gali išsigąsti greičiau pasikeitus kūno padėčiai, pavyzdžiui, per greitai pasilenkus žemyn, nedrąsiai jaučiasi ant nestabilių paviršių ir lipdamas laiptais ar įveikdamas kliūtis, sutrinka rankos ir akies koordinacija.

Kitas sutrikimas, lemiantis kitonišką judėjimą, – proprioreceptinės sistemos disfunkcija [32]. Ši sistema lemia vaiko kūno padėtį erdvėje, padeda palaikyti taisyklingą

kūno pozą. Sutrikus šiam sensorinės integracijos procesui, atsiranda smulkiosios motorikos netikslumų manipuluojant objektais, vaikas nuolat griūva, atrodo nerangus, judesiams trūksta stabilumo, laisvo žaidimo metu stebima ardomoji veikla.

Proprioreceptinės sensorinės sistemos hipojautrumas lemia vaiko papildomų pojūčių iš aplinkos siekimą: toks vaikas nuolat juda, strikinėja, neretai vaikšto pasistiebęs ant pirštų galų, sukasi ratu, šokinėja, griūva. Pastebima, kad tokiems vaikams būdingas aukštesnis skausmo slenkstis, kai net ir stipriau užsigavę jie nesureaguoja, neatbėga pasiguosti, neverkia, žaidimų aikštelėje nesisaugo, neatsargiai lipa laiptais. Be to, neteisingai suvokiant proprioreceptinės sensorinės sistemos perduodamą informaciją kyla sunkumų graduojant judesius – vaikui sunku apskaičiuoti jėgą, komandinių žaidimų metu jis gali netyčia pastumti kitą vaiką, žaisdamas naudoja per daug jėgos, žaidžia grubiai, priešdamas ar rašydamas per stipriai spaudžia rašymo priemonę.

Kineziterapijos pritaikymas

Analizuojant vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, kognityvinius gebėjimus, pastebėta, kad dažnas jų pasižymi regimuoju mąstymu – pasaulį geriau suvokia vizualiai ir naujų dalykų mokosi per vaizdą [33]. Tačiau, nors šie vaikai daug greičiau geba atrasti atskiras detales, nemoka jų susieti tarpusavyje. Dėl tokio nemokėjimo išskirti svarbiausio dalyko ir numatyti eiliškumo, autistų vaikų mąstymas ir aplinkos suvokimas tampa skaidytas, ribotas [34]. Neatrandant sąsajos tarp atskirų daiktų, yra klaidingai suvokiamas ir veiksmų tęstinumas, todėl šiems vaikams sunku atlikti nuosekliai visas užduotis iš eilės, susitikimo su kineziterapeutu metu laikytis numatytos tvarkos, pradėtą užduotį atlikti iki pabaigos.

Verta atkreipti dėmesį, kad daugeliu atvejų ugdymo įstaigose vaikams nurodymai pateikiami verbaliai – žodžiu. Tačiau, nepaisant to, kad pedagogas vis daugiau aiškina žodžiu, tai dar nereiškia, kad vaikas geriau supranta [35]. Tuo tarpu alternatyvios komunikacijos pritaikymas ir vizualinis užduočių pateikimas leistų vaikui geriau suprasti, ko iš jo tikisi terapeutas, ir vaikas padėtų laikytis numatyto užsiėmimo plano (5.4 pav.).

Vienas iš pagalbos būdų yra užduotis ir pratimus kineziterapijos metu pateikti vizualiai – parengti korteles, kuriose būtų simboliškai, paveikslėliais ar nuotraukomis atvaizduotos konkrečios užduotys. Vizualinis užduočių vaizdavimas pratimų ir aktyvių estafečių metu vaikams ne tik padeda išlaikyti pratimų eiliškumą, suprasti kineziterapijos eigą ir laiko trukmę, bet ir paskatina pradėtą užduotį atlikti iki pabaigos. Rekomenduojama fizinę veiklą struktūruoti: naudoti individualizuotas darbotvarkes su pažymėta pradžia, pabaiga, trukme. Pagrindines taisykles, nurodymus pateikti vizualiai (simboliai, PECS paveikslėliai, nuotraukos, konkrečius pratimus vaizduojančios kortelės).

Vaizdinė struktūra kineziterapijos metu [36]:

- padeda geriau suprasti abstrakčias sąvokas ir nurodymus;
- apibūdina daiktus, kurie yra nesuprantami;
- padeda vaikui priimti ir pasiruošti pokyčiams;
- didina savarankiškumą;
- padeda spręsti elgesio problemas;
- sumažina stereotipinį elgesį, taip gerinant socialinės sąveikos kokybę;
- padeda prisitaikyti netikėtose situacijose, kai keičiasi nusistovėjusi tvarka;
- padeda aiškiau suvokti laiko sąvoką ir tęstinumą;
- mažina pasyvumą ir didina dalyvumą.

Reikia paminėti, kad visus žaidimus kineziterapijos metu autistiškas vaikas suvokia kaip darbą. Galima pastebėti, kad iš visų aktyvios veiklos formų toks vaikas neretai išsirenka vieną susidomėjimą keliantį žaidimą (dažnai sūpynes ar batutą) ir reikalauja pasikartojančios rutinos. Be to, dėl emocijų raidos ir savireguliacijos ypatumų vėluojančios raidos ar autizmo spektro sutrikimą turintiems vaikams yra būdingas prieštaraujantis elgesys – jiems nepavyksta laikytis nurodymų, nesilaikoma taisyklių [37].

Taip pat pastebėta, kad vaikai, turintys motorinio planavimo sunkumų, labai dažnai susiduria su baime ir motyvacijos stoka atlikdami tam tikrus pratimus, todėl labai svarbu užtikrinti, kad aplinka, kurioje vaikas sportuoja, būtų kiek įmanoma geriau pritaikyta, atsižvelgiant į individualius vaiko poreikius, o siekiant išlaikyti vaiko susidomėjimą užduotis vertėtų pateikti žaidimų forma (5.5 pav.). Labai svarbu sudominti vaiką ir paskatinti jį aktyviai įsitraukti į kineziterapijos procesą. Todėl reko-



5.4 pav. Struktūruotas kineziterapijos užduočių pateikimas – pažymėta pradžia ir pabaiga, aiški veiklų numeracija



5.5 pav. Kineziterapijos metu užduotys jungiamos su žaidybiniais elementais tam panaudojant vaiko mėgstamus žaislus – sensorinius kamuoliukus, figūrėles, konstruktorių detales

menduojama naudoti motyvacinę sistemą – apibrėžti, kaip jis bus apdovanotas už tinkamą elgesį ir įvykdytas užduotis.

Atsižvelgiant į aptartus sunkumus, kuriuos patiria vaikai, turintys raidos arba autizmo spektro sutrikimų, organizuojant vaiko aktyvų laisvalaikį būtina atsižvelgti į vaiko intelektualinius ir fizinius gebėjimus, kalbos supratimo lygį ir pritaikyti pagalbines priemones, kurios padėtų aiškiai ir suprantamai vaikui perteikti informaciją, kas jo laukia susitikimo su kineziterapeutu metu.

Kadangi autizmo spektro sutrikimą turintiems vaikams yra būdingi pakitę jautimai bei pojūčių perkrova, kineziterapijos kabinete turi būti siekiama kiek įmanoma sumažinti sensorinius (šviesos, garso) dirgiklius. Pažymėtina, kad per didelis jautrumas ryškiai lempų šviesai ar foniniam triukšmui kineziterapijos kabinete gali sužadinti nepageidaujamą vaiko reakciją (pyktį) bei sukelti jam stresą.

Pagrindiniai kineziterapijos metodai ir principai

Atsižvelgiant į autistiškų vaikų ugdymo ypatumus, svarbiausia, kad aplinka, kurioje vyksta kineziterapija, būtų struktūruota. Šiam tikslui pasiekti vienas iš efektyviausių būdų yra aktyvios zonos struktūravimas ir vaizdinės dienos tvarkės pritaikymas fizinio lavinimo metu. Vizualiniai tvarkaraščiai turėtų būti individualizuoti ir atitinkan-

tys vaiko supratimą bei poreikius. Tvarkaraštyje grafiškai (panaudojant piktogramas, nuotraukas, žodžius, paveikslėlius) perduodama informacija apie tai, kokios užduotys laukia susitikimo su kineziterapeutu metu, kiek jos truks, – aiškiai pažymėta veiklos pradžia ir pabaiga, nurodomas užduočių eiliškumas (5.6 pav.).

Reikia atkreipti dėmesį, kad autizmo spektro sutrikimų turintiems vaikams neretai kyla bendravimo ir socialinės sąveikos sunkumų, dėl šios priežasties pastariesiems nepavyksta laikytis socialinių taisyklių aktyvių veiklų metu. Pavyzdžiui, vaikas negeba sulaukti savo eilės, nenori dalytis priemonėmis bendrų veiklų metu, elgiasi agresyviai – mušasi, kandžiojasi, mėto daiktus, sunkiai išbūna vienoje vietoje. Tam, kad terapeutas galėtų aiškiai ir suprantamai perduoti, kokio elgesio tikisi iš vaiko, svarbu socialines taisykles pateikti ne tik žodžiu, bet ir parenkant atitinkamą vaizdą įtraukti jas į vaizdinę dienos tvarkę.



5.6 pav. Aktyvių estafečių metu simboliais pažymima judėjimo kryptis, kuri padeda motorinio planavimo sunkumų turinčiam vaikui lengviau orientuotis aplinkoje ir išlaikyti veiksmų seką

Dirbant su vaiku svarbu pastebėti tiek jo stipriąsias, tiek silpnąsias savybes, kurios turėtų būti lavinamos. Kineziterapijos metu išsikelti tikslai turėtų atliepti tiek vaiko fizines galimybes, tiek jo pažintinius gebėjimus. Vaikams, turintiems autizmo spektro sutrikimų, dažniausiai būdingi šie motorikos sutrikimai: neteisingas motorinis planavimas, motorinis nerangumas, koordinacijos stoka, lėtas judesių atlikimo tempas ar hiperaktyvumas, sutrikusi tiek statinė, tiek dinaminė pusiausvyra, nepakankama liemens kontrolė.

Pagrindiniai kineziterapijos uždaviniai:

1. Lavinti pusiausvyros reakcijas ir koordinaciją.
2. Formuoti taisyklingą laikyseną.
3. Lavinti rankos ir akies bei kojos ir akies koordinaciją.
4. Mokyti judesių jungimo į sekas ir motorinio planavimo.
5. Gerinti kliūčių įveikimo įgūdžius.
6. Skatinti vaiko savarankiškumą.
7. Mokyti struktūros ir darbo komandoje įgūdžių.

Pusiausvyros reakcijų lavinimas sporto veiklų metu turėtų sudaryti sąlygas stimuliuoti visas vaiko sensorines sistemas ir mokyti jį suplanuoti judesį keičiantis aplinkai. Tam tinka aktyvių estafetinių ir kliūčių ruožų organizavimas panaudojant nestabilias plokštumas, įvairius minkštus modulius (formas), balansavimo pagalves (5.7 pav.).

Pagrindinis koordinaciją ir motorinį planavimą lavinančių pratimų tikslas yra gerinti judesių atlikimo tikslumą ir mokyti atskirų judesių jungimo į sekas. Tam tinkami visi aktyvūs žaidimai, ugdantys bendruosius lavinamuosius motorikos įgūdžius ir skatinantys prisitaikyti prie greitai besikeičiančių sąlygų bei suplanuoti būsimą veiksmą (5.8 pav.).



5.7 pav. Kliūčių ruožas panaudojant balansinį takelį ir pagalvėlę pusiausvyros reakcijoms lavinti



5.8 pav. Taktiliniai kilimėliai, pusiausvyros pusrutuliai, skirtingų formų minkšti moduliai leidžia sudėlioti vis naują kliūčių ruožą, kuris skatina vaiką mokytis išlaikyti judesių seką

Judesių koordinaciją, posturalinę kontrolę, rankos ir akies koordinaciją, motorinį planavimą ir pusiausvyrą lavinantys pratimai:

- Aktyvūs žaidimai, kai vaikas turi išlaikyti pusiausvyrą. Atsižvelgiant į vaiko įgūdžių lygį, pradinė padėtis yra stovint arba sėdint. Pavyzdžiui, vaikas turi sugauti muilo burbulus rankomis ore, nejudindamas kojų. Taip lavinami vaiko liemens rotaciniai judesiai, rankos ir akies koordinacija, pusiausvyra.
- Pritūpimai, kai vaikas pakelia daiktą nuo grindų. Pavyzdžiui, vaikas stovi padėto lanko viduryje, jis turi pritūpti, paimti lanką ir, iškėlęs jį rankomis aukštai virš savęs, nuleisti jį žemyn, pralendant pro jį visu kūnu.
- Kūno pažinimo žaidimai. Parodyti vaikui judesį (pavyzdžiui, atsigręžiant per petį paliesti koją) ir paprašyti vaiko veiksmą atkartoti, parodyti kūno dalis, įtraukti ritminių pratimų su šokių elementais, skatinti gestų mėgdžiojimą.
- Žaidimai su kamuoliu: spardyti, gaudyti, mesti, ridenti. Kai vaikas gaudo kamuolį, jis turi rankomis pasiekti kūno vidurio liniją, mesdamas – suka liemenį, perkelia kūno svorį iš vienos pusės į kitą, spirdamas kamuolį, turi trumpam atsistoti ant vienos kojos, kol kita kūno pusė juda.

Koordinaciją ir motorinį planavimą lavinančios užduotys (5.9 pav.):

1. Vikrumo ir judesių tikslumo reikalaujantys žaidimai:

- a) peršokti barjerą iškart abiem kojomis (laipsniškai didinant barjero aukštį);
- b) šokinėti ant grindų per išdėliotus lankus, šokinėti „klases“;
- c) aktyvios estafetės, reikalaujančios vikrumo ir žaidybinių įgūdžių, pvz., apibėgti išdėliotus kūgius, greitai perduoti daiktą kitam žaidėjui, pereiti kliūčių taku.



5.9 pav. Taktiliniai kilimėliai, pusiausvyros pusrutuliai, skirtingų formų minkšti moduliai leidžia sudėlioti vis naują kliūčių ruožą, kuris skatina vaiką mokytis išlaikyti judesių seką

2. Šokinėjimo įgūdžių lavinimas:

- a) pašokti aukštyn atsispiriant nuo žemės abiem kojomis;
- b) šokinėti šonu keičiant puses;
- c) atlikti keletą šuoliukų iš eilės;
- d) pašokinėti ant vienos kojos;
- e) šokinėti didinant nušoktą atstumą;
- f) nušokti nuo neaukšto laiptelio (pakylos).

3. Greičio ir vikrumo reikalaujančios užduotys ir aktyvios estafetės:

- a) lįsti per tunelį keturpėsčia pasilenkiant į priekį;
 - b) lipti kopėtėlėmis aukštyn / žemyn prisitraukiant rankomis;
 - c) šokinėti ant batuto;
 - d) eiti kliūčių taku (ant skirtingų faktūrų figūrų).
4. Akies rankos koordinacijai ir dėmesio koncentracijai aktyvūs žaidimai su kamuoliu:
- a) mesti / gaudyti kamuolį (panaudojant skirtingo dydžio ir svorio kamuoliukus);
 - b) pataikyti kamuoliu į taikinį (krepšį, dėžę), metant su rankos mostu arba abiem rankomis;
 - c) mėtytis kamuoliu su priešais esančiu žmogumi (mėtymui galima panaudoti skirtingo svorio kamuoliukus, smėlio ar pupų maišelius, mokyti juos sugauti viena ranka).
5. Viršutinę kūno dalį stiprinantys pratimai:
- a) vaikščiojimas ant dviejų rankų gulint ant gimnastikos kamuolio ar prilaikant kitam žmogui;
 - b) vaikščiojimas ant keturių galūnių vienu metu (pvz., imituoiant gyvūno ėjimą);
 - c) prisitraukimas prie skersinio (kabėjimas, supimasis ant skersinio žaidimų aikštelėje);
 - d) žaislų ir didesnių daiktų stūmimas ar traukimas (pvz., traukti virvę, nustumti didesnę baldą, traukti žaislą už virvelės, prisitraukti laikantis už virvės ir supantis);
 - e) važiavimas riedlente gulint ant pilvo ir prisitraukiant rankomis į priekį.
6. Sensorinės integracijos priemonių įtraukimas į aktyvias veiklas:
- a) naudoti skirtingų faktūrų priemones (įtraukti žaidimus su skirtingos tekstūros medžiagomis: vandeniu, smėliu, kruopomis, plastilinu, sensoriniais stresą mažinančiais žaislais);
 - b) skatinti taktilinį pažinimą ir judėjimą ant grublėtų, nelygių, skirtingų formų paviršių (laipsniškai didinant toleruojamus dirgiklius).

Literatūros sąrašas

1. Alaniz M. L., Galit E., Necesito C. S., Rosario E. R. Hand Strength, Handwriting, and Functional Skills in Children With Autism. *American Journal of Occupational Therapy* 2015;69.
2. Alcantara J., Weisblatt E., Moore B., Bolton P. Speech-in-noise perception in high-functioning individuals with autism or Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(6):1107–1114.
3. Baron-Cohen S., Ashwin E., Ashwin Ch., Tavassoli T., Chakrabarti B. Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. *Biological sciences* 2009;364:1522.

4. Bhat A. N., Landa R. J., Galloway J. C. Current perspectives on motor functioning in infants, children, and adults with autism spectrum disorders. *Physical Therapy* 2011;91(7):1116–1129.
5. Bromley J., Hare D., Davison K., Emerson E. Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism* 2004;8(4):419–433.
6. Colle L., Baron-Cohen S., Hill J. Do Children with Autism have a Theory of Mind? A Non-verbal Test of Autism vs. Specific Language Impairment. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2007;37(4):716–723.
7. DeMeyer M. K., Alpern G. D., Barton S., DeMyer W. E., Churchill D. W., Hingtgen J. N. et al. Imitation in autistic, early schizophrenic and non-psychotic subnormal children. *Journal Autism Child Schizophr* 1972;2(3):264–87.
8. Downey R., Rapport M. J. K. Motor activity in children with autism: a review of current literature. *Pediatric Physical Therapy* 2012;24(1):2–20.
9. Dziuk M. A., Gidley L. J. C., Apostu A., Mahone E. M., Denckla M. B., Mostofsky S. H. Dyspraxia in autism: association with motor, social and communicative deficits. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2007;49(10):734–739.
10. Eaves L. C., Ho H. H. Young Adult Outcome of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2008;38(4):739–747.
11. Field T., Ezell S., Nadel J., Grace A., Allender S., Siddalingappa V. Reciprocal imitation following adult imitation by children with autism: reciprocal imitation. *Infant Child Dev* 2013;22:642–648.
12. Fischetti A. T., Wilder D. A., Myers K., Leon-Enriquez Y., Sinn S., Rodriguez R. Anevaluation of evidence-based interventions to increase compliance among children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2012;45:859–863.
13. Fulceri F., Tonacci A., Lucaferro A., Apicella F. et al. Interpersonal motor coordination during joint actions in children with and without autism spectrum disorder: The role of motor information. *Research in Developmental Disabilities* 2018 Sep;80:13–23.
14. Grzadzinski R., Dick C., Lord C., Bishop S. Parent-reported and clinician-observed autism spectrum disorder (ASD) symptoms in children with attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD): implications for practice under DSM-5. *Molecular Autism Brain, Cognition and Behavior* 2016;7:7.
15. Halsband U., Lange R. K. Motor learning in man: a review of functional and clinical studies. *Journal of Physiology* 2006;99:414–424.
16. Hikosaka O., Nakamura K., Sakai K., Nakahara H. Central mechanisms of motor skill learning. *Current Opinion in Neurobiology* 2002;12:217–222.
17. Jansson-Verkasalo E., Kujala T., Jussila K., Matilla L., Moilanen L., Naatanen R., Suominen, K., Korpilahti, P. Similarities in the phenotype of the auditory neural substrate in children with Asperger syndrome and their parents. *European Journal of Neuroscience* 2005;22(4):986–990.
18. Kanai Ch., Toth G., Kuroda M., Miyake A., Itahashi T. Social Skills in Autism Spectrum Disorders. *Handbook of Social Behavior and Skills in Children* 2017 Oct;217–248.
19. Kushki A., Chau T., Anagnostou E. Handwriting Difficulties in Children with Autism Spectrum Disorders: A Scoping Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2011;41(12):1706–1716.
20. Lloyd M., MacDonald M., Lord C. Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders. *Autism* 2013;17(2):133–146.

21. Lord C., Wagner A., Rogers S., Szatmari P., Aman M., Charman T. et al. Challenges in Evaluating Psychosocial Interventions for Autistic Spectrum Disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2005;35(6):695.
22. Maninderjit K., Sudha M., Srinivasana A., Bhat N. Comparing motor performance, praxis, coordination, and interpersonal synchrony between children with and without Autism Spectrum Disorder (ASD). *Research in Developmental Disabilities*, January 2018 Jan;72:79–95.
23. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. New York: Routledge 2014.
24. Murray D., Lesser M., Lawson W. Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism. *Autism* 2005;9(2):139–156.
25. Peeters T. *Autism: From Theoretical Understanding to Educational Intervention*. San Diego, Singular Pub. Group 1997.
26. Provost B., Lopez B. R., Heimerl S. A comparison of motor delays in young children: autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2007;37(2):321–328.
27. Rayner Ch. Sibling and adult video modelling to teach a student with autism: Imitation skills and intervention suitability. *Developmental Neurorehabilitation* 2011 Dec;14(6):331–338.
28. Riquelme I., Hatem S. M., Montoya P. Abnormal Pressure Pain, Touch Sensitivity, Proprioception and Manual Dexterity in Children with Autism Spectrum Disorders. *Neural Plasticity* 2016;9.
29. Russell A., Mataix-Cols D., Anson M., Murphy D. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *British Journal of Psychiatry* 2005;186(6):525–528.
30. Skjaerven L. H., Mattsson M., Catalan-Matamoros D., Parker A., Gard G., Gyllensten A. L. Consensus on core phenomena and statements describing basic body awareness therapy with in the movement awareness domain in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 2019;35:80–93.
31. Sheets-Johnstone M. Agency: Phenomenological insights and dynamic complementarities. *Humanistic Psychologist* 2017;45:1–22.
32. Tierney C., Mayes S., Lohs S. R., Black A., Gisin E., Veglia M. How Valid Is the Checklist for Autism Spectrum Disorder When a Child Has Apraxia of Speech? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2015;36(8):569–574.
33. Todorov E. Optimality principles in sensorimotor control. *Nature Neuroscience* 2004;7(9):907–915.
34. Travers B. G., Powell P. S., Klinger L. G., Klinger M. R. Motor Difficulties in Autism Spectrum Disorder: Linking Symptom Severity and Postural Stability. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2013;43(7):1568–1583.
35. Williams K. R., Guerra N. G. Prevalence and predictors of Internet bullying. *Journal of Adolescent Health* 2007;41:14–21.

VAIKŲ, TURINČIŲ AUTIZMO SPEKTRO SUTRIKIMĄ, ELGESIO VALDYMAS

Irina Butkienė

Kaip mokyti vaikus? Kaip išmokyti juos rengtis, naudotis šaukštu ar šakute, sakyti „ačiū“? Ką reikia daryti, kad vaikas tinkamai elgtųsi svečiuose, parduotuvėje, vaikų darželyje? Panašių klausimų kyla visiems tėvams, o ypač auginantiems vaiką su raidos sutrikimais, pavyzdžiui, autizmu. Kiekvienas išmoktas vaiko įgūdis pasireiškia elgesiu ar veiksmu, kuris vyksta arba nevyksta tam tikromis aplinkos sąlygomis. Vaikas, būdamas tam tikroje aplinkoje, pasinaudoja savo įgūdžiais, jis demonstruoja tam tikrą elgesį, kuris visų pirma naudingas jam pačiam. Mes, suaugusieji, mokome vaikus, koks yra tinkamas ar netinkamas elgesys, o laikui bėgant vaikas pradeda mokytis stebėdamas aplinkinių elgesį, jį atkartodamas ir tinkamai pritaikydamas socialinėje situacijoje. Patyręs sėkmę vaikas stengiasi kartoti panašaus tipo elgesį, kuris leis jam pasiekti norimą rezultatą dar kartą ir dar kartą. Ir atvirkščiai, stengsis išvengti to elgesio, kuris siekiant tikslų buvo neefektyvus.

Pastaraisiais dešimtmečiais vykstantys tyrimai taikomosios elgesio analizės srityje patvirtina, kad tinkamas ir netinkamas elgesys yra išmokstamas. Ir rankų plovimas, ir vadinamosios „isterijos“ yra palaikomos aplinkos veiksnių – kaip fizinio, taip ir socialinio konteksto. Įprastos raidos vaikas, palaikant socialiniam kontekstui (kitiems žmonėms pritariant ar nepritariant), gana anksti išmoksta tinkamai elgtis, o vaikui, turinčiam autizmo spektro sutrikimą, mokantis prireikia pagalbos. Tinkamai ar netinkamai elgdamasis vaikas arba gauna ką nors, arba ko nors išvengia; taip elgesys stiprėja, silpnėja arba išnyksta. Elgesio ir aplinkos veiksnių sąveika yra įvardijama teigiamo ar neigiamo pastiprinimo ir teigiamo ar neigiamo silpninimo kategorijomis. Terminas „neigiamas pastiprinimas“ dažnai suprantamas klaidingai, daugelis mano, kad neigiamas pastiprinimas – tai bausmės sinonimas. Svarbu įsidėmėti, kad pastiprinimas ar silpninimas reiškia elgesio tikimybę kartotis ateityje (elgesys kartosis dažniau ar rečiau), o sakant „teigiamas“ ar „neigiamas“ yra apibūdinamas stimulo pokytis (jo atsiradimas ar išnykimas iš aplinkos) po atitinkamo elgesio.

Teigiamas pastiprinimas

1. Socialinis teigiamas pastiprinimas (dėmesys).

Sutikime su tuo, kad netinkamai elgdamasis vaikas žymiai greičiau gauna aplinkinių dėmesį: į jį visi atsigręžia, vaikas savo aplinkoje pamato piktus ar nustebusius aplinkinių veidus, jį bara, ramina, moko, bando nukreipti dėmesį ir t. t. Visa tai – ir dažnai nevalingai – gali tapti teigiamu netinkamo elgesio pastiprinimu, kuris ateityje panašiose situacijose kartosis vis dažniau. Aplinkinių dėmesys dažniau pastiprina probleminį

elgesį, ypač tose situacijose, kai vaikui kitais būdais dėmesio gauti neįmanoma: vaikas negali (nemoka) prašyti dėmesio tinkamu būdu arba suaugusieji yra užsiėmę.

2. Fizinis pastiprinimas.

Daugelis žmogaus elgesio formų susiformuoja siekiant gauti ką nors apčiuopiamo. Mes spaudžiame pulto mygtuką norėdami perjungti televizoriaus kanalą ir pažiūrėti ką nors įdomaus, ko tikrai labai norime. Lygiai taip pat yra ir netinkamo elgesio atveju: vaikas jį demonstruoja, kad gautų, ko nori. Vaikas rėkia ir spardo koja kėdę, kol jam neįjungia mėgstamos laidos. Jis gali griebti iš kito vaiko rankų žaislą, kad su juo pažaištų. Kai probleminis elgesys nuolat suteikia galimybę gauti, ko nori, jis pastiprinamas. Tokiais atvejais aplinkiniai dažnai daro klaidą: čia ir dabar gavimas tai, ko nori, sustabdo probleminį elgesį konkrečioje situacijoje, tačiau padidina probleminio elgesio tikimybę kartotis ateityje.

3. Automatinis teigiamas pastiprinimas.

Kai kurios elgesio formos susiformuoja nepriklausomai nuo aplinkinių žmonių veiksmų; tokios elgesio formos pačios yra pastiprinimas. Pavyzdžiui, piršto čiulpimas pastiprinamas piršto ar burnos stimuliacija. Tai yra automatinis pastiprinimas. Tačiau prieš darant išvadą apie galimą automatinį pastiprinimą, reikia atmesti socialinių pastiprinimų įtaką (įvertinti, ar elgesys pasireiškia vaikui liekant vienam).

Neigiamas pastiprinimas

1. Socialinis neigiamas pastiprinimas (vengimas).

Vaikas puikiai išmoksta tokių elgesio formų, kurios padeda jam užbaigti ar sustabdyti nemalonius įvykius. Pavyzdžiui, mes pabaigiame pokalbį telefonu su reklamos agentu; atlikę užduotį, išvengiame prašymų ją atlikti arba išvengiame darbų, susijusių su pačia užduotimi. Netinkamas elgesys palaikomas tokiais pačiais principais. Agresija, save žalojantis elgesys, keistos replikos gali padėti užbaigti nepageidaujamą sąveiką su aplinkiniais arba nutraukti ją. Pavyzdžiui, daiktų mėtymas nuo stalo padės užbaigti pedagogo užduotį, o netinkamas elgesys klasėje dažnai priveda prie to, kad mokinys išprašomas iš klasės ir sykiu jis išvengia užduoties. Visos minėtos elgesio formos paveikiamos neigiamai pastiprinant ir jos tampa vaiko įprastu elgesiu.

2. Automatinis neigiamas pastiprinimas.

Nemaloni stimuliacija – fizinis skausmas ar nepatogumas – tai motyvaciniai veiksniai, didinantys poreikį malšinti skausmą. Elgesys, kuris tiesiogiai nutraukia nemalonią stimuliaciją, palaikomas neigiamu pastiprinimu: nemalonus stimulo pašalinimas automatiškai pašalinamas atitinkamai elgiantis. Automatinis neigiamas pastiprinimas gali paaiškinti, kodėl pasireiškia probleminis ar pavojingas elgesys. Pavyzdžiui, uodo

įkandimo vietoje atsiranda odos iškilumas ir niežėjimas. Niežėjimui palengvinti įkandimo vietą galima patepti raminančiu losjonu arba kasytis iki kraujo. Abiem atvejais vyksta neigiamas pastiprinimas (niežulys mažėja), tačiau kasymas iki kraujo – tipiškas save žalojantis elgesys ir būtent todėl tai nėra tinkamas elgesys – jis vertinamas kaip probleminis. Be to, atkreiptinas dėmesys, kad kai kurios save žalojančio elgesio formos dažniausiai gali pasireikšti kaip būdas pašalinti kitus skausmo šaltinius [1].

Kai mes kalbame apie vaiką, turintį autizmo spektro sutrikimą, įsivaizduojame jį stovintį paplūdimyje, didžiulės, smėlėtos kalvos apsuptyje. Smėlėta, netolygaus aukščio siena, turinti daug įlinkimų ir iš įvairių pusių pakankamai aukšta – tiek, kad vaikas negali matyti jį supančio pasaulio. Pasak daugelio suaugusių žmonių su autizmu (tų, kurie gali išreikšti savo mintis ir jausmus knygoje ar pranešimuose šia tema), smėlėta siena yra tarsi apsauga nuo nenuspėjamo ir klaidinančio išorinio pasaulio, bet tuo pačiu metu – tai ir barjeras, kurį reikia įveikti norint prisitaikyti. Atskiri sienos lygiai – įvairūs įgūdžiai, kuriuos vaikas turi išmokti, įgyti. Sėkmingai integracijai vaikui būtina išmokti įgūdžių, padedančių jam kopti vis aukštyrų ir saugiau jaustis tame lygmenyje, kur jis yra dabar. Pakankamai greitai, be kieno nors pagalbos vaikai išmoksta tempti suaugusį už rankos link norimo objekto arba verksti, rékti, griūti ant žemės, métyti daiktus. Iki tam tikro amžiaus panašaus tipo elgesys būdingas daugumai vaikų ir dažnai sakoma: paaugs ir praeis. Praktika, dirbant su vaikais, turinčiais autizmo spektro sutrikimą, rodo priešingai: vaikai, užkopę iki tam tikro lygmens, tarytum taip ir lieka stovėti vietoje arba smėlis pradeda slysti iš po kojų.

Kai kurie vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, išmoksta ir labiau specifinių elgesio formų – naudoja rodomąjį gestą arba vartoja vieną ar kelis žodžius. Tačiau tam tikrame amžiuje tokia vaiko elgesio raiška tampa nepakankama, netinkama. Dažnai aki-vaizdus įgūdžių trūkumas riboja sėkmingą tokių vaikų integraciją. Ir tampa aišku, kad be suaugusiųjų pagalbos vienas vaikas niekaip kalno neįveiks. Šios metaforos esmė – parodyti sistemingo darbo poreikį, padedant vaikui nuosekliai įveikti visus sudėtingus minėtos sienos lygmenis ir jaustis saugiai pažįstamoje bei naujoje aplinkoje. Dažniausiai į elgesio analitikus kreipiamasi dėl agresyvaus ar destruktivaus vaiko elgesio, tačiau kiekvienas įgūdis (elgesys) išmokstamas, vadovaujantis tokiais pačiais principais.

