



# Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży



**Poradnia Psychologiczno –Pedagogiczna**  
Jolanta Skowron-Piasecka  
Edyta Wiktor-Florek

# Kiedy mówimy o zaburzeniach lękowych?

- **Lęk i strach jest naturalnym stanem emocjonalnym**, który ostrzega przed potencjalnym niebezpieczeństwem i mobilizuje do poradzenia sobie z tą sytuacją np. widzimy agresywnego psa, odczuwamy lęk i przechodzimy na drugą stronę ulicy, przez co unikamy jego potencjalnego ataku).
- Taki lęk pełni **funkcję adaptacyjną** – pomaga korzystnie rozwiązać napotymane problemy

# ZABURZENIA LĘKOWE



# ZABURZENIA LĘKOWE

- Najczęstszą formą **lęku jest niepokój**. Przybiera on różne formy, np. zamartwiania czy napięcia psychicznego lub odczuwanego w ciele.
- Właśnie cielesne objawy lęku bywają dość często mylone z wystąpieniem choroby somatycznej, są to: kołatanie serca, poty, drżenie, trudności z oddychaniem, ucisk w gardle czy dławienie, ucisk, kłucie czy ból w klatce piersiowej, zawroty głowy, wrażenie omdlewania, brak równowagi.

# ZABURZENIA LĘKOWE

Jest wiele rodzajów zaburzeń lękowych, dotyczących dzieci i adolescentów.

Niektóre z nich to:

- lęk separacyjny;
- lęk uogólniony;
- zaburzenie obsesyjno-kompulsywne;
- fobie;
- mutyzm wybiórczy

# LĘK SEPARACYJNY



# LĘK SEPARACYJNY

- **Lęk separacyjny** - to nadmierne zamartwianie się lub strach przed byciem z dala od rodziny lub osób, do których dziecko jest najbardziej przywiązane.
- Dzieci boją się, że się zgubią lub że komuś z rodziny stanie się coś złego w czasie, gdy będą rozdzieleni.
- Lęk separacyjny nie jest tym samym, co lęk przed obcymi, który jest normalną fazą w rozwoju dzieci w wieku 7-11 miesięcy. Lęk w SAD jest znacznie intensywniej przeżywany i problem dotyka ok. 4% dzieci.

# Jakie są objawy lęku separacyjnego?

- odmawianie spania w swoim łóżku;
- powtarzające się koszmary senne, w których oddzielenie od bliskich jest głównym tematem;
- poważny niepokój w sytuacji oddzielenia od bliskich z powodu wyjazdu samego dziecka lub członków rodziny lub w sytuacji, gdy taka rozłąka jest spodziewana;
- nadmierne zamartwianie się bezpieczeństwem członka rodziny; zamartwianie się zgubieniem się;



# Jakie są objawy lęku separacyjnego?

- odmawianie chodzenia do szkoły;
- lękliwość i niechęć do pozostawiania samemu;
- częste bóle brzucha, głowy uskarżanie się na stan zdrowia;
- bóle mięśni lub napięcie mięśni;
- nadmierne zamartwianie się swoim bezpieczeństwem;
- nadmierna „przylepność”, nawet, gdy dziecko jest w domu z rodzicami;
- objawy paniki lub wybuchy złości w sytuacji separacji od bliskich.

# LĘK UOGÓLNIONY



# LĘK UOGÓLNIONY

- Zespół lęku uogólnionego (GAD; lęk uogólniony, wolnoptynący) to chroniczne, nadmierne zamartwianie się i lęk, które zdają się nie mieć żadnej konkretnej przyczyny. Dzieci i adolescentenci z lękiem uogólnionym często bardzo się martwią o to, co będzie, tym, co było, tym, czy będą akceptowane przez innych, sprawami rodziny, swoimi możliwościami i nauką w szkole.

# LĘK UOGÓLNIONY

## Najbardziej powszechne objawy GAD to:

- wiele zmartwień związanych z tym, co może się zdarzyć;
- liczne zmartwienia związane z kolegami, szkołą i innymi zajęciami;
- ciągłe myśli i lęki dotyczące bezpieczeństwa własnego i bliskich;
- odmawianie chodzenia do szkoły;
- częste skarżenie się na bóle brzucha, głowy, itp.;

# LĘK UOGÓLNIONY

- zaburzenia snu;
- bóle i napinanie mięśni;
- ciągłe tulenie się do członków rodziny;  
uczucie ściskania w gardle;
- zmęczenie;
- trudności w koncentracji;
- irytacja;
- niemożność zrelaksowania się.

