



# Wybrane zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży



Dr n. med. Iwona Patejuk-Mazurek

CZP MSCZ w Pruszkowie

APS Warszawa

Klinika Psychiatryczna WUM



# Co trapi nasze dzieci?

- Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży ok. 13% (Polanczyk, 2015)
- Nasilenie wymagające interwencji 7-10%
- Odsetek wyższy w środowiskach niekorzystnych (bieda, uzależnienia, wykluczenie społeczne, wychowanie w instytucji)
- Częstość występowania wzrasta od dzieciństwa, maksymalne rozpowszechnienie w okresie dorastania (Verhulst, Koot, 1995)



# Zasadnicze obszary zaburzeń

- Zachowania niedostosowane społecznie, niszczyielskie, agresywne (eksternalizacyjne): 3-5%

Częściej dotyczą chłopców, ostatnie lata, wzrost u dziewcząt.

- Zaburzenia lękowe i nastroju (internalizacyjne); 2-5%

Częściej dotyczą dziewcząt.

- Problemy i zaburzenia psychiczne związane z chorobą somatyczną lub niepełnosprawnością: 1-3%
- Całościowe zaburzenia rozwoju (spektrum autyzmu, z postaciami łagodnymi): do 1,5%



# W czym może pomóc nauczyciel?

- Wywiad – za zgodą rodziców
- Forma – dowolna (rozmowa osobista, pisemna – list, opinia, kwestionariusz...)
- Przedmiot wywiadu – zachowanie pacjenta w klasie i podczas przerw, możliwości poznawcze, trudności w funkcjonowaniu, relacje z rówieśnikami, czas pojawienia się zmian w zachowaniu, długość ich trwania
- **UWAGA!**

Uczeń może w klasie pełnić określoną rolę, np. słabego ucznia, błazna, przywódcy, buntownika. Łatwo wtedy o pominięcie cennych informacji i postrzeganie ucznia przez pryzmat takiej roli.



# Zaburzenia zachowania

- Utrwalone zachowania antyspołeczne, agresywne lub buntownicze.
- Wpływają negatywnie na rozwój dziecka lub adolescenta, jego rodziną i otoczenie.
- Powodują łamanie praw innych ludzi i norm współżycia społecznego.
- Zachowania te znacznie przekraczają normy dla danego wieku i kręgu kulturowego.
- Skrajne formy – zachowania przestępcze, konflikty z prawem.

**Są niespecyficznym czynnikiem ryzyka rozwoju niemal wszystkich schorzeń psychicznych.**



# Zaburzenia zachowania

## Chłopcy

- 2-16%
- Częściej rozpoznanie w młodszym wieku
- Przeważają zachowania agresywne, w tym agresja fizyczna

## Dziewczęta

- 1-8%
- Podobne proporcje w okresie dojrzewania
- Przeważają – drobne kradzieże i prostytucja
- Agresja pośrednia, słowna, ostracyzm, niszczenie więzi w relacjach

- w dorosłości – u 1/3 z nich rozwinię się osobowość antyspołeczna
- częściej w dużych miastach, jak na wsi
- chłopcy do dziewcząt – 5:1 → 3,2:1





# Zaburzenia zachowania – etiologia

## Czynniki biologiczne:

- Powikłania okresu ciąży (np. zakażenia) i okresu okołoporodowego
- Wczesna separacja
- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej
- Niższy iloraz inteligencji
- Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (dysleksja, dysgrafia, dysortografia...)
- Przewlekłe choroby

**Dodatkowo:** temperament, niska tolerancja frustracji, impulsywność, zaburzenia ekspresji emocji i interpretacji kontekstu społecznego

## Czynniki rodzinne:

- Sposób wychowania (brak konsekwencji, nadmierna sztywność, kary cielesne, niedorzeczne kary, brak aktywności w rodzinie)
- Złe warunki socjalne
- Niskie wykształcenie rodziców
- Maltretowanie fizyczne, psychiczne, seksualne
- Konflikt między rodzicami, rozwód
- Konflikty w prawie w rodzinie
- Uzależnienia i choroby psychiczne w rodzinie
- Słabe wsparcie i komunikacja z dzieckiem, brak zainteresowania nim



# Zaburzenia zachowania – etiologia

- Rozpowszechnienie: chłopcy 2-16%, dziewczęta 1-8%, utrwalone zachowania antyspołeczne, agresywne lub buntownicze.
- Wpływają negatywnie na rozwój dziecka lub adolescenta, jego rodzinę i otoczenie.
- Powodują łamanie praw innych ludzi i norm współżycia społecznego.
- Zachowania te znacznie przekraczają normy dla danego wieku i kręgu kulturowego.
- Skrajne formy – zachowania przestępcze, konflikty z prawem.