Mokantis įvairių elgesio formų (socialiai priimtino ar netinkamo elgesio), reikalinga stipri varomoji jėga – vaiko motyvacija: pirmiausia to norėti turi pats vaikas. Juk lygiai taip pat įprastos raidos vaikai išmoksta patys valgyti, rengtis, komunikuoti arba demonstruoja netinkamą elgesį. Pasekmės tam tikroje situacijoje tampa tiek svarbios vaikui, kad įvairiais įmanomais būdais vaikas stengiasi jų pasiekti. Juk nevalgys vaikas, kuris yra sotus ar nesirengs jau apvilktas vaikas. Kurti tinkamą motyvaciją padeda tokie aplinkos veiksniai, kurie pakeičia kiekvieno elgesio pasekmių vertę. Kitaip tariant, yra tam tikros sąlygos, suteikiančios vaikui daugiau ar mažiau vertingas pasekmes. Pa-

vyzdžiui, jeigu vaikas siekia fizinio kontakto su mama, tai fizinio kontakto vertė išauga [1]. Kitas pavyzdys – vandens vertė karštą dieną išauga labiau nei šaltuoju periodu. Pats vanduo lieka vienodas abiem atvejais, tiesiog pasikeitus aplinkybėms keičiasi požiūris į vandenį: pasidarė karšta ar net iškilo dehidratacijos grėsmė – vandens poreikis išaugo. Mokant vaikus, turinčius autizmo spektro sutrikimą, motyvacija yra bene svarbiausias veiksnys. Kuo mes geriau išmokstame valdyti aplinkos sąlygas kurdami vaikų motyvaciją, tuo geresnių rezultatų pasiekiamo ugdydami vaikus.

Vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimą, pasižymi ne tik bendravimo, socialinių įgūdžių, ribotų interesų, bet ir elgesio sutrikimais [2]. Statistiškai trečdaliui autizmo spektrą turinčių vaikų papildomai diagnozuojamas elgesio ir emocijų sutrikimas. Jie dažniau elgiasi agresyviai arba jiems būdinga į save nukreipta agresija, taip pat pykčio priepuoliai, savisaugos jausmo stoka bei emocijų reguliavimo sunkumai [3]. Vaikai, pasižymintys autizmo spektro sutrikimu, patiria daugiau elgesio ir emocijų sunkumų nei įprastos raidos vaikai. Atlikta metaanalizė parodė, kad, palyginti su bendraamžiais, autistiški vaikai geriau išsprendė pažintinių gebėjimų užduotis, pvz., figūros suradimo, matematikos, žodžių mokymosi užduotis, nei pasižymėjo tinkamu elgesiu [4]. Tyrėjų [5–7] teigimu, pedagogas, ugdantis ASS turintį vaiką, dažnai susiduria su probleminiu šių ugdytinių elgesiu.

Mikulėnaitė, Ulevičiūtė [8] išskiria šias autistiškų vaikų probleminio elgesio kategorijas:

- autoagresyvumas (savęs žalojimas) – rankų kandžiojimas, galvos daužymas;
- agresyvumas (kitų žalojimas) – spjaudymas, spardymas, mušimas;
- staigus veiklos nutraukimas – riksmas arba pabėgimas iš veiklos vietos, daiktų išmėtymas;
- pakartotiniai veiksmai – nuolatinis daiktų kišimas į burną, besaikis klausimų kartojimas;
- nesugebėjimas savęs kontroliuoti – fizinio kontakto vengimas, dėmesio sukaupti stoka, žalingi įpročiai.

Svarbu paminėti, kad autizmo spektro sutrikimą turintiems vaikams būdinga skirtinga ekspresyvioji kalbos raiška. Vienu verbalinė kalba gali būti neišsivysčiusi, kitų vaikų kalboje girdima daug savakalbės. Be to, jų kalba stokoja funkcionalumo. Pavyzdžiui, užuot paprašęs norimo daikto, vaikas pasiims jį pats arba kalbės tik apie save ar jį dominčiomis temomis. Svarbu atkreipti dėmesį, kad autistiški vaikai gali elgtis neįprastai, kitaip nei jų bendraamžiai. Toks elgesys gali būti ir komunikacijos forma. Autizmo spektro sutrikimą turintys vaikai, kurių kalbos raida atsilieka arba nesivysto iš viso, norus dažniausiai išreiškia įvairiomis probleminio elgesio formomis [9]. Tokie vaikai taip pat pasižymi ribotu neverbalinės kalbos vartojimu. Jie nelinkę vartoti socialinių gestų, pavyzdžiui, mojuoti „ate“, rodyti pirštu, atsiliepti į prašymą. Pastebima jų

savotiška kalbos maniera: kalba monotoniškai, neritmingai, jų balso tembras ir intonacija gali būti neįprasti. Taigi, nepriklausomai nuo kalbos gebėjimų, vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą, kalba nėra pragmatiška [10, 2, 11–14].

Tokie vaikai gali įnešti tikrą sumaištį grupėje garsiai triukšmaudami, nuolat keisdami savo vietą, stumdydami kitus, žalodami save, demonstruodami pykčio protrūkius, agresiją. Tokio pobūdžio elgesys dažniausiai atkreipia mokytojo dėmesį. Tai reiškia, kad dėmesį galima gauti ir neverbaliniu būdu, kuris nėra socialiai priimtinas [15].

B. F. Skinnerio [16] teigimu, kalba taip pat yra išmokstamas elgesys, tie patys taikomosios elgesio analizės principai galioja ir verbaliniam elgesiui [17]. B. F. Skinneris pasirinko terminą „verbalinis elgesys“, nes terminas „kalbėjimas“ jam pasirodė per siauras (gestai irgi gali būti komunikacijos priemonė), o „kalba“ – per daug bendrinis. Taigi, jo pasirinktas terminas apima visas komunikacijos formas: gestų kalbą, komunikaciją simboliais, rašytinę kalbą, gestikuliaciją ir bet kokią kitą komunikacinę reikšmę turinčią bendravimo formą [17]. Juk komunikacija – tai daugiau nei garsų ar žodžių tarimas. Komunikacija – tai, kaip mes kalbame, kaip vartojame žodžius, kaip naudojame kūno kalbą. Tai ir socialiniai įgūdžiai – kaip mes suprantame situaciją ir tai, ką sako pašnekovas. Komunikacija – tai plati ir gili sąvoka, o kalbiniai įgūdžiai tėra jos dalis.

B. F. Skinneris verbalinį elgesį apibrėžė kaip elgesį, kuris yra pastiprinamas perteikiant vieno asmens poreikius kitam asmeniui. Verbalinis elgesys – tai socialinė kalbėtojo ir klausytojo sąveika, kurios metu kalbėtojas gauna pastiprinimą ir gali paveikti aplinką per klausytojo elgesį [16].

Paklausus tėvų, kas yra sunkiausia mokant vaiką naujų įgūdžių, nemažai tėvų nurodo netinkamą (probleminį) elgesį. Tam, kad padėtų vaikui išvengti neefektyvaus arba probleminio elgesio, būtina suprasti, ko vaikas siekia demonstruodamas vienokį ar kitokį elgesį. Kokia vaiko motyvacija? Nežinant tikslo, kuris slepiasi už konkreto elgesio, bus sunku jį tikslingai paveikti. Dažnai tėvai nurodo, kad jų vaikas netinkamai elgiasi be akivaizdžių priežasčių. Tačiau, įdėmiai nagrinėjant kiekvieną vaiko veiksmą, galima išvelgti ketinimą. Jeigu nesuprantate ketinimo, vadinasi, tiesiog neturite pakankamai patirties. Specialistai išskiria tokias galimas elgesio funkcijas: gauti ką nors iš ko nors (daiktą, veiklos, dėmesio), išvengti to, kas inicijuota kitų – kaip pavyzdys, užduoties arba bendravimo, taip išreiškiamas ir troškimas gauti (automatinis teigiamas elgesys), išvengti ar pašalinti (automatinis neigiamas elgesys). Pastarųjų dviejų tikslų pasiekiami kitiems žmonėms nedalyvaujant.

Taigi, išskiriamos keturios probleminio elgesio funkcijos:

- 1) vengimas (pvz., užduočių, veiklos, dėmesio, žmonių ir pan.),
- 2) dėmesio siekimas,
- 3) siekis gauti norimos veiklos, maisto, daiktą,
- 4) sensorinių stimulų siekimas ar vengimas.

Greitai perprasti situaciją ir tinkamai reaguoti pavyksta ne iš karto, nes tik po išsamios funkcinės elgesio analizės galima atsakyti į klausimą, koks vis dėlto yra elgesio

tikslas, kodėl taip elgiamasi. Vienodai atrodantis netinkamas elgesys gali atlikti skirtingas funkcijas arba skirtingai atrodantis elgesys reikšti tą pačią funkciją. Pavyzdžiui, vaikas gali rėkti siekdamas atkreipti dėmesį į save arba norėdamas pajusti balso stygų vibraciją gerklėje, tuo siekdamas giliųjų ar taktilinių pojūčių [18].

Socialinės ir nesocialinės pasekmės

Prie socialinių pasekmių priskiriami aplinkos pokyčiai, kurie susiję su kitų žmonių elgesiu, o nesocialinės – kai kitų žmonių aplinkoje nėra. Kai netinkamai elgiamasi prie kitų žmonių, tai dažnai yra komunikacijos forma.

Funkcinė elgesio analizė

Funkcinė elgesio analizė padeda nustatyti elgesio funkciją bei pastiprinimo šaltinį, kurį savo probleminiu elgesiu žmogus gauna. Tik išsamios analizės pagrindu toliau formuojamas pagalbos planas. Jo tikslas yra sumažinti tokio elgesio pasireiškimą. Tam tikra prasme funkcinė elgesio analizė yra pastiprinimų įvertinimas: ji padeda suprasti, kas būtent palaiko probleminį elgesį. Tai gali būti teigiami ar neigiami socialiniai pastiprinimai (juos teikia kitas asmuo, sąveikaujantis su vaiku) arba automatinis pastiprinimas, kai pastiprina pats elgesys. Funkcinės elgesio analizės esmė – nustatyti, kuo buvo pastiprinamas probleminis elgesys, ir suplanuoti intervenciją tokiu būdu, kad probleminis elgesys sumažėtų ar išnyktų, o jo vietoje formuotųsi socialiai priimtinas elgesys.

Kad suprastume elgesio tikslą, reikėtų atsakyti į tris esminius klausimus:

1. Kas būtent tame elgesyje man nepatinka?
2. Kas įvyko prieš pasireiškiant elgesiui?
3. Kas įvyko iš karto atitinkamai pasielgus?

Pirmasis klausimas pateiktas taip, kad dėmesio centre būtų pats elgesys, o ne vaikas. Pastebėti pokyčius „blogo“, „keliančio problemų“, „nesistengiančio“ ar „autistiško“ vaiko elgesyje yra sunku. Išvardyti elgesio apibūdinimai neatspindi tikrosios realybės. Visada lengviau atpažinti konkretų elgesį, tokį kaip „rėkia“, „meta lėkštę“ arba „sėdi ant grindų“. Svarbu tiksliai apibūdinti elgesį, dar sakoma – „aprašyti elgesio topografiją“ – tai, kaip mes jį matome išoriškai. Tikslus elgesio apibūdinimas padeda iš karto pastebėti elgesį visiems žmonėms, dalyvaujantiems vaiko gyvenime: tėvams, artimiesiems, pedagogams ar kitiems vaikams.

Antrasis klausimas padeda pastebėti aplinkos veiksnius (antecedentus), kurie paskatina elgesį. Pavyzdžiui, kiekvieną kartą, kai vaiką rengiate vilnioniu megztiniu, vaikas kanda sau į ranką. Nustatę antecedentą (vilnonis megztinis), jūs galite pakeisti elgesį „kandžioti sau ranką“.

Trečiasis klausimas – pats sunkiausias, tačiau pats svarbiausias ir todėl reikalauja teisingo atsakymo. Kokia yra pasekmė, skatinanti elgesį kartotis ateityje? Nustatę, kas

vaiko aplinkoje pasikeitė jam atitinkamai pasielgus, geriau suprasite ir pastiprinanti veiksnį, kuris didina tikimybę kartotis elgesiui ateityje.

Paanalizuokime keletą pavyzdžių.

Dėmesio siekimas (pirmasis tikslas). Jei numesta ant grindų lėkštė buvo ketinimas gauti kalbančio telefonu tėvo dėmesį, nes tėvas kiekvieną kartą nutraukia pokalbį ir kalbina vaiką, toks pasikeitimas vaiko aplinkoje skatina jį ir toliau taip elgtis. Vaikas supranta, kad savo elgesiu „mėtyti lėkštę ant žemės“ gali greitai gauti tėvo dėmesį.

Vengimas (antrasis tikslas). Jei numesta ant grindų lėkštė yra ketinimas atsisakyti košės, nes kaskart tą padaręs vaikas košės išvengia, tada tokio elgesio galima funkcija yra vengimas. Kai po tokio elgesio tėvas patraukia lėkštę ar leidžia vaikui pasitraukti nuo stalo, jis parodo vaikui, kad toks vengimo būdas bus veiksmingas ir ateityje.

Autostimuliacija (trečiasis tikslas). Autostimuliacinio elgesio tikslas yra „savęs sužadėjimas“. Autostimuliacija nepriklauso nuo to, ar aplinkoje yra kitų žmonių, ar vaikas yra vienas. Paveikti tokį elgesį nelengva, nes jis pastiprinamas natūraliu susijaudinimu (pačiu elgesiu). Jei lėkštės mėtymas tampa priežastimi garsui išgauti ir vaikas tokį elgesį demonstruoja nepaisydamas, ar yra aplinkoje kitų žmonių, ar ne, tai greičiausiai toks elgesys pastiprinamas automatiškai.

Reikėtų suprasti, kad aplinka „suteikia“ pasekmes, nepaisant to, ar tai tinkamas elgesys, ar ne. Ryšys tarp pastiprinimo bei elgesio pasikartojimo ateityje vienodai reikšminga tiek socialiai priimtino, tiek probleminio elgesio atveju. Pavyzdžiui, nusiplovęs rankas prieš valgį vaikas buvo pagirtas (viena iš dėmesio gavimo formų). Kitas vaikas, užuot plovęs rankas, rėkė, galbūt irgi gavo dėmesio (jį barė). Abu dėmesio gavimo būdai gali pastiprinti atitinkamą elgesį. Akivaizdu, kad elgesio forma (topografija) skyrėsi, tačiau elgesio funkcija buvo ta pati. O būna, kad vienodos topografijos elgesiu vaikai siekia skirtingų tikslų. Pavyzdžiui, vienam vaikui rėkimas padeda gauti dėmesį iš suaugusiojo (teigiamas pastiprinimas), o kitas vaikas rėkdamas išvengs rankų plovimo (neigiamas pastiprinimas). Vienodai atrodantis elgesys, o funkcijos – skirtingos.

Išoriškai elgesys gali atrodyti skirtingai, bet turėti vienodą funkciją, arba visiškai nesisiskirti, bet turėti skirtingas funkcijas. Todėl vien iš topografijos mes negauname informacijos apie tai, kas lemia vienokį ar kitokį elgesį. Jei nustatysime aplinkos veiksnius, kurie turi įtakos elgesiui (nustatysime elgesio funkciją), galėsime numatyti, kaip pakeisti aplinkos sąlygas, kad pasikeistų pats elgesys. Vadinasi, elgesio funkcijos įvertinimas suteikia reikšmingos informacijos, kuri gali padėti sukurti efektyvias mokymosi strategijas.

Elgesio valdymas

Nustačius priežasties ir pasekmės ryšį tarp elgesio ir aplinkos veiksnių, galima jį keisti ir sumažinti probleminio elgesio epizodų skaičių. Tuo tikslu naudojamos mažiausiai trys strategijos: priežasties (antecedentų) keitimas, pasekmių keitimas bei alternatyvaus elgesio mokymas.

Priežasties keitimas

Elgesys nevyksta be priežasties, o įvykiai, nutikę prieš elgesio apraišką, bendrai vadinami antecedentais. Jie yra reikšmingi mokymuisi, o ypač motyvacijai. Tai, ką vaikas veikia tam tikru momentu, labai priklauso nuo jo motyvacijos. Antecedentais vadiname motyvacinės operacijas bei diskriminacinius stimulus. Motyvacinės operacijos – tai tokie aplinkos veiksniai, kurie laikinai pakeičia kiekvieno elgesio pasekmių vertę. Kitaip tariant, tai sąlygos, laikinai suteikiančios vaikui daugiau ar mažiau vertingas pasekmes. Vaikas prašo sausainio ne todėl, kad jį mato, o todėl, kad yra alkanas ir sausainio gavimas turi didelę reikšmę numalšinant alkį.

Diskriminaciniai stimuli – tai aplinkos veiksniai, kuriems esant aplinkoje elgesys yra pastiprinamas, o jiems dingstant elgesys nepastiprinamas. Atskirti motyvacinės operacijas nuo diskriminacinių stimulų yra gana sudėtinga. Pavyzdžiui, mokytoja užduoda mokiniui klausimą. Iš karto po klausimo mokinys pradeda daužyti kumščiu į stalą ir mokytoja nustoja reikalauti atsakymo. Toliau vėl mokytoja klausia, o daužymas kumščiu į stalą kartojasi, reikalavimas atsakyti į klausimą ir vėl nutraukiamas. Gali pasirodyti, kad mokytojos klausimas yra diskriminacinis stimulus: jis sužadina vaiko agresyvų elgesį su neigiamu pastiprinimu (atsakyti į klausimą nereikalaujama). Tačiau iš tikrųjų mokytojos klausimas čia yra motyvacinės operacijos, o vaikas motyvuotas pabėgti nuo užduoties. Ar kitoje situacijoje mokytojo klausimai irgi bus aplinkos veiksnys, skatinantis vaiką elgtis agresyviai? Ar dauguma vaikų į mokytojos klausimus reaguoja agresija? O dabar įsivaizduokime, kad su mokiniu dirba dvi mokytojos. Tarkime, viena mokytoja vaikui nuolat leistų neatsakinėti (neigiamas pastiprinimas), o kita mokytoja neleistų išvengti atsakymo, net jei vaikas pasielgtų agresyviai. Tokiu atveju vaiko elgesys būtų neigiamai pastiprinamas, vaikui susitinkant su viena mokytoja, ir nepastiprinamas, bendraujant su kita mokytoja. Štai tada mokytoja, leidžianti išvengti užduoties, taps vaikui diskriminaciniu stimulu (signalu) elgtis agresyviai.

Funkcinės elgesio analizės metu galima nustatyti tuos antecedentus (motyvacinės operacijas arba / ir diskriminacinius stimulus), kuriuos reikėtų pakeisti norint sumažinti probleminį elgesį. Panagrinėkime elgesį vaiko, kuris demonstruoja vadinamąsias „isterijas“ plaunant rankas prieš einant pietauti. Jeigu priežastis yra motyvacinės operacijos – vaiko noras valgyti yra žemas, pagalvokime, kaip tą pakeisti suteikus valgymo procesui malonumą. Pietų metu galima nereikalauti laikytis valgymo etiketo, sumažinti užkandžiavimų iki pietų skaičių, gaminti tik patinkančius vaikui patiekalus. O jei funkcinės elgesio analizės metu paaiškėjo, kad būtent vandens srovė yra probleminio elgesio priežastis (diskriminacinis stimulus), galima imtis kitų veiksmų: išvengti vandens, o vaiko rankų higienai panaudoti antibakterinį gelį.

Pasekmių keitimas

Atlikdami funkcinę elgesio analizę, taip pat galime nustatyti pastiprinimo šaltinį. Pavyzdžiui, mes atlikome tokią analizę probleminiam elgesiui „rėkia“ ir išsiaiškinome: rėkimą pastiprina neigiamas socialinis pastiprinimas („mama leidžia vaikui pasitraukti nuo stalo“). Šiuo atveju galimos dvi strategijos:

1. Probleminio elgesio slopinimas: po rėkimo nepastiprinti (neleisti pasitraukti nuo stalo).
2. Galima pateikti veiklų išdėstymą tokiu būdu, kad rankos būtų plaunamos po dar nemalonesnio įvykio (tarkime, vaikui nepatinka smėlėtos rankos) ir tada „rankų plovimas“ bus būdas išvengti smėlio ant rankų.

Alternatyvaus elgesio mokymas

Norint pakeisti probleminį elgesį, funkcinės elgesio analizė gali padėti nustatyti, kas bus socialiai priimtino (tinkamo) elgesio efektyvus pastiprinimas. Galima išmokyti vaiką elgtis tinkamai socialinėse situacijose su tuo pačiu pastiprinimu. Socialiai priimtino elgesio funkcija sutaps su probleminio elgesio funkcija ir tinkamas elgesys bus pastiprintas, o probleminis elgesys laikui bėgant išnyks. Pavyzdžiui, išmokyti vaiką rodyti kortelę „vėliau“. Taip galima mokyti vaiką tinkamai prašyti atidėti pietus, o nusiplovęs rankas vaikas galės pavalgyti vėliau.

Funkcinės komunikacijos mokymas

Funkcinės komunikacijos tikslas yra pakeisti netinkamą elgesį, kurį sužadina tos pačios motyvacinės operacijos, į tinkamą komunikacinį elgesį. Nekeičiant motyvacinių operacijų formuojamas alternatyvus elgesys, kurį sąlygoja tos pačios motyvacinės operacijos, kaip ir netinkamą elgesį. Alternatyvi komunikacija suteikia vaikui tą patį pastiprinimą, kuris anksčiau pastiprindavo probleminį elgesį. Tai būtent ir padaro alternatyvų elgesį funkciškai ekvivalentišką netinkamam elgesiui. Alternatyvi komunikacija gali būti įvairių formų: vokalinė, gestai, simboliai, komunikatoriai, kortelės su paveikslėliais ir žodžiais, kalbos sintezatoriai. Kaip teigia E. Steponėnienė ir R. Raudeliūnaitė [19], jei prašymų repertuaro nėra arba jis nefunkcionalus, svarbu pradėti jį kuo greičiau formuoti. Jei neįmanoma to padaryti žodine forma, reikia pasitelkti alternatyvias komunikacijos formas – gestus, komunikavimo keičiantis paveikslėliais sistemą, simbolius ir kita. Prašymo mokymas gali paspartinti įvardijimų, pakartojimų išmokimą. Mažai tikėtina, kad susiformuos visavertis verbalinis repertuaras, jei nebus skirta pakankamai dėmesio ir pastangų ankstyvajam specifinių prašymų mokymui. Verbalinio elgesio analizė pastaruosius du dešimtmečius aktyviai tiriama užsienio mokslininkų ir taikoma praktiškai ugdymo įstaigose ugdant funkcionalią vaikų kalbą. Specialistai, turintys ne tik taikomosios elgesio analizės, bet ir verbalinio elgesio srities

žinių, gali taikyti efektyvesnes ASS turinčių vaikų ugdymo kalbos, elgesio ir socialinių gebėjimų programas.

Literatūros sąrašas

1. Cooper J. O., Heron T. E., Heward W. L. *Applied Behavior Analysis* (2nd ed.). NY: Upper Saddle river, Pearson Merrill / Prentice Hall 2007.
2. Navickienė L., Piščalkienė V., Mikulėnaitė L., Grikainienė L., Tender J., Bukauskaitė M., Šulinskas, U., Šatė G. Kaip padėti vaikui, turinčiam autizmo spektro sutrikimų? UPC 2019.
3. Diržytė A., Mikulėnaitė L., Kalvaitis A. Autizmo sutrikimų turinčių vaikų situacija ir įtrauktiems į švietimo sistemą galimybės. Analizė, UPC 2016.
4. Samson F., Mottron L., Soulières I., Zeffiro T. A. Enhanced visual functioning in autism: An ALE meta-analysis. *Hum Brain Mapp* 2012;33:1553–1581.
5. Hanley G. P. Functional Assessment of Problem Behavior: Dispelling Myths, Overcoming Implementation Obstacles, and Developing New Lore. *Behavior Analysis in Practice* 2012;5(1):54–72.
6. Oliver A. C., Pratt L. A., Normand M. P. A survey of functional behavior assessment methods used by behavior analysts in practice. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2015;48(4):817–829.
7. Anderson C. M., Rodriguez B. J., Campbell, A., Scott, T. M., Kamps, D. M. The Future of Functional Behavioral Assessment in School Settings. *Behavioral Disorders* 2007;32(3):146–157. <http://www.jstor.org/stable/23890597>.
8. Mikulėnaitė L., Ulevičiūtė R. Ankstyvojo amžiaus vaikų autizmas. Vilnius: Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija „Viltis“ 2004.
9. Carr E. G., Durand V. M. Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1985;16:297–314. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1307999>.
10. Mundy P. et al. A parallel and distributed – processing model of joint attention, social cognition and autism. *Autism Res* 2009;2:2–21.
11. Grandin T., Geschwind D., Dawson G. Top Priorities for Autism /Asperger’s Research: Perspectives from a Person with Autism. In: Amaral D., Geschwind D., Dawson G. (Eds.), *Autism Spectrum Disorders*. New York: Oxford University Press 2011.
12. Helen T.-F., Lisa E., Rhiannon L., Geschwind D., Dawson G. Language and Communication in Autism Spectrum Disorders. In: Amaral D., Geschwind D., Dawson G. (Eds.), *Autism Spectrum Disorders*. New York: Oxford University Press 2011.
13. Estes A., Network I., Zwaigenbaum L., Gu H., John T., Paterson S. et al. Behavioral, cognitive, and adaptive development in infants with autism spectrum disorder in the first 2 years of life, *J Neurodev Disord* 2015;7(24):450–462.
14. Rosenblau G., Kliemann D., Dziobek I., Heekeren H. R. Emotional prosody processing in autism spectrum disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2017;12:224–239.
15. Vargas J. S. *Behavior analysis for effective teaching* (2nd ed.). NY: Routledge 2013.
16. Skinner B. F. *Verbal behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall 1957.
17. Sundberg M. L. *VB-MAPP: Verbal Behavior Milestones Assessment and Placing Program, Full Set* (2nd ed). Concord: AVB Press 2014.
18. McNeil C. B., Quetsch L. B., Anderson C. M. *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*. Springer 2019.
19. Steponėnienė E., Raudeliūnaitė R. Verbalinio elgesio analizės taikymas ugdant funkcionalią autizmo spektro sutrikimą turinčių vaikų kalbą. *Socialinis darbas* 2019;17(1):84–101.

CEREBRINIS PARALYZIUS

Rūta Matukaitė

Cerebrinis paralyžius – polietiologinė neurologinių sutrikimų grupė, pasireiškianti išliekančiu raumenų tonuso, judesių ir padėties sutrikimu dėl ankstyvos ir neprogresuojančios nesubrendusių, besivystančių galvos smegenų pažaidos (iki 5–7 metų). Nors sutrikimas nėra progresuojantis, paciento būklė gali keistis.

Epidemiologija

Bendras cerebrinio paralyžiaus paplitimas yra apie 2–3 iš 1 000 gyvų gimusių vaikų. Cerebrinis paralyžius – dažniausia ankstyvo amžiaus vaikų negalios priežastis. Pagerėjus labai mažo svorio, neišnešiotų naujagimių, kurių nebrandi nervų sistema ypač jautri nepalankiems veiksniams, išgyvenamumui, cerebrinio paralyžiaus paplitimas padidėjo. Paplitimas tarp neišnešiotų kūdikių dažnesnis nei tarp išnešiotų ir didėja, mažėjant gestaciniam amžiui ir gimimo svoriui: pavyzdžiui, gestaciniam amžiui esant mažiau nei 28 sav., cerebrinio paralyžiaus paplitimas – 82 iš 1 000 gyvų naujagimių, daugiau nei 36 sav. – 1,4 iš 1000, naujagimio svoriui esant mažiau nei 1 500 g – paplitimas 59 iš 1 000, o daugiau nei 2 500 g – 1,3 iš 1 000 gyvų gimusių naujagimių [1]. Vaikų, sergančių cerebriniu paralyžiumi, epidemiologinėse studijose 25 proc. buvo labai neišnešioti (gestacinis amžius mažiau nei 32 savaitės), 10–20 proc. – tarp 32–36 savaičių gestacinio amžiaus ir 60 proc. buvo išnešioti (daugiau nei 36 savaičių gestacinio amžiaus) [2].

Etiologija

Dažniausiai CP lemia keli kartu veikiantys rizikos veiksniai, kurie paveikia besivystančias smegenis: neišnešiotumas, vaisiaus augimo sulėtėjimas, dauginis nėštumas, į gimta infekcija, į gimtos malformacijos, perinatalinis insultas. Dažnai nenustatoma viena specifinė priežastis [1].

Prenataliniai rizikos veiksniai – tai egzogeniniai (infekciniai, toksiniai ir kt.) ar endogeniniai (genetinės anomalijos, motinos ligos) veiksniai, sukeltys įvairias smegenų malformacijas, kurios labiausiai priklauso ne nuo konkretaus veiksnio, o nuo pažeidimo laiko tam tikrame galvos smegenų vystymosi etape.

- Neišnešiotumas – cerebrinis paralyžius pasireiškia 5–15 proc. išgyvenusių neišnešiotų labai mažo gimimo svorio vaikų.
- Į gimta vaisiaus hipotrofija.
- Vaisiaus hipoksija (dėl motinos ligos ar kitų priežasčių).
- Į gimtos galvos smegenų formavimosi anomalijos, genetiniai sutrikimai. Dažniausios anomalijos: mikrocefalija, į gimta hidrocefalija. Centrinės nervų sistemos

anomalijas gali sukelti radiacija, toksinai, infekciniai veiksniai, veikiantys kritiniu vaisiaus vystymosi periodu. Įgimtos anomalijos nustatomos apie 15 proc. vaikų su cerebriniu paralyžiumi, dažnesnės tarp išnešiotų kūdikių [3–4]. Kartu gali būti ir kitų organų sistemų anomalijų.

- Kai kurie sutrikimai yra nulemti genetinių pakitimų, chromosominių anomalijų (šizencefalija, holoprozencefalija), susiję su neurokutaniniais sindromais. Kartais anksti nedidagnozuotos, negydytos įgimtos metabolinės ligos gali sukelti pakitimų, kliniškai atitinkančių cerebrinio paralyžiaus požymius [5].
- Įgimta intrauterininė infekcija susijusi su didesne cerebrinio paralyžiaus rizika: TORCH infekcijos (toksoplazmozė, sifilis, vėjaraupiai – *varicella zoster*, parvovirusinė infekcija, raudonukė, citomegalo ir *Herpes* virusų infekcijos), taip pat chorioamnionitas. Neišnešiotiems naujagimiams perinatalinės infekcijos gali būti svarbios cistinės encefalomaliacijos, periventrikulinės leukomaliacijos patogenezėje ir vėliau dėl to išsivystant cerebriniam paralyžiui.

Perinataliniai rizikos veiksniai pažeidžia galvos smegenis nuo 28 nėštumo savaitės iki 7 gyvenimo dienos.

- Asfiksija, perinatalinis hipoksinis-išeminis pažeidimas, kuriam dėl galvos smegenų kraujotakos nebrandumo ypač jautrūs yra neišnešioti mažo svorio naujagimiai. Esant sunkiai perinatalinei hipoksijai, gali išsivystyti naujagimių encefalopatija, pasireikšti traukuliai, kitų organų sistemų funkcijos sutrikimas. Vaikams, patyrusiems hipoksinį-išeminį pažeidimą, dažniau išsivysto spazminis kvadrupleginis arba diskinezinis CP.
- Naujagimių neuroinfekcija.
- Perinatalinė trombofilija.
- Didelio laipsnio intraskilvelinės hemoragijos, intrakranijinės hemoragijos, periventrikulinis smegenų infarktas, subdurinės hematomos, pohemoraginė hidrocefalija, smegenų edema. Intrakranijinės hemoragijos retai būna išnešiotiems naujagimiams, dažniausiai susijusi su koagulopatijomis. Kraujosruvoms rezorbuojantis, formuojasi leukomaliacija, cistiniai dariniai periventrikuliariai ir požiivio branduoliuose. Periventrikulinė leukomaliacija (PVL) – tai lokali periventrikulinė nekrozė ir vėlesnis cistų formavimasis (cistinė degeneracija), pažeidžianti aplink skilvelius išsidėsčiusią baltąją medžiagą.
- Perinatalinis insultas (dėl tromboembolijos, protrobotinių, hiperkoaguliacinių būklių, vaskulitų, kraujagyslių anomalijų) dažniausiai susijęs su spazmine hemiplegija. Kai kuriems vaikams hemiparezė ar kiti simptomai išryškėja ne iškart, o vėliau vaikystėje. Kūdikystėje įvykęs insultas gali būti sukeltas sepsio, diseminuotos intravaskulinės koaguliacijos, veninių sinusų trombozės, embolų, esant įgimtoms širdies ydoms.

Postnataliniai rizikos veiksniai, pažeidžiantys galvos smegenis po 7 gyvenimo dienos iki 5–7 metų.

- Encefalitai ir meningoencefalitai.
- Branduolių gelta.
- Galvos trauma.
- Hipoksiniai – išeminiai galvos smegenų pakenkimai (pavyzdžiui, sunki hipoksija po skendimo, nukraujavimo ir kt.).
- Išeminis ir hemoraginis insultas ankstyvoje vaikystėje, apie 10–18 proc. atvejų CP išsivysto po naujagimystės periodo, dažniausiai tai būna spazminis cerebrinis paralyžius. Vaikų insultas dažniausiai susijęs su gretutinėmis ligomis (įgimtomis širdies ydomis, krešėjimo sutrikimais, vaskulopatijomis, metaboliniais sutrikimais), po insulto paprastai vystosi vienusis spazmiškumas.

Smegenų pakenkimus iki 20 savaičių gestacinio amžiaus dažniausiai sukelia neuronų migracijos sutrikimai, nuo 26 iki 34 savaičių gestacinio amžiaus galvos smegenų pakenkimai daugiausia priklauso nuo periventrikulinės leukomaliacijos, nuo 34 iki 40 gestacijos savaičių cerebrinį paralyžių sukelia židininiai ir daugiažidininiai galvos smegenų pažeidimai. Prenatalinės priežastys (dėl jų išsivysčiusios struktūrinės smegenų formavimosi anomalijos) yra pačios dažniausios ir sudaro apie 70–80 proc. visų priežasčių, perinatalinės – sudaro iki 25 proc. priežasčių ir vyrauja tarp neišnešiotų naujagimių, postnatalinės sudaro 3–5 proc. ir neišaiškintos – 10–30 proc.