# DIAGNOZA I LECZENIE

- Lęk uogólniony diagnozowany jest przez psychologa lub psychiatrę dziecięcego.
- Leczenie polega na psychoterapii dziecka, pracy z rodzicami lub całą rodziną i, o ile to możliwe, współpracy ze szkołą lub przedszkolem dziecka.
- W najbardziej nasilonych przypadkach może być zaproponowane leczenie farmakologiczne.
- Wczesne zdiagnozowanie i leczenie mogą znacznie złagodzić nasilenie lęku, przywrócić dziecku możliwość normalnego rozwoju i poprawić jakość kontaktów dziecka lub młodego człowieka z rówieśnikami.

# ZESPÓŁ LĘKU NAPADOWOWEGO



# ZESPÓŁ LĘKU NAPADOWEGO

- Zespół lęku napadowego dotyka 0,5–5% dzieci i nastolatków. Znacznie częściej występuje w okresie dojrzewania i częściej dotyczy dziewcząt.
- Zaburzenie charakteryzuje się nawracającymi napadami paniki. Napad paniki to nagły, bardzo silny lęk z towarzyszącymi objawami somatycznymi (duszność, kołatania serca, zawroty głowy) o dużym nasileniu. W trakcie ataku paniki dziecko ma poczucie całkowitej utraty kontroli nad sobą lub że „zaraz umrze”, co jeszcze bardziej wzmacnia jego przerażenie.
- Napad paniki może pojawić się „znikąd” lub może wywołać go konkretny czynnik (zobacz „fobie swoiste”). Jeśli atak wystąpił bez określonej przyczyny, dziecko zazwyczaj boi się jego nawrotu i ten lęk paradoksalnie może wywołać kolejny napad paniki.



# ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYWNE



# ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYWNE

- Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD; nerwica natręctw) to zaburzenie lękowe, w którym osoba nadmiernie zamartwia się, boi lub przejmuję nierealnym zagrożeniem i próbuje sobie radzić z uczuciem lęku poprzez wykonywanie zrytualizowanych lub wyspecjalizowanych czynności. Często powtarzające się zakłócające myśli i obrazy nazywane są obsesjami lub myślami natrętnymi, a rytualne czynności wykonywane, by się ich pozbyć lub zapobiec „katastrofie” to kompulsje lub czynności natrętne.

# ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYWNE

- Pewna doza obsesji i kompulsji pojawia się u każdego dziecka i jest prawidłowa. Przedszkolaki np często mają jakieś rytuały wokół jedzenia, kąpieli i chodzenia spać, co pozwala im uporządkować i zrozumieć otaczający je świat. Dzieci w szkole podstawowej często rytualizują zabawy i gry zespołowe, namiętnie coś zbierają i porządkują zbiory. Rytuały te pomagają im bezpieczniej uczestniczyć w świecie społecznym i panować nad lękiem związanym z chaosem. Gdy mamy do czynienia z OCD - natrętne, obsesyjne myśli budzą silny niepokój i lęk, a kompulsje stają się tak częste, że zakłócają normalne, codzienne funkcjonowanie dziecka.

# ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYWNE

- Przyczyna OCD nie jest znana. Badania wskazują na neurobiologiczną przyczynę OCD (deficyt neuroprzekaźnika zwanego serotoniną). Ponadto, fakt, że OCD częściej (ale nie zawsze) występuje u osób, u których w rodzinach były osoby z OCD wskazuje na genetyczne podłoże zaburzenia.
- OCD diagnozowane jest czasem u dzieci, jednakże jest to przede wszystkim dość powszechna choroba występująca wśród młodzieży, pojawiająca się zwykle ok. 15 roku życia. Częściej zapadają na nią chłopcy niż dziewczyny.

# ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYWNE

## Najczęściej obserwowane objawy OCD to:

- bardzo silne koncentrowanie się na zarazkach, brudzie i zakażeniu;
- ciągle pojawiające się wątpliwości (np. czy na pewno drzwi są zamknięte);
- natrętne myśli dotyczące przemocy, skrzywdzenia kogoś, zabicia lub zrobienia krzywdy sobie;
- spędzanie dużej ilości czasu na dotykaniu przedmiotów, liczeniu, myśleniu o liczbach lub sekwencjach;
- nadmierne zwracanie uwagi na symetrię, porządek, dokładność;

# ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYWNE

- natrętne myśli na temat dokonywania odrażających aktów seksualnych lub zakazanych zachowań;
- niechciane myśli przeczące wierzeniom religijnym osoby;
- bardzo silna potrzeba, by wiedzieć lub pamiętać o bardzo mało istotnych strawach;
- nadmierne koncentrowanie się na szczegółach;
- nadmierne zamartwianie się, że coś strasznego się może wydarzyć;
- agresywne myśli, impulsy i zachowania.

# Diagnozowanie i leczenie OCD

- Diagnozę stawia lekarz psychiatra i/lub psycholog kliniczny po przeprowadzeniu wnikliwego wywiadu i badania. W przypadku dzieci i młodzieży postawienie diagnozy OCD możliwe jest wtedy, gdy obsesje i kompulsje z nimi związane (np. mycie rąk, sprawdzanie zamków) są na tyle uciążliwe i częste, że negatywnie wpływają na jakość życia dziecka. W większości przypadków zachowania kompulsywne zabierają więcej niż godzinę dziennie, a niepokój i lęk z nimi związane negatywnie wpływają na intelektualne funkcjonowanie dziecka. Warto również pamiętać, że o ile dorośli z OCD przeważnie zdają sobie sprawę, że ich zachowanie jest nieco niezwykłe, dzieci i adolescenty często nie potrafią dostrzec nieracjonalności czy dziwaczności swojego zachowania lub myśli.

# Diagnozowanie i leczenie OCD

- OCD jest skutecznie leczone – zwykle w wyniku łączenia psychoterapii i farmakoterapii. Badania kliniczne wskazują na dużą skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu OCD. Terapia poznawcza koncentruje się na pomocy dziecku czy adolescentowi w zrozumieniu jego lęków i nauczaniu go nowych, bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie z nimi. Behawioralny komponent terapii ma na celu pomóc pacjentowi i jego rodzicom w ograniczeniu i zmianie zachowań kompulsywnych. Udział rodziców w leczeniu OCD i innych zaburzeń lękowych jest bardzo ważny.



# FOBIE



# FOBIE

- Fobia to uporczywy strach przed określonymi sytuacjami czy obiektami, który jest obiektywnie nadmierny i nieuzasadniony.
- Fobia może dotyczyć: zwierząt, owadów, zjawisk atmosferycznych (wiatr, burza, deszcz), ciemności, hałasów, wysokości, ostrych przedmiotów, zastrzyków, widoku krwi, jazdy pociągiem, latania samolotem, i wielu innych czynników.
- U dzieci i młodzieży lęk musi być obecny, przez co najmniej **sześć miesięcy**, by był zdiagnozowany jako fobia (a nie jako lęk przemijający, pojawiający się w rozwoju większości dzieci)

# FOBIE

- Należy pamiętać, że w okresie wczesnodziecięcym lęki przed różnymi obiektami mieszczą się w ramach prawidłowego rozwoju.
- Dwulatek może bać się na przykład hałasu, trzylatek – psów, czterolatek – ciemności, ale w miarę dorastania te lęki ustępują.
- O zaburzeniu lękowym w postaci fobii mówimy wtedy, gdy przeżywany przez dziecko strach przed danym obiektem nie jest zgodny z jego fazą rozwojową (na przykład gdy ciemności boi się ośmiolatek).