**Są niespecyficznym czynnikiem ryzyka rozwoju niemal wszystkich schorzeń psychicznych.**





# Zaburzenia zachowania – diagnoza

- Konieczne jest stwierdzenie trwałego wzorca zachowań (anyspółecznych, agresywnych lub buntowniczych)
- Wzorzec ten przekracza znacznie normy charakterystyczne dla wieku
- Jest powtarzalny – min. przez przynajmniej 6 miesięcy.

## **Formy wg klasyfikacji ICD -10:**

- Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
- *Zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego*
- *Zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji*
- *Zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji*

## **Poważne zaburzenia zachowania (wg DSM-V „właściwe”)**



# Zaburzenia zachowania (z.z.) – diagnoza

## Zaburzenie opozycyjno-buntownicze

- Łagodniejsza lub wczesna forma z.z.
- Typowe objawy: wybuchy złości, kłócenie się, nieprzestrzeganie reguł społecznych, stałe obwinianie innych, gniewny i niechętny afekt, złośliwe i mściwe zachowanie, używanie obscenicznego języka. Aktywne przeciwstawianie się prośbom dorosłych, niechęć do współpracy i opór wobec autorytetów, celowe dręczenie innych, bunt ma charakter prowokacyjny.

**UWAGA!**

**Występuje w stosunku do osób, które dziecko dobrze zna!**



# Zaburzenia zachowania (z.z.) – obszary objawów

1. **ZACHOWANIA AGRESYWNE**, które powodują zagrożenie fizyczne lub wyrządzają krzywdę innym ludziom lub zwierzętom.

## **Kwalifikują się do nich:**

- tyranizowanie, grożenie, zastraszanie innych,
- częste inicjowanie walk fizycznych,
- używanie broni, mogącej powodować poważne fizyczne uszkodzenia,
- okrucieństwo fizyczne wobec ludzi i /lub zwierząt,
- dokonywanie kradzieży bezpośrednio od ofiary (wymuszanie, kradzieżekieszonkowe i inne ),
- świadome branie udziału w podpaleniu z intencją spowodowania poważnej szkody,
- świadome niszczenie cudzej własności.



## Zaburzenia zachowania (z.z.) – obszary objawów

### **2. OSZUSTWA LUB KRADZIEŻE, do których zalicza się:**

- włamania do domu, budynku lub samochodu,
- kłamstwo w celu uniknięcia zobowiązań lub uzyskania określonych dóbr,
- kradzież rzeczy o większej wartości bez konfrontacji z ofiarą

### **3. POWAŻNE ŁAMANIE ZASAD, NORM, REGUŁ, NAKAZÓW I PRAW:**

- przebywanie wbrew zakazom rodziców poza domem rodzinnym w nocy przed 13 r. ż.,
- ucieczka z domu bez zamiaru powrotu,
- wagarowanie (częste).



# Zaburzenia zachowania – ICD-10

- **Zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego** są całkowicie lub prawie całkowicie ograniczone do środowiska rodzinnego albo do interakcji z członkami rodziny. Mogą występować kradzieże w domu, zachowania destrukcyjne jak łamanie zabawek, niszczenie ubrań, uszkodzanie mebli, przemoc wobec członków rodziny i celowe podpalenia ograniczone do domu rodzinnego
- **Zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji**  
To kombinacja całościowego zaburzenia dyssocjalnego lub agresywnego z globalnie nieprawidłowym związkiem dziecka z innymi dziećmi. Zaburzone relacje rówieśnicze przejawiają się izolacją od innych dzieci, odrzuceniem, niepopularnością, brakiem bliskich przyjaciół, empatycznych związków z innymi członkami tej samej grupy wiekowej. Relacje z dorosłymi cechują się rozdźwiękiem, wrogością i urazami.

**Zaburzenie najbardziej widoczne jest w szkole**



# Zaburzenia zachowania – ICD-10

- **Zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji**

To utrwalone występowanie zachowań dys socjalnych lub agresywnych, które występuje u dzieci raczej dobrze zintegrowanych z grupą rówieśniczą.