Klinikiniai požymiai ir klasifikacija

CP klasifikuojamas pirmiausia apibūdinant pirminį judesių sutrikimą (pavyzdžiui, spazmiškumą) ir jo išplitimą (vienpusis, abipusis).

Funkcinei klasifikacijai naudojama Stambiosios motorikos funkcijos klasifikacijos sistema (angl. *Gross Motor Function Classification System*, GMFCS), ji leidžia įvertinti, kaip sunkiai pasireiškia judesių sutrikimas, naudinga vertinant dinamikoje, po intervencijų. Taip pat naudojama Smulkiosios motorikos klasifikacijos sistema (angl. *Manual Ability Classification System*, MACS) ir kitos.

Ankstyvieji cerebrinio paralyžiaus požymiai

Svarbu stebėti kūdikius ir vaikus, turinčius cerebrinio paralyžiaus rizikos veiksnių, ir skirti ankstyvas intervencijas.

Cerebrinis paralyžius dažniausiai diagnozuojamas iki 24 mėnesių amžiaus, tačiau pirmieji požymiai atsiranda jau kūdikystėje. Simptomai būdingi konkrečiai cerebrinio paralyžiaus formai, bet gali persidengti, šiek tiek keistis vaikui augant. Nors cerebrinio paralyžiaus priežastis yra neprogresuojanti, tačiau simptomai ir funkciniai vaiko gebė-

jimai keičiasi vystantis nervų sistemai, todėl diagnostikai svarbi anamnezė, įvertinimas dinamikoje ir vaizdiniai tyrimai.

Kūdikis gali būti dirglus arba pernelyg ramus, prastai miegoti, gali kilti maitinimo problemų, gali būti vėmimų. Būdinga, kad ilgiau išlieka naujagimystės refleksai (asimetrinis toninis kaklo refleksas, Galanto refleksas), kurie įprastai išnyksta 3–6 mėn. amžiuje, kai stimuliuojant išgaunami vėlesniame amžiuje, šie refleksai yra susiję su motorikos sutrikimu.

Pirmaisiais mėnesiais laikomi vertikaliai įprastos raidos kūdikiai sulenkia kojas tarsi sėdėdami, vėliau pradeda formuoti kojų atrama, o kūdikiai, kuriems vėliau diagnozuojamas cerebrinis paralyžius, vertikaloje pozoje ištiesia kojas, o vėlesniame amžiuje remiasi pirštų galais (plantarinė fleksija). Raumenų tonusas gali būti normalus, sumažėjęs ar padidėjęs. Plaštakos gali būti sugniaužtos simetriškai ar asimetriškai. Anks tyvas simptomas yra nepakankama galvos kontrolė, tačiau dėl padidėjusio aksialinių raumenų tonuso galvos kontrolė gali atrodyti apgaulingai geresnė, nei yra iš tiesų. Tokių kūdikių raumenų tonusas dažnai būna padidėjęs, dėl to jie dažnai anksčiau pradeda verstis, išgaunamas simetrinis kaklo toninis refleksas, kai nuo galvos ir kaklo padėties priklauso galūnių padėtis (lenkiant galvą – susilenkia rankos ir atvirkščiai). Cerebrinio paralyžiaus rizikos požymiai – kai 4 mėn. amžiuje kūdikis nesiremia dilbiais padėtyje ant pilvo, pasodintas su atrama neišlaiko galvos vertikaloje padėtyje, nesidomi aplinka ir nėra socialinio atsako [6].

Svarbu įvertinti judesių raidą, atkreipti dėmesį į nespecifinius, tačiau dažnai susijusius su cerebriniu paralyžiumi, motorikos raidos sutrikimus, kai vaikas nesėdi iki 8 mėn. amžiaus, nevaikšto iki 18 mėn. amžiaus, yra rankų funkcijos asimetrija – dominuojanti ranka iki 1 metų amžiaus. 18–24 mėn. amžiuje išryškėja simptomai, būdingi specifiniams cerebrinio paralyžiaus tipams [7].

Cerebrinio paralyžiaus formos

Spazminis cerebrinis paralyžius

Spazminis cerebrinis paralyžius sudaro 75–90 proc. atvejų, klasifikuojamas pagal pakenkimo išplitimą: spazminė hemiplegija (30–38 proc.), spazminė tetraplegija (6–10 proc.), spazminė diplegija, dar vadinama *Little* liga (35–43 proc.).

Pacientams su spazminiu cerebriniu paralyžiumi pasireiškia vienpusio ar abipusio piramidinio pažeidimo simptomai, tačiau, kadangi pažeidimas įvyksta nebrandžioje smegenyse, klinikiniai požymiai šiek tiek skiriasi nuo pažeidimo suaugus.

Teigiami simptomai:

- Spazmiškumas – padidėjęs pasipriešinimas pasyviai judesiui, paprastai būdingas sulenkiamo peilio fenomenas, kai didžiausias pasipriešinimas jaučiamas judesio pradžioje, o vėliau sumažėja, greitesnis judesys sukelia didesnę pasipriešinimą.

Spazminis hipertonusas didėja valingo judesio metu, kai įvyksta antagonistiskai veikiančių raumenų kontraktacija. Esant sunkesnėms formoms, pažeista sritis išlieka rigidiška.

- Galimi ir ekstrapiramidiniai simptomai – ataksija, diskinezijos (distonija, choreo-atetozė ir atetozė).
- Gyvesni saugyslių refleksai.
- Patologiniai refleksai (teigiamas Babinskio refleksas).
- Klonusas.
- Neigiami simptomai, atspindintys nepakankamą raumenų kontrolę ir aktyvumą:
- Valingi judesiai lėti ir reikalaujantys daug pastangų.
- Sutrikusi smulkioji motorika.
- Sunku atlikti izoliuotus judesius.
- Silpnumas, greitas nuovargis.
- Jutimų sutrikimai (dviejų taškų diskriminacija, astereognozija).

Paprastai neigiami simptomai labiau lemia negalią ir sunkiau gydomi.

Spazminė diplegija – abipusis galūnių motorikos sutrikimas, vyraujantis kojose.

Pacientų rankų funkcija paprastai būna pakankamai gera, rečiau kartu būna gretutinių sutrikimų. Sunkesniais atvejais gali būti sutrikusi ir rankų funkcija, bet kojos pažeidžiamos labiau negu rankos.

Kūdikystėje galimos maitinimo problemos, hipotonija arba padidėjęs raumenų tonusas, būna nedaug spontaninių kojų judesių, menka galvos kontrolė. Vyresniems vaikams dėl silpnų liemens raumenų sunku išlaikyti kūną vertikaliajoje padėtyje. Stodamas vaikas remiasi pirštų galais, klubų ir kelių sąnariai būna įvairaus laipsnio fleksijoje, būdinga klubų sąnarių vidinė rotacija, pėdų deformacija, pastebima tendencija kojas kryžiuoti. Raumenys žemiau juosmens būna atrofiški. Jei yra ir rankų funkcijos sutrikimas, būna fleksija per alkūnių sąnarius, pirštų ir riešų ekstenzija, nykščio abdukcija, dilbių supinacija gali būti ribota.

Asimetrinė spazminė diplegija būdinga pacientams su periventrikuline leukomaliacija ir vienpusiu hemoraginiu infarktu, ji paprastai būna sunkesnė nei simetrinė spazminė diplegija.

Apie 70 proc. spazminės diplegijos atvejų vaikų intelektas būna normalus.

Spazminė hemiplegija – tai vienpusis spazminis abiejų galūnių motorikos sutrikimas.

Paprastai paralyžius ryškesnis rankoje nei kojoje, tačiau gali būti įvairiai. Pirštai dažniausiai būna fleksijoje, nykštys pritrauktas prie pirštų (addukcija), sutrikusi smulkioji motorika, sinkinezija; koja sulenkta ir pritraukta per klubo sąnarį, kelis ir čiurna sulenkta. Gulėdamas ant pilvo kūdikis mažiau remiasi ir manipuliuoja pažeista ranka. Sunkesniais atvejais, dėl sutrikusios vienos kūno pusės motorikos, vaikas pradeda vė-

liau sėdėti. Pradėjęs šliaužti, juda sveikąja puse, prisitraukdamas pažeistos pusės galūnes. Sutrikę kojų judesiai pastebimi vėliau, nors anksti matoma pažeistos kojos išorinė rotacija. Dauguma vaikų, sergančių spazminiu hemipleginiu CP, išmoka vaikščioti iki 2 metų. Pažeistoji pusė lėčiau auga, gali būti sensorikos sutrikimų: sutrikę diskriminacijos, stereognozijos, liečiamų faktūrų suvokimai, sutrinka gilieji jutimai. Gali būti galvinių nervų pažeidimas (konverguojantis žvairumas, veidinio nervo centrinis pažeidimas, regos nervo atrofija).

Intelektu sutrikimai būna rečiau nei esant kitoms cerebrinio paralyžiaus formoms.

Spazminė kvadriplegija – pažeidžiamos visos keturios galūnės. Rankos dažniau būna pakenktos stipriau nei kojos. Kūdikystėje būdingi ilgai išliekantys naujagimystės refleksai (Moro, automatinio žingsniavimo, griebimo, toniniai kaklo refleksai ir kt.). Būdinga sunki negalia, dažnai kartu būna intelekto sutrikimas, bendravimo sutrikimas, sutrikusi rega, maitinimo problemos dėl įvairaus laipsnio bulbarinių sutrikimų, nistagmas, žvairumas, tokie vaikai taip pat dažnai serga epilepsija [8].

Diskinezinis cerebrinis paralyžius

Diskinezinis cerebrinis paralyžius sudaro 6–15 proc. visų atvejų. Diskinezijų gali būti ir esant spazminei formai. Šiuo atveju rečiau išsivysto kontraktūros nei esant spazminiam cerebriniam paralyžiui.

Ankstyvieji požymiai – hipotonija ir nestabili kūno padėtis, raumenų tonuso sutrikimai ir nevalingi judesiai dažniausiai pastebimi nuo pusės metų amžiaus. Būdingi ekstrapiramidinės sistemos pažeidimo simptomai:

- Įvairios amplitudės nevalingi, nekontroliuojami galvos, kaklo, galūnių judesiai – hiperkinezės, choreoatetozė. Chorėja – tai greiti, nereguliarūs raumenų ar mažų raumenų grupių susitraukimai, kurie įtraukia veido, bulbarinius, proksimalinius galūnių raumenis ir pirštus. Atetozė – tai lėti „besiraitantys“ judesiai, įtraukiantys distalinius raumenis. Esant cerebriniam paralyžiui su choreoatetozė būna priešingų raumenų grupių dissinergija (pvz., fleksija ir ekstenzija, pronacija ir supinacija). Choreoatetozė išprovokuoja ar pasunkina valingi judesiai, pozos pakeitimas, įvairūs staigūs aplinkos dirgikliai, stiprios emocijos. Gali būti išlikę naujagimystės refleksai.
- Distonija – tai nepertraukiamas raumenų susitraukimas, kuris sukelia besikartojančius nevalingus judesius ir pozas, dažnai susijęs su valingais judesiais ar tam tikra kūno padėtimi, emocijomis, paprastai išnyksta miegant. Diskineziniam cerebriniam paralyžiui būdingas kintantis raumenų tonusas nuo hipotonijos ramybės iki ekstrapiramidinio hipertonuso.

Ataksinis cerebrinis paralyžius

Ataksinis cerebrinis paralyžius sudaro 4–11 proc. atvejų. Būdingi smegenėlių, jų laidų pažeidimo požymiai: judesių ir padėties sutrikimas dėl nekoordinuotos raumenų veiklos, pusiausvyros sutrikimas – ataksija, judesių koordinacijos sutrikimai (intencinis tremoras, dismetrija, asinergija), raumenų hipotonija, gali būti dizartrijs, nistagmas. Sausgyslių refleksai būna normalūs ar šiek tiek sustiprėję. Vaizdiniuose galvos smegenų tyrimuose daliai vaikų nustatoma smegenėlių hipoplazija. Būdinga sulėtėjusi motorikos ir kalbos raida, kai kuriais atvejais sutrikęs intelektas. Ataksinis cerebrinis paralyžius turėtų būti diferencijuojamas su progresuojančiomis neurodegeneracinėmis ligomis.

Worster–Drought sindromas – tai cerebrinio paralyžiaus forma, kuriai būdingas burnos ir gerklės raumenų pažeidimas (orobukofaringinis paralyžius). Nuo gimimo šiems vaikams sunku judinti liežuvį, lūpas, žandikaulį, todėl gana anksti pastebimos maitinimo, rijimo problemos. Vėliau ryškėja kalbos ir kognityvinių funkcijų sutrikimas. Galvos smegenų vaizdinimo tyrimais dažnai nustatoma bilateralinė perisilvininė polimikrogirija.

Cerebrinio paralyžiaus diagnostika

Cerebrinis paralyžius diagnozuojamas įvertinus prenatalinę ir postnatalinę anamnezę, objektyvaus ištyrimo duomenis (raumenų tonusą, padėtį, koordinaciją, piramidinio pažeidimo simptomus) bei vaizdinius tyrimus. Nėra tyrimo, kuris paneigia arba patvirtina cerebrinį paralyžių. Dauguma atvejų cerebrinis paralyžius diagnozuojamas per pirmuosius dvejus gyvenimo metus.

Pagrindiniai požymiai: sutrikusi judesių raida, neprogresuojantis išliekantis galvos smegenų pažeidimas, judesių sutrikimas, susijęs su besivystančių smegenų pažeidimu, kuris lemia ribotą funkciją ir dažnai susijęs su gretutiniais sutrikimais.

Cerebrinis paralyžius neturėtų būti diagnozuojamas esant tik izoliuotam požymiui, vaikai, kuriems pasireiškia, pavyzdžiui, nežymus hipertonusas ar hiperrefleksija, bet motorika nesutrikusi, turėtų būti stebimi dinamikoje. Jei neatsiranda kitų simptomų, dažnai toks izoliuotas požymis išnyksta kūdikystės pabaigoje.

Cerebrinį paralyžių dažnai lydi gretutiniai centrinės nervų sistemos sutrikimai: sutrikę pažintiniai gebėjimai, rega, klausa, kalbos sutrikimai, jutimų sutrikimai. Vaikai taip pat serga epilepsija (25–45 proc. atvejų), būna sulėtėjęs augimas, dažni virškinimo sistemos sutrikimai. Dažniausiai vaikai, kurių cerebrinio paralyžiaus forma sunkesnė, turi daugiau gretutinių sutrikimų.

Kad patikslintume cerebrinio paralyžiaus diagnozę, reikalingi keli klinikiniai ištyrimai įvertinti simptomų dinamikai. Kūdikių, kurie turėjo didelę cerebrinio paralyžiaus

riziką, grupėje trys ar daugiau neurologinių požymių 8 mėn. amžiuje koreliavo su cerebrinio paralyžiaus diagnoze [9].

Ankstyvos cerebrinio paralyžiaus diagnostikos požymiai: perdėtas vangumas arba dirglumas, nenormalus raumenų tonusas, poza, išliekantys primityvieji naujagimystės refleksai, judesių raidos atsilikimas. Dažnai spazmiškumas labiau išryškėja nuo 6 mėn. amžiaus, diskinezijos požymiai – nuo 18 mėn. amžiaus, o ataksija gali išryškėti dar vėliau.

Ankstyvai cerebrinio paralyžiaus diagnostikai svarbus vaiko raidos vertinimas, pirmiausia – rutininis pirminės sveikatos priežiūros gydytojo vertinimas, vėliau siunčiant vaikų neurologo arba socialinio pediatro konsultacijai. Standartizuotos vertinimo metodikos kaip Hamersmito kūdikių neurologinis ištyrimas pasižymi daugiau kaip 85 proc. jautrumu diagnozuojant cerebrinį paralyžių [10].

Kartais lėtai progresuojančios ligos pradžioje kliniškai gali būti panašios į cerebrinį paralyžių, reikėtų įvertinti dėl kitų sutrikimų, jei:

- nėra žinomo cerebrinio paralyžiaus rizikos veiksnio;
- šeimos anamnezėje nustatyta panaši neurologinė patologija;
- prarandami anksčiau įgyti raidos įgūdžiai;
- yra ekstrapiramidinių simptomų (distonija, choreoatetozė), nors jie gali būti sergant diskineziniu cerebriniu paralyžiumi;
- būdinga raumenų atrofija;
- pasireiškia jutimų sutrikimas;
- greitai sunkėja neurologiniai simptomai, pablogėjimas susijęs su katabolizmo periodais (ligos, badavimas).

Nėra specifinio tyrimo cerebrinio paralyžiaus diagnozei patvirtinti, tačiau reikalingas ištyrimas nustatyti cerebrinio paralyžiaus priežastis ir ekskliuduoti kitoms ligoms.

Visiems vaikams, įtariant cerebrinį paralyžių, reikia atlikti neurovizualinius tyrimus, dažniausiai galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografiją (MRT), kūdikiams – pradėti nuo neurosonoskopijos. Pakitimų MRT randama 85–90 proc. cerebrinio paralyžiaus atvejų [11].

Kiti tyrimai:

- Medžiagų apykaitos ir genetiniai tyrimai – kai nustatomi netipiniai pakitimai MRT arba nenustatoma aiški etiologija.
- Elektroencefalograma (EEG) – jei įtariami priepuoliai.
- Jei įtariamos įgimtos infekcijos – galimų ligų tyrimai.
- Jei įvyko perinatalinis insultas ir yra šeiminė trombozės anamnezė arba jei insultas įvyko vėlesniame amžiuje – rekomenduojamas hematologinis ištyrimas dėl kraujo krešėjimo sutrikimų (trombofilijų).

Vaikai, sergantys cerebriniu paralyžiumi, turėtų būti vertinami dėl su juo susijusių būklių: epilepsijos, regos ir klausos sutrikimų, kalbos raidos sutrikimų, protinio atsilikimo, nepakankamos mitybos ir augimo.

Diferencinė diagnostika

Panašūs simptomai gali pasireikšti esant kitoms būklėms – neurodegeneracinėms ligoms, įgimtomis metabolinėms ligoms, galvos ir nugaros smegenų traumoms, navikams, nervų ir raumenų ligoms ir pan.

Raumenų silpnumas taip pat būdingas raumenų distrofijoms, miopatijoms, kūdikystėje pacientų su cerebriniu paralyžiumi raumenų tonusas gali būti sumažėjęs.

Spazmiškumas gali pasireikšti esant leukodistrofijoms, šlapalo ciklo sutrikimams, neurodegeneracinėms ligoms, tačiau tokios ligos yra progresuojančios, diferencijuojamos nuo cerebrinio paralyžiaus atliekant genetinius tyrimus, galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografiją.

Distonija ir choreoatetozė gali būti įvairių genetinių ir metabolinių ligų simptomas, bet gali pasireikšti ir esant cerebriniam paralyžiui, kai pažeisti pamato branduoliai, smegenėlės.

Esant ataksijai, cerebrinis paralyžius turėtų būti diferencijuojamas nuo neurodegeneracinių ligų, paveldimų ataksijų.

Gydymas ir priežiūra

Ankstyvasias intervencijas reikėtų pradėti jau įtariant cerebrinio paralyžiaus diagnozę: kineziterapija ir ergoterapija, spazmiškumo gydymas, ortopedinė pagalba, komorbidinių susirgimų gydymas. Gydymas turėtų būti pradamas nuo mažiausiai invazyvaus. Reikalinga daugiadisciplininė komanda teikti pagalbą, atsižvelgiant į medicininius ir psichosocialinius poreikius.

- Medikamentinis spazmiškumo gydymas miorelaksantais: sisteminiais (baklofenas, diazepamai) ir vietinio veikimo (botulino toksino injekcijos veikia apie 4 mėnesius, po jų svarbi intensyvi reabilitacija, esant ženkliam spazmiškumui, neveiksmingoms kitoms medikamentinėms priemonėms – intratekalinio baklofeno pompos).
- Neurochirurginis spazmiškumo gydymas – retais atvejais atliekama selektyvioji dorzalinė rizotomija – suardomos tam tikrų juntamųjų šaknelių skaidulos, tada sumažėja spazmiškumas.
- Kompleksinė ankstyvoji abilitacija ir reabilitacija: kineziterapija, ergoterapija, specialusis ugdymas. Ribojimo terapija (angl. *constraint induced therapy*) – kai apribojamas sveikosios rankos funkciją, vaikas skatinamas naudoti pakenktą ranką. Kalbos ir komunikacijos įgūdžių formavimas, alternatyvi komunikacija.

- Gretutinių ligų gydymas, regos, klausos korekcija.
- Chirurginis ortopedinis komplikacijų gydymas. Dažniausios ortopedinės problemos – sąnarių kontraktūros, klubų sąnarių displazija, panirimas, dislokacija, plaštakų ir pėdų deformacijos, progresuojanti skoliozė.
- Ortopedinės ir kompensacinės technikos taikymas: įtvarai, darbo kėdutės, mobilumo technika.
- Socialinė ir psichologinė pagalba šeimai.

Išgyvenamumas ir prognozė

Dauguma vaikų (80–94 proc.), kuriems diagnozuotas cerebrinis paralyžius išgyvena iki suaugusiojo amžiaus, nors tikėtina gyvenimo trukmė yra mažesnė nei bendros populiacijos, ji priklauso nuo sutrikimo sunkumo. Dažna mirties priežastis yra kvėpavimo takų ligos, aspiracinė pneumonija [12].

Motorikos sutrikimo sunkumą sunku prognozuoti ankstyvame amžiuje, jis priklauso nuo cerebrinio paralyžiaus formos, judesių raidos vystymosi greičio, vaiko pažintinių gebėjimų. Veiksniai, susiję su geresne prognoze ir gebėjimu savarankiškai vaikščioti: jei vaikas pradeda sėdėti iki 2 m. amžiaus, nėra regos sutrikimo, nėra intelekto sutrikimo, nėra epilepsijos, kita ligos forma nei spazminė kvadruplegija, naujagimystės refleksų išnykimas iki 18–24 mėn. amžiaus [13–15]. Spazminės kvadruplegijos atveju dauguma vaikų niekada nevaikšto.

Literatūros sąrašas

1. Oskoui M., Coutinho F., Dykeman J. et al. An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol* 2013;55:509.
2. Hirvonen M., Ojala R., Korhonen P. et al. Cerebral palsy among children born moderately and late preterm. *Pediatrics* 2014;134:e1584.
3. Croen L. A., Grether J. K., Curry C. J., Nelson K. B. Congenital abnormalities among children with cerebral palsy: More evidence for prenatal antecedents. *J Pediatr* 2001;138:804.
4. Rankin J., Cans C., Garne E. et al. Congenital anomalies in children with cerebral palsy: a population-based record linkage study. *Dev Med Child Neurol* 2010;52:345.
5. Hakami W. S., Hundallah K. J., Tabarki B. M. Metabolic and genetic disorders mimicking cerebral palsy. *Neurosciences (Riyadh)* 2019;24:155.
6. Capute A. J. Identifying cerebral palsy in infancy through study of primitive-reflex profiles. *Pediatr Ann* 1979;8:589.
7. Novak I., Morgan C., Adde L. et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr* 2017;171:897.
8. Novak I., Hines M., Goldsmith S., Barclay R. Clinical prognostic messages from a systematic review on cerebral palsy. *Pediatrics* 2012;130:e1285.
9. Burns Y. R., O'Callaghan M., Tudehope D. I. Early identification of cerebral palsy in high risk infants. *Aust Paediatr J* 1989; 25:215.

10. Romeo D. M., Ricci D., Brogna C., Mercuri E. Use of the Hammersmith Infant Neurological Examination in infants with cerebral palsy: a critical review of the literature. *Dev Med Child Neurol* 2016;58:240.
11. Krägeloh-Mann I., Horber V. The role of magnetic resonance imaging in elucidating the pathogenesis of cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2007;49:144.
12. Duruflé-Tapin A., Colin A., Nicolas B. et al. Analysis of the medical causes of death in cerebral palsy. *Ann Phys Rehabil Med* 2014;57:24.
13. Keeratisroj O., Thawinchai N., Siritaratiwat W. et al. Prognostic predictors for ambulation in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Disabil Rehabil* 2018;40:135.
14. Wu Y. W., Day S. M., Strauss D. J., Shavelle R. M. Prognosis for ambulation in cerebral palsy: a population-based study. *Pediatrics* 2004;114:1264.
15. Molnar G. E., Gordon S. U. Cerebral palsy: predictive value of selected clinical signs for early prognostication of motor function. *Arch Phys Med Rehabil* 1976;57:153.

MIEGAS IR JO YPATUMAI VAIKAMS SU RAIDOS SUTRIKIMAIS

Edita Janonienė

Miegas – tai cikliškai pasikartojantis, aktyvus fiziologinis procesas, turintis didžiulę įtaką vaiko ir suaugusio žmogaus sveikatai. Žinoma daugybė miego funkcijų: jo metu gaminamas žmogaus augimo hormonas, vyksta naujos informacijos apdorojimas ir išsaugojimas, elgesio ir emocijų stabilizavimas, imuninės sistemos sustiprinimo, neurotoksinių medžiagų pašalinimo procesai ir kt. [1] Kūdikiams ir maži vaikai didžiąją savo gyvenimo laiką praleidžia miegodami, nes miegas yra be galo svarbus jų bręstančioms smegenims ir augančiam kūnui.

Norint suprasti miego sutrikimus, svarbu išmanyti miego fiziologiją. Manoma, kad yra keli pagrindiniai neurobiologiniai procesai, kurie reguliuoja budrumo ir miego būsenas: cirkadinis, homeostazinis ir ultradininis [2]. Cirkadiniai ritmai – tai organizmo fiziologiniai, biocheminiai, hormoniniai, miego ir budrumo ir kiti 24 valandų laikotarpiais kintantys ritmai. Kiekvienas organas ir net ląstelė turi savo cirkadinį ritmą. Pagrindinis žmogaus organizmo cirkadinio ritmo vedlys – galvos smegenų pagumburio srityje esantis vidinis organizmo laikrodis, reaguojantis į šviesą ir tamsą, esančią aplinkoje. Šviesos signalai skatina budrumą, o tamsa – miegą. Ypač svarbus miegui – kanorėžinės liaukos išskiriamas hormonas melatoninas. Jis veikia miego pradžią, eigą ir trukmę. Melatonino koncentracija priklauso nuo paros laiko ir sezono, jo sekreciją skatina tamsa, o šviesa – slopina [3]. Taip pat žinoma daugybė kitų socialinių ir aplinkos veiksnių, lemiančių cirkadinį ritmą, tokių kaip valgymo laikas, aplinkos temperatūra, triukšmas, miego rutina, fizinis aktyvumas, skausmas, medikamentai [4].

Nustatyta, kad paskutiniais nėštumo mėnesiais jau pastebimas vaisiaus aktyvumo, širdies susitraukimo, kvėpavimo dažnio, hormonų sekrecijos cirkadinis ritmas, tačiau jis priklauso nuo motinos kūne vykstančių cirkadinių procesų, t. y. vaisius gyvena motinos ritmu. Naujagimio dienos ir nakties aktyvumo, hormonų sekrecijos ritmas susiformuoja per 1–3 mėnesius po gimimo [5–6].

Homeostazinis miego reguliavimo mechanizmas reikalingas, kad būtų patenkintas miego poreikis. Tuo metu, kai žmogus aktyvus, auga poreikis miegoti, kuris sumažėja pamiegojus. Kuo labiau trūksta miego, tuo giliau užmiegame ir ilgiau išmiegame. Tačiau šis reguliavimo mechanizmas subręsta tik pirmųjų gyvenimo metų pabaigoje [2]. Tad kūdikiui ir mažam vaikui užmigti lengviau, jei jis yra sotus, per dieną gavęs adekvatų stimulų kiekį ir yra pavargęs, norintis miego.

Miegui taip pat labai svarbus ultradininis ritmas, kuris nulemia tam tikrų miego fazių laiką ir trukmę. Ultradininis ritmas – tai skirtingų miego fazių, t. y. lėtų akių judesių (angl. *Nonrapid eye movement*, NREM) ir greitų akių judesių (angl. *Rapid eye*

movement, REM) kaita miego periodo metu. Skirtingos miego fazės registruojamos EEG metu. Šios miego fazės siejamos su skirtingu įmigimo gyliu, autonominiu atsaku, smegenų aktyvumu ir raumenų tonusu. NREM miegas („neveiklios smegenys judriame kūne“) skirstomas į keturias skirtingas stadijas pagal EEG pokyčius. Stadijos atspindi miego gilumą (pirmoje stadijoje vyrauja paviršinis miegas, gi ketvirta – giliausio miego stadija). NREM fazės metu sulėtėja beveik visos fiziologinės funkcijos: krenta kūno temperatūra, lėtėja kvėpavimas, mažėja arterinis kraujospūdis, atsipalaiduoja raumenys, akių obuoliai po vokais lėtai juda iš vieno krašto į kitą, smegenys menkai reaguoja į išorinius stimulus. Iš giliausių – trečios ir ketvirtos – miego stadijos vaiką pabudinti yra sunkiausia, o ir pabudintas jis būna sumišęs ir neorientuotas. Lėtų bangų miegas dominuoja ankstyvosiomis miego valandomis ir sudaro apie 20 proc. bendro miego laiko [7–8]. Tyrėjai nustatė, kad šios fazės metu smegenyse pagaminamas ir porcijomis išskiriamas augimo hormonas, kuris stimuliuoja augimą ir raumenų atsinaujinimą, padidėja interleukinų koncentracija kraujyje, t. y. gerėja organizmo pajėgumas pasipriešinti infekcijoms.

Greitų akių judesių miego fazės (REM, „aktyvios smegenys nejudriame kūne“) metu po vokais akių obuoliai greitai juda iš vienos pusės į kitą, simpatinė nervų sistema yra dvigubai aktyvesnė nei budrumo metu: pakyla kūno temperatūra, didėja arterinis kraujospūdis, dažnėja pulsas ir kvėpavimas. Nežiūrint viso šio aktyvumo, vyrauja kūno raumenų paralyžius. Stebimi raumenų trūkčiojimai, veido išraiškos, vokalizacijos, pažadinus iš šios stadijos vaikas prisimena, ką sapnavo ir gali papasakoti. Smegenų veikla tuo metu labai aktyvi ir raumenų paralyžius apsaugo vaiką nuo fizinio aktyvumo sapnų metu. Šios stadijos metu smegenys apdoroja dienos metu gautą informaciją, vyksta „mokymosi“ procesas. Kūdikystėje REM miegas užima apie 55 proc. viso miego laiko, vėliau augant jo mažėja ir 5 m. amžiuje jis tesudaro apie 20–25 proc. miego laiko [9].

Mažų vaikų miego ypatumai

Naujagimių cirkadinis ritmas dar nėra susiformavęs, taigi jie gali miegoti ir būdrauti tiek dienos, tiek nakties metu. Sveikas išnešiotas naujagimis miega apie 16–18 val. per parą. Miego ir būdravimo ciklas nereguliarus, ilgiausiai miego periodas trunka 2,5–4 val., tad nieko keisto, kad naujagimiai dažnai prabunda nakties metu.

Naujagimiams būdingos trys miego fazės: ramus miegas (panašus į NREM miegą), aktyvus miegas (panašus į REM miegą) ir nediferencijuotas miegas. Ramaus miego metu kvėpavimas reguliarus, stebimi tik minimalūs raumenų judesiai. Aktyvaus miego metu stebimi čiulpimo judesiai, šypsojimasis, įvairios veido grimasos, nereguliarus kvėpavimas, galūnių judesiai (priešingai tipiniam raumenų paralyžiui REM fazės metu vėlesniame amžiuje). Pirmomis gyvenimo savaitėmis miego ciklas susideda iš aktyvaus

ir ramaus miego fazių, ciklo trukmė – 50–60 min., miegas prasideda nuo aktyvaus REM miego ir atrodo, kad kūdikiai miega labai neramiai, jų miegas lengvai nutrūksta, be to, jiems dažnai kyla sunkumų pereinant iš budrios būsenos į miegą [7]. Tad žindymas, nešiojimas ant rankų, ramus ritmingas supimas jiems labai padeda pasiekti nusiramavimo būseną. 6 mėn. amžiaus kūdikio miego architektūra jau labai panaši į suaugusiojo miegą. Šie kūdikiai užmiega NREM miegu, jų miegas palaipsniui gilėja ir po vieno ar kelių NREM miego ciklų jie pereina į REM miegą. Pirmoji nakties pusė dažniausiai praleidžiama giliame miege, antroji gi – NREM ir REM miegas. Pirmųjų metų gale nakties miegas palaipsniui tampa vientisas, o dienos miegas palaipsniui sutrumpėja iki dviejų ar vieno dienos miegelių. 4–5 m. amžiaus vaikams dažniausiai jau nebereikia pietų pogulio [7].

Antraisiais gyvenimo metais dažniausia problema, su kuria susiduria mažylių tėvai, – reikia daug pastangų vaikui užmigdyti vakare ir pabudus nakties metu. Taip yra todėl, kad šeimoje taikomi vaiko amžiaus neatitinkantys migdymo įpročiai. Vaiko amžiaus neatitinkančiais migdymo įpročiais vadiname migdymo priemones, kurios tam tikro amžiaus vaikui tinka, o vėliau ramų poilsį gali ir sutrikdyti. Toks dažniausiai taikomas būdas yra migdymas prie krūties ar su buteliuku, ir tai, vaikui augant, tik pailgina migdymo procesą, o naktį kaskart kūdikiui pabudus viskas kartojasi iš naujo. Vaikas neįgyja savireguliacinės kompetencijos užmigti savarankiškai. Todėl labai svarbu ugdyti mažų vaikų gebėjimą išsiskirti su tėvais vakare ir mokyti atsiriboti nuo išorinių dirgiklių, kad galėtų užmigti. Naudinga formuoti tam tikrus užmigimo ritualus, kurie padeda nusiraminti, pereiti į ramybės būseną ir užmigti pačiam bei kartojasi kiekvieną vakarą. Tiktų šilta vonia, rami pasaka ar žaidimas, mylimas žaisliukas, pasiimamas į lovą [10].