# FOBIE

## Rodzaje fobii występujące u dzieci i młodzieży:

- fobie specyficzne (tj. związane z określonym obiektem lub sytuacją)
- ataki paniki z agorafobią lub bez agorafobii
- fobia społeczna (lęk w sytuacjach, w których dziecko przebywa w grupie rówieśniczej,)
- mutyzm wybiórczy (niemożność mówienia w określonych sytuacjach społecznych, przy zachowanej zdolności do mówienia w innych; w innych klasyfikacjach może być traktowany nie jako zaburzenie lękowe)

# FOBIE

**Symptomy, jakie można zaobserwować u dziecka lub adolescenta z fobią:**

- przyspieszone bicie serca
- pocenie się
- drżenie
- trudności ze złapaniem powietrza
- uczucie duszenia się
- ucisk w klatce piersiowej
- ból brzucha
- uczucie omdlewania i zawroty głowy
- lęk przed utratą kontroli lub zwariowaniem
- lęk przed śmiercią
- odrętwienie
- dreszcze lub ataki gorąca

# ZESPÓŁ LĘKU SPOŁECZNEGO

(fobia społeczna)



# ZESPÓŁ LĘKU SPOŁECZNEGO

(fobia społeczna)

- Zaburzenie to występuje równie często u chłopców i u dziewcząt (ok 1% populacji dzieci i młodzieży).
- Do 3. roku życia lęk przed obcymi jest przejawem prawidłowego rozwoju dziecka.
- W domu, wśród członków rodziny i dobrze znanych osób, dziecko zachowuje się zupełnie swobodnie i nie odczuwa lęku.

# ZESPÓŁ LĘKU SPOŁECZNEGO

## (fobia społeczna)

- Dziecko cierpiące na fobię społeczną przeżywa **nasilony lęk w obecności nieznajomych osób i unika ich**. Jako nieznajomych rozumie się tu osoby nie będące członkami rodziny i bliskimi przyjaciółmi dziecka np. nauczyciel w szkole, koledzy z klasy, sprzedawca w osiedlowym sklepie.
- W sytuacjach społecznych (w szkole, na spotkaniu klasowym, na podwórku wśród innych dzieci, w sklepie) **dziecko jest zakłopotane**, ciągle zamartwia się jak postrzegają go inni i co sobie o nim pomyślą. Jest bardzo skupione na tym, żeby zachować się poprawnie.
- **Obawia się ośmieszenia i upokorzenia**, stale wyobraża sobie siebie w takich właśnie okolicznościach (na przykład gdy wybiera się na urodziny do koleżanki, wyobraża sobie, że na pewno wywróci się i obleje sokiem, a wtedy wszyscy będą się z niego wyśmiewać).
- Podczas rozmowy **nie podtrzymuje kontaktu wzrokowego**, mówi niewiele i cicho albo w ogóle unika rozmów z innymi, pozostaje „na uboczu”.
- W sytuacjach społecznych dziecko ma również **somatyczne oznaki lęku** – czerwienie się, pocenie, drżenie rąk.



# ZESPÓŁ LĘKU SPOŁECZNEGO

(fobia społeczna)

- Unikanie sytuacji społecznych prowadzi do znacznych problemów z codziennym funkcjonowaniem. Dziecko boi się chodzić do szkoły, może opuszczać lekcje, a w skrajnych przypadkach w ogóle odmówić wychodzenia z domu. Wycofanie ze środowiska rówieśniczego znacznie zaburza jego rozwój psychospołeczny.

# MUTYZM WYBIÓRCZY



# MUTYZM WYBIÓRCZY

- Jest to postać fobii społecznej, w której lęk przed ludźmi przejawia się **odmową komunikacji słownej** (milczeniem), mimo że mowa dziecka i jej rozumienie są prawidłowo rozwinięte.
- Dziecko nie odzywa się do obcych osób (czyli nie będących członkami rodziny ani bliskimi przyjaciółmi), na ich pytania nie odpowiada wcale lub odpowiada gestami.
- Podczas rozmowy, czy raczej prób jej nawiązania, dziecko **unika kontaktu wzrokowego**, nie okazuje emocji mimiką twarzy, gdy się uśmiecha, to zwykle z zaciśniętymi ustami.