Cechą różniącą jest obecność właściwych, trwałych przyjaźni z rówieśnikami. Relacje z dorosłymi stanowiącymi autorytet są raczej złe, ale mogą zachodzić dobre relacje z innymi osobami. Często zaburzenie najwyraźniej ujawnia się poza domem rodzinnym, a jego ograniczenie do szkoły potwierdza rozpoznanie.





# Zaburzenia zachowania – postępowanie

- Poznać i zrozumieć przyczyny występowania objawów.
- Dobrze poznać środowisko rodzinne dziecka, atmosferę jego domu, dotychczasowe doświadczenia życiowe i ocenić, które z aktualnie przeżywanych sytuacji są dla dziecka szczególnie trudne.
- Wyjaśnić jak dziecko odbiera i przeżywa swoją sytuację w domu i szkole.

Każde dziecko musi być oceniane indywidualnie i w stosunku do każdego z nich należy zastosować inne metody oddziaływania wychowawczego w zależności od jego wcześniejszych doświadczeń i aktualnej sytuacji.

- Jeśli dziecko uświadamia sobie swój problem → analiza tego problemu i próba wspólnego rozwiązania.
- Jeśli problem jest nieświadomie manifestowany → szczegółowa analiza postaw osób dorosłych i ustalenie ewentualnych błędów popełnionych w stosunku do dziecka (przyczyna zachowań dziecka).



# Zaburzenia zachowania – postępowanie

- Kompleksowe – szkoła, rodzice, służba zdrowia, służby społeczna, sądownictwo, policja.
- Rozpoczęte jak najwcześniej – etap z.opozycyjno-buntowniczego.
- Praca z dzieckiem nad nauką rozwiązywania problemów i innymi sposobami radzenia sobie z impulsywnością, gniewem.
- Krótkoterminowe programy uczące rodziców modyfikacji trudnych zachowań dzieci (treningi rodzicielskie), np. ustalanie i egzekwowanie reguł, pozytywne wzmocnienia, monitorowanie zachowań.

**Nieodzownym warunkiem powodzenia sukcesu wychowawczego jest zrozumienie, że dziecko z zaburzeniami zachowania nie jest dzieckiem złym, lecz dzieckiem, które ma trudności w kierowaniu swoim postępowaniem. Narzuca to konieczność pomocy, nie represji i karanía.**



# Depresja i depresyjność

- Brak markerów
- Ocena subiektywnych doznań (objawy) i ich wpływu na funkcjonowanie – u dzieci trudne ze względu na brak introspekcji i zdolności nazywanie przeżywanych emocji
- Obserwacja zachowania spontanicznego, reakcji na zachowania osoby badającej oraz informacje od opiekunów



# Depresja i depresyjność - grupy objawów

1. Obniżenie nastroju – objaw podstawowy
2. Obniżenie poziomu aktywności ogólnej
3. Lęk
4. Autodestrukcja

## **Ad. 1 Obniżenie nastroju**

- Smutek, osowienie, płaczliwość, brak ekspresji radości i przyjemności, od ok. 7 r.ż. – nuda, rozpacz (anhedonia). W okresie pokwitania – szczególnie ważne – zmienność nastroju



# Depresja i depresyjność - grupy objawów

## Ad. 2. **Obniżenie poziomu aktywności ogólnej**

- ruch, zabawa, (1-5r.ż)
- nauka szkolna, (6-12r.ż.)
- nauka, aktywność społeczna (powyżej 12r.ż.)

## Ad. 3. **Lęk**

- charakter uogólnionego, bezprzedmiotowego niepokoju,
- somatyzacje – bóle głowy, brzucha, złe samopoczucie
- w okresie dorastania – skupienie na przyszłości, poczucie braku perspektyw życiowych, przewidywanie niepowodzeń



# Depresja i depresyjność - grupy objawów

## Ad. 4. **Autodestrukcja**

- u dzieci rozpoznaje się najwcześniej w 6-8r.ż. – gdy pojawia się świadomość śmierci (zachowania ryzykowne raczej niż decyzje intelektualne)
- od okresu dorastania – związane z depresją fantazje o odebraniu sobie życia, nawracające myśli na ten temat (ruminacje) oraz zamach samobójcze, też samookaleczenia.