Miego ypatumai vaikams su raidos sutrikimais

Nustatyta, kad miego sutrikimai vargina apie vieną trečdalį tipinės raidos vaikų ir yra viena iš dažniausių tėvų kreipimosi į gydytojus priežasčių [11]. Gi vaikus su raidos sutrikimais miego problemos vargina dar dažniau, yra kompleksinės, linkusios tapti lėtinėmis ir tęstis iki paauglystės ar suaugusiojo amžiaus. Sutrikęs miegas neigiamai veikia ne tik vaiko elgesį, pažintinius gebėjimus, bet ir didina stresą šeimoje, blogina kitų šeimos narių gyvenimo kokybę [12].

Miego sutrikimo patofiziologija vaikams su raidos sutrikimu gali būti susijusi su specifinio sindromo genotipu ar fenotipu, endogenine hormonų ir neuromediatorių išskyrimo disfunkcija ar sutrikusia aplinkos veiksnių, veikiančių vidinio laikrodžio veiklą, percepcija. *Pagrindiniai miego sutrikimai* šiems vaikams yra užsitęsusi miego pradžia, dažni naktiniai prabudimai, šlapinimasis į lovą, naktiniai košmarai [13].

Miego sutrikimai vaikams, turintiems autizmo spektro sutrikimą (ASS)

Miego sutrikimai vaikams su ASS pasireiškia, literatūros duomenimis, nuo 40 iki 80 proc. atvejų [13], o tai 2–3 kartus dažniau nei tipinės raidos vaikams. Miego sutrikimai turi neigiamą įtaką vaikų su ASS elgesiui, socialinei sąveikai su kitais žmonėmis, sensorikai, stereotipiniam elgesiui, taip pat sukelia papildomą stresą šeimoje bei trikdo kitų šeimos narių miegą.

Žinoma, kad ASS turinčių vaikų intelektiniai gebėjimai skiriasi. Įdomu tai, kad tyrimai rodo, jog šių vaikų miego sutrikimai nesusiję su intelektualiais gebėjimais. Jie vargina tiek vaikus su ASS ir žemais kognityviniais gebėjimais, tiek vaikus su intelekto koeficientu virš 70 balų. Tačiau buvo pastebėta, kad vaikų, patiriančių raidos regresą, miego kokybė blogesnė.

X. Liu su kolegomis atliko 167 vaikų su ASS anketinį tyrimą [14] ir nustatė, kad 86 proc. tiriamųjų beveik kiekvieną dieną patyrė bent vieną iš šių miego sutrikimų: pasipriešinimas eiti miegoti (54 proc.), nemiga (56 proc.), parasomnijos (53 proc.), su miegu susiję kvėpavimo sutrikimai (25 proc.), ankstyvas kėlimasis ryte (45 proc.), mieguistumas dienos metu (31 proc.). Kitų tyrėjų nustatyta, kad daugiau nei 50 proc. 2–5 m. amžiaus grupės vaikų su ASS patiria bent vieną šių problemų – jų užmigimas vakare užtrunka daugiau nei valandą arba jie pabunda ir ilgai neužmiega nakties metu [15], todėl trumpėja šių vaikų efektyvaus miego trukmė. Vaikų prabudimai nakties metu dažnai užsitęsia iki 2–3 valandų, jų metu vaikai keliasi iš lovos, juokiasi, nori žaisti ir būna aktyvūs, taip trikdydami kitų šeimos narių poilsį.

Manoma, kad daugumai šių vaikų miego sutrikimus sąlygoja sudėtinė įvairių veiksnių (neurobiologinių, medicininių, netinkamo elgesio ir kultūrinių) sąveika. Dažniausia vaikų, tarp jų ir su ASS, nemiga būna sąlygota išorinio faktoriaus – netinkamo elgesio.

Taip pat biologiniai veiksniai turi nemažą įtaką vaikų su ASS miego problemoms atsirasti [16]. Vaikų su ASS miego metu atlikti polisomnografiniai tyrimai parodė, kad šių vaikų įvairiomis miego fazėmis registruotos bangos skiriasi nuo tipinės raidos vaikų tyrimų rezultatų. Mokslininkai mano, kad taip yra dėl kitokio centrinės nervų sistemos neuronų brendimo ir organizacijos [16]. Taip pat atsiranda vis daugiau mokslinių duomenų, įrodančių su cirkadiniu ritmu susijusių tam tikrų genų mutacijas [16]. Dar viena hipotezė teigia, kad nepakankamas melatonino kiekis daro įtaką vaikų su ASS nemigai. Atlikti tyrimai rodo, kad nepakankama melatonino gamyba, padidėjęs šio hormono skaidymas ar pakitusi melatonino receptorių struktūra gali būti atsakingi už vaikų su ASS pailgėjusią miego latenciją ir naktinius prabudimus [17–18].

Vaikams su ASS sutrikimu nemiga siejama ir su šių vaikų sensorikos ypatumais. Tyrimo metu atlikus *Sensory profile* ištyrimą, nustatyta, kad tam tikrų sensorinių stimulų vengiantis elgesys stipriai koreliuoja su vaikų miego problemomis [19]. Manoma, kad

šių vaikų sensorinis slenkstis žemesnis, todėl sensorinis atsakas padidintas. Tad vaikai su ASS žymiai jautriau reaguoja į aplinkos dirgiklius, jiems sunkiau sekasi nusiraminti, užmigti ar nakties metu neprabusti.

Apžvelgus galimas neurobiologines miego sutrikimų priežastis, svarbu nepamiršti elgesio sąlygotos nemigos, kuri visgi yra dažniausia nemigos priežastis tiek vaikams su ASS, tiek įprastinės raidos vaikams. Miego pradžios asociacijos sutrikimas yra apibūdinamas kaip vaiko poreikis vakare užmigti su specifine stimuliacija, asmeniu, objektu. Neretai šie vaikai užmiega aktyviai supami ar gerdami įvairius skysčius iš buteliuko, ar reikalaudami, kad mama gulėtų šalia (tuomet jie liečia jos kaklą, ausis ar suka plaukų sruogą ant piršto), arba jie migdomi tėvų lovoje žiūrint televizorių, o paskui pernešami į savo lovę. Keičiantis miego fazėms šie vaikai pabunda nakties metu ir savarankiškai nesugeba užmigti, nes jiems reikia tokių pačių sąlygų, kokios buvo prieš užmiegant vakare.

Kita dažna problema – tėvų negebėjimas nustatyti tam tikrų elgesio taisyklių vaikams prieš miegą. Tuomet atžala dažnai atsisako gultis į lovą, užsiima kita jį dominančia veikla ir taip vėlinamas užmigimo laikas.

Bendradarbiaujant Šiaurės Amerikos ligoninių ir akademinėjų institucijų specialistams, buvo sukurtas Autizmo gydymo tinklas (angl. *The Autism Treatment Network*), kuris rengia įvairius aktualius įrodymais grįstus protokolus su autizmu susijusioms medicininėms būklėms koreguoti. Šie specialistai įkūrė Miego komitetą ir paruošė Vaikų ir paauglių su ASS nemigos įvertinimo ir gydymo gaires (*A Practice Pathway for the Identification, Evaluation, and Management of Insomnia in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders*) [20]. Gairėse specialistai sutaria, kad visi vaikai su ASS turi būti tikrinami dėl nemigos, būtina įvertinti nemigą predisponuojančias medicininės būklės, o nemigos terapinės intervencijos turėtų būti pradamos nuo tėvų mokymo; farmakoterapija skiriama tik tam tikrose situacijose, vėliau turi būti įvertinamas gydymo efektas ir pagal poreikį koreguojamas.

Miego sutrikimai vaikams, turintiems cerebrinį paralyžių (CP)

Cerebrinis paralyžius (CP) – tai ligų grupė, apimanti judėjimo ir padėties pakitimus, sukeliančius aktyvumo ribojimus, dėl įvykusių pažeidimų besivystančiose vaisiaus ar kūdikio smegenyse. Motoriniai sutrikimai dažnai lydimi kognityvinių, komunikavimo, jutimo, elgesio sutrikimų ir epilepsijos. CP pasireiškia apie 1,5–2,5 vaikų iš 1 000 gyvų gimusių išsivysčiusiose šalyse ir yra viena dažniausių vaikų fizinės negalios priežasčių.

Vaikų su CP miegas gali būti veikiamas keleto faktorių: raumenų spazmų, raumenų ir skeleto skausmų ir negebėjimo pakeisti kūno pozicijos nakties miego metu. Epilepsija taip pat gali prisidėti prie miego sutrikimų, o vaistai nuo epilepsijos gali sukelti mieguistumą dienos metu ir koreguoti miego fazių architektūrą [12]. Apie 20–50 proc.

vaikų su CP turi žievinį regos sutrikimą, o tai gali nulėmti miego sutrikimus dėl nereguliaraus ne 24 val. miego budrumo ciklo, dėl sutrikusios šviesos percepcijos ir pakitusios melatonino sekrecijos.

Šiems vaikams dažniausiai pasitaiko tokie miego sutrikimai: miego pradžios sutrikimas, dažni prabudimai, parasomnijos, obstrukcinės miego apnėjos [21]. Nustatyta, kad tiek motorinio pažeidimo sunkumas, tiek lydintys sutrikimai (taip pat ir miego sutrikimai) yra susiję su galvos smegenų pažeidimo sunkumu, tad, pavyzdžiui, bilaterinis CP iš visų CP tipų labiausiai sutrikdo vaiko gyvenimo bei miego kokybę.

Taip pat anatomiciniai pokyčiai (faringinė hipotonija, adenoidų ir tonzilių hipertrofija, apatinio žandikaulio pakitimai) ir sutrikusi kvėpavimo centro veikla gali lemti vaikams su CP obstrukcinį miego sutrikimą, sukeltiantį miego fragmentaciją ir intermituojančią hipoksemiją. Negalima pamiršti ir to, kad šie vaikai dažnai kenčia nuo gastroezofaginio reflukso, taip pat darančio įtaką miego kokybei. Ilgainiui besivystanti skoliozė ir sumažėjęs plaučių tūris taip pat gali padidinti su miegu susijusios hipoventiliacijos sutrikimą.

Šiems vaikams obstrukcinė miego apnėja gydoma atliekant adenotonzilektomijos procedūrą arba naudojamas CPAP aparatas, galintis pagerinti miego kokybę. Gydomi epilepsijos priepuoliai, kupiūruojami gastroezofaginio reflukso simptomai. Labai svarbu sumažinti raumenų spazmiškumą, nes taip sumažinamas skausminis sindromas, pagerėja kvėpavimo raumenų darbas bei miego kokybė. Kadangi šių vaikų mobilumas dažnai labai ribotas, svarbu pritaikyti jiems patogias miegojimo padėtis, dažnai jas keisti. Neabejotinai svarbi miego higiena, kaip ir kitiems vaikams su neurologiniais sutrikimais, galima skirti melatonino terapiją.

Miego sutrikimai vaikams su genetiniais sindromais

Dauno sindromas (DS)

Vaikai su DS kenčia nuo įvairių miego sutrikimų, vienas dažniausių iš jų – obstrukcinės miego apnėjos sindromas, nustatomas 50–80 proc. individų su DS [22]. Manoma, kad tai susiję su anatomiciniais ypatumais, būdingais DS: generalizuota hipotonija, tonzilių ir adenoidų hipertrofija, makroglosija, glosoptoze, hipoplastine trachėja, apatinio žandikaulio hipoplazija.

Šiuos vaikus vargina fragmentuotas miegas, miego palaikymo sunkumai, ankstyvi prabudimai, padidintas mieguistumas dienos metu ir sumažėjęs kojų motorinis aktyvumas. Miego sutrikimai dažnai būna susiję su kitomis problemomis: bronchų astma, autizmu, padidėjusiomis tonzilėmis ir adenoidais.

Amerikos pediatrų akademija rekomenduoja bent vieną kartą per pirmąjį kūdikio su DS gyvenimo pusmetį su tėvais aptarti obstrukcinės miego apnėjos simptomus, apimant pasunkėjusį kvėpavimą, knarkimą, neįprastas miegojimo padėtis, dažnus nak-

tinius prabudimus, mieguistumą dienos metu ir elgesio problemas, kurios gali būti susijusios su prastu miegu [23].

Angelman sindromas (AS)

Tai neurologinės raidos genetinis sutrikimas, pasireiškiantis dėl 15 chromosomoje q11-q13 domene esančio geno iš mamos paveldėtos alelės mutacijos ir geno funkcijos praradimo. Šis sutrikimas pasireiškia vienam iš 12 000–20 000 individų ir sudaro apie 6 proc. visų vaikų su sunkiais kognityviniais sutrikimais ir epilepsija. AS būdingas raidos atsilikimas, sunkus kalbos sutrikimas, gili intelektinė negalia, ataksiška eisena ir galūnių judesiai su tremoru, keistas, neįprastas elgesys, kai vaikas dažnai juokiasi, ploja rankomis, judesiai trūkčiojantys (lėlės judesiai) ir sunki epilepsija [24].

Miego sutrikimai šiems vaikams pasitaiko taip dažnai, kad 1995 metais jie buvo įtraukti į diagnostinius kriterijus. 2005 m. šie kriterijai buvo atnaujinti. Atlikti tyrimai rodo, kad vaikams su AS būdingi miego pradžios ir palaikymo sutrikimai, ilgi būdravimo epizodai, dažni naktiniai prabudimai ir sumažėjusi bendra miego trukmė. Dažnai kartojasi knarkimas, parasomnijos (enurezė, bruksizmas, naktiniai košmarai, somnambulizmas ir naktinės hiperkinezijos). Dažnai miego problemos būna ryškiausios vaikystėje, bet jos gali užsistėti ir iki suaugusiųjų amžiaus.

Polisomnografiniai tyrimai rodo ženkliai sumažėjusį miego efektyvumą ir REM miego trukmę, o lėto miego trukmė yra ilgesnė dėl pasireiškiančių 1–3 Hz dažnio iškrūvių, registruojamų EEG, būdingų šiam sindromui.

Miego sutrikimai gydomi miego higiena, elgesio terapija, tinkama ir melatonino terapija [25].

Prader-Villio sindromas (PVS)

Tai genetinis sutrikimas, pasireiškiantis vienam iš 10 000–25 000 naujagimių. Šis genetinis sindromas pasireiškia, kai yra iš tėvo paveldėtos 15 chromosomos 15q11–q13 srities delecija (70–75 proc. atvejų) ar motinos uniparentinė disomija (20–25 proc. atvejų) ar sutrikęs imprintingo srities, esančios 15 chromosomoje, metilinimas (1–2 proc. atvejų) [26].

Ankstyvieji PVS simptomai yra maitinimo sunkumai ir hipotonija kūdikystėje, vėliau ryškėja raidos vėlavimas, hipogonadizmas, hiperfagija, nutukimas bei elgesio, mokymosi ir psichologinės problemos vaikystėje bei paauglystėje. Nustatyta, kad apie 60 proc. vaikų su PVS pasireiškia bent viena iš šių miego problemų: mieguistumas dienos metu, ankstyvi prabudimai, pasunkėjęs kvėpavimas miego metu (knarkimas, kvėpavimo pauzės miegant, apnėjos, neramus miegas) [27]. Obstrukcinės miego apnėjos yra ypač būdingos šiems vaikams. Jas predisponuoja keletas veiksnių: kraniofacialiniai ypatumai, hipotonija, nutukimas ir terapija augimo hormonu [28]. Taip pat manoma,

kad šių individų ventiliacinis atsakas į hipoksiją ir hiperkarbią yra sutrikęs, o tai taip pat prisideda prie hipoventiliacijos.

Obstrukcinei miego apnėjai diagnozuoti ir gydymo efektyvumui monitoruoti taikoma naktinė polisomnografija (PSG). PSG metu registruojama daugybė parametrų: encefalograma (nustatomos miego stadijos), elektrokardiograma (nustatomi galimi ritmo sutrikimai), deguonies kiekis kraujyje, akių judesiai, stebimi raumenų tonuso, oro srovės per nosį ir burną rodmenys, taip pat registruojami paciento skleidžiami garsai. Apdorojus gautus rodmenis, nustatomas miego apnėjos sunkumas ir gydymo taktika. Vaikams su lengva ar vidutinio sunkumo obstrukcine miego apnėja efektyvus gydymo būdas gali būti adenotonzilektomija, o esant sunkiai obstrukcinei miego apnėjai prie operacinio gydymo papildomai taikoma CPAP (angl. *Continuous Positive Airway Pressure*) terapija – neinvazinis ventiliacijos metodas, padedantis palaikyti atvirus kvėpavimo takus miego metu.

Taip pat dažna vaikų su PVS problema – padidėjęs mieguistumas dienos metu (trumpi užmigimai dienos metu), katapleksijos epizodai (staigaus raumenų atsipalaidavimo epizodai ryškesnių emocijų metu), fragmentuotas miegas – minėti simptomai labai primena narkolepsijos sutrikimą [27]. Tai siejama su minėtam sindromui būdinga pagumburio disfunkcija. Padidintas mieguistumas gali būti sėkmingai gydomas modafiniliu, kuris ženkliai sumažina mieguistumą bei yra gerai toleruojamas [13].

Vaikams su PVS ir narkolepsijos simptomais Amerikoje skiriamas vaistas „Wakix“ [27]. Europoje jis gali būti skiriamas suaugusiems žmonėms, sergantiems narkolepsija. Šio vaisto veiklioji medžiaga – pitolisantas – prisijungia prie smegenų ląstelių receptorių, kurie yra susiję su aktyvumo stimuliavimu ir taip padeda išlaikyti individo būdravimo būseną.

Reto sindromas

Tai yra retas neurologinės raidos sutrikimas, 99 proc. atvejų susijęs su *de novo* MECP2 geno, esančio X chromosomoje, mutacija [12]. Šis sutrikimas dažniausiai pasireiškia mergaitėms, pasireiškimo dažnis – 1 iš 10 000–20 000. Tai yra antra dažniausia genetinė protinio atsilikimo priežastis moterims (po Dauno sindromo). Šiam sindromui būdingas sunkus protinis atsilikimas, autizmo bruožai, raumenų hipotonija, galvos augimo sustojimas, kvėpavimo sutrikimai būdravimo metu (apnėjos ir hiperventiliacijos) ir motorinė apraksija. Epilepsijos priepuoliai (ypač medikamentiniam gydymui atsparūs naktiniai priepuoliai) pasireiškia 50–90 proc. pacientų.

Šiems pacientams dažniausiai pasitaikantys miego sutrikimai yra nereguliarūs miego ir būdravimo ciklai, dažni užmigimai dienos metu, naktinis juokas, bruksizmas, ilgi rėkimo, nenumaldomo verkimo epizodai, naktiniai priepuoliai, naktinio siaubo epizodai [28].

Tyrimai, kurių metu buvo naudojama polisomnografija, parodė, šiems vaikams būdingus miego architektūros pakitimus: sumažėjusį miego efektyvumą, pailgėjusią miego pradžios latenciją, pailgėjusią budrumą po užmigimo, sumažėjusį REM miego fazės kiekį, mažiau miego verpsčių ir K kompleksų (tai labai panašu į kitas protinio atsilikimo formas). Pacientėms su Reto sindromu būdravimo metu dažnai stebimi nereguliarus kvėpavimo epizodai (hiperventiliacija su kvėpavimo sulaikymo paroksizmais), kurie dažnai susiję su rimtais deguonies saturacijos pakitimais. Įdomu tai, kad miego metu kvėpavimas dažniausiai būna normalus, nors vėlesnių ligos stadijų metu registruojami centrinės ar obstrukcinės kilmės nereguliarus kvėpavimo epizodai [29].

Šiems vaikams taikomas gydymas melatoninu (2,5–7,5 mg), kad sumažintų miego latenciją, elgesio terapija.

Vaikų su raidos sutrikimais miego problemų gydymas

Pastebėta, kad kiekvienam raidos sutrikimui būdingas specifinis miego sutrikimo tipas, kurį labai svarbu laiku diagnozuoti ir gydyti. Svarbu kruopščiai surinkti anamnezę, atlikti paciento fizinį ištyrimą ir polisomnografijos tyrimą (jeigu įtariamas miego sutrikimas). Diferencijuojant miego sutrikimo priežastį, labai svarbu pirmiausia pagaltoti apie somatines būkles, galinčias sąlygoti miego sutrikimus: epilepsiją, gastroezofaginį refliuksą, geležies stokos anemiją, obstrukcinę miego apnėją, periodinius galūnių judesius ar cirkadinio ritmo sutrikimus, ir taikyti atitinkamą gydymą [12].

Nors, kaip jau buvo minėta, dauguma vaikų miego sutrikimų yra sąlygoti biologinių veiksnių, tačiau nemažą įtaką turi ir netinkamas elgesys: prasta miego higiena, netinkami miego įpročiai, miego režimo nepaisymas, tad labai svarbu pirmiausia tėvus supažindinti su miego sutrikimus palaikančiais veiksniais ir jų koregavimo būdais. Tėvų užduotis yra parinkti vaikui tinkamą miegojimo aplinką: užtemdytas kambarys, vėsi temperatūra, nereikalingų dirgiklių vengimas (pvz., išmaniųjų ekranų). Tėvai turėtų užtikrinti nuolatinės, vaikui tinkamos miego rutinos laikymąsi, ėjimą miegoti ir kėlimąsi panašiu laiku, rekomenduojama vengti vaiką guldyti anksčiau įprasto laiko ar leisti ilgiau pamiegoti rytais. Tikslinga vengti įpročių, kuriuos vėliau sunku pakeisti: miegojimo kartu su tėvais, užmigimo valgant, geriant iš buteliuko, užmigimo ne savo lovoje, pvz., žiūrint televizorių, ant mamos rankų ir panašiai. Jeigu vaiko elgesys einant miegoti netinkamas, prieštaraujantis, tėvai turėtų jį ignoruoti, nekreipti dėmesio, kad nepaskatintų tokio elgesio pasikartojimo. Jeigu vaikui sunku ramiai vienam išbūti lovoje, tėvams rekomenduojama palaipsniui mažinti vaikui skiriamą pagalbą ir mokyti jį užmigti savarankiškai.

Jeigu pritaikius minėtas priemones, išlieka miego sutrikimas, rekomenduojama gydymą papildyti medikamentais. Vienas iš tokių medikamentų – melatoninas (N-acetil-metoksitriptaminas). Jis yra būtinas miego ir būdravimo ciklui. Nustatyta, kad jo

gamyba smegenyse prasideda vakare ir maksimali koncentracija pasiekama 2–4 val. nakties. Melatoninas plačiai skiriamas tipinės raidos vaikams ar vaikams su raidos sutrikimais, kad pagerintų miego kokybę, sumažintų miego pradžios latenciją ir padidintų miego efektyvumą. Nustatyta, kad jis efektyvus normalios raidos vaikams su uždelstos miego fazės sindromu bei ypač vaikams su regos sutrikimais, dėmesio sutrikimu ir autizmo spektro sutrikimu.

Literatūroje aprašomi ir kiti miego sutrikimams skirti gydyti vaistai: gabapentinas, klonidinas, klonazepamas [12], jie naudojami rečiau ir esant tam tikroms indikacijoms.

Literatūros sąrašas

1. Rana M., Riffo Allende C., Mesa Latorre T., Rosso Astorga K., Torres A. R. Sleep in children: physiology and update of a literature review. *Medicina (B Aires)* 2019;79 Suppl 3:25–28.
2. Mulevičienė A., Praninskienė R. Kūdikių ir mažų vaikų miegas: fiziologiniai ypatumai ir miego sutrikimų diferencinė diagnostika (literatūros apžvalga). *Neuroseminarai* 2013;3:191–197.
3. Brzezinski A. Melatonin in humans. *N Engl J Med* 1997;336(3):186–95.
4. Zee P. C., Turek F. W. Introduction to sleep and circadian rhythms. In: Turek F. W., Zee P. C., editors. *Regulation of Sleep and Circadian Rhythms*. New York, NY: Marcel Dekker Inc; 1999.
5. Mirmiran M., Maas Y. G., Ariagno R. L. Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. *Sleep Med Rev* 2003;7(4):321–34.
6. McGraw K. et al. The development of circadian rhythms in a human infant. *Sleep* 1999; 22(3):303–10.
7. El Shakankiry H. M. Sleep physiology and sleep disorders in childhood. *Nature and Science of Sleep* 2011;3:101–114.
8. Davis K. F., Parker K. P., Montgomery G. L. Sleep in infants and young children. Part one: normal sleep. *J Pediatr Health Care* 2004;18(2 Pt 1):65–71.
9. Anders T. F., Sadeh A., Appareddy V. Normal sleep in neonates and children. In: Ferber R, Kryger M, editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child*. 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1995.
10. Rankl Ch. Ramus vaiko miegas. Vilnius: Vaga, 2011.
11. Kotagal S. Sleep disturbances. In: Maria B. L., editor. *Current Management in Child Neurology*. 2nd ed. London, UK: BC Decker Inc; 2002.
12. Angriman M. et al. Sleep in Children with Neurodevelopmental Disabilities. *Neuroepidemiology* 2015;46:199–210.
13. Accardo J. A. Sleep in Children with Neurodevelopmental Disabilities. Springer 2019.
14. Liu X., Hubbard J. A., Fabes R. A., Adam J. B. Sleep disturbances and correlates of children with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 2006;37(2):179–191.
15. Cortesi F., Giannotti F., Ivanenko A., Johnson K. Sleep in children with autistic spectrum disorder. *Sleep Med* 2010;11(7):659–664.
16. Souders M. C. et al. Sleep in Children with Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2017 June;19(6):34.
17. Chaste P., Clement N., Mercati O., Guillaume J. L., Delorme R., Botros H. G. et al. Identification of pathway-biased and deleterious melatonin receptor mutants in autism spectrum disorders and in the general population. *PLoS One* 2010;5(7):e11495.

18. Jonsson L., Ljunggren E., Bremer A., Pedersen C., Landen M., Thuresson K. et al. Mutation screening of melatonin-related genes in patients with autism spectrum disorders. *BMC Med Genet* 2010;3:10. doi:10.1186/1755-8794-3-10.
19. Dunn W. *The sensory profile*. San Antonio: The Psychological Corporation 1999.
20. Malow B. A., Byars K., Johnson K., Weiss S., Bernal P., Goldman S. E. et al. A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2012;130(Suppl 2):S106–24.
21. Newman C. J., O'Regan M., Hensey O. Sleep disorders in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2006;48(7):564–568.
22. Ng D. K., Hui H. N., Chan C. H. et al. Obstructive sleep apnoea in children with Down syndrome. *Singapore Med J* 2006;47(9):774–779.
23. Bull M. J. Committee on Genetics. Health supervision for children with Down syndrome. *Pediatrics* 2011;128(2):393–406.
24. Bird L. M. Angelman syndrome: review of clinical and molecular aspects. *Appl Clin Genet* 2014;7:93–104.
25. Braam W., Didden R., Smits M. G., Curfs L. M. Melatonin for chronic insomnia in Angelman syndrome: a randomized placebo-controlled trial. *J Child Neurol* 2008;23(6):649–654.
26. Donaldson M. D., Chu C. E., Cooke A., Wilson A., Greene S. A., Stephenson J. B. The Prader-Willi syndrome. *Arch Dis Child* 1994;70(1):58–63.
27. Webinar Prader-Willi syndrome and Sleep Disorders, 2020-09-27. https://www.youtube.com/watch?v=QFP9D8Yi8_E&t=2380s.
28. Young D., Nagarajan L., de Klerk N., Jacoby P., Ellaway C., Leonard H. Sleep problems in Rett syndrome. *Brain Dev* 2007;29(10):609–616.
29. Marcus C. L., Carroll J. L., McColley S. A. et al. Polysomnographic characteristics of patients with Rett syndrome. *J Pediatr* 1994;125(2):218–224.

VAIKŲ, TURINČIŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ, MAITINIMO YPATUMAI

Jovita Petrulytė

Maitinimo ir maisto svarba

Maitinimasis yra vienas iš esminių žmogaus gyvybinių poreikių. Tinkama mityba itin svarbi ankstyvojo amžiaus ir ypač sutrikusios raidos vaikams.

Maitinimo proceso reikšmė yra įvairi:

- Valgydamas vaikas gauna energijos, kuri reikalinga, kad vaikas galėtų judėti, žaisti, bendrauti.
- Maiste esančios medžiagos reikalingos tam, kad būtų užtikrintas normalus fizinis augimas. Per pirmuosius trejus gyvenimo metus aktyviai vystosi vaiko smegenys, todėl svarbu, kad vaikas gautų pakankamai baltymų bei angliavandenių, kurie labai svarbūs, nes teikia smegenims energijos.
- Maistas teikia pasitenkinimo jausmą bei malonius pojūčius; tai itin svarbu pirmaisiais gyvenimo metais vaikui pažįstant pasaulį.
- Maitinamas kūdikis aktyviai ir artimai bendrauja su maitintoju. Maitinant formuojasi motinos ir vaiko ryšys, nuo kurio daugiausia priklauso tolesnė vaiko emocinė ir asmenybės raida. Sutrikusios raidos vaikams dėl judėjimo ir kitų raidos problemų sunkiau užmegzti kontaktą, bendrauti su aplinkiniais, todėl maitinimo metu jie gali patenkinti dėmesio ir emocinio artumo poreikį, mokosi bendrauti.
- Taisyklingų valgymo įgūdžių formavimasis susijęs su vaiko kalbos vystymusi. Todėl labai svarbu laiku padėti formuoti taisyklingus vaiko valgymo įgūdžius.

Maitinimo procesas reikalauja geros sąveikos tarp centrinės, periferinės nervų sistemos, orofaringinio aparato, širdies-kraujagyslių ir virškinimo sistemos su kraniofacialinio ir bendros skeleto-raumenų sistemos parama. Koordinuotai veikiant visoms šios sistemoms vaikas turi besivystydamas įgyti fiziologiškai reikalingus maitinimosi įgūdžius. O vaiko maitinimo procesas neįmanomas be geros tėvų (globėjų)–vaiko diadinės sąveikos.

Maitinimo sutrikimai

Maitinimo sutrikimas – tai pagal amžių nepakankamas suvalgomo maisto kiekis, susijęs su sveikatos sutrikimais, mitybos trūkumu, valgymo įgūdžių ir / ar psichosocialine disfunkcija.

MAITINIMO SUTRIKIMUS VEIKIA ŠIE FAKTORIAI:

1.1. Sveikatos sutrikimai ir ligos:

- 1.1.1. Įgimtos veido ir žandikaulių anomalijos.
- 1.1.2. Virškinimo sistemos ligos.
- 1.1.3. Kvėpavimo sistemos ligos.
- 1.1.4. Kraujotakos sistemos ligos, įgimtos širdies formavimosi ydos.
- 1.1.5. Cerebrinis paralyžius ir kitos nervų sistemos ligos.
- 1.1.6. Psichologinės raidos sutrikimai.

1.2. Mityba:

- 1.2.1. Nepakankamas maisto kiekis, baltyminių, energinių medžiagų ir mikroelementų trūkumas maiste.
- 1.2.2. Specifinių maisto medžiagų trūkumas dėl riboto maisto raciono, nepakankamos maisto produktų įvairovės.
- 1.2.3. Perteklinis tam tikrų maisto produktų ar gėrimų vartojimas.

1.3. Maitinimosi įgūdžiai:

- 1.3.1. Burnos motorikos ir sensorikos disfunkcija (maitinimosi refleksų ir jų tarpusavio koordinacijos sutrikimas, kandimo ir kramtymo įgūdžių sutrikimas, burnos gleivinės hipojautrumas / hiperjautrumas), reikalaujanti maisto konsistencijos, maitinimo įrankių ir būdo pritaikymo.
- 1.3.2. Ryklės motorinė disfunkcija, rijimo sutrikimas.
- 1.3.3. Savarankiško valgymo įgūdžių disfunkcija dėl raidos sutrikimo.
- 1.3.4. Vertinant maitinimosi įgūdžius svarbu įvertinti, ar maitinimas yra saugus, ar maitinimosi įgūdžiai atitinka amžių, ar maitinimas efektyvus (ne per ilga maitinimo trukmė, pakankamas maisto kiekis, ar nereikia specialios įrangos, papildų).

1.4. Psichosocialiniai faktoriai:

- 1.4.1. Vaiko raidos ypatumai: bendrosios ir smulkiosios motorikos, pažintinių ir kalbos įgūdžių stoka, amžiaus ir tėvų lūkesčių neatitikimas.
 - bendrosios motorikos įgūdžiai: galvos ir liemens kontrolė;
 - burnos motorikos įgūdžiai: maisto paėmimas nuo šaukšto, kąsnio suformavimas, rijimas;
 - smulkiosios motorikos įgūdžiai: rankų funkcija imant maistą, imant ir naudojant valgymo įrankius;
 - sensorinių sistemų būklė: skonio, lytėjimo, regos uoslės jutimai bei jų integravimas;
 - pažintiniai gebėjimai: maisto produktų pažinimas, atskyrimas, suvokimas, kaip ką reikia valgyti;

- bendravimo ypatumai (kaip vaikas sugeba parodyti, kad yra alkanas, sotus, kaip vyksta mamos ir vaiko interakcija maitinimo metu ir pan.);
- 1.4.2. Tėvų (globėjų) ir vaikų psichinės būsenos ir elgesio ypatumai: temperamento, nuotaikos ypatumai, socialinės ir emocinės raidos ypatumai, veikiančios jų elgesį ir bendravimą vaiko maitinimo metu.
- 1.4.3. Tėvų (globėjų) ir vaikų santykių sutrikimai maitinimo metu.
- 1.4.4. Nepakankami tėvų (globėjų) gebėjimai pamaitinti vaiką.
- 1.4.5. Aplinkos faktoriai: nepritaikyta maitinimui aplinka, netinkamas maitinimo ritmas, pašaliniai dirgikliai.