# MUTYZM WYBIÓRCZY

- W sytuacjach społecznych dziecko często również **nie podejmuje aktywności ruchowej**, w razie potrzeby wykonuje bardzo „oszczędne” ruchy. Mimo jego zewnętrznej bierności można dostrzec, że bacznie obserwuje otoczenie i słucha uważnie o czym mówią inni.
- W domu (lub innym dobrze znanym środowisku – na przykład u ulubionej cioci) dziecko jest swobodne, czasem wręcz nadmiernie ruchliwe, chętnie i bez problemu rozmawia z bliskimi. Opiekunowie często opowiadają, że w domu dziecko jest bardzo gadatliwe, lubi „dyrygować” otoczeniem i narzucać swoje pomysły.

# MUTYZM WYBIÓRCZY A NIEŚMIAŁOŚĆ

- **Mutyzm** jest bardziej dotkliwy, dziecko z mutyzmem chce mówić ale poziom napięcia jest tak paralizujący, że na to nie pozwala. Wymaga pomocy specjalistycznej.
- Dziecku **nieśmiałości** zazwyczaj brakuje pewności siebie lub umiejętności, dlatego wycofuje się z kontaktu. Nieśmiałość czasem jest rozumiana jako cecha osobowości, która ujawnia się w wielu sytuacjach. Dziecko nieśmiałe z czasem nauczy się interakcji społecznych (nawet bez pomocy specjalisty).

# MUTYZM WYBIÓRCZY A AUTYZM

- **Autyzm** to całościowe zaburzenia rozwoju. Ważnym kryterium diagnostycznym jest „nie mówienie”. Nie ma podłoża lękowego. Nie szuka kontaktu z otoczeniem. Specyficzne upodobania co do jedzenia, ubierania – wysokie nasilenie.
- Dziecko z **mutyzmem wybiórczym** „nie mówi” tylko w określonych sytuacjach, a poza nimi wypowiada się adekwatnie do wieku. Podłoże lękowe. Dziecko rozumie kierowane do niego komunikaty, brak mowy może rekompensować gestami. Specyficzne upodobania - umiarkowane

# Jak pomóc dziecku z mutyzmem wybiórczym?

- Dziecko z mutyzmem wybiórczym powinno uzyskać opinię z poradni psychologiczno – pedagogicznej na podstawie której nauczyciele powinni dopasować wymagania do możliwości ucznia.
- Najważniejsze w terapii mutyzmu jest **wsparcie i zrozumienie**. Na co dzień należy postarać się, aby w otoczeniu dziecka **nikt nie naciskał na mówienie**. Rodzice przestają pytać – i co? Powiedziałaś coś dzisiaj? A nauczyciele przestają straszyć dwójką za brak ustnej odpowiedzi. W zamian za to angażują całą klasę np. w pokazywanie na palcach wyników w matematyce, co pozwala dziecku z mutyzmem wykazać się wiedzą i nie wyróżniać się.

# Jak pomóc dziecku z mutyzmem wybiórczym?

- A co mogą zrobić rodzice poza wsparciem i zrozumieniem? Powinni budować w dziecku poczucie pewności siebie (część dzieci źle reaguje na przesadne pochwały), powinni również metodą małych kroków stawiać dziecku coraz to większe wymagania dbając jednocześnie o to, aby nie karmić lęków dziecka.
- Rodzice powinni zachęcać dziecko (ale bez wywierania presji) do kontaktów społecznych i do mówienia w różnych sytuacjach. Nie należy karać dziecka za niemówienie, ponieważ to tylko nasili jego problemy. Należy je natomiast chwalić za aktywność w różnych sytuacjach społecznych oraz za wydawanie różnych dźwięków: mówienie, śpiewanie, robienie hałasu podczas zabawy.



# Jak pomóc dziecku z mutyzmem wybiórczym?

- **Nie należy zmuszać dziecka, aby mówiło.** Powinno się zachęcać je do zabawy z rówieśnikami. Ważne jest, aby stworzyć taką atmosferę, w której dziecko poczuje się komfortowo, bez względu na to, czy będzie chciało mówić, czy nie.
- **Każda forma komunikacji niewerbalnej powinna być akceptowana i nagradzana.** Powinno się wręcz zachęcać dziecko do stosowania takich formy porozumiewania się. Dzięki nim tworzymy z dzieckiem pozytywną relację, bardzo pomocną w przezwyciężaniu trudności, z jakimi dziecko się boryka.
- Ważne jest, aby uzyskać od rodziców nagranie audio (lub audio/video) sytuacji, w których dziecko mówi. Umożliwi to ocenę jego umiejętności językowych i rozwoju mowy.