# Depresja i depresyjność

- Ropowszechnienie – trudne metodologicznie; badacze w Polsce – różne wyniki – od 1,7% do 14,2%, częściej w populacji starszej młodzieży,
- Objawy depresyjne były często początkiem schizofrenii
- U chłopców (poza obniżonym nastrojem) – nadmierna męczliwość, objawy psychosomatyczne, zaburzenia zachowania.
- U dziewcząt – spowolnienie psychoruchowe, płaczliwość, wysoki poziom lęku, myśli i próby „S”.



# Depresja i depresyjność - przyczyny

- **Predyspozycja genetyczna** (choroba afektywna jednobiegunowa)
- **Powiązanie z chorobami somatycznymi** (poważne i zagrażające życiu)
  - jako efekt dysfunkcji somatycznej i może wyprzedzać ujawnienie się choroby somatycznej (np. choroby mózgu), osłabienie i brak aktywności związane z chorobą.
  - wpływ depresji na wystąpienie zaburzeń somatycznych (np. obniżenie odporności)
- **Stres i trauma** – (psychiczna i społeczna we wczesnym dzieciństwie – reakcja depresyjna, potraumatyczne zaburzenia osobowości)



# Depresja i depresyjność

## - przyczyny

- **Deprywacja potrzeb** – (szczególnie potrzeby przywiązania, trauma wewnątrzrodzinna; obraz jak w depresji wczesnego wieku)
- **Trauma wykorzystania i złego traktowania** – (przez członków rodziny, też zaniedbywanie stymulacji rozwoju, bezpiecznej więzi)
- **Przewlekły stres** - (dotyczy szczególnie dzieci niepełnosprawnych; osiągnięcia mniejsze niż potencjał i oczekiwania otoczenia poprzez ograniczony dostęp do stymulacji rozwoju)
- **Kryzysy rozwojowe** - (np. depresja anaklityczna, okres dojrzewania – hormony, wzrost, myślenie abstrakcyjne, role społeczne, plany zawodowe)



# Depresja i depresyjność - obraz kliniczny

## Depresja młodzieńcza wg Kępińskiego

Postacie depresji	objawy
Apatyczno – abuliczna	Bierność, brak radości, uczucie pustki, nudy i braku sensu, okresowe zachowania impulsywne
Buntownicza	Przerysowanie młodzieńczych zachowań buntowniczych i agresywnych, poczucie mniejszej wartości, brak wiary w przyszłość
Rezygnacyjna	Brak wiary w siebie, brak planów życiowych, poczucie oczywistości i pesymistyczne spojrzenie na własną przyszłość
Labilna	Zmienność nastroju i zachowania samobójcze w okresach jego obniżenia



# Depresja i depresyjność

## Obraz depresji młodzieńczej

Depresja „czysta”	Depresja z rezygnacją	Depresja z niepokojem	Depresja hipochondryczna
Obniżenie nastroju, obniżenie napędu, nieokreślony lęk i lęk przed przyszłością	→	→	→
	Niewydolność w nauce, poczucie bezsensu życia, myśli, tendencje i próby „S”	Zmienność nastroju, autodestrukcyjne zaburzenia zachowania	Somatyczne manifestacje lęku i hipochondryczna koncentracja na ciele



# Depresja – choroba afektywna jednobiegunowa (ICD-10)

- **nastrój depresyjny**
- **anhedonia**
- **anergia**
  
- negatywna samoocena
- poczucie winy
- myśli samobójcze
- zaburzenia funkcji poznawczych
- obniżona aktywność
- zaburzenia snu
- apetyt i masa

Do rozpoznania depresji niezbędne są co najmniej

**dwa główne objawy**

i **co najmniej dwa dodatkowe**, zaś utrzymywanie się takiego stanu nie może być krótsze niż

**dwa tygodnie**





## Depresja – choroba afektywna jednobiegunowa

- Wg ICD-10 kryteria, jak dla osób dorosłych.
- Wg DSM- V:osiowy objaw zaburzenia to często nastrój dysforyczny, z dominującymi emocjami gniewu, złości i rozdrażnienia, a nie nastrój depresyjny

### **Rozpowszechnienie:**

- W wieku przedszkolnym: 1-2% dzieci
- Wiek szkolny: 1/10 dziewczynek i 1/20 chłopców/rok
- Nie ma badań epidemiologicznych nowych
- Ważne info od osób często obcujących z dzieckiem (nauczyciele)