Maitinimo sutrikimų prevencija

Svarbu išmanyti jautriuosius valgymo įgūdžių raidos periodus bei priemones, kurios padėtų išvengti maitinimo sutrikimų.

Čiulpimas

- Laiku gimę išnešioti kūdikiai turi čiulpimo refleksą. Palyginti nedidelė burnos ertmė, putlios skruostų pagalvėlės ir gerai centrinės nervų sistemos (CNS) koordinuojami rijimo ir kvėpavimo judesiai sudaro galimybę aktyviai čiulpti. Naujagimio čiulpimas gali būti silpnesnis, jei gimdymo metu jo nervų sistema patyrė net ir nedidelę traumą ar deguonies trūkumą. Čiulpimo stiprumas taip pat priklauso nuo bendros vaiko būklės. Jei organizmui reikia daugiau jėgų palaikyti širdies, kvėpavimo funkcijas, kovoti su infekcijomis, čiulpimas silpsta. Neišnešiotų naujagimių čiulpimo formavimosi ypatumai ir skatinimo būdai aprašyti ankstesniame skyriuje.
- Vaikui augant, čiulpimo įgūdžiai bręsta ir apie 5–6 mėnesį susiformuoja vadinamasis čiulpimas-pompa: čiulpiant aktyviau dalyvauja skruostų raumenys, liežuvis juda ne tik pirmyn ir atgal, bet ir aukštyn žemyn, lūpos tampriai apgaubia čiulptuką. Sutrikusios raidos vaikams dažnai ilgiau išlieka ankstesnis bei primityvesnis čiulpimo pobūdis: lūpos nevisiškai apgaubia čiulptuką, dalis maisto nuteka pro šali.

Čiulpimo sutrikimų prevencija

- Tais atvejais, kai kūdikis maitinamas zonda, labai svarbu nepalaiduoti stimuliuoti jo burną. Burnos stimuliacija maistu padeda kūdikiui susieti jutimus skrandyje (kai skrandis pildosi per zondą) ir burnoje (maisto skonis burnoje). Burnos raumenų lavinimas skatina čiulpimo judesius, turi įtakos taip pat burnos jautrumo normalizavimui.
- Jei kūdikis silpnai čiulpia, suvalgo mažai maisto, rekomenduojama anksčiau negu įprasta (netgi apie 3–4 mėnesį) pradėti maitinti šaukšteliu.

Maitinimas šaukšteliu

- Siekiant užtikrinti normalią burnos motorikos raidą, svarbu kūdikį pradėti maitinti šaukšteliu ne vėliau kaip 8 mėnesių net ir tais atvejais, kai kūdikis maitinamas krūtimi. Maitinimas šaukšteliu padeda formuotis normaliai lūpų judesių kontrolei, o tai vėliau turi įtakos lūpinių garsų tarimui.
- Maitinant šaukšteliu, kūdikį būtina laikyti bent jau pusiau sėdimoje (45°) padėtyje.
- Kol vaikas nesugeba gerai apgaubti šaukštelio viršutine lūpa ir nubraukti ja maisto, tėvai yra linkę pagreitinti maitinimą, nubraukdami šaukštelį per viršutinę lūpą ir viršutinius dantis. Tai nerekomenduotinas maitinimo būdas, nes vaikui užverčiama galva ir jis gali užspringti. Toks netaisyklingas maitinimas šaukšteliu trikdo taisyklingų maitinimo įgūdžių formavimąsi bei burnos motorikos lavėjimą.

Kramtymas

Kandimo ir kramtymo įgūdžių raida intensyviausia nuo 9 iki 12 mėnesių. Šis laikotarpis laikomas jautriuoju kramtymo formavimosi etapu. Jeigu šiuo laikotarpiu kūdikis nepradedamas maitinti kietesniu maistu, vėliau tai gali užtrukti mėnesius ar net metus. Atsižvelgiant į kramtymo įgūdžių raidos ypatumus, patartina:

- kūdikiui nuo 6 mėnesiui pradėti duoti tirštesnį maistą šaukšteliu; pradžioje kūdikis gali stumti maistą liežuvio, vėliau išmoks jį nuryti;
- svarbu duoti laiko kūdikiui priprasti prie naujo maisto skonio bei konsistencijos; naujas valgymo įgūdis formuojasi pamažu;
- 8–9 mėnesių kūdikis turėtų pats pradėti imti maistą rankomis, jį ragauti; tuo metu svarbu prižiūrėti, kad kūdikis neužspringtų;
- jei kūdikis pats neima maisto, rekomenduotina kietesnį maistą (tirpstančių sausainių gabalėlius, kukurūzus ir pan.) dėti vaikui į burnos šonus, kad jis bandytų kandžioti maistą; saugiau būtų duoti sunkiau atkandamos virtos morkos, virtos mėsos juosteles ir leisti kūdikiui pakramtyti, laikant kitą juostelės galą;
- jeigu vaikas sunkiai toleruoja naują maistą, priešinasi jo dėjimui į burną, spjauna, rekomenduotina padaryti poros savaitių pertrauką, po to vėl bandyti duoti tą patį maistą.

Gėrimas iš puodelio

Atsižvelgus į gėrimo iš puodelio įgūdžių raidos nuoseklumą, rekomenduojama pratinti vaiką gerti iš puodelio maždaug nuo 12 mėnesių. Tai užtikrina geresnį skysčių kontrolės burnoje formavimąsi. Tėvus dažnai erzina tai, kad vaikas išlaisto gėrimą, todėl naudojami uždari puodeliai su snapeliu. Tokie puodeliai neskatina normalaus

įgūdžio formavimosi ir tobulėjimo, nes gerdamas kūdikis pritaiko įprastą primityvų čiulpimo mechanizmą.

Seilėtekio kontrolės raida

Gebėjimo kontroliuoti seiles burnoje raida reikšminga valgymo, ikikalbinių įgūdžių bei kalbos formavimuisi, turi įtakos sveikų dantų vystymuisi bei burnos ertmės būklei, taip pat svarbi estetiniu požiūriu. **Jeigu seilėtekis užsitęsia ilgiau, nei įprasta, svarbu atkreipti dėmesį į bendrą vaiko raidą, ypač bendrąją ir smulkiają motoriką.**

Elgesys valgant įvairiais emocinės raidos periodais (Satter E., 1986)

Homeostazės laikotarpis (0–3 mėnesiai)

Kūdikis parodo atpažįstamus alkio ir sotumo signalus; maitinant būna ramus, vėluoja teigiamos emocijos.

Prieraišumo laikotarpis (3–6 mėnesiai)

Kūdikis parodo esąs alkanas išsižiodamas; maitinant bando guguoti bei kitaip bendrauti su maitintoju; žiūri į maitintoją ir šypsosi.

Atsiskyrimo bei individuacijos laikotarpis (6–12 mėnesių)

Išlieka ankstesniojo laikotarpio įgūdžiai bei atsiranda nauji: kūdikis pradeda tyrinėti maistą, bando ragauti įvairios konsistencijos maisto produktus; valgydamas kūdikis įvairiai bendrauja su maitintoju.

12–18 mėnesių laikotarpis

Vaikas gali šiek tiek laiko pakęsti alkį bei palaukti maisto; šio amžiaus vaikas dažniausiai valgo kartu su šeima; bando valgyti rankomis ir su įrankiais; nusistovi valgymo ritmas.

Valgymo elgesio sutrikimų priežastys ir prevencija antraisiais metais

Dažniausiai valgymo elgesio sutrikimai pasireiškia antraisiais gyvenimo metais, kai formuojasi vaiko autonomiškumas. Tai pasireiškia ir maitinimo metu, ir kai vaikas bando valgyti pats.

Svarbu pažymėti, kad antraisiais metais dauguma vaikų linkę atsakyti naujo maisto. Jie daug kartų ragauja neįprastą maistą, kol prie jo pripranta. Šio amžiaus vaikų valgymo pomėgiai ir maisto kiekis kiekvieną dieną labai skiriasi. Tėvams būna netikėta tai, kad kartais sumažėja vaiko suvalgomo maisto kiekis. Dažniausiai taip atsitinka ne dėl vaiko kaprizų, bet dėl sulėtėjusio augimo ir medžiagų apykaitos tempo. Labai svarbu šiuo amžiaus tarpsniu netaikyti prievartos maitinant vaiką, nes tai skatina vaiko priešinimąsi, agresiją, konfliktą.

Padedama maitinimo tvarka ir vaiko elgesio ribos, kurios apriboja nepageidaujamą elgesį. Vadinamasis atsakomybės pasidalijimas maitinant / valgant suteikia vaikui laisvę rodyti iniciatyvą ir valgyti pačiam taip, kaip jis tai sugeba. Tėvai nusprendžia, kada ir

kur vaikas valgys, o vaikas turi teisę pasirinkti maistą iš pateiktų galimybių bei valgomo maisto kiekį. Užkandžiavimų kiekis tarp maitinimų priklauso nuo to, kiek vaikas valgo tarp maitinimų, todėl tėvai jį turėtų reguliuoti individualiai. Nuo 18 mėn. vaikai vis dažniau naudojami įvairiomis gudrybėmis, siekdami patikrinti, ar tėvų nustatyta valgymo tvarka tebegalioja. Todėl labai svarbu, kad visi šeimos nariai taikytų nuoseklius ir vienodus vaiko elgesio reikalavimus.

Visais atvejais maitinimą reikėtų stengtis išnaudoti kaip bendravimo su vaiku laiką, per kurį vaikas ne tik gauna reikalingą maisto kiekį, bet ir mokosi pažinti aplinką, savo tėvus.

Siūlomi patarimai, kurie padėtų sumažinti elgesio problemas valgant:

- *Maisto skanumo bei patrauklumo demonstravimas* padeda daug geriau nei žodinis daugkartinis raginimas valgyti. Yra įvairių būdų parodyti maisto patrauklumą: gerai, kai vaikas dalyvauja gaminant maistą. Svarbu ne tik žodžiais, bet gestais ir mimika apibūdinti maisto skanumą. Vaiko dėmesį patraukia indo, kuriame maistas pateikiamas, išvaizda; vaikai mėgsta turėti savo asmeninę lėkštutę, puodelį. Reikėtų žinoti ir tai, kad, kol vaikai gerai nesupranta kalbos, jie labiau linkę reaguoti į kalbos prozodiją: balso tembrą, toną, aukštumą ir pan. Grėsmingas, piktas balso tonas dažnai ne padeda, bet atvirkščiai – sutrikdo maitinimo / valgymo procesą. Vaikui valgymas pradeda sietis su nemaloniais išgyvenimais, atsiranda siekimas priešintis maitinimui.
- *Paskatinimai, padrąsinimai* yra labai svarbūs siekiant, kad maitinimo procesas būtų malonus, nekiltų konfliktai. Dažna mama pasakytų, už ką gi vaiką girti, jei jis taip ir nesuvalgė savo porcijos. Patartina pateikti vaikui tokią maisto porciją, kurią jis tikrai gali suvalgyti, nors motinai ji atrodo labai maža. Svarbu pagirti vaiką, kai jis įveikia visą porciją. Reikėtų paklausti, gal vaikas norėtų dar. Maloniai užbaigus valgyti, galima tikėtis, kad vaikas nesisipriešins per kitą maitinimą porciją padidinus.
- Jei vaikas *išrankus maistui*, paprasčiausias būdas tai įveikti būtų prieš maitinimą duoti pasirinkti vieną patiekalą iš dviejų turimų. Taip vaikas turės mažesnes galimybes visai atsisakyti valgyti. Vaikui pačiam pasirinkus maistą, paprasčiau reikalauti, kad jis suvalgytų pasirinktą maistą.

Jeigu taikant aprašytas priemones vaiko valgymo įgūdžiai formuojasi ne pagal amžių, maitinimą komplikuoja prieštaraujantis vaiko elgesys ar kraštutinis išrankumas maistui ir visa tai tęsiasi daugiau nei mėnesį, rekomenduotina atlikti kompleksinį maitinimo bei valgymo įgūdžių ištyrimą ir įvertinimą.

Kompleksinis vaiko su maitinimo sutrikimu ištyrimas

1. Klinikinis somatinės būklės ir fizinės raidos įvertinimas. Atlieka gydytojas ir bendrosios praktikos slaugytoja.
2. Vaiko dienos ritmo ir vaiko dietos / valgiaraščio įvertinimas. Atlieka gydantis gydytojas ar gydytojas dietologas. Tėvai (globėjai) savarankiškai ar bendrosios praktikos slaugytojos pagalba pildo dienoraštį, kuriame žymi vaiko dienos ritmą (valgymo, miego laiką, kitas veiklas), ir valgiaraštį, kuriame žymi suvalgomo maisto pobūdį ir kiekį. Rekomenduotina kelių dienų ar savaitės vaiko dienos ritmo-valgiaraščio analizė, kurią atlieka aprašo gydytojas socialinis pediatras arba gydytojas dietologas. Gydytojai analizuoja pateiktus duomenis, išvadas aprašo ligos istorijoje.
3. Burnos motorikos ir sensorikos įvertinimas, vaiko valgymo įgūdžių įvertinimas maitinimo metu. Atlieka logopedas ir / ar gydytojas-socialinis pediatras.
4. Vaiko savarankiško valgymo įgūdžių įvertinimas. Atlieka logopedas ir / ar gydytojas ir / ar ergoterapeutas.
5. Viso maitinimo(si) proceso stebėjimas, vaiko valgymo elgesio bei tėvų ir vaiko santykių vertinimas. Atlieka gydytojas ir / ar logopedas ir / ar medicinos psichologas.

Atlikto įvertinimo rezultatai aptariami specialistų komandoje dalyvaujant visiems įvertinime dalyvavusiems specialistams ir sudaromas individualus vaiko maitinimo terapijos planas.

Maitinimo terapijos metodai

1. Dieta – būtinų vaiko augimui ir raidai maisto medžiagų, kaloringumo užtikrinimas.
2. Logopedo metodikos – burnos motorikos ir sensorikos funkcijoms gerinti, maitinimo įrankiams, būdai parinkti.
3. Kineziterapija – tinkamai maitinimo padėčiai pritaikyti.
4. Ergoterapija – savarankiško valgymo įgūdžiams lavinti.
5. Psichologinės terapinės metodikos – tėvų (globėjų) ir vaiko santykių sutrikimui koreguoti, elgesio ir emocinėms problemoms spręsti maitinimo metu.

Maitinimo terapijos etapai

1. **Maitinimo padėties parinkimas.** Bendrieji maitinimo padėties principai: vaiko klubai, keliai ir čiurnos sulenkti 90 laipsnių kampu; pėdos remiasi į tvirtą pagrindą, liemuo tiesus; galva vidurio linijoje; smakras nuleistas žemyn, galva truputį palenкта į priekį.

Konkrečiam pacientui maitinimo padėtis parenkama, atsižvelgiant į jo amžių, raumenų tonuso ir motorinės raidos ypatumus. Kūdikiai, kurie neturi geros galvos kontrolės ir pakankamų sėdėjimo reakcijų, maitinami pusiau gulimoje pozicijoje ant rankų (žindymo iš krūties padėtyje) arba naudojant specialią kompensacinę techniką. Vyresni vaikai ir kūdikiai, įgiję galvos kontrolę ir pakankamas sėdėjimo reakcijas, maitinami sėdimoje padėtyje specialioje maitinimo kėdutėje arba prie tam pritaikyto staliuko. Vyresni nei 1 metų vaikai, neturintys galvos kontrolės ir / ar sėdėjimo reakcijų, maitinami specialioje maitinimo kėdėje (ar vežimėlyje), užtikrinančioje galvos ir liemens taisyklingą prilaikymą.

2. **Maitinimo būdo parinkimas.** Maitinimo būdas parenkamas, atsižvelgiant į vaiko amžių, turimus valgymo įgūdžius ir raidos ypatumus. Sutrikusios pažintinės ir motorinės raidos pacientams maitinimo būdas parenkamas pagal jų turimus valgymo įgūdžius (maitinimosi refleksų funkcionavimą, kramtymo, gėrimo iš puoduko, maisto ėmimo rankomis ir pan.).
3. **Maisto konsistencijos parinkimas.** Maisto konsistencija parenkama, atsižvelgiant į vaiko amžių, turimus valgymo įgūdžius ir raidos ypatumus.
4. **Maitinimo įrankio parinkimas.** Maitinimo įrankiai parenkami, atsižvelgiant į vaiko amžių, turimus valgymo įgūdžius ir raidos ypatumus. Naudojami neįkaištantys, plastikiniai, lengvi įrankiai, kad vaikas galėtų juos išlaikyti.
5. **Maitinimo procesas.** Maitinimas vyksta ramioje, emociškai teigiamoje aplinkoje. Maitintojas specialistas (logopedas – maitinimo terapeutas) viso maitinimo proceso metu demonstruoja vaikui savo prielankumą, maitinimosi malonumą, maisto skanumą, skatina jo susidomėjimą maistu ir valgymu. Maitinant sekami vaiko alkio ir sotumo signalai, pagal juos ir vaiko turimus maitinimosi refleksus / valgymo įgūdžius parenkamas ir reguliuojamas tinkamas maitinimo tempas, sekamos vaiko pasipriešinimo reakcijos. Joms ryškėjant, nemaitinama per prievartą, daroma pertraukėlė arba maitinimas nutraukiamas, suplanavus, kada bus kitas maitinimas. Maitinimas baigiamas, vaikui parodžius aiškius sotumo signalus be pasipriešinimo reakcijų.
6. **Tėvų / globėjų mokymas ir tėvų bei vaiko santykių korekcija maitinimo situacijose.** Motina, tėvas, ar kitas globėjas pradžioje stebi specialisto atliekamus vaiko maitinimo veiksmus ir klausosi jų paaiškinimų, paskui mokosi atlikti maitinimo etapus patys, prižiūrimi specialisto.

Gydymo kurso eigoje atliekami tarpinis ir galutinis maitinimo terapijos rezultatų vertinimas: vaiko somatinės būklės, fizinės raidos, burnos motorikos, maitinimosi įgūdžių, tėvų ir vaikų santykių pokyčiai maitinimo procese.

Esant nepakankamam maitinimo terapijos efektyvumui, svarstomos enterinio maitinimo alternatyvos maitinimas zonu ar per gastrostomą.

Svarbiausia užtikrinti saugų maitinimo procesą, pakankamą vaiko fizinei raidai maisto medžiagų ir kalorijų kiekį, maitinimo metu skatinti visapusišką vaiko raidą ir tėvų kompetencijas prižiūrėti vaiką.

Literatūros sąrašas

1. Sullivan P. B. Feeding and nutrition in children with neurodevelopmental Disability. UK:Mac Keith Press 2009.
2. Morris S. E., Klein M. D. Pre-feeding skills. A comprehensive resource for feeding development. USA: Therapy Skill Builders 1987.
3. Goday P. S., Huh S. Y., Silverman A., Colleen T. L., Dodrill P., Cohen Sh. S. et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019 Jan;68(1):124–129.
4. Petruolytė J. Patologinės raidos vaikų maitinimo sutrikimų diagnostika. Daktaro disertacijos santrauka. Vilnius 2001.

VAIKŲ, TURINČIŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ, SENSORINIAI YPATUMAI

Justina Tamošunienė

Kas gi yra sensorinė integracija?

Sensorinės integracijos pradininkė dr. A. Jean Ayres (1989) sensorinę integraciją apibūdino kaip neurologinį procesą, kuris organizuoja pojūčius iš mūsų kūno ir supančios aplinkos ir padeda naudoti efektyviai aplinkoje [1], kitaip sakant, išgyventi mus supančiame pasaulyje. Sensorinė integracija – lyg kaskada, susidedanti iš mūsų jutimų registracijos, organizacijos ir interpretacijos [2]. Sugebėjimo suprasti, kaip teisingai atsakyti į regimuosius, girdimuosius, taktilinius, skoninius, uoslinius, vestibulinius, propioceptinius, interoceptinius jutimus ir teisingai moduluojant elgesį hiper- ar hiposensyviai [3].

Sensorinės integracijos teorija unikali, nes tai didelis indėlis į vaiko vystymąsi, susitelkęs ties sensorinėmis sistemomis kaip informacijos šaltinis [4].

A. J. Ayres sensorinės integracijos teorijos esmė:

- sensorinė informacija svarbi mokymuisi ir elgesiui;
- sensorinė integracija – tai besvystantis procesas;
- sėkminga sensorinė integracija sąlygoja sėkmingą adaptaciją aplinkoje;
- „iššūkis įveiktas“, įveikti iššūkiai sudaro pagrindą formuoti naujiems įgūdžiams;
- vaikai turi įgimtą variklį, kuris siekia prasmingos patirties iš aplinkos;
- sensorinė integracija skatina neuroplastiškumą [4].

Sensorinės integracijos A. J. Ayres modelis – tai integracinis procesas, kuris parodo, kaip sensorinės sistemos – klausos, vestibulinės, propioceptinės, taktilinės ir vizualinės – integruoja informaciją į kompleksinį elgesį [4].

Pvz., vestibulinė ir propioceptinės sistemos suteikia galimybę išvystyti adekvačią (tinkamą) laikyseną, pusiausvyrą, raumenų tonusą, gravitacinį saugumą ir akių judesius koordinuojant su galvos ir kūno judesiais. Šie sugebėjimai, veikdami su taktiline sistema, sudaro svarbią funkciją kūno judesių saugumui, abiejų kūno dalių koordinacijai ir judesiams. Kartu šios sensomotorinės funkcijos sukuria akies ir rankos koordinaciją, vizualinio suvokimo įgūdžius ir įsitraukimą į tikslingą veiklą. Veikiant klausos sistemai, šios sensorinės sistemos prisideda prie kalbos ir kalbėjimo vystymosi, sukuria elgesį, kuris reikalingas mokantis, emocinį stabilumą ir gebėjimą koncentruotis, organizuoti savo elgesį žaidžiant, išlaikant dėmesį, pvz., klasėje [4].

Kiek yra sensorinių sistemų?

Dauguma žmonių, išgirdę klausimą, kiek yra pojūčių sistemų, atsako, kad 5, bet jų yra 8.

Visos gyvos būtybės turi kiekvienai rūšiai savitą jutiminę (sensorinę) sistemą, kuri priima informaciją apie aplinką ir organizmo procesus [5]. Žmogus pažįsta pasaulį per tolimuosius (eksteroreceptorius) ir artimuosius pojūčius (proprioceptorius ir interoceptorius) (žr. 5.10 lentelę).

5.10 lentelė. Tolimieji ir artimieji pojūčiai

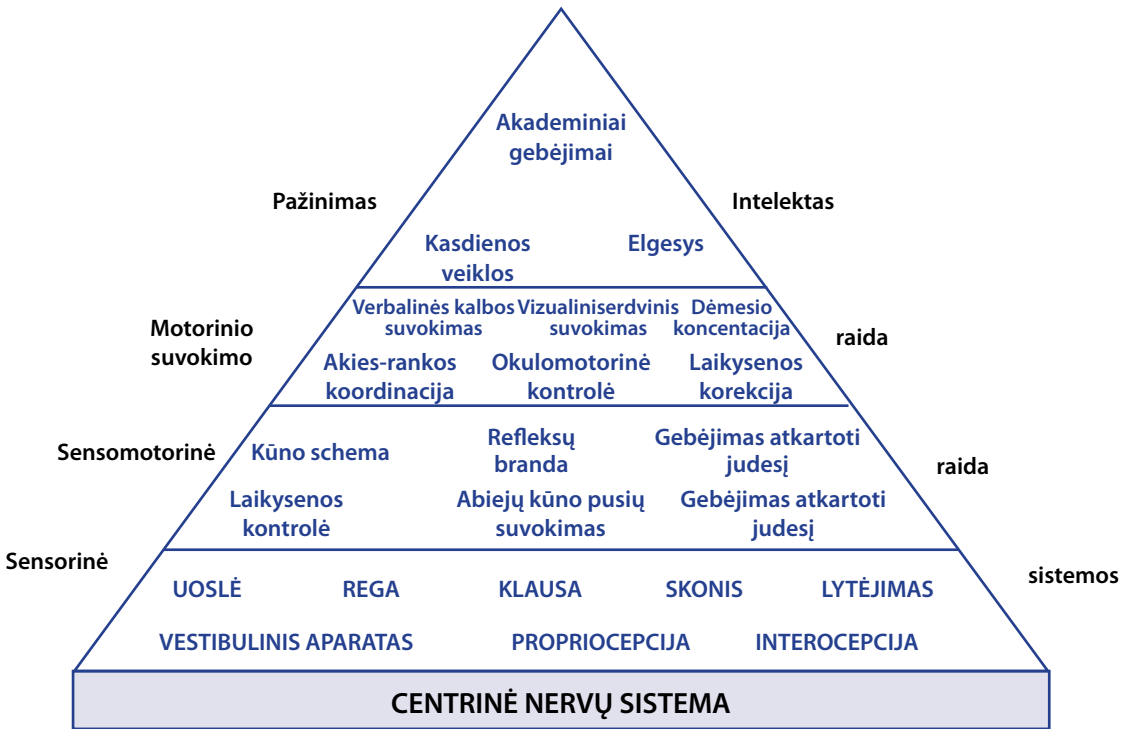
Tolimieji pojūčiai		Artimieji pojūčiai	
Klausa	Dėl šios sensorinės sistemos suvokiame garsų stiprumą, kryptį, tonų aukštį. Ši informacija gaunama iš klausos organo – ausies.	Vestibulinis	Apdoroja informaciją apie judėjimą, gravitaciją ir pusiausvyrą, šis pojūtis juntamas dėl vidinės ausies.
Rega	Regintis žmogus orientuojasi aplinkoje ir gauna apie 70 proc. informacijos apie išorinį pasaulį. Ši informacija gaunama iš regos organo – akies.	Proprioceptinis	Apdoroja informaciją apie mūsų kūno ir jo dalių padėtį, šis pojūtis juntamas dėl mūsų kūno raumenų, sausgyslių ir sąnarių. Atsakingas už viso žmogaus kūno ir galūnių padėties suvokimą reaguojant tiek į judėjimą, tiek į statinę poziciją, kartu jos nulemia motorinių funkcijų vykdymą ir komforto jausmą.
Skonis	Pagrindinė jo funkcija – valgio jutimas. Ši informacija gaunama iš burnos.	Interoreceptinis	Apdoroja informaciją apie mūsų vidaus organų veiklą, juntamas dėl mūsų kūno organų veiklos. Suteikia informacijos apie mūsų kūno vidinę būklę. Ši sistema ypač svarbi kasdieniui savireguliacijai ir homeostazei. Ji padeda mums išgyventi ir apsitarnauti kasdieniame gyvenime. Tai mūsų kūno emocijos.
Uoslė	Pagrindinė jos funkcija – kvapų atpažinimas. Ši informacija atpažįstama iš nosies.		
Lytėjimas	Apdoroja informaciją apie lytėjimą, kuris pirmiausia gaunamas per odą. Padeda orientuotis erdvėje, nustatyti aplinkos objektų požymius: dydį, paviršiaus savybes, formą, svorį, padėtį erdvėje, temperatūrą.		

Tolimieji pojūčiai informaciją priima iš klausos, regos, skonio, uoslės ir lytėjimo (odos) organų ir atsako į išorinius dirgiklius, kurie sklinda iš išorinės aplinkos. Mes juos jaučiame ir kai kuriuos iš jų galime valdyti. Artimieji pojūčiai informaciją priima iš „vidaus“ – vestibulinės, proprioceptinės, interoreceptinės sistemų. Atsako į mūsų vidinius kūno jutimus, mes juos jaučiame ir daugumą jų galime valdyti [5].

Sensorinė integracija – tai sugebėjimas panaudoti mūsų pojūčius (vidinius ir išorinius), teisingai reaguoti į juos ir prisitaikyti, mokytis [5] (5.10 pav. [6]).

Sensorinė integracija:

- procesas vyksta smegenyse (CNS) – šis procesas automatinis ir nesąmoningas;
- padeda mums pažinti aplinką ir joje išgyventi;
- šis procesas automatiškas ir prasideda nuo gimimo, tęsiasi visą gyvenimą;
- paprastai nereikalauja pastangų, vyksta natūraliai [7].



5.10 pav. Sensorinės integracijos vystymasis (Williams, Shellenberger, 1996)

Kiekvienas turi skirtingus budrumo lygius. Nesvarbu, ar žmogus turi, ar neturi sensorinės disfunkcijos, kiekvienam reikia sugebėti tinkamai atsakyti į sensorinę stimuliaciją [8]. Jutimai reikalingi kaip „maistas smegenims“, suteikiantis žinių ir supratimą, reikalingą kūniui ir sąmonei [9]. Mes nuolat gauname milijonus žinučių savo smegenims, kurios jas interpretuoja, pvz., mes girdime, kad loja šuo, mūsų ausys perduoda informaciją į smegenis, kad identifikuotų, koks tai gyvūnas, ne katinas, bet šuo, iš lojimo garso suprantame, koku atstumu yra šuo, galime suprasti, ar tai didelis, ar mažas šuo. Tuomet mūsų smegenys pradeda analizuoti informaciją. Jei žmogui šuo kelia nemalonių asociacijų, buvo įkandęs, tuomet žmogus norės kuo greičiau ir toliau eiti,

bėgti nuo šio garso, jei žmogus turėjo vaikystėje šunį, gali priminti tėvų namus, sukelti teigiamų emocijų, namų, tėvų ilgesį.

Visi aštuoni pojūčiai yra svarbūs, bet vienas yra „slaptas“ – interoceptinis. Čia išsitraukia visos žmogaus biologinės sistemos, kurios palaiko kūno optimalų balansą – *homeostazę* [10]. Homeostazė refleksiniu pagrindu suformuoja tikslą išgyventi [11]. Šis pojūtis – kaip mūsų kūno vidinis kompasas, kuris padeda kontroliuoti mūsų kūno sąmoningus ir nesąmoningus procesus, kurie integruoja ir reguliuoja tai, ką mes jaučiame [10]. Tai lyg mūsų *kūno emocijos* [12], *savęs suvokimo jausmas* [13]. Kiekvienas iš mūsų kartais jaučiame keistus pojūčius, pvz., „lyg drugeliai pilve skraidytų“, „tuoj sprogs galva“, „iššoks širdis“ ir kiti pojūčiai, kurie net ir apibūdinami naudojant perkeltines reikšmes, vaizdinius palyginimus, dažniausiai taip jaučiamės prieš ypatingus įvykius, netikėtose situacijose ir pan.

Homeostaziniai veiksmai gali maksimalizuoti neprivertstinę mokymosi schemą, kai gaunama tai, ko mūsų kūnas nori, taip ir elgiuosi [11]. Jei nepavyksta gauti komforto tam tikru elgesiu, tuomet vyksta *perkrovimo* procesas, kurio metu išlaikoma ramybė, smalsumas ar susitaikymas [10].

Pvz., sąmoningas kūdikio elgesys, kai jis nori valgyti, gerti, keičiasi jo kūno temperatūra, jausdamas diskomfortą jis pradeda verkti, taip siųsdamas informaciją tėvams, kad reikia pagalbos. Teisingai atliepus vaiko poreikius, vaikas šypsosi, taip vystosi kūdikio interoceptinis suvokimas ir tai yra savireguliacijos pamatas [14]. Gera savireguliacija = gera gyvenimo kokybė [15].

Kadangi interoceptinė sistema turi pamatinį vaidmenį mūsų fiziniam ir emociniam reguliavimui, nenuostabu, kad ji turi įtakos mūsų savireguliacijai, saugumo jausmo suvokimui, socialiniam mąstymui, sąmonės lankstumui, problemų spendimui, veikia intuityvius socialinius gebėjimus ir socialinį dalyvumą [16]. Mes kiekvienas turime unikalius interoceptinius išgyvenimus [17].

O kas yra sensorinė disfunkcija?

Sensorinė disfunkcija (sensorinės integracijos proceso sutrikimas) – tai nesugebėjimas suvokti, priimti ir atsakyti į informaciją, gaunamą iš sensorinių sistemų [1].

Sensorinės disfunkcijos modeliai turi daug skirtingų požymių, jie būdingi įvairiems raidos sutrikimams ir neurotipinės raidos vaikams [4]. Bendroje populiacijoje nuo 5 iki 23 proc. neurotipinių vaikų turi sensorinę disfunkciją [18–21], o nuo 35 iki 95 proc. sensorinę disfunkciją turi vaikai su raidos sutrikimais [22–23].

Sensorinė disfunkcija veikia vaikų gebėjimus įsitraukti į kasdienę rutiną, darbus, poilsį ir pasirinkimus, akivaizdžiai paveikia elgesį, o vėliau ir dalyvavimą veiklose [1].

Kai yra sensorinė disfunkcija (SD), tuomet netipiškai, neefektyviai priimama sensorinė informacija, dėl to kyla stresas ir paveikia mokymosi procesą:

- smegenims sunku interpretuoti gaunamą informaciją iš jutimų, jos reaguoja hiper- arba hipoatsaku;
- šie sunkumai sukelia išorinės aplinkos ar savo vidaus pojūčių suvokimo sunkumų, kurie pasireiškia elgesio kitimu;
- procesas prasideda nuo gimimo ir tęsiasi visą gyvenimą;
- be išorinės pagalbos neefektyvus ir stresinis [7].