# Propozycje strategii w pracy z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym

- Warto spróbować przeprowadzić zabawy niewerbalne wymagające wydmuchiwania powietrza za pomocą ust: dmuchanie świeczki, dmuchanie baniek, dmuchanie piłeczki pingpongowej przez słomkę, oddychanie na lustro, dmuchanie w gwizdki, picie przez długie, kręcone słomki.
- W sytuacji zabawy warto wydawać dźwięki zwierząt i pojazdów np. podczas opowiadania historii.
- Warto wprowadzić zabawę lalkami, ponieważ dziecko może mówić „za lalkę”, zwłaszcza chowając za nią buzię. Przydać się mogą także maski.

# Propozycje strategii w pracy z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym

- Bardzo przydatne podczas zabawy są instrumenty muzyczne. Pozwalajmy dziecku porozumiewać się używając tych instrumentów; można np. prowadzić rozmowy pomiędzy dwoma instrumentami.
- Warto zachęcać dziecko do uczestnictwa w grach, którym towarzyszy dużo hałasu.
- Można także spróbować mówić do dziecka szeptem, wydawać dźwięki używając balonów lub mówić do dyktafonu albo przez telefon.

# Propozycje strategii w pracy z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym

- Jeśli dziecko nie odpowiada werbalnie na stawiane przez nas pytania, należy w inny sposób dać mu zauważyć, że je widzimy i akceptujemy: uśmiechem, skinieniem głowy, spojrzeniem, podniesieniem ręki.
- Należy zachęcać je do wyrażania siebie w trakcie twórczych, pomysłowych i artystycznych zabaw.
- W czasie zajęć w szkole lub przedszkolu dziecko z mutyzmem wybiórczym warto czasem posadzić z przodu grupy, aby skupić jego uwagę i ułatwić mu zaangażowanie się w kontakt i aktywność.
- Jeśli dziecko izoluje się od rówieśników, dobrze jest zapewniać mu bezpośrednie towarzystwo innych cichych, nieśmiałych dziećmi, pojedynczo lub w małych grupach. Warto grać z nimi w gry zmuszające do interakcji społecznych: toczenie piłki, ciągnięcie liny, wiosłowanie itp.

# ZABURZENIA LĘKOWE

- Często u dziecka cierpiącego na zaburzenia lękowe spotyka się objawy charakterystyczne dla dwóch lub więcej wymienionych wyżej jednostek.
- U dzieci cierpiących na fobie lub zespół lęku uogólnionego mogą występować napady paniki, a dziecko z mutyzmem wybiórczym może mieć jednocześnie objawy lęku separacyjnego.

# Zalecenia do leczenia

- Farmakoterapię stosuje się wtedy, gdy same metody psychoterapeutycznie nie zapewniają wystarczających efektów (czyli gdy dziecko nadal ma problemy z codziennym funkcjonowaniem) lub gdy nasilenie objawów utrudnia rozpoczęcie jakichkolwiek oddziaływań psychoterapeutycznych.
- **Farmakoterapia nigdy nie powinna być jedyną stosowaną metodą leczenia, tylko uzupełnieniem psychoterapii.**

# Zalecenia do leczenia

- U dzieci i młodzieży stosuje się **leki z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny** (leki przeciwdepresyjne nowej generacji, określane skrótem SSRI) lub – rzadziej – **trójpierścieniowe** (starsze) leki przeciwdepresyjne. Leki te oprócz działania przeciwdepresyjnego mają również działanie przeciwłękowe.
- Leki o działaniu typowo uspokajającym – tzw. **benzodiazepiny** – choć są bardzo skuteczne i dają natychmiastowy efekt przeciw lękowy, należy podawać dziecku tylko doraźnie. Regularne stosowanie tych leków prowadzi do tolerancji (stopniowego zmniejszenia ich skuteczności) i grozi uzależnieniem.
- Bezpiecznym, choć trochę mniej skutecznym lekiem uspokajającym jest hydroksyzyna.

Dziękujemy za uwagę 😊