## Depresja – choroba afektywna jednobiegunowa

- **Odmienności u dzieci:** rzadko obwinianie się, myśli „S”, trudności w podejmowaniu decyzji. Często brak chęci do zabawy. Często objawy somatyczne – bóle głowy, brzucha, nudności
- **U młodzieży** (oprócz drażliwości) – silne wahania i reaktywność nastroju, wycofanie społeczne, kontakty interpersonalne → internet i portale społecznościowe, poczucie znudzenia, zab.snu i łaknienia.
- **Przyczyny somatyczne** (np. niedokrwistość), też zejście używania SPA (amfetamina, dopalacze), przewlekłe palenie marihuany i jej pochodnych



## Depresja – leczenie nefarmakologiczne

- Uwzględnianie uwarunkowań rozwojowych i rodzinnych (np. separacja nastolatka)
- Wpływ na system rodzinny
- Psychoedukacja i wsparcie psychospołeczne łagodzące stresy środowiskowe
- Aktywność fizyczna
- Psychoterapia – głównie CBT (behawioralno-poznawcza)



# Używanie substancji psychoaktywnych

- Alkohol i tradycyjna pula narkotyków, jak np. heroina czy kokaina.
- Coraz częściej domowa produkcja, np. z leków kupionych legalnie w aptece.
- Najbardziej niebezpieczna jest nie tylko sama substancja czynna powstająca w trakcie obróbki, ale wytrącający się np. mangan, który odkłada się w mózgu i powoduje nieodwracalne dla zdrowia skutki

Co gorsza, toksykolodzy „działają po omacku”. Wiedzą, co robić, gdy ktoś przedawkuje kokainę, ale często czują się bezradni wobec wyprodukowanych przez kogoś wynalazków.



# Uzależnienie od substancji psychoaktywnych

- **Złożone zaburzenie funkcjonowania CUN** charakteryzujące się utratą kontroli nad poszukiwaniem i przyjmowaniem substancji uzależniającej oraz ryzykiem nawrotu nawet po długim okresie abstynencji
- **Proces (chorobowy) chroniczny** z okresami nawrotów i remisji (abstynencji), wymykający się spod kontroli i całkowicie dominujący nad zachowaniem

**Badanie ESPAD 2015** – picie alkoholu → trend spadkowy u chłopców, ale wzrost u dziewcząt. 83% przynajmniej raz piło w ciągu życia (15-16lat) i 96% w wieku 17-18lat. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem używało – ponad 50% młodszych i 82% starszych.

Głównie – piwo.



# Kryteria uzależnienia wg ICD-10

- Silne pragnienie przyjmowania substancji lub poczucie przymusu
- Trudności kontrolowania (rozpoczęcia, zakończenia, ilości)
- Fizjologiczne objawy odstawienia przy przerywaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, albo używanie jej lub podobnej w celu zmniejszenia lub uniknięcia objawów odstawiennych
- Tolerancja – większe dawki do tego samego efektu
- Narastające zaniedbywanie innych źródeł przyjemności lub zainteresowań, więcej czasu poświęcanych na zdobywanie, przyjmowanie lub odwracanie następstw jej działania
- Przyjmowanie substancji pomimo szkodliwych następstw





# Zjawiska w uzależnieniu

- **Zależność psychiczna** - potrzeba częstego lub stałego *przyjmowania substancji* celem powtórzenia poprzednich przeżyć związanych z jego przyjęciem
- **Zależność fizyczna** – stan biologicznej adaptacji wobec *przyjmowania substancji* , bez którego organizm nie może prawidłowo funkcjonować (bo zaprzestanie powoduje wystąpienie zespołu abstynencyjnego)
- **Tolerancja** – powtarzanie przyjmowania tej samej dawki daje coraz słabszą reakcję i uzyskanie tego samego efektu wymaga stałego zwiększania dawki.