SD paveikia žmonių gyvenimus milijardais skirtingų būdų, ir, jei negauna pagalbos, nukenčia jų emocinis, socialinis, akademinis gyvenimas [16]. Žmonės su SD nesugeba interpretuoti kasdienės sensorinės informacijos, tokios kaip garso, prisilietimo ar net judesio [1–5,8].

Winei Dunn modelis paaiškina sąveiką tarp neurologinių slenksčių ir elgesio atsako. Pagal tai yra hiper- ir hipoatsakas. Hipoatsaku tiesiog juos atmeta, „neregistruoja“, netgi visiškai nereaguoja į palyginti stiprius stimulus. Kitu atveju hiperatsakui net menkiausias dirginimas sukelia labai audringų reakcijų, kartais šie žmonės labai skausmingai reaguoja į, atrodytų, įprasčiausius dirgiklius [23].

Atvejis

Tomas, 5 m.

Taktilinės sistemos hiperjautrumas.

Rytas, penkiametis Tomas ramiai sėdi lovoje. „Tomai, renkis, tu jau visą pusvalandį vaikštai su pižama, man šiandien svarbus susitikimas darbe, negaliu vėluoti!“ – jau pakeltu tonu šūkteli Tomo mama. Berniukas pradeda bėgioti, slėptis po antklodė. At-eina mama ir ima jį rengti, jis drasko nuo savęs drabužius, verkia, skundžiasi, kad šis megztinis jam nepatinka, duria, kutena, o kelnaitės spaudžia, ne tos kelnės ir – kur jo mėgstamos dryžuotos kojinės? Mama pradeda žadėti, kad nupirks jo mylimiausią dinosaurą, jei bent šiandien ramiai apsirengs, bet po kelių bandymų Tomas vis dar neapsirengęs. Supykusi mama sako: „Nepirksiu dinosauro“, Tomas dar labiau pašėlsta. Ji aprenkia Tomą ir verkiantį nuveža į darželį. Tą dieną mamai nepavyko susitikimas, nes dvi valandas vis skambino iš darželio, taip trukdydami verslo susitikimą...

Sensorinės disfunkcijos priežastys (SD)

Daugelis tėvų nerimauja, kad jie yra kalti dėl savo vaiko sensorinės disfunkcijos. Bet dar nerasta jokių tikslų / specifinių jutimo procesų sutrikimų priežasčių.

Esama tyrimų, kuriuose nagrinėjamos biologinės [24–25], genetinės, kultūrinės priežastys [26], sukeliančios šias problemas. Aplinkos veiksniai, deprivacija [20], gimdymo komplikacijos, cezario pjūvis, operacija [27], ankstukai iki 32 sav. – 39–52 proc. turi SD [28], mažas gimimo svoris (iki 2,2 kg), dvyniai turi SD nuo 10 iki 20 proc. [29], lytis – berniukams pasitaiko dažniau [30].

San Fransisko mokslininkai nustatė, kad vaikų, turinčių SD, smegenys skiriasi nuo tų, kurie neturi SD, ypač daro įtaką smegenų ryšio galimybei, kurios labiausiai veikia taktilinės ir klausos sistemų informacijos apdorojimą [24–25].

Svarbu pažymėti, kad autizmas nesukelia SD problemų, jis atsiranda kartu su ja. SD nesukelia drausmės trūkumas ar griežtumas [30]. Mokslininkai, tirdami vaikų, turinčių SD, socialinio bendravimo sunkumus, nustatė, kad jie yra tokie patys, kaip ir vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimą [31].

Autistiško vaiko mamos ergoterapeutės S. Timmins manymu, „įdėmiau pažvelgę, mes galime pamatyti, kad autistiškų vaikų veiksmai yra logiški tam, kaip jie jaučia / mato pasaulį. Iššūkių yra jų kasdienybė, netinkamas elgesys gali būti, atvirksčiai, tinkamiausias jų situacijoje, pagal jų suvokimą. Mes turime *gerbti* skirtumus ir rasti būdus, kaip paaiškinti, ko jie nesuvokia“ [30].

Sunku paaiškinti vaikui su autizmu, kuris išmoko elgtis tinkamai socialinėje situacijoje, kodėl kiti neurotipiniai žmonės elgiasi ne pagal taisykles. Kodėl Petras nusirašo per kontrolinius – juk negalima! Kodėl Onytė pereina gatvę neleistinoje vietoje?! Kodėl mes meluojame, nors suvokiame, ką darome? Ar yra atsakymas? Dėl to negalime teisti „kitoniško“ elgesio!

Kodėl svarbu nustatyti, ar vaikas turi SD? Nes tuomet daugelį vaiko elgesio ar pomėgių ypatumų galima paaiškinti – žmogiška norėti suprasti, kodėl.

„Kodėl vaikas nevalgo mano pagaminto maisto? – atėjusi į konsultaciją klausia keturmetės Godos mama. – Juk aš aukščiausios klasės šefė, dirbu restorane, mokiausi užsienyje, o ji nevalgo mano pagaminto maisto?“

Ar sensorinė disfunkcija yra liga?

SD turi unikalių jutimo simptomų, kurie nepaaiškinami kitais žinomais sutrikimais. Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp vaikų, turinčių sensorinę disfunkciją, ir įprastai besivystančių vaikų fiziologijos [24–25]. Nors sensorinę disfunkciją minėjome kaip jutimo procesų sutrikimą (SPD), DSM-5 oficialiai jo nepripažino kaip diagnozės. Dabar ji pripažįstama kaip kitų sutrikimų, tokių kaip autizmas, simptomai. Bet galima ir daugumai raidos sutrikimų.

Todėl turime vartoti žodžius „nustatytas“ ar „pripažintas“ sensorinis sutikimas, o ne „diagnozuotas“.

Kam būdinga SD?

Sensorinė disfunkcija būdinga:

- žmonėms, gyvenantiems deprivacijos sąlygomis;
- globos įstaigose užaugusiems / gyvenantiems žmonėms;
- cerebriniam paralyžiui (88 proc. [32]);

- Dauno sindromui (49 proc. [33]);
- dėmesio ir aktyvumo sutrikimui (40–84 proc. [34]);
- šlapimo nelaikantiems žmonėms (44 proc. [35]);
- epilepsijai (49 proc. [36]);
- astmai (25,7 proc. [37]);
- nutukimui ir / ar cukriniam diabetui (bet dar neatlikti populiacijos tyrimai [38]);
- autizmui ir įvairiapusiems raidos sutrikimams (90 proc., Baker et al. [43]);
- ir dar daug kitų nepakankamai ištyrinėtų sutrikimų ir ligų.

Nustatant sensorinę disfunkciją, yra 4 kartus didesnė rizika išsivystyti emocinėms problemoms, 3 kartus didesnė rizika elgesio problemoms [39].

Pagerinant sensorinės integracijos procesus, sumažiname ir kitų ligų ar sutrikimų laipsnį. Taip mažiname ilgalaikes sveikatos išlaidas, didinsime žmonių gyvenimo kokybės indeksą. Investicijos į sensorinės integracijos suvokimo, metodų taikymo plėtrą ir prieinamumą sukurtų sveikesnes bendruomenes mūsų šeimoms.

Ar išaugama?

SD negalima išvengti, nes gydytojai nežino, kas ją sukelia. Ji dažniausiai nustatoma vaikystėje. Jie gali neturėti jokios diagnozės, tuomet vaikai gali išaugti iki pilnametystės, bet vis dar kenčia nuo problemų.

Priklausomai nuo problemų rimtumo, vaikui, kuriam yra lengvesni simptomai, gali būti nevysiškai subrendusios smegenų sistemos. Tai reiškia, kad jie gali sugebėti „peraugti“ kylančias problemas, nes jų jutimo sistema laikui bėgant bręsta, kol jie užauga [5].

SD taip pat gali būti kartu su kitomis raidos diagnozėmis, tokiomis kaip autizmo spektro sutrikimas ir kt. anksčiau išvardytomis. Tuomet sutrikimas gali būti nuolatinis ir vaikui gali tekti kiekvieną dieną įdėti daugiau pastangų ir naudotis įvairiomis strategijomis, kad jis galėtų gyventi patirdamas kuo mažiau streso [4, 8]. Svarbu kuo anksčiau nustatyti SD, kad suteiktume pagalbą laiku.

Atvejis

Matas, 2 m. 6 mėn.

Klausos hiperjautrumas

Matas atvyko į konsultaciją, kai jam buvo 2 metai 6 mėnesiai. Konsultacijoje dalyvavo abu tėvai. Tėvai skundėsi, kad negali eiti su Matu į šventes, jis ten būna nuolat irzlus, nuo staigesnių, naujų garsų dengiasi ausis, o grįžęs namo būna labai pavargęs ir irzlus, eina miegoti. Namuose jau seniai nenaudojami buitiniai prietaisai, kai Matas yra namuose. Vienam iš tėvų reikia su Matu išeiti į lauką, kai siurbiami kambariai, kai reikia sutarkuoti bulves cepelinams, kai mama džiovinasi plaukus. Jau seniai ne-

siklausė garsesnės muzikos, nesikviečia svečių į namus. Matas pradeda verkti, jei mašinoje įjungiamas radijas. Matui patinka ne visi žmonės, kaip tėvai pastebėjo, „garsialkalbiai“. Tėvams buvo suteikta informacija, kad Matui stebime klausos hiperjautrumo požymius. Buvo suteiktos rekomendacijos, kaip Matui padėti. Po dvejų metų, kai Matui buvo 4 metai 6 mėnesiai, jis jau nesidengė ausų nuo staigių garsų, bet kartais komentavo naujus garsus, bet jų nebijodavo.

Kaip išsiaiškinti, ar vaikas turi SD požymių, ar tai emocinės, ar kitos problemos?

Pirmas specialistas, į kurį reikėtų kreiptis įtariant SD, – tai *ergoterapeutas*.

Dažniausiai į mane kreipiasi tėvai, kai aplanko vos ne visų įmanomų specializacijų gydytojus. Iš tėvų girdžiu tokius žodžius: „Mes jau visur buvom, bet nieko nerado!“

Taigi, kaip vyksta SD vertinimas? Taikomi šie metodai:

- *interview* su vaiku, vaiko tėvais, mokytojais ar kitais prižiūrinčiais asmenimis;
- *klinikinis stebėjimas* – įvertinamos reakcijos į dirgiklius vaikui judant ar žaidžiant;
- *funkcinės užduotys* – sąnarių mobilumui, raumenų jėgai bei tonusui, judesių koordinacijai įvertinti;
- *testavimas* atliekamas naudojant standartizuotus testus.

Susipažįstant su nauju pacientu, jo artimaisiais, dažnai susiduriu su tėvų atsakymu: „Kiek galima klausinėti, kada bus užsiėmimai?“ Tikrai suprantu, kad tėvų noras yra adekvatus, kuo skubiau ir kuo greičiau pradėti tiesioginį darbą su vaiku. Bet kaip gali padėti, jei nežinai, ar nepakenksi?

Kodėl visame pasaulyje atsirado standartizuoti vertinimo metodai, testai, tyrimai? Tam, kad kuo geriau pritaikytų reikimas metodikas, kad individualizuotų gydymo programas, o tam reikia laiko.

Testavimas padeda skirtingų šalių specialistams dalintis surinktomis žiniomis, atlikti mokslinius tyrimus, kurie leidžia mums sužinoti ir geriau pritaikyti metodikas, atrinkti tikrais įrodymais grįstus metodus, kurie galės efektyviau ir greičiau padėti mūsų pacientams.

Testai naudojami sensorinei disfunkcijai nustatyti:

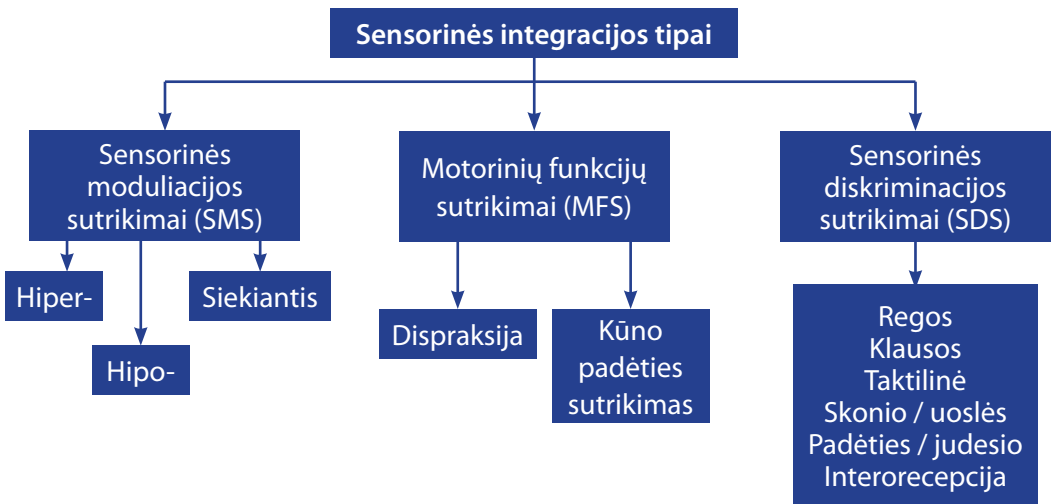
- *Sensory Integration and Praxis Tests* (SIPT);
- *Southern California Sensory Integration Test* (SCSIT);
- *Sensory Processing Measure™* (SPM™);
- *Sensory Profile*;
- *Sensory Profile 2*;
- *Sensory Processing Three Dimensions Scale* (SP3D);
- *Structured Observation of Sensory Integration-Motor* (SOSI-M).

Iš patirties galiu pritarti, kad testai tikrai pagreitina ir palengvina darbą, bet dirbant su sensorine integracija išmoksti būti savotišku detektyvu, ir tik vėliau pradedi matyti tai, ko nemato kiti. Tam, kad žinotum, ko ieškai, reikia žinoti, kaip klasifikuojami SD sutrikimai.

Kokie yra sensorinės integracijos tipai?

Sensorinės integracijos tipai:

- sensorinės moduliacijos sutrikimai (SMS);
- sensorinės diskriminacijos sutrikimai (SDS);
- motorinių funkcijų sutrikimai (MFS).



5.11 pav. Sensorinės integracijos tipai [40]

Moduliacija – tai pusiausvyra tarp aplinkos stimulų ir mūsų sugebėjimo juos priimti teisingai. Mes naudojame kūno moduliaciją atsakui į aplinką. Tai panašu į vidinį kūno termostatą. Problemų kyla, kai žmogus netinkamai reaguoja į stimuliaciją. Vieni atsako per daug (hiperreaktyvumas / hiperjautrumas), kiti per mažai (hiporeaktyvumas / hipojautrumas) arba mišrus atsakas. Svarbu, kad šis atsakas veikia mūsų kūno temperatūrą, širdies ritmą, prakaitavimą, kraujospūdį, virškinimą ir kt. Kaip reaguotumėte, jei gyvatė šliaužtų jūsų koją? Vieni réktų, verktų, prakaituotų, padidėtų širdies ritmas. Kitas ramiai nusiimtų gyvatę nuo kojos [8]. Kiekvienas turi skirtingus budrumo lygius. Nesvarbu, ar žmogus turi, ar neturi sensorinės disfunkcijos, kiekvienam reikia sugebėti tinkamai atsakyti į sensorinę stimuliaciją [8].

Pvz., konferencijos salė, kurios temperatūra – 19 °C. Vienam žmogui patalpoje yra komfortiška, kitam karšta, trečiam šalta, kodėl? Šis pojūtis priklauso nuo to, kaip yra suvokiama temperatūra mūsų sensorine sistema. Nes vienas žmogus, kuriam karšta,

veikia darniai, mes įgauname pasitikėjimo savimi ir sugebame mokytis ir funkcionuoti pasaulyje [8].

Sensorinės moduliacijos potipiai:

- hiperjautrumas (per stipri reakcija į dirgiklius) / VENGIANTIS, „kovok arba bėk“
- hipojautrumas (per silpna reakcija į dirgiklius) / NEATSAKANTIS
- pojūčių siekiantis elgesys / SIEKIANTIS

VENGIANTIS

„Kovok arba bėk“ reakcijos metu slopsta mąstymo funkcija, nes energija naudojama ne racionalių sprendimų paieškai, o kūno parengčiai gintis nuo grėsmės atsako refleksu – automatiška reakcija į dirgiklius (5.11 lentelė [41]).

5.11 lentelė. Vengiančio elgesio požymiai

Klausa	Dažnai trukdo nedidelis garsas; labai dirgina staigūs, garsūs garsai, mechaniniai garsai; dažnai dengiasi ausis nuo nepatinkančių garsų.
Uoslė	Žiaukčiojimas, vėmimas nuo nepatinkančių kvapų; nepatinka vietos, kur naudojama daug kvapų.
Burna	Išrankūs maistui; dirgina dantų valymas.
Rega	Dirgina ryškios šviesos; stresas uždegus šviesą; jautrus spalvoms.
Taktilika	Drabužių etiketes, tekstūra – lyg adatos į kūną; nežymus prisilietimas, lyg trenkimas, skausmas; vengiantis asmens higienos veiksmų.
Vestibulika	Vengia fizinių veiksmų; labai atsargus judant fiziškai.
Propriocepcija	Vengia vaikščioti; nepatinka „tvirtas“ apkabinimas; judėjimas sukelia nemalonių pojūčių; nesuvokia savo kūno erdvėje.
Interorecepcija	Gąsdina intensyvesnis širdies plakimas; skauda, kai nori valgyti, dėl to daug valgo; dažnai eina į tualetą, skausmas, kai nori į tualetą.

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu klausos hiperjautrumą?

- Leisti apsiprasti naujoje aplinkoje, nustatyti, kokius garsus toleruoja (leisti žaisti su muzikiniais instrumentais, garsą skleidžiančiais daiktais / žaislais savarankiškai), nedaryti staigių judesių, pirmų užsiėmimų metu nerodyti, kaip skamba, kokį garsą skleidžia daiktas / žaislas;
- kontroliuokite savo balso toną, greitį, tembrą;
- jei ketinate įjungti grojantį žaislą, įspėkite iš anksto;
- įjungdami grojančius žaislus stebėkite, kad vaikas tai matytų;
- jei vaikas dengiasi ausis, leiskite jam tai daryti, galite net prieš įjungdami grojantį žaislą paprašyti užsidengti ausis (parodyti kortelę, kurioje vaikas dengiasi ausis, arba garso kortelę);
- grupiniuose užsiėmimuose leisti dėvėti ausines, saugančias nuo garso, arba paprašyti tėvų, kad pabandytų įdėti ausų kištukus;
- tokį vaiką sodinti toliau nuo didesnį garsą skleidžiančių prietaisų ar triukšmingesnių vaikų, arčiau durų, jei vaikui būtų per daug triukšmo, jis galėtų išeiti į koridorių;
- pamokyti paprašyti kitų vaikų klasėje tylos tinkamu būdu, nesukeliant konflikto, pašaipų;
- jei veikla nemaloni, atlikti trumpas pertraukėles;
- iš anksto paaiškinkite, ką ir kaip reikės atlikti ir kas bus po to (žodžiais / vaizdu – vaizdinė dienotvarkė, užrašu);
- leisti vaikui dalyvauti sudarant jam dienotvarkę, duoti galimybę pasirinkti, kokią veiklą atliks, kiek laiko ji tęsis, prie kurių garsų pratinsis ir pan.;
- nusiramimui naudoti baltąjį triukšmą (baltasis triukšmas gali būti ir bėgantis iš čiaupo vanduo ir įjungtas dulkių siurblys, įvairūs įrašai bangų mūšos ir pan.);
- įrengti atskirą ramų kampelį, kuriame vaikas gali pailsėti nuo dirgiklių (pvz., palapinė, namelis ir kt.).

Klausos sistemos lavinimas:

- duoti vaikui tyliai klausytis gamtos garsų (lietaus, bangų mūšos, paukščių ir pan.) su atitinkamais vaizdais, mokyti atpažinti, kur kokio garso nuotrauka;
- žaisti žaidimus, kuriems reikalinga klausa (kas ten vaikšto, skrenda, važiuoja ir pan.), padėkite atpažinti garsus kasdiniame namų šurmulyje;
- skatinti vaiką saikingai žaisti su garsus skleidžiančiais žaislais, neperspaužiant;
- leisti vaikui kontroliuoti garsus žaidžiant ar namų aplinkoje, duoti vaikui įjungti siurblių, sprogdinti mažus balionus ir pan.
- padėti vaikui parinkti muzikos instrumentą pagal vaiko pomėgius (metalofonas, būgneliai, barškučiai, varpeliai), atliekant veiklas kambaryje įjungti ritmingą, vos

girdimą muziką, skatinti atkartoti grojamą ritmą, bandyti niūniuoti melodiją, kartoti dainelių žodžius;

- leisti muziką keičiant garsą, bandyti leisti įvairių stilių muziką (gamtos garsai ir pan.), šokti, dainuoti, vaidinti, lyginti muziką su vaizdais;
- nusiraminiui naudoti baltąjį triukšmą;
- triukšmingose patalpose naudoti ausines ar ausų kištukus.

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu burnos hiperjautrumą?

- Jei norite apžiūrėti burną, staigiai neliesti jos, palaipsniui pradėti nuo žandų ir judėti link lūpų, jei pradeda dirginti – toliau neliesti, pradėti iš naujo;
- paaiškinkite, ką ruošiatės atlikti, veiksmų seką (geriau vaizdžiai);
- pasiūlyti atlikti jautrumo šalinimo pratimus (gilus spaudimas, veido valymas su paspaudimu skirtingos tekstūros, temperatūros priemonėmis, duoti atsigerti vėsesnio gėrimo, sučiulpti ledo kubelį);

• **netaikyti prievartos.**

Burnos stimuliacija:

- kai valomi dantukai, iš pradžių reikia švelnesniu šepetuku be dantų pastos pavalyti liežuvį, vidinį skruostų paviršių, vėliau valyti dantis su dantų pasta (parinkti tinkamą, jei nepatinka skonis ar kvapas, beskonę ir bekvapę), geriausia stimuliacija, jei vaikas toleruoja elektrinį dantų šepetuką;
- mažiems vaikams tinka vibruojantys kramtukai;
- valgant skatinti dažniau valyti burną skirtingų tekstūrų medžiagomis;
- kartu gaminti (iš pradžių maistą, kurį vaikas valgo, vėliau – rečiau valgomą, dar vėliau – kurio nevalgo), taip vaikas turės galimybę liesti ir tyrinėti maistą, jei iš pradžių nenori rankomis, tuomet su įrankiais, vėliau su maistinėmis pirštinėmis, o kai pats norės – ir rankomis;
- pasiūlyti iš kelių nuotraukų pasirinkti, kokį maistą vaikas valgys, ką pabandys ragauti, bet jei nenorės, galės ir neragauti, jei nepatiks ragaujamas maistas, galės jį išspjauti;
- jei vaikui svarbi maisto temperatūra, svarbu ją tinkamai parinkti, ypač įvedant naują maistą;
- pasiūlyti iš pradžių pauostyti, lyžtelėti, o vėliau, jei norės, paragauti naujo ar panašaus į jau valgomą maistą;
- prieš ragaujant naują maistą duoti vaikui sučiulpti ledo kubelį, tai malšina burnos gleivinės jautrumą;
- leisti vaikui naudoti jam patinkančius padažus ar kitus maisto pagardus ragaujant naujo maisto (pvz., manų košė su pomidorų padažu ir pan.);

- jei vaikas išspjauna maistą, jo nebarti – vaikui ragauti naują maistą yra tikras iššūkis;
- **neversti per prievartą ragauti naujo maisto.**

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu regos hiperjautrumą?

- Kabinetas turi būti kuo mažiau dirginantis vizualiai, nenaudoti ryškių spalvų, nekabinti ryškių, blizgių daiktų, paveikslų ant sienų, taip pat šiuo atveju svarbi ir mūsų apranga;
- atliekant užduotis, lavinančias vizualinę dėmesį, daryti pertraukėles;
- jei dirgina dienos šviesa, perstumti staliuką toliau nuo lango, įjungti dirbtinį apšvietimą;
- jei vaikas nori, leisti pamokos metu dėvėti tamsintus akinius;
- atsargiai siūlyti šviečiančius, mirksinčius žaisliukus, įspėti apie, tai;
- palapsniui pratinti prie šviesos efektų, neversti jų stebėti, jei vaikas nenori;
- nedaryti staigių judesių vaikui prieš veidą;
- neversti žiūrėti į akis.

Regos sistemos lavinimas:

- dėvėti įvairių spalvų akinius, pradedant nuo tamsesnių ir pereinant link ryškesnių;
- leisti vaikui dėvėti akinius nuo saulės, net jei lauke saulė nešviečia;
- įrengti namelį, palapinę, kur vaikas gali pailsėti, jei jam per šviesu.



5.12 pav. Regos sistemos stimuliacija šviesos efektais

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu taktilinį hiperjautrumą?

- Leisti apsiprasti naujoje aplinkoje, stebėti, kokias priemones toleruoja, kurių vengia, neversti liesti nepatinkančių priemonių / žaislų;
- atsilaukite, ar vaikas gali būti liečiamas, išpėkite, kada planuojate liesti vaiką, stebėkite, ar jis jus mato, kai norite jį liesti;
- jei reikia atlikti veiksmą su vaiko rankomis, galima paprašyti tėvų (ar patiems pademonstruoti) atlikti tuos veiksmus, paprašyti tėvų paliesti daiktą, kad žinotų, kad tai saugu;
- stengtis neatlikti staigių judesių, išpėti apie juos;
- niekada neliesti švelniai, jis labiausiai dirgina, lietimasis turi būti spaudžiant;
- paspaudimai į pečius, stiprus ritmingi apkabinimai, ritmiški judesiai su spaudimu ramina;
- fizinis aktyvumas, jėgos užduotis (stūmimo / traukimo principu nuramina);
- užsiėmimo metu dėvėti pasunkintą liemenę ar užkloti kojas pasunkinta antklode (turi sudaryti 10 proc. vaiko svorio);
- leisti kramtyti pamokos metu kramtomąją gumą;
- jei veikia nemaloni, atlikti trumpas pertraukėles, jų metu galima su spec. (Wilbarger) arba paprastu šepečiu pabraukti rankas;
- iš anksto paaiškinkite, ką ir kaip reikės atlikti ir kas bus po to (žodžiais / vaizdu – vaizdinė dienotvarkė);
- leisti vaikui dalyvauti sudarant jam dienotvarkę, duoti galimybę pasirinkti, kokią veiklą atliks, kiek laiko ji tęsis, prie kurių dirgiklių pratinsis ir pan.;
- grupinėje veikloje leisti būti pirmam ar paskutiniam, kad sumažintų netikėto kontakto tikimybę, arba galima apibrėžti jo erdvę žymikliu;
- įrengti atskirą ramų kampelį, kuriame vaikas gali pailsėti nuo dirgiklių (pvz., palapinė, namelis, sėdmaišis).

Taktilinės sistemos lavinimas:

- naudojant įvairius paviršius, medžiagas, namų apyvokos daiktus palaiapsniui liesti, pratinti patį tyrinėti, pradėdant nuo mažiau dirginančių medžiagų ir pereinant prie mažiau patinkančių, bet nesukeliant vaikui baimės, nemalonių potyrių;
- namuose įrengti vaikui skirtą kampelį, kuriame būtų galimybė pačiam tyrinėti skirtingų tekstūrų medžiagas ir priemones, jomis eiti, šliaužti, braukti jas rankomis ar kojomis, voliotis ant jų, užsikloti jomis;
- naudoti intensyviai, ritmingus paspaudimus į sąnarius, ritmingus apkabinimus (spaudžiant ties riešais, alkūnėmis, pečiais, jei yra galimybė, pademonstruoti tai tėvams);

- miegui naudoti pasunkintą antklodę (10 proc. vaiko svorio + 0,5 kg, paskirstome pagal vaiko ūgį ir tolygiai siuvame, kad svoris pasiskirstytų per visą antklodę, pvz., kaip pasiūti pasunkintą antklodę žr. čia: <https://www.youtube.com/watch?v=xcKOZT-Kh2sc>);



5.13 pav. Taktilinės sistemos stimuliavimas įvairių tekstūrų priemonėmis, paviršiais, medžiagomis

- asmens higienoje:
 - palaipsniui skatinti prausti kūną kempine (tegu pats išsirenka parduotuvėje tokią kempinę, su kuria jam būtų malonu prausti kūną);
 - prausti veidą (iš pradžių be muilo, vėliau su muilu), naudoti švelnias medžiagėles veidui prausti, jei nepatinka jo prausti su rankomis;
 - kad geriau nusiplautų rankas, pasiūlykite jas plauti su maža kempinėle ar šepetuku, kuris nedirgintų;
 - skatinti šukuotis plaukus po kelis kartus per dieną, ypač prieš kerpant juos;
 - skatinti valyti dantukus, jei toleruos – pasiūlyti elektrinį dantų šepetuką;
 - prieš rengiantis atlikti jėgos žaidimus, pamaigyti rankas, kojas, galvą, leisti pasirinkti iš dviejų ar trijų drabužių, tinkamų tai veiklai, išvykai, kurį jis nori rengtis, bet ne iš visos spintos.

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu vestibulinį / propioceptinį hiperjautrumą?

- Leisti apsiprasti naujoje aplinkoje, stebėti vaiko fizinį aktyvumą aplinkoje;
- stengtis neatlikti staigių judesių, įspėti apie juos;
- iš anksto paaiškinkite, ką ir kaip reikės atlikti, kas bus po to (žodžiais / vaizdu – vaizdinė dienotvarkė);
- jei reikia atlikti fizinį veiksmą, pademonstruoti, išskaidyti jį keliais etapais;
- jei veikla nemaloni – atlikti trumpas pertraukėles;
- paspaudimai į pečius, stiprūs ritmingi apkabinimai, ritmiški judesiai ramina, jei nesileidžia, to nedaryti, tuomet pasiūlyti nešti, mesti stumti pasunkintus, sunkius daiktus;



5.14 pav. Vestibulinės sistemos stimuliavimas einant įvairių aukščių ir tekstūrų kliūčiu ruožu, čiuožiant nuo čiuožyklos, sūpantis ant vandens lovos ir kūgyje

- leisti vaikui dalyvauti sudarant jam dienotvarkę, duoti galimybę pasirinkti, kokią veiklą atliks, kiek laiko ji tęsis, kokių fizinių veiksmų mokysis, koks bus apdovanojimas už atliktas veiklas;
- grupinėje veikloje leisti būti pirmam ar paskutiniam, kad sumažintume netikėto kontakto tikimybę, arba galima apibrėžti jo erdvę žymikliu;
- įrengti atskirą ramų kampelį, kuriame vaikas gali pailsėti nuo dirgiklių (pvz., palapinė, namelis, sėdmaišis).

Vestibulinės sistemos lavinimas kasdieninių veiklų metu taikant aktyvią tikslingą veiklą:

- trumpos estafetės einant per įvairius paviršius, lipant ant įvairaus aukščio platformų, ėjimas nelygiu, siauru, vingiuotu, stačiu, nuožulniu, nestabiliu paviršiumi, kliūčių įveikimas kartu su tėvais ar paduodant ranką;
- tempimo pratimai – „stumti sieną“, „rauti ropę“ ir kt.;
- sūpynės arba hamakas, supant lėtai, iš anksto aptariant, kiek kartų supsite, koku intensyvumu;
- užsiėmimai vandenyje, jei pradžioje nelipa į vandenį, stebėti kitus, neversti per prievartą;
- lankyti aktyvios veiklos būrelį, geriau būtų individualūs užsiėmimai pagal vaiko pomėgius.

Skatinti veiklas atlikti pačiam, nes vaikas geriau jaučia, kiek ir kokių judesių jis gali atlikti nebijodamas, taip pat vaikas jaučia, ar šiandien jis tai gali įveikti.

Kaip padėti vaikui, turinčiam interoepsijos sutrikimų:

Pagal vaiko suvokimo lygį parenkamos metodikos, kurių pagrindas yra Mahler modelis (*star institute*), jis tinka visiems moduliacijos potipiams ir diskriminacijos sutrikimams, susijusiems su interoepsija:

- tėvų / specialistų / mokytojų mokymas apie interocepinius pojūčius;
- specialios adaptacijos (vizualinė dienotvarkė, socialinės istorijos, joga, specialių kortelių taikymas (nemokamos spec. kortelės – www.kelly-mahler.com), savireguliacijos modelių taikymas ir kt.);
- mokytis pastebėti pojūtį;
- suteikti pojūčiams prasmę;
- panaudoti interoepsinį suvokimą formuojant susijusius įgūdžius (*star inst*).

NEATSAKANTIS

Toks vaikas į dirgiklius reaguoja sulėtintai, po kurio laiko, arba išvis juos ignoroja, hiporeakcijos. Dažnai apie tokius vaikus aplinkiniai sako „nesidomintis“, „sunkiai sudominamas“, „tinginys“. Jiems būdingos dažnos traumos, blogas mokymasis, dažnai juos palieka ramybėje, nes jie niekam netrukdo. Dažniausiai šio tipo vaikai atpažįstami tik mokykliniame amžiuje, nes yra „lengvi“ vaikai, „lengvi“ kūdikiai (žr. 5.12 lentelę [42]).

5.12 lentelė. Neatsakančio elgesio požymiai

Klausa	Dažnai nereaguoja į garsus, savo vardą; garsiai kalba, kelia daug triukšmo.
Uoslė / burna	Gali nereaguoti į aplinkinius kvapus; ragauja, graužia, kiša į burną nevalgomus daiktus; patinka prieskoniai maiste, karštesnis, aštrus maistas.
Rega	Gali ilgai spoksoti į ryškią šviesą, rikiuoti daiktus, žaislus, juos sukti, mėtyti.
Taktilika	Nereaguoja į taktilinius dirgiklius, žaizdas; sumažėjusi savisauga; dažnai liečia žmones, objektus; dažnai atrodo nevalyvas / netvarkingas.
Vestibulika	Atrodo, kad nepastebi, kai yra judinamas; nejaučia pakankamai judesių; nesijaučia apsvaigęs, net nuo nuolatinio supimosi; gali nepastebėti, kad krenta; sumažėjusi judesio savisauga.
Propriocepcija	Patinka atsitrenkti į daiktus; greit pavargsta rašydamas, piešdamas; sutrikusi rankų judesių gradacija; nejausdamas dažnai pastumia kitus žmones.
Interorecepcija	Retai jaučia savo kvėpavimą, širdies dūžius; gali nejaušti alkio, troškulio; ilgai formuojasi tualetu įgūdžiai, nes neturi poreikio išsituštinti ar šlapintis.

SIEKIANTIS

Nuolat siekiantis pojūčių, atrodo, kad „nepasisotina“ jutimais, hiporeakcijos. Atrodo, kad nuolat turi energijos, negali sustoti. Tokiu vaiku visi nepatenkinti, jo elgesys prikausto visų dėmesį, atrodo, kad jis taip tyčia elgiasi. Būdingas prastas mokymasis mokykloje, sunkumai lankyti mokyklą. Dažnai turi dėmesio sutrikimo problemų (žr. 5.13 lentelę [41])

5.13 lentelė. Siekiančio elgesio požymiai

Klausa	Mėgaujasi dideliu triukšmu, ar garsiais garsais; sunkiai išbūna tyliai; nuolat kelia daug triukšmo.
Uoslė	Dažnai įkyriai uosto daiktus, maistą, kvėpalus; patinka būti patalpose, kur daug įvairių kvapų.
Burna	Patinka valgyti traškų maistą, nuolat valgyti; garsiai valgo, čepsi; patinka kramtyti kramtomąją gumą.
Rega	Patinka mirksintys, šviečiantys, besisukantys daiktai; pačiam patinka suktis, sukti daiktus; gali ilgai spoksoti į šviesą.
Taktilika	Patinka žaisti su smėliu, purvu, šlykštukais; eidamas dažnai brauko sienas, turėklus ir kt.; dažnai liečia kitus žmones.
Vestibulika	Atrodo „išalkęs“ judesių; nuolat be saiko juda, lipa, sukasi.
Propriocepcija	Daužosi, trunkosi į baldus, aplinkinius žmones; dažnai šiurkščiai elgiasi su aplinkiniais, imtyniauja; patinka dėvėti ankštus drabužius.
Interorecepcija	Patinka, kai garsiai daužosi širdis, giliai kvėpuoti; patinka jaustis alkanam, ištroškusiam, nevalgo ir negeria, kad tas jausmas nedingtų; nenori eiti į tualetą, kad jaustų diskomfortą.

Hipojautrumas klausai

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu klausos hipojautrumą?

- Norint atkreipti vaiko dėmesį naudoti garsinius žaislus;
- kalbėti trumpai ir aiškiai;
- kai duodate žodinius nurodymus, stebėkite, ar vaikas stebi jus, nekalbėkite jam į nugarą;
- jei vaikas nereaguoja į žodinius nurodymus, reikėtų pritūpti, paimti už rankų ir kalbėti vaiko akių lygyje;
- kalbant galima naudoti įvairias intonacijas, taip geriau atkreipsite vaiko dėmesį į žodinius nurodymus;
- grupiniuose užsiėmimuose pakartoti nurodymą žiūrint į tą vaiką;
- iš anksto paaiškinkite, ką ir kaip reikės atlikti ir kas bus po to (žodžiais / vaizdu – vaizdinė dienotvarkė), naudojant korteles „tyliai“ ir „garsiai“, kurių veiklų metu kaip elgtis;
- leisti vaikui klausytis muzikos, kai jam reikia susikaupti, naudoti baltojo triukšmo generatorių;

- leisti vaikui dalyvauti sudarant jam dienotvarkę, duoti galimybę pasirinkti, kokią veiklą atliks, kiek laiko ji tęsis, kokių garsų vaikas gaus paklaustyti ar **skleisti** už atliktas mažiau patinkančias veiklas.

Klausos sistemos lavinimas:

- žaisti žaidimus, kuriems reikalinga klausa (kas ten vaikšto, skrenda, važiuoja ir pan.), padėkite atpažinti garsus kasdiniame namų šurmulyje;
- duoti vaikui garsiau klausytis gamtos garsų (lietaus, bangų mūšos, paukščių ir pan.) su atitinkamais vaizdais, mokyti atpažinti, kur kokio garso nuotrauka;
- leisti vaikui kontroliuoti garsus žaidžiant ar namų aplinkoje, duoti vaikui įjungti siurbį, sprogdinti mažus balionus ir pan.
- padėti vaikui parinkti muzikos instrumentą, pagal vaiko pomėgius (metalofonas, būgneliai, barškučiai, varpeliai), atliekant veiklas kambaryje įjungti ritmingą muziką, skatinti atkartoti grojamą ritmą, bandyti niūniuoti melodiją, kartoti dainelių žodžius;
- leisti muziką keičiant garsą, bandyti leisti įvairių stilių muziką (gamtos garsai ir pan.), šokti, dainuoti, vaidinti, lyginti muziką su vaizdais;
- apdovanojant leisti žaisti su garsus skleidžiančiais žaislais;
- ruošiant namų darbus leisti įsijungti tyliai televizorių, klausytis tylios muzikos ar naudoti baltojo triukšmo generatorių, garso įrašus;
- jei sunku užmigti, leisti įsijungti tyliai televizorių, klausytis tylios muzikos ar naudoti baltojo triukšmo generatorių, garso įrašus;
- eiti į mišką, kur jis galėtų nevaržomai skleisti įvairiausių garsus, kokius tik nori, – tai būtų apdovanojimas.

Hipojautrumas kvapai

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu uoslės hipojautrumą?

- Užsiėmimo metu naudoti intensyviai kvepiančias medžiagas (kvepiantys kamuoliai, modelinai, plastilinai);
- sudominant priemonėmis, galima jas pakvepinti;
- uodžiant kvapus vaizdžiai parodyti, kas taip kvepia (kvapai su paveikslėliais), uodžiant skirtingus kvapus rodyti veido mimikas, mokyti, kurie kvapai yra pavojingi, nes jam jie gali būti ypač malonūs;
- aplinkoje saugiai laikyti buitinės chemijos priemones, nes vaikas gali prisiuostyti kenksmingų kvapų.

Uoslės lavinimas:

- duoti pauostyti intensyvių kvapų gėles, kvėpalus, vaisius, maisto produktus – parodyti kokią veido išraišką uodžiant skirtingus kvapus, mokyti, kurie kvapai reiškia sugedusį maistą, pavojingi sveikatai (dūmai, dujos ir kt.);
- ant skirtingų dangtelių padėkite įvairių žolelių, svogūnų, česnakų, citrinos ir pan., pridengkite servetėle, leiskite vaikui palyginti kvapus, surasti tokį patį, juos piešti (pvz., su kokia spalva asocijuojasi pavojus ar saugumas);
- žaisliuką, kurį vaikas mėgsta su savimi nešiotis, galima pakvepinti intensyvesniu kvapu (geriau natūraliomis medžiagomis, pvz., eteriniu aliejumi ir pan.);
- žaisti su intensyviai kvėpiančiomis medžiagomis (šviežiai nupjauta žolė, kvėpiančys kamuoliai, modelinai, plastilinai).

Burnos hipojautrumas

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu burnos hipojautrumą?

- Duoti atlikti vaikui kuo daugiau burnos motoriką stimuliuojančių pratimų, galima ir prieš veidrodį, arba parodžius gyvai ar nematant ištraukus emocijų korteles;
- duoti jiems kramtyti kramtomus pagaliukus, dėvėti kramtomas apyrankes, pakabukus, karolius – tai leis jiems jaustis ramesniems, todėl jie negrauš daiktų, rankų;
- papildyti maisto racioną kietesniu, traškesniu, ilgiau kramtomu maistu;
- papildyti maistą natūraliais prieskoniais (žolelėmis);
- mažinti kąšnius valgant, ilgiau kramtyti maistą;
- skatinti gerti tirštesnius gėrimus per įvairaus dydžio šiaudelius;
- skatinti gerti intensyvesnio skonio gėrimus (rūgščios sultys, mėtų, melisų arbata ir pan.);
- valgant skatinti dažniau valyti burną skirtingų tekstūrų medžiagomis;
- dažniau valytis dantukus, jei toleruos – elektriniu dantų šepetuku, naudoti mėtinę dantų pastą;
- mažiems vaikams tinka vibruojantys kramtukai;
- skatinti dažniau pūsti (pvz., maistą, dūdelę, žaidimai planšetėje, kur reikia pūsti ir kt.);
- **svarbus** aplinkos saugumas, nes vaikai gali prisivalgyti nuodingų priemonių.

Regos sistemos hipojautrumas

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu regos hipojautrumą?

- Kabinetas turi būti kuo mažiau dirginantis vizualiai, nenaudoti ryškių spalvų, nekabinti ryškių, blizgių daiktų, paveikslų ant sienų;
- naudoti rankų gestus;

- lengviau atlikti užduotis, kurios aiškiai pažymėtos (pvz., spalva, uždengiant lapu kitą užduotį, apibraukiant);
- padidinti vizualines stimuliacijas, pvz., į priemones integruoti vaiko dėmesį traukiančias spalvas, blizgius paviršius ir pan.;
- mokymui naudoti filmuotą medžiagą;
- atlikti užduotis planšetėje, kompiuteryje.

Regos sistemos lavinimas:

- dėvėti įvairių spalvų akinius, ypač ryškesnes – geltoną, raudoną, oranžinę;
- kaip paskatinimą galima leisti žiūrėti į besisukančius, blizgius daiktus, duoti pažaisiti su kompiuteriu;
- žaisti su šviečiančiais žaisliukais, kamuoliukais, žibintuvėliu.

Neatsakantis į lytėjimą – hipojautrus

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu taktilinį hipojautrumą?

- Kaip paskatinimą naudoti apkabinimą, rankų ar pečių juostos paspaudimus;
- norint sudominti priemone, integruoti į ją intensyvesnių taktilinių dirgiklių (švitrinį popierių, indų kempinės paviršius, šepetukus ir pan.);
- dažniau atlikti užduotis, kurių metu vaikas galėtų išsitepti (pvz., klijuoti, piešti pirštais ir pan.);
- pamokos metu dėvėti pasunkintą liemenę ar užkloti kojas pasunkinta antklode (turi sudaryti 10 proc. vaiko svorio);
- leisti kramtyti pamokos metu kramtomąją gumą;
- stebėti aplinkos saugumą;
- stabdyti saviagresiją, duodant liesti intensyvius taktilinius paviršius.

Taktilinės sistemos lavinimas. Svarbu per dieną suteikti pakankamą taktilinių stimulų kiekį:

- taktilinės sistemos lavinimas naudojant įvairias priemones: įvairius paviršius, medžiagas (šiurkštūs paviršiai, kempinė, kilimėliai, vanduo, smėlis, įvairūs namų apyvokos daiktai), su jais **intensyviai** liesti, braukti, spausti į įvairias kūno dalis, leisti pačiam tai daryti;
- namuose įrengti vaikui skirtą kempelį, kuriame grindys, sienos būtų išklotos šiurkščiais, aštriais, grublėtais, slidžiais, šaltais paviršiais, per juos eiti, liesti, voliotis, jais užsikloti;
- naudoti intensyvius, ritmingus paspaudimus į sąnarius (riešų, alkūnių, pečių, čiurnų, kelių, klubų), ritmingus apkabinimus;

- asmens higienoje skatinti intensyviau prausti save kempine, dažniau plauti rankas, veidą, valytis dantukus (ypač elektriniu dantų šepetuku);
- rengtis šiurkštesnių tekstūrų, aptemptus drabužius;
- miegui naudoti pasunkintą antklodę.

Vestibulinis hipojautrumas

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu vestibulinį hipojautrumą?

- Iš anksto paaiškinkite, ką ir kaip reikės atlikti ir kas bus po to (žodžiais / vaizdu – vaizdinė dienos tvarkė);
- tarp veiklų atlikti fiziškai aktyvias pertraukėles;
- sodinti ant gimnastikos kamuolio, balansinės pagalvėlės;
- grupėje veikloje paskirti „pagalbininku“, kuris paduos ir sutvarkys priemones;
- suporuoti su kitu vaiku, kad mokytųsi tikslingų veiklų poroje, ypač tinka su lėtesniu vaiku;
- paspaudimai į pečius, stiprūs ritmingi apkabinimai, ritmiški judesiai ramina, leidžia daugiau susikaupti;
- leisti vaikui dalyvauti sudarant jam dienos tvarkę, duoti galimybę pasirinkti, kokią veiklą atliks, kiek laiko ji tęsis, kokius fizinius veiksmus atliks už mažiau patinkančios veiklos įvykdymą.

Vestibulinės sistemos lavinimas. Svarbu sistemingas fizinis krūvis per dieną:

- estafetės su užduotimi (pvz., einant per įvairius paviršius, lipant ant įvairaus aukščio platformų įdėti skirtingo svorio kamuolius į estafetėje išdėstytus krepšius);
- kontaktiniai žaidimai (gaidynės, „mazgas“ ir pan.);
- tempimo pratimai – „stumti sieną“, „rauti ropę“ ir kt.;
- žaisti žaidimus užsimerkus, derinant įvairias padėtis ir įvairius rankų judesius;
- sūpynės arba hamakas, supant aukštai, greitai, saugiai;
- užsiėmimai vandenyje;
- lankyti aktyvios veiklos būrelį, geriau būtų individualūs užsiėmimai pagal vaiko pomėgius.

Prieš pradėdant veiklą apibrėžti, kur yra pradžia, kokia eiga, kur pabaiga.

Kaip elgtis su vaiku, turinčiu proprioceptinės sistemos hipojautrumą?

- Leisti atlikti ar pakeisti netinkamą elgesį tinkamu (pvz., plasnoja rankomis – gali ploti rankomis, minkyti šlykštuką, skaičiuoti pirštus ar kt.);
- užkloti kojas pasunkinta antklode, kai sėdi prie stalo (valgio, užduotėlės metu, žiūrint TV);

- dėvėti pasunkintą liemenę, kai reikia būti susikaupusiam;
- minkyti spec. masę, kamuolį ir pan., kai reikia įdėmiai klausyti;
- iš anksto paaiškinkite, ką ir kaip reikės atlikti ir kas bus po to (žodžiais / vaizdu – vaizdinė dienotvarkė);
- tarp veiklų atlikti fiziškai aktyvias pertraukėles;
- grupinėje veikloje paskirti „pagalbininku“, kuris paduos ir sutvarkys priemones;
- paspaudimai į pečius, stiprūs ritmingi apkabinimai, ritmiški judesiai ramina, leidžia daugiau susikaupti;
- leisti vaikui dalyvauti sudarant jam dienotvarkę, duoti galimybę pasirinkti, kokią veiklą atliks, kiek laiko ji tęsis, kokius fizinius veiksmus atliks už mažiau patinkančios veiklos įvykdymą.

Proprioceptinės sistemos lavinimas:

- pasunkintos antklodės naudojimas dienos metu, sunkesnės kuprinės nešiojimas ant nugaros, pasunkintos liemenės dėvėjimas, pasunkintų drabužių dėvėjimas, miegojimas po pasunkinta antklode;
- žaidimai su „kūno kojine“, elastiniais, guminiiais žaislais;
- jėgos, tempimo pratimai – „stumti sieną“, „rauti ropę“ ir kt.;
- namų ruošos darbai, siurbti, valyti paviršius, skalbti ir kt.,
- medžiaginės sūpynės arba hamakas;
- žaisti žaidimus užsimerkus, derinant įvairias padėtis ir įvairius rankų judesius;
- kontaktiniai žaidimai („sumuštinis“, „sūrio“ spaudimas ir pan.);
- užsiėmimai vandenyje;
- estafetės su užduotimi (pvz., einant per įvairius paviršius, lipant ant įvairaus aukščio platformų įdėti skirtingo svorio kamuolius į estafetėje išdėstytus krepšius);
- lankyti aktyvios veiklos būrelį, geriau būtų individualūs užsiėmimai pagal vaiko pomėgius;
- kad mažiau griežtų dantukais: dažniau valyti dantukus, gerti tirštesnius gėrimus per šiaudelį, papildyti maisto racioną kietesniu maistu, saikingai čiulpti saldainius, kramtyti kramtomąją gumą, jei jos nenuryja;
- rankų judesių gradacijos lavinimas: piešimas (kuo įvairesnėmis priemonėmis), tapymas pirštais, karpymas, lipdymas, kiekvienos užduoties metu akcentuoti – suvokti paspaudimo jėgą, tekstūrą; mokytis kontroliuoti savo jėgą derinant su užduotimis kasdienėje veikloje;
- miegui naudoti pasunkintą antklodę.

Sensorinės moduliacijos potipiai dienos eigoje gali kisti, gali pasireikšti vienoje aplinkoje, kitoje – ne, tai priklauso nuo nuovargio ir kitų aplinkos faktorių.

Kai kuriems vaikams gali sumuotis, pvz., vengiantis + siekiantis. Pvz., patinka šokinėti ir atsitrenkti į daiktus, bet dirgina vaikščioti per žolę ir smėlį; patinka triukšmas ir triukšmauti, bet nepatinka suptis, nestabilūs paviršiai; patinka apsikabinimai ir kutenimas, bet nepatinka garsūs garsai.

Mano praktikoje tai kasdienybė, retai pasitaiko vaikų, kurie būtų tik vengiantys ar siekiantys ar neatsakantys, nesutikau dviejų identiškų vaikų savo praktikoje.

Sensorinės diskriminacijos sutrikimai (SDS)

Diskriminacija – tai sugebėjimas interpretuoti informaciją, ji leidžia mums palyginti įvairias detales, nepaisant nereikšmingos informacijos.

Sensorinės diskriminacijos sutrikimas – tai sunkumai identifikuoti, diskriminuoti ir interpretuoti pojūčius daugiau nei vienoje sensorinėje sistemoje. Gali paveikti visas 8 sensorines sistemas, bet ypač būdinga taktilinei, vestibulinei ir proprioceptinei sistemoms ir dažnai būna su dispraksija ir kūno padėties sutrikimu (žr. 5.14 lentelę [41]). Pagalba esant sensorinės diskriminacijos sutrikimui – tokia kaip hipojautrumui visose 8 sistemose ir, be abejonės, individualizuota.

5.14 lentelė. Sensorinės diskriminacijos sutrikimo požymiai

Klausa	Sunku išskirti pagrindinę žodinę informaciją, ar pasakė „katė“, ar „kepurė“; sunku susikaupti triukšmingoje aplinkoje.
Uoslė	Nesupranta, ar kvapas skanus, ar neskanus; neturi savo mėgstamo kvapo, kvepalų.
Burna	Neturi mėgstamo skonio – maisto; nesupranta, ar maistas skanus, ar neskanus.
Rega	Dažnai neskiria panašių raidžių skaitant, rašant; sunku surasti skirtumus paveikslėliuose; sunku rasti formas spec. paveikslėliuose; vaizdinis: kur yra raktas, kuris atrodo kaip šitas?
Taktilika	Sunkumai nusakyti daiktų ypatybes jų nematant; nepakankama smulkioji motorika; dažnai liečia daiktus, žmones; dažnai apsilaisto, ant drabužių maisto likučiai; nepakankama artikuliacija kalbant.
Vestibulika	Sunkumai suprantant savo kūną erdvėje; nepastebi, kai krenta; į kurią pusę aš pasisuku?

Propriocepcija	Neskiria, kur dešinė, kur kairė kūno pusė; nerangesnis už bendraamžius, dažnai krenta; dažnai atsitrenkia į daiktus, žmones; grubus su bendraamžiais, gyvūnais; gali vaikščioti pasistiebęs ant kojų pirštų galų; keliant objektus sunku sugraduoti judesius; kramto savo drabužius, griežia dantukais; su kokia jėga turėčiau stumti daiktą į priekį, kad judėčiau, bet kad neišdaužčiau stiklo?
Interorecepcija	Nesupranta iš savo organų veiklos, kas jam yra; nesupranta, kada reikia valgyti, gerti, eiti į tualetą.

Motorinių funkcijų sutrikimo potipiai:

Dispraksija – sunkumai planuojant, koordinuojant ir atliekant paprastus judesius.

Kūno padėties sutrikimas – nepakankama kūno laikysena, žemas raumenų tonusas, mažai jėgos ir ištvermės (žr. 5.15 lentelę [41]). Pagalba esant motorinių funkcijų sutrikimui – tokia kaip hipojautrumui, visose 8 sistemose individualizuota.

5.15 lentelė. Motorinių funkcijų potipių sutrikimo požymiai

Dispraksija	Kūno padėties sutrikimas
<ul style="list-style-type: none"> • Sunkumai naudojantis skirtingais įrankiais (valgant, kerpant ir kt.). • Sunkumai segant užtrauktukus, sagas, diržo sagtį, rišti raištelius ir kitus smulkius veiksmus. • Sunku savarankiškai apsirengti. • Sunkumai rašant, neįskaitomas raštas. • Nepakankama akies ir rankos koordinacija. • Sunku eiti tarp žmonių minioje, gali pasimesti. • Nesugebėjimas mokytis sudėtingų judesių sekos. • Baimė, nerimas einant žemyn ir aukštyn laiptais. • Regimojo suvokimo sunkumai, kertant vidurio liniją (pvz., uždek kairę ranką ant dešinio peties arba skaitant iš kairės į dešinę). 	<ul style="list-style-type: none"> • Valgant krenta maistas iš burnos. • Blogai sukramto maistas. • Nesuvokia gylio. • Sunkumai sufokusuoti akis. • Bijo siekti aukščiau užkeltus daiktus. • Fiziškai neaktyvus. • Sunku išlaikyti pusiausvyrą ilgesnį laiką vienoje padėtyje. • Dažnai remiasi į baldus ar sienas. • Sėdi nepatogiomis pozomis, W padėtyje. • Labai nerangūs. • Žemas raumenų tonusas. • Sunkumai naudojantis tualetu.

Atvejis

Gabrielius, 4 m. 5 mėn.

Berniukas atėjo su mama į konsultaciją, nes berniukui nepatinka piešti ir kirpti (darželyje auklėtoja pasiūlė apsilankyti pas ergoterapeutą). Berniukas buvo labai drovus, labai nepasitikintis savimi, einant dažnai griūdavo, kliūdavo, nuversdamas daiktus ir labai nemėgo piešti, galėjo nubrėžti tik vertikalias ir horizontalias linijas, bandė piešti apskritimą, kuris vos buvo matomas popieriaus lape, o kirpti žirkklėmis dar net nemokėjo. Taikant žaidybinius užsiėmimus, pagrįstus pojūčių lavinimu, ir nuolat konsultuojant tėvus, į kokius žaidimus, buities darbus įtraukti Gabrielių, po pusės metų berniukas jau mokėjo piešti geometrines formas, kirpti žirkklėmis tiesia linija, naujiems metams gavęs dovanų naujas žirkklutes labai apsidžiaugė ir pasakojo, koks jis laimingas. Dar po pusės metų išmoko užrašyti savo vardą, iškirpti geometrines formas.

SD gali pasireikšti kiekvienoje sensorinėje sistemoje: regos, klausos, uoslės, burnos, taktilinės, vestibulinės, proprioceptinės, interoceptinės ir simptomai gali varijuoti priklausomai nuo potipio. Dėl to ir yra labai sunku suprasti ir diagnozuoti SD. Asmuo gali turėti nuo 1 iki 8 sensorinių sistemų sutrikimus ir nuo 1 iki 6 skirtingus potipius. Matematiškai paskaičiuota, kad galimi daugiau nei 29 milijonai skirtingų SD išreikštumo atvejų. Todėl kiekvienas žmogus, turintis SD, turi būti vertinamas individualiai ir pritaikomas individualus lankstus planas [16].

Kas yra neįprasti sensoriniai pomėgiai?

Neįprasti sensoriniai pomėgiai ryškiai išskiria asmenį socialiniame kontekste: plasoja rankomis, sukasi ratu, eina pasistiebę ant kojų pirštų galų, griežia dantimis...

Jie atsiranda nepriklausomai nuo sensorinio reaktyvumo (hiper- / hipo-), tai pasekmė to, kad asmuo kitaip reaguoja į aplinkos stimulus, svarbu nustatyti, kodėl atsirado toks elgesys ir kaip suteikti tinkamą stimuliavimą [42].

Mažiausiai 4 hipotezes apie neįprastus sensorinius pomėgius:

- hipojautrumas, kuris daro įtaką siekiant daugiau stimulų iš aplinkos;
- nepakankamas judėjimas, kuris daro įtaką judesių stokai;
- nepakankamas sensorinės informacijos suvokimas, kuris verčia siekti jos daugiau;
- hiperjautrumas vieniems stimulams verčia ieškoti kitų stimulų, kurie padės nusiraminti [4].

Ar reikia keisti neįprastus sensorinius pomėgius?

Nejaugi jums nebūna taip blogai ar taip gerai, kad tos akimirkos tiesiog neatsimenate – lyg „juoda skylė“ mūsų atmintyje? Kaip grįžti iš tokios būklės, kiekvienas iš mūsų turime savo slaptą būdą, kas pradeda sukti žiedą, spausti kumščius, spragsėti pirštais,

o gal kas nors iš jūsų tebeplasnoja rankomis, bet tik tose situacijose, kai esate su savo artimiausiais žmonėmis, nes kažkada vaikystėje iš jūsų elgesio buvo pasišaiptyta. Ar galime drausti žmogui būti savimi? Neįprasti sensoriniai pomėgiai – tai mūsų dalis, jei jie netrukdo mums gyventi, neturime jų atsisakyti! Bet jei visą dieną norėsime taip elgtis, tai jau taps problema ir tuomet jau bus reikalinga ergoterapeuto pagalba, tiesiog sumažinant tą elgesį, bet jo nebūtina atsisakyti.

Kitas svarbus procesas – savireguliacija, kuri labai priklauso nuo mūsų pojūčių. Vaikams, turintiems SD, sunku reguliuoti savo elgesį dėl hiperjautrumo arba hipojautrumo. Mokymosi procesas neįmanomas esant per daug „susijaudinus emociškai“, o neigiamos pasekmės NEMOKO vaikų savireguliacijos. Taigi bausmės šiam elgesiui *nepriimtinos ir neefektyvios*.

Kaip padėti vaikui, turinčiam SD požymių?

Visame pasaulyje yra taikoma sensorinė dieta. Principas toks pat kaip ir su mūsų maistu, žinome, kad yra skirtingų medžiagų – baltymai, riebalai, angliavandeniai, vitaminai, mineralai, mikroelementai ir kt., – to, kas mūsų kūnui leidžia funkcionuoti. Ir jei mūsų kūnas negauna kurios nors medžiagos, krenta imunitetas, galime susirgti, blogai jaučiamės. Tokiu pačiu principu veikia ir sensorinės dietos metodika, reikia gauti reikiamų pojūčių davinį, kad galėtume kokybiškai gyventi, mokytis, jaustumės laimingi. Tam, kad subalansuotume mitybą, atliekami kraujo tyrimai. O tam, kad nustatytume sensorinių stimulų kiekį, reikia ergoterapeuto pagalbos, kuris specializuojasi darbui su SD. Ergoterapeutas įvertina ir pataria tėvams, kaip padėti vaikui prisitaikyti prie jį labai *dirginančių* situacijų, kaip suteikti daugiau informacijos, į kurią reaguoja per *silpnai*, kurios per *daug* siekia ar nemoka *diskriminuoti*.

Tėvų meilė savo vaikui beribė, jos galia padeda mums kartu padėti suprasti, išmokti ir gyventi laimingai, ne tik vaikui, bet šeimai, bendruomenei, visuomenei.

Literatūros sąrašas

1. Ayres A. J. The sensory integration and praxis test. Los Angeles: Western Psychological Services 1989.
2. Koziol L. F., Budding D. E., Chidekel D. Sensory Integration, Sensory Processing, and Sensory Modulation Disorders: Putative Functional Neuroanatomic Underpinnings. *Cerebellum*, 2011;10(4):770–792. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12311-011-0288-8>.
3. Suarez M. A. Sensory processing in children with autism spectrum disorders and impact on functioning. *Pediatric Clinics of North America* 2012;59(1):203–214. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395511001477?via%3Dihub>.
4. Schaaf R. C., Mailloux Z. Clinician's guide for implementing Ayres sensory integration®: Promoting participation for children with autism. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association Press 2015.

5. Kranowitz C. S. *The Out-of-Sync Child: recognizing and coping with sensory processing disorder*. N.p: Penguin Publishing Group 2006.
6. Akbar Z. *Sensory Integration and Functional Movement: A Guide to Optimal Development in Early Childhood*. Conference: 4th International Conference on Arts Language and Culture (ICALC 2019) 2020. https://www.researchgate.net/publication/340300975_Sensory_Integration_and_Functional_Movement_A_Guide_to_Optimal_Development_in_Early_Childhood
7. Ostovar R. *Ultimate Guide to Sensory Processing Disorder* 2009. Future Horizons <https://books.google.lt/books?id=xzDtET8Illyc&printsec=frontcover&hl=lt#v=onepage&q&f=false>
8. Koscinski C. *The Parent's guide to Occupational therapy for autism and other special needs*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley 2016.
9. Laird C. *The Sensory Processing Diet*. Loving Healing Press 2020. https://books.google.lt/books?id=ZWD5DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=sensory+processing+disorders&hl=lt&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=sensory%20processing%20disorders&f=false.
10. Khoury N. M., Lutz J., Schuman-Olivier Z. Interoception in Psychiatric Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials with Interoception-based Interventions *Harv Rev Psychiatry* 2018 Sep-Oct;26(5):250–263. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6129986/>.
11. Petzschner F. H., Garfinkel S. N., Paulus M. P., Koch C., Khalsa S. S. Computational Models of Interoception and Body Regulation. *Trends Neurosci* 2021 Jan;44(1):63–76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8109616/>.
12. Craig A. D. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience* 2022;3:655–666. <https://www.nature.com/articles/nrn894>.
13. Babo-Rebello M., Richter C. G., Tallon-Baudry C. Neural Responses to Heartbeats in the Default Network Encode the Self in Spontaneous Thoughts. *Journal of Neuroscience* 27 July 2016;36(30):7829–7840. <https://www.jneurosci.org/content/36/30/7829.short>.
14. Christopher H. Interoceptive dysfunction: Toward an integrated framework for understanding somatic and affective disturbance in depression. *Psychological Bulletin* 2015 Mar;141(2):311–363. <https://psycnet.apa.org/buy/2014-45085-001>.
15. Wirtza D., Stallsa J., Scollonb C. N., Wuenscha K. L. Is the good life characterized by self-control? Perceived regulatory success and judgments of life quality. Singapore Management University 2016. https://ink.library.smu.edu.sg/cgi/viewcontent.cgi?article=3271&context=soss_research.
16. STAR Institute 2022. <https://sensoryhealth.org/basic/latest-research-findings>
17. Hample K., Mahler K., Amspacher A. An Interoception-Based Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study. *Jour of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* 2020;13(4). <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19411243.2020.1743221>
18. Gomez I. N. B., Calsa A. P., Esguerra J. T., Penetrante P. J. H., Porlucas K., Santos M. E. et al. Psychometric Properties of the Sensory Processing and Self-Regulation Checklist: English Version. *Occupational Therapy International* 2021, Article ID 6658786, 9 pages. https://www.hindawi.com/journals/oti/2021/6658786/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=HDW_MRKT_GBL_SUB_ADWO_PA

- DYNA_JOUR_X_PJ_GROUP3&gclid=EAIAIqobChMI5qq7s6b69QIVyBB7Ch1g3gQ-FEAMYASAAEgJFuvD_BwE
19. Jussila K., Junntila M., Kielinen M., Ebeling H., Joskitt L., Moilanen I., Mattila M. L. Sensory Abnormality and Quantitative Autism Traits in Children With and Without Autism Spectrum Disorder in an Epidemiological Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2020;50(1):180–188. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31583623/>.
 20. Ben-Sasson A., Carter A. S., Briggs-Gowan M. J. Sensory over-responsivity in elementary school: Prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2009;37(5):705–716. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9295-8> - DOI - PubMed - PMC
 21. Rogers S. J., Ozonoff S. Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2005;46(12):1255–1268. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01431.x> - DOI - PubMed
 22. Allen S., Casey J. Developmental coordination disorders and sensory processing and integration: Incidence, associations and co-morbidities. *British Journal of Occupational Therapy*, 2017;80(9):549–557. <https://doi.org/10.1177/0308022617709183> - DOI
 23. Dunn W. Supporting children to participate successfully in everyday life by using sensory processing knowledge. *Infant and Young Children* 2007;20:84–101. https://depts.washington.edu/isei/iyc/20.2_dunn.pdf.
 24. Owen J. P., Marko E. J., Desai S., Fourie E., Harris J., Hill S. S. et al. Abnormal white matter microstructure in children with sensory processing disorders. *NeuroImage: Clinical*, 2013;2:844–853. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3778265/>.
 25. Owen J. P., Marko E., Yi-Shin Ch., Mukherjee P. Brain's Wiring Connected to Sensory Processing Disorder. University of California San Francisco 2016.
 26. Neufeld J., Tailor M. J., Remnelius K. L., Isaksson J., Lichtenstein P., Bolte S. A co-twin-control study of altered sensory processing in autism. *Autism* 2021 Jul;25(5):1422–1432. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33645260/>.
 27. Zhao Y.-J., Chen Q., Huang L.-S., Liu H., Zhang J. Association between cesarean section and sensory integration dysfunction in preschool children: a prospective cohort study. 2021;15, 23(8):773–778. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34511164/>.
 28. Ryckman J., Hilton C., Rogers C., Pineda R. Sensory processing disorder in preterm infants during early childhood and relationships to early neurobehavior. *Early Human Development*, 2017;113:18–22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28711561/>.
 29. Van Hulle C., Lemery-Chalfant K., Goldsmith H. H. Trajectories of Sensory Over-Responsivity from Early to Middle Childhood: Birth and Temperament Risk Factors. *PLOS ONE* 2015;10(6):e0129968. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0129968>.
 30. Timmins S. *Successful social stories for young children*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley 2016.
 31. John T. S., Estes A., Begay K. K., Munson J., Reiter M. A., Dager S. R., Kleinhans N. Characterizing Social Functioning in School-Age Children with Sensory Processing Abnormalities. *J Autism Dev Disor* 2022 Mar;52(3):1361–1373. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10803-021-05050-4.pdf>.
 32. Cooper J., Majnemer A., Rosenblatt B. et al. The determination of sensory deficits in children with hemiplegic cerebral palsy. *J Child Neurol* 1995;10(4):300–9. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/088307389501000412>.

33. Bruni M., Cameron D., Dua S., Noy S. Reported sensory processing of children with Down syndrome. *Phys Occup Ther Pediatr* 2010 Nov;30(4):280–93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735195/>.
34. Hassan D. M., Azzam H. Sensory Integration in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications to Postural Control. In J. M. Norvilitis (Ed.) *CONTEMPORARY TRENDS IN ADHD RESEARCH* 2012; 3–14. <https://library.um.edu.mo/ebooks/b28350480.pdf#page=15>.
35. Cupelli E. T., Escallier L., Galambos N., Xiang S., Franco I. Sensory processing differences and urinary incontinence in school-aged children. *Journal of Pediatric Urology* 2014 Oct;10(5):880–885. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1477513114000254>.
36. Van Campen J. S., Jansen F. E., Kleinrensink N. J., Joëls M., Braun K. P.J., Bruining H. Sensory modulation disorders in childhood epilepsy *Journal of Neurodevelopmental Disorders* 2015;34. <https://jneurodevdisorders.biomedcentral.com/articles/10.1186/s11689-015-9130-9>.
37. Engel-Yeger B., Meital Almog M., Kessel A. The sensory profile of children with asthma. *Acta Paediatrica* 2014;103(11):e490-e494. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.12746>.
38. Correia Fontes L. B. et al. Obesity and Diabetes Risk In Children With Sensory Processing Disorders. *Clinical Journal Diabetes Care and Control* 2019;2(1):180017 https://www.researchgate.net/profile/Valter-Romao-De-Souza-Junior/publication/331833449_Obesity_and_Diabetes_Risk_In_Children_With_Sensory_Processing_Disorders/links/5c8f7a4fa6fdcc38175acebe/Obesity-and-Diabetes-Risk-In-Children-With-Sensory-Processing-Disorders.pdf.
39. Ben-Sasson A., Carter A. S., Briggs-Gowan M. J. Sensory Over-Responsivity in Elementary School: Prevalence and Social-Emotional Correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2009;37:705–716. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-008-9295-8>.
40. Miller L. J., Collins B. Sensory Discrimination Disorders. *Autism Asperger's Digest* 2012 November–December; 32–33. <https://www.spdstar.org/sites/default/files/publications/5.%20Nov.-Dec.%202012%20-%20SDD.pdf>.
41. Hyche K., Maertz V. *Classroom Strategies for Children with ADHD, Autism & Sensory Processing Disorders* 2014. PESI Publishing & Media https://books.google.lt/books?id=MCs8BgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=sensory+processing+disorders&hl=lt&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=sensory%20processing%20disorders&f=false.
42. Zachor D. A., Ben-Itzhak E. The relationships between clinical presentation and unusual sensory interest in autism spectrum disorders: A preliminary investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2014 Jan; 44(1):229–235. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-013-1867-y>.
43. Baker A. E., Lane A., Angley M. T., Young R. L. The relationship between sensory processing patterns and behavioural responsiveness in autistic disorder: a pilot study. *J Autism Dev Disord* 2008 May; 38(5):867–75.

6 skyrius

PAGALBA TĖVAMS, AUGINANTIEMS SUTRIKUSIOS RAIDOS VAIKĄ

Laima Mikulėnaitė

ŠEIMOS KRIZĖS ĮTAKA

Kiekvienas vaikas turi teisę augti šeimoje, nepriklausomai nuo jo sveikatos, raidos, neįgalumo, ligų ir kt. ypatumų. Vaiko gerovei didelę reikšmę turi tėvų ir vaiko santykių formavimasis, tėvų atsakomybė, priežiūra, pagalbos galimybės ir pan.

Tėvai, auginantys vaiką, turintį raidos sutrikimą, susiduria su įvairiais sunkumais ir specifinėmis problemomis. Be pradžioje patiriamo šoko, sužinojus, kad vaikas gali turėti raidos sutrikimą, šeima išgyvena daugybę emocinių reakcijų, kurios gali stipriai paveikti šeimos gyvenimą. Nustačius vaikui raidos sutrikimą, šeimos būsimo gyvenimo įsivaizdavimas griūna. Tėvai, kurie ruošėsi kurti savo šeimą ir turėjo šeimos ateities planų, lieka nežinioje, kaip toliau gyventi. Susikurta „teisingo ir norimo gyvenimo būdo“ schema nebeveikia, vadinasi, reikės koreguoti ateities planus, norus ir siekiamybes. Šeima, patirianti tokią krizę, tampa pažeidžiama, priklausoma nuo įvairių kitų aplinkybių: artimųjų ir visuomenės požiūrio, socialinės padėties, sutuoktinių santykių tvirtumo ir nuo specialistų pagalbos.

Šeimos pokyčiai stebimi įvairiose srityse. Pirmiausia, pasikeičia santykiai tarp partnerių, kurie gali susilpnėti arba, atvirkščiai, tapti stipresni. [1] Kinta šeimos struktūra, atsižvelgiant į neįgalaus vaiko poreikius. Tokio vaiko priežiūra reikalauja daugiau dėmesio, daugiau atsakomybės, daugiau įsitempimo, daugiau pastangų ir t. t. nei auginant įprastos raidos vaiką. Šeimos gyvenimas ima suktis apie neįgalų vaiką.

Dažnai keičiasi ir ekonominė-finansinė situacija. Neįgalaus vaiko priežiūra pareikalauja papildomų finansinių resursų, neišvengiamai šeimos biudžetas turi būti pertvarkytas. Keičiasi ir šeimos socialinis gyvenimas, priklausantis nuo šeimos priėmimo bendruomenėje. Deja, šiandien Lietuvoje tokios šeimos susiduria su daug sunkumų dėl dažnai vyraujančio neigiamo požiūrio į neįgalius žmones. Todėl šeimai reikia daug jėgų išmokti gyventi visuomenėje ir prisitaikyti prie naujos realybės. Šeima atsiduria situacijoje, kada jiems reikia visapusiškos pagalbos – medicininės, socialinės, edukologinės, psichologinės ir dažnai materialinės paramos.

Šeima, kurioje gimusio vaiko raida yra sutrikusi, išgyvena krizę ir patiria stiprius emocinius išgyvenimus. Šeimos išgyvena neigiamus ir teigiamus jausmus. Neigiami

jausmai stipriai veikia tėvų ir vaiko santykius ir yra susiję su kalte, neigimu, gėda, pasmerkimu ir pan. Deja, moksliniai tyrimai rodo, kad pradžioje šeimos patiria kur kas daugiau neigiamų jausmų. Kuo ilgiau užsitęsia neigimo ir nepriėmimo periodas, tuo ilgesnis tampa kelias nuo diagnozavimo iki gydymo ir ugdymo proceso.

Teigiami jausmai padeda greičiau susitaikyti su situacija. Ankstyvieji mamos ir vaiko santykiai, vaiko poreikių suvokimas ir šeimos prisitaikymas auginti „kitokį“ vaiką, aplinkos pagalba šeimai suteikia šeimai emocinio pozityvumo ir greitesnio prisitaikymo gyvenime [1].

Tėvų išgyvenami jausmai labai panašūs į gedulo ir netekties patirtį. Tėvai nusivilia, nesulaukę „idealaus“ kūdikio. Šokas, netikėjimas, nepriėmimas, pyktis, depresija... Ir tik po kelerių metų ateina susitaikymas su vaiko problema ir jis priimamas toks, koks yra. Gimus vaikui, turinčiam raidos sutrikimą, tėvai nuo pat pradžių mato tik gyvenimo sunkumus, kliūtis ir problemas, nepastebėdami to, kas galėtų pagerinti vaiko ir šeimos gyvenimo kokybę. Todėl šiame emocijų sukuryje turi būti suteikiama kompetentinga specialistų pagalba tiek neįgaliam vaikui, tiek jo šeimai.

Pradžioje tėvai susiduria su pirminės grandies gydytoju, vėliau su ankstyvosios reabilitacijos komanda. Specialistų koncentravimasis į vaiko problemas (kalbos, motorikos ir kt. sutrikimus), o ne į stipriąsias vaiko puses, neigiamai nuteikia tėvus. Dažnai tėvai jaučia, kad specialistai nepatenkina jų lūkesčių, menkina vaiko galimybes ar net prieštarauja vienas kitam. Tačiau, kad ir kaip būtų, medikai yra pirmoji pagalbos grandis, su kuria susiduria neįgalaus vaiko tėvai. Medikai informuoja šeimą apie vaiko raidos sutrikimą ir jo prognozę. Reabilitacijos bei gydymo metu svarbu užtikrinti, kad tėvai bet kuriuo metu galėtų gauti tinkamą psichologinę, medicininę pagalbą bei nebūtų palikti vieni nežinioje, negebantys pasirūpinti vaiku, jiems bus paaiškintos vaiko ateities prognozės bei reabilitacijos ir ugdymo galimybės, kurios tampa labai aktualios tėvams šiuo krizės laikotarpiu. [2]

Šeimos krizei įveikti labai svarbi artima socialinė aplinka. Jos pagalba gali padėti tėvams pereiti iš vienos krizės etapo į tolesnę, rasti bendraminčių auginant vaiką. Šiame etape ypač pabrėžiama vaiko senelių, artimų giminių, draugų pagalba bei dalyvavimas gydymo ir reabilitacijos procese. Šeimą supančios socialinės aplinkos rodomas palaikymas padeda lengviau funkcionuoti šeimai arba atvirksičiai. Vieni tėvai prisitaiko prie vaiko negalios sąlygotų pokyčių, randa naujus šeimos gyvenimo sprendimus, kitiems sunkiau susitaikyti su realybe bei išlaikyti šeimos funkcionavimą. Visais atvejais išlieka svarbi psichologinė parama šeimai, nes būklė, kurią patiria šeimos nariai, turi įtakos ne tik vaiko raidai, bet ir tolesniam šeimos gyvenimui.

Vienas iš būdų šeimai greičiau priimti vaiko sutrikimą ir išmokti su juo gyventi yra šeimos įgalinimas. Tai leidžia tėvams greičiau įveikti šeimos krizę, suteikia galimybių atrasti būdus, kaip gyventi kitaip, parodo, kad jie gali pakeisti savo gyvenimus. Svar-

biausia atskleisti šias galimybes, suteikti tėvams pasirinkimo laisvę, leisti susikurti savo gyvenimus geriausiu būdu.

Labai svarbi šeimos motyvacija gauti papildomų žinių ir įgūdžių, kurie leistų priimti pačiai šeimai būtinus sprendimus ir keisti savo gyvenimą pagal savo poreikius, supratimą ir norus. Šeimos funkcionavimą apsunkina socialinės problemos (sunki šeimos materialinė padėtis, skurdas, tėvų užimtumo problemos, nedarbas ir pan.).

Tėvų, auginančių vaiką, turintį raidos sutrikimą, įtraukimo į bendradarbiavimą su specialistais pagrįstą procesą strategijos būtų: tėvų mokymas, šeimos įgūdžių ugdymas ir jos palaikymas, pagalba šeimai namuose, šeimos terapija ir kt. [3–4]

Ypač pravartu būtų padidinti šeimos motyvaciją gauti papildomų žinių ir įgūdžių, kurie leistų priimti pačiai šeimai būtinus sprendimus ir keisti savo gyvenimą pagal savo poreikius, supratimą ir norus, todėl labai svarbu laiku informuoti šeimą ir padėti tėvams geriau suprasti savo vaiką, jo poreikius, suteikti reikiamą psichologinę ir kitą pagalbą. Informacijos suteikimo apie svarbius šeimai dalykus ir tėvų mokymo dar negalime vadinti bendradarbiavimu ar partneryste. Pagalba suteikiama šeimai turi būti kuo įvairiapusiškesnė. Tai reiškia, kad turi dirbti ne tik komanda, sudaryta iš įvairių specialistų, bet ir kiekvienas specialistas turi teikti kaip įmanoma įvairiapusiškesnę pagalbą.

Mokslo darbai rodo, kad įtraukus šeimą į reabilitacijos procesą vaikų raida pagerėja. Tiek vaikai ir tėvai, tiek specialistų komanda gauna naudą iš tėvų įsitraukimo į šį procesą. Būtina palaikyti tėvus, aktyviai skatinti jų įsitraukimą į reabilitacijos procesą. Specialistai atlieka labai svarbų vaidmenį, kadangi jie gali padėti tėvams, juos motyvuoti, įtikinti, suteikti informacijos.

Specialistų pareiga – padėti šeimoms siekti užsibrėžtų tikslų, atgauti emocinę pusiausvyrą, užmegzti socialinius kontaktus, jaustis saugiai auginant sutrikusios raidos vaiką. Dažnai galima išgirsti sakant, kad tėvai negauna pakankamai informacijos apie raidos sutrikimą, jo atsiradimo priežastis, kaip auklėti ir lavinti vaiką, kokių dalykų jį galima išmokyti.

Tėvų įgalinimo svarbi dalis – tėvų mokymas. Pokalbių ir diskusijų tarp tėvų ir specialistų metu atsiranda galimybė pasidalyti lūkesčiais, aptarti vaikų raidą, atsakyti į tėvų klausimus, pasirinkti šeimai tinkamus problemos sprendimus, planuoti ir teikti pagalbą vaikui ir šeimai, grįstą pasitikėjimu, kompetencijų panaudojimu, lygybe, pagarba.

TĖVŲ MOKYMO PRINCIPAI

Tėvų mokymas – procesas, kurio metu išmokti įgūdžiai ir žinios keičia žmogaus protines galimybes ir elgesį. Tėvų ar šeimos įtraukimas į procesą ir jų mokymas reikšmingai pagerina vaikų raidos ir šeimos išeitis. Visi – vaikai, tėvai, specialistai, bendruomenė – gauna naudą iš tėvų įtraukimo. Tėvų reakcijos ir suvokimas, gimus vaikui,

turinčiam raidos sutrikimą, labai priklauso nuo jų tėvystės proceso suvokimo, atsakomybės auklėjant vaiką, nuo požiūrio į sutrikusios raidos vaiką ir su vaiku susijusiomis viltimis. Stresą šeimoje didina manymas, kad tėvai visada privalo žinoti, kaip reikia prižiūrėti ir auklėti savo vaikus ir kad vaiko sėkmė ar nesėkmė gyvenime priklauso tik nuo tėvų. Šeimos gerovei didelę įtaką turi tiek nepagrįstos viltys, norint pagydyti vaiką, tiek ir visiškas atsidavimas vaikui, nepaisant savo ir savo šeimos poreikių („kiekvieną minutę turiu praleisti su vaiku“, „mano vaikai turi būti panašūs į mane“, „apsieisiu be atostogų, tik kad būtų gerai mano vaikui“, „kiti žmonės turi mane matyti kaip stiprią asmenybę, sugebančią išspręsti visus klausimus“ ir pan.). Šeimos gyvenimui didelę įtaką daro aplinkos poveikis, ypač artimų žmonių (giminių, draugų) požiūris.

Mokymo metu labai svarbu vertinti tėvų kompetencijas, suvokti, kad tėvai daug žino apie savo vaiką, ir stengtis derinti specialistų žinias su tėvų vertinimais, jų neneigiant. Mokymo metu tėvai supažindinami su specifine informacija apie raidos sutrikimą (pvz., autizmo spektro sutrikimą), teikiama emocinė ir praktinė pagalba. Jei nekreipiamas dėmesys nors į vieną iš tėvų poreikių, pagalba nebūna veiksminga. Štai ką yra pasakiusi Renata, auginanti vaiką, turintį autizmo spektro sutrikimą: „Mums visai nesvarbūs jūsų filosofiniai debatai, mes rūpinamės savo vaiku ir šeima. Mums reikia pagalbos, ir mums ją suteikdami jūs padedate surasti problemos, su kuria mes niekada nesusidūrėme, sprendimo būdus ir kelius.“ Tėvų švietimo nauda buvo įrodyta per dešimtmečius trunkančią vaikų raidos sutrikimų tyrinėjimo istoriją. Vis dėlto labai trūksta švietimo tėvams, auginantiems vaiką, turintį raidos sutrikimą, ypač ASS. Daug literatūros šaltinių patvirtina, kad tėvams, auginantiems vaikus, turinčius autizmo spektro sutrikimą, trūksta reikalingų žinių. Todėl būtų sveikintina bet kuri mokslo ir praktikos pagrindu paremta edukacinė iniciatyva.

Mokymų metu tėvai daugiau sužino apie savo vaiką ir jo problemas, jų raidos stimuliavimą ir vaikų auklėjimą, išmoksta padėti vaikams ir patys gauti pagalbą. Tokių mokymų dalyviai greičiau įveikia šeimos krizę, sumažėja vienišumo jausmas, susirandama draugų. Šeima lengviau išmoksta gyventi „kitokį“ gyvenimą. Mokymai padeda sėkmingiau paruošti vaiką ir integruoti jį vaikų ugdymo kolektyvą.

Mokymas organizuojamas individualiai ir grupėse. Individualus mokymas vyksta vaiko konsultuojant ir per susitikimus su vaiku. Individualaus mokymo metu specialistas suteikia informaciją apie konkretų vaiką, sprendžia privačius arba labai jautrius šeimai klausimus. Kartu gali būti pateikiama rašytinė medžiaga.

Grupinis mokymas apima tėvų pagalbos grupes, tėvų mokymo grupes, tėvų paramos grupes. Grupinio užsiėmimo metu tėvai gauna pagalbą iš kitų tėvų, dažnai užduodami klausimai yra aktualūs visiems grupėje dalyvaujantiems tėvams. Kaip sakė neįgalų vaiką auginantis Jonas: „Esame laimingi, kad sutikome penkias šeimas, kurios moka gyventi. Iš jų galėjome daug išmokti. Patekome į grupę nuostabių žmonių tuomet, kai jautėme, kad niekas pasaulyje mūsų negali suprasti.“ (Žr. 6.1 lentelę.)

6.1 lentelė. Grupinio mokymo ypatumai

- Tėvai gauna pagalbą iš kitų tėvų, dažnai užduodami klausimai yra aktualūs visiems grupėje dalyvaujantiems tėvams.
- Tėvai gauna moralinį palaikymą vienas iš kito ir iš grupės vedėjo.
- Užima mažiau laiko nei individualus mokymas.
- Labai tinkama pateikti bendrą temos medžiagą.
- Grupėse naudojamos atitinkamos technologijos, filmuota vaizdo medžiaga ir pan.
- Gali būti pateikiama rašytinė medžiaga, padedanti tėvams suprasti aiškinamąją medžiagą.

Mokymuose dalyvaujantys tėvai gauna moralinį palaikymą vienas iš kito ir iš grupės vedėjo. („Labai naudinga pasikalbėti su kitais tėvais, kurie turi nors truputėlį didesnę patirtį negu mes ir yra radę problemos sprendimą.“ – Rima, neįgalios mergaitės mama.)

Labai tinka pateikti bendrą temos medžiagą, ji ypač pravarti mokymo grupėms. Grupėse naudojami įvairūs metodai: atvejo analizės, diskusijos, vaidmenų žaidimai, kitos įvairios grupinės veiklos, filmuota vaizdo medžiaga, videofilmai ir pan. Kartu gali būti pateikiama ir rašytinė medžiaga, padedanti tėvams suprasti aiškinamąją medžiagą.

Grupinio susitikimo tikslai yra suburti šeimas, kurias sieja panašios problemos, skatinti ryšius tarp šeimų, sudarant sąlygas joms bendrauti, padėti įveikti šeimos krizę, skatinti kiekvienos šeimos galimybes ir savarankiškumą, pagerinti šeimos gyvenimo kokybę ir integraciją į bendruomenę, padėti gyventi taip, kaip gyvena kitos, sėkmingai problemas sprendžiančios šeimos. Parama ir pagalba kiekvienai šeimai reiškia skirtingus dalykus. Derėtų padėti šeimai rasti pagalbos formas, gauti informaciją ir pagalbą konkrečioje gyvenamojoje vietoje. Mokymo turinys ir būdai priklauso nuo šeimų ypatumų (nuo vaiko diagnozės priėmimo, nuo to, kiek laiko yra vaikui diagnozuotas raidos sutrikimas, nuo šeimos adaptacinių galimybių, nuo šeimos narių išsilavinimo lygio, nuo motyvacijos pritaikyti žinias ir pan.) (žr. 6.2 lentelę).

6.2 lentelė. Mokymo principai, taikomi grupinių susitikimų metu

1. Mokymo medžiaga pateikiama paprastai, aiškiai, suprantamai.
2. Užsiėmimo metu kartojamos medžiagos pagrindinės tezės, kad tėvai jas geriau prisimintų.
3. Pateikiama rašytinė medžiaga.
4. Tėvai sulaukia palaikymo, stiprinama jų kompetencija.
5. Taisomi nesusipratimai ir klaidos, išsiaiškinus, kad tėvai netiksliai suprato mokymo metu pateiktą medžiagą.

Šeima įgalinama pati spręsti savo problemas ir priimti jai svarbius sprendimus pagal savo poreikius, supratimą ir norus. Tėvų įtraukimas ir įgalinimas yra ilgalaikis procesas, reikalaujantis daug pastangų ir kantrybės. Tėvų įtraukimas bus sėkmingas, jei

specialistai turės tikslą, viziją, programos vykdymo strategiją ir rėmus. Ypač svarbus yra sutarimas ir susitarimas tarp tėvų ir specialistų. Šeima, auginanti neįgalų vaiką, susidūrusi su profesionalais, turi jaustis komandos nare. Komanda laikoma tuomet, kai yra sujungiamos jėgos ir pastangos, kai kiekvienas komandos narys turi aiškiai apibrėžtas funkcijas. Komanda – kartu dirbančių asmenų grupė, kurioje visų asmenų buvimas yra būtinas bendram tikslui įgyvendinti ir kiekvieno grupės nario individualiems poreikiams patenkinti. Pagrindiniai komandos bruožai: bendradarbiavimas, tarpusavio pagarba, vienalytiškumo ir įvairiapusiškumo pusiausvyra [5].

IŠMOKIME BŪTI PARTNERIAIS...

Manau, kad bendram komandiniam darbui su tėvais nereikia jokios ypatingos strategijos. Tačiau šis bendravimas yra pakankamai komplikuoatas ir kartais sukelia neigiamų emocijų tiek tėvams, tiek ir specialistams. Pabandykime aptarti, kodėl kartais būna sunku būti kartu, kurti bendrus planus, padėti vienas kitam, būti komandos partneriais.

Dažnai tėvai, net ir norėdami didesnių pasiekimų reabilitacijos ir ugdymo įstaigoje, mažai bendrauja su specialistais. Laiko stoka, nepasitikėjimas dažnai neleidžia tėvams būti aktyviems vaiko mokymo proceso nariams. Ypač socialiai pažeistos šeimos sunkiai eina į reabilitacijos ir ugdymo įstaigą ir jos vengia. Tokiems tėvams reikia skirti daugiau pastangų pakviesti į dialogą. Padarius pirmą žingsnį, procesas vystosi kur kas greičiau.

Tėvų įtraukimas į vaiko reabilitacijos ir ugdymo procesą labai svarbus mokymosi sėkmei. Tėvai negauna pakankamai informacijos, kaip ugdyti vaiką, kokių dalykų jį galima išmokyti, todėl dažnai jaučiasi kaip pakviesti svečiai negu kad aktyvūs reabilitacijos proceso dalyviai.

Vaikas išmoks žymiai daugiau dalykų, jei tėvai ir specialistai taps partneriais. Tiek specialistams, tiek šeimai svarbu suprasti, ką jie turi bendro ir kiek jie gali išmokti vienas iš kito. [6] Partnerystės užuomazga tarp šeimos ir specialisto prasideda nuo pirmo susitikimo, ir savaime suprantama, kad sunkumų gali kilti tiek dėl specialisto požiūrio, tiek dėl šeimos požiūrio į specialistą. Todėl reabilitacijos procese jausti lygybę yra būtinas gerų partnerystės santykių pradžios pamatas. Geri sveikatos specialisto ir šeimos santykiai yra kelias į gerus reabilitacijos rezultatus. Bendravimas turi būti grįstas abipuse pagarba ir pasitikėjimu.

Dažnai tėvų kompetencija būna pažeista jau ankstyvajame vaiko amžiuje. Šeima mokosi įvairių vaiko sugebėjimų skatinimo būdų, dažnai susiduria su sunkiai išsprendžiamomis problemomis. Iš pat pradžių tėvai susiduria su daugeliu nuomonių, įvai-

riais sprendimais, bendrauja su daugeliu specialistų. Daugelis jų jaučiasi izoliuoti, vieniši, neinformuoti, negalintys nuspręsti, kas svarbiausia jų vaikui.

Didelę dalį bendro darbo lemia ir tėvų, ir specialistų požiūrių skirtumai. Jie buvo, yra ir bus. Pažiūrėkime, kaipgi mes vienas kitą matome.

6.3 lentelė. Tėvų požiūris į specialistus

Tėvų, auginančių vaiką, turintį raidos sutrikimą, požiūris į specialistus

1. Specialistai žino daugiau informacijos, negu pasidalina su tėvais. Kartais informacija yra net slepiama.
2. Specialistai yra šališki. Jie atstovauja profesionalų grupei.
3. Dažnai naujus gydymo metodus išbando su mūsų vaikais. Vaikai tampa „bandomaisiais triušiais“.
4. Specialistai linkę kaltinti tėvus, neįvertindami situacijos.
5. Specialistai laukia, kol tėvai patys paklaus apie vaiko gydymą, prognozę, o ne patys pasako visą informaciją, kuri galėtų padėti vaikui ir šeimai.
6. Profesionalai jaučiasi blogai sakydami „blogą“ informaciją, stengiasi viską „įvynioti į vatą“ arba sako viską, kaip jiems atrodo.
7. Specialistai nepakankamai vertina tėvus, jiems atrodo, kad tėvai nieko nežino ir turi akiai jais tikėti.
8. Profesionalai į tėvus žiūri iš aukšto, nevertina jų kompetencijos. Jie visada viską geriau žino. Nuolat moko, kaip žmogui reikia gyventi.
9. Nepaaiškina, ko jie nori iš tėvų ir kodėl būna nepatenkinti jų elgesiu.

Tėvai labai norėtų, kad:

1. Specialistai „atsidurtų mūsų padėtyje“. Tada daugiau suprastų, kaip jie jaučiasi.
2. Padėtų ugdyti šeimos įgūdžius, padėtų susivokti daugybėje vaiko mokymo galiomybių. Rastų laiko paaiškinti, ko jie iš tėvų nori.
3. Padėtų šeimai atsakyti į klausimą: „Kodėl man?“ Padėtų šeimai auginti vaiką ir išlikti šeima.
4. Nekeltų per didelių reikalavimų, priimtų tėvus, tokius kokie jie yra, su savo trūkumais ir teigiamybėmis.

6.4 lentelė. Specialistų požiūris į tėvus

Specialistų požiūris į tėvus, auginančius vaiką, turintį raidos sutrikimą

1. Tėvai mažai rūpinasi vaiku, „atidavė jį specialistams“, kad jį pagydytų ir daugiau nesidomi, o tik „sėdi telefone“.
2. Nuolat reikalauja neaišku ko. Dažnai būna nepatenkinti, vaikšto susiraukę, nesuprasi, kas jiems nepatinka ir negerai.
3. Neranda laiko paaiškinti apie vaiko įpročius, ligą, priežiūros būdus.
4. Menkai dalyvauja sudarant reabilitacijos ir ugdymo programą, formaliai ją priima, nesako jokios savo nuomonės.
5. Nenuperka būtinų mokymo priemonių, kompensacinės technikos ir pan.
6. Neugdo vaiko namuose, nemoko jo savarankiškumo, tiksliau, „nieko nedaro vaikui namuose“, o nori, kad vaiko būklė pagerėtų.
7. Nesupranta, kaip sunku ugdyti jų vaiką, kiek jėgų tam reikia atiduoti.
8. Specialistai supranta, kad tėvams yra sunku, bet, dirbant bendrą darbą, tėvai savo vaiku galėtų rūpintis daugiau.

Partnerystės pagrindinis principas – būti komanda reabilitacijos ir ugdymo procese. Partnerystė paremta abipusiu pasitikėjimu. Pasitikėjimas – procesas, sukuriamas bendrame darbe. Bendra pasidalinta atsakomybė – vaiko reabilitacijos ir ugdymo programos pagrindas.

Dažnai tenka girdėti, kad tėvai mažai dėmesio kreipia į vaiko reabilitacijos ir ugdymo programas. Gaila, nes programa – tai „kontraktas“, kuris sudaromas tarp abiejų, o kartais ir daugiau pusių, dalyvaujančių vaiko reabilitacijos, ugdymo ir šeimos pagalbos procesuose. Tai labai svarbus dokumentas, kuris mums nusako vaiko reabilitacijos ir ugdymo kryptis. Tai pagrindinis dokumentas, kuris leidžia atrasti stipriąsias ir silpnąsias vaiko raidos sritis, nubrėžti reabilitacijos gaires, nuspręsti pagrindinius lavinimo tikslus, padedančius vaikui tobulėti, tapti savarankiškam, prisitaikyti ir gyventi bendruomenėje. Dažnai būna sunku sukurti programą, kuri atitiktų visų ugdymo procese dalyvaujančių partnerių norus. Kodėl?

Mes esame skirtingi ir į viską reaguojame labai skirtingai. Skirtingi savo vidiniu suvokimu, aplinkinio pasaulio priėmimu, kultūra, gyvenimo būdu ir t. t. Skirtumų pripažinimas ir suvokimas, kad jie būtini ir reikalingi ir, svarbiausia, gerbtini – svarbiausias dalykas bendradarbiavimo ir partnerystės procese.

Skirtumų tarp tėvų ir specialistų požiūrio suvokimas padeda kurti pasitikėjimą. Nustatomos probleminės sritys ir pasidalijama atsakomybėmis. Visa tai veda į specialistų identitetą ir įgalina tėvus būti savo vaiko ir savo gyvenimo ekspertais.

Partnerystės procese svarbu:

1. Kiekvieno asmens poreikio pripažinimas – poreikių skirtingumas gali ir turi sukelti konstruktyvią konfrontaciją. Tik konstruktyvi konfrontacija yra teigiamas dalykas. Svarbu diskutuoti apie viską, pradedant nuo vaiko sugebėjimų, proble-

mų, baigiant reabilitacijos ir ugdymo programomis, jų pritaikymu, vaiko maitinimu, pagaliau oro prognoze...

2. Turėti veiklos planą. Tėvai turi savo norus, specialistai – savo nuomonę. Svarbu viską įvardyti ir išsakyti, kad galėtume žinoti, apie ką mes galvojame ir kaip viską suprantame. Tik žinodami, kad darome, galime padaryti tai, ką norime.
3. Suvokti, kad bendravimo ir bendradarbiavimo procesas turi savo etapus. Labai svarbi bendravimo pradžia. Tikram abipusiam supratimui, partnerystei ir pasitikėjimui reikia daug laiko.
4. Svarbu pripažinti kitos pusės poreikius. Jei norime padėti vienas kitam ir gerai jaustis partnerystės procese, turime pripažinti, kad mūsų norai ir galimybės yra skirtingos ir būtina rasti vieną, svarbią abiem pusėms.

Literatūros sąrašas

1. Naicker V. et al. Factors associated with parental resolution of a child's autism diagnosis: A systematic review. *Front Psychiatry* 2022;13:1079371.
2. Budraitienė I. Mamų, auginančių 2–72 mėnesių amžiaus Dauno sindromą turinčių vaikus, psichologiniai ir emociniai sunkumai bei jų įveikos būdai 2018.
3. Alsen M. et al. Co-creation of a digital tool for the empowerment of parents of children with physical disabilities. *Research Involvement and Engagement* 2017;3:26.
4. Bradshaw et al. Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity – a scoping review. *BMC Pediatrics* 2019;19:301.
5. Murphy N. et al. Parent-Provider-Community Partnerships: Optimizing Outcomes for Children With Disabilities. *Pediatrics* 2011;128(4).
6. Kreiviniene B. Šeimos, auginančios neįgalų vaiką, gyvenimo kokybės palaikymas socialiniame tinkle. Klaipėda: Lietuvos jūrų muziejus 2007.

Ankstyvojo amžiaus vaikų raidos sutrikimai

Tiražas 3000 vnt.

Maketuotoja ir viršelio autorė *Jurgita Čeberiakaitė*

Redaktorė *Greta Bakienė*

Išleido *MB Euges*

Spausdino *Standart Impresa*