# Przyczyny uzależnienia

- **biologiczne** – genetyczne (predyspozycje, wyższa tolerancja, markery biologiczne- niski P300, aktywność dehydrogenaz)
  - neuroprzekaźniki (aktywacja ukł. opioidowego i przewodnictwa dopaminergicznego - pobudzenie ukł. nagrody, obniżenie poziomu serotoniny w mózgu,)
- **społeczne** – czynniki kulturowe, rodzina
- **psychologiczne** – dojrzałość emocjonalna, zaburzenia zachowania i osobowości (hipoteza redukcji napięcia, wygaszania reakcji stresowej), niwelowanie obj. depresji



# Alkohol, odmienności u dzieci i młodzieży

- Różnice neurobiologiczne – inna tolerancja na alkohol → większa wrażliwość na upośledzenie funkcji poznawczych
  - mniejsza wrażliwość na zaburzenia funkcji ruchowych czy awersyjne działanie alkoholu („mocna głowa”; zespół abstynencyjny jest rzadki)
- Uzależnieniu sprzyja dostępność, brak awersyjnych efektów, picie w celach towarzyskich



# SPA - wzorce używania u dzieci i młodzieży

- **Faza eksperymentalna** – ciekawość, ryzyko, podniecenie, funkcjonowanie nie jest upośledzone, choć mogą być niebezpieczne skutki, używanie samemu, w grupie, okazyjne, rzadko aktywne zdobywanie.
- **Faza socjalna** – akceptacja grupy rówieśniczej, pożądane i oczekiwane zmiany stanu psychicznego, używanie związane z sytuacjami ryzykownymi, w grupie, rzadko aktywne zdobywanie.
- **Faza prodromalna** – radzenie sobie z negatywnymi emocjami, traumatycznym przeżyciem, używanie w samotności, aktywne poszukiwanie, upośledzone relacje, ale rzadko szuka pomocy.
- **Faza używania szkodliwego** – używanie to podstawowa forma rozrywki i spędzania czasu, radzenie sobie ze stresem i trudnościami, funkcjonowanie zaburzone i podporządkowane używaniu, przyjmowanie pomimo negatywnych konsekwencji, unikanie dotychczasowych relacji z obawy przed zdemaskowaniem.
- **Faza uzależnienia** – używanie kompulsyjne, utrata kontroli, rozwój tolerancji, zaburzenie funkcjonowania i zmiana osobowości, aktywne zdobywanie → konflikty z prawem, zachowania ryzykowne



# Nowe substancje psychoaktywne

**„Dopalacze”** – „nowe narkotyki”, „nowe substancje psychoaktywne” – to produkty zróżnicowanym składzie,

- Działają na OUN w podobny sposób do dotychczas znanych narkotyków.
- Pozyskiwane są z roślin (np. o charakterze halucynogennym jak muchomory, pokrzyk wilcza jagoda, kaktusy, czy ze skóry jadowitych gadów i płazów) lub są to związki chemiczne (na bazie legalnych, dostępnych bez recepty leków z pseudoefedryną, kodeiną).
- Ze względu na nieznaną skład - zdarzają się przypadki śmiertelne albo głębokiego uszkodzenia układu nerwowego już po pierwszej dawce.
- Od pewnych substancji można się uzależnić szybciej niż od starych narkotyków. Ich zażywanie powoduje „gateway effect” – sięganie po coraz bardziej uzależniające substancje.





# Marihuana

- **Marihuana** –wpływ na rec. D w OUN, co w konsekwencji powoduje zniekształcone postrzeganie rzeczywistości zaburzenie koordynacji ruchowej zaburzenie logicznego myślenia problemy z pamięcią
- Powoduje objawy abstynencyjne (rozdrażnienie, zaburzenia snu i łaknienia, apatia, bóle głowy).
- **Syntetyczna marihuana** to bardzo niebezpieczny narkotyk zaliczany do dopalaczy. Susz dowolnej rośliny spryskuje się roztworami syntetycznych kannabinoidów, co znacznie zwiększa siłę oddziaływania substancji.
- Objawy niepożądane: poczucie odrealnienia, halucynacje, utrata kontroli nad swoimi zachowaniami, agresja, zaburzenia czynności serca, nagły skok ciśnienia, ekstremalne pobudzenie, niekontrolowane ruchy ciała, drgawki, wymioty.
- Nie można jej wykryć za pomocą testów na obecność narkotyków.





## Substancje psychoaktywne – konsekwencje uzależnienia

- Szkody zdrowotne – zdrowie somatyczne,
- Szkody psychiczne – zaburzenia psychiczne w czasie intoksykacji i przetrwałe,
- Zwiększone ryzyko samobójcze,
- Szkody społeczne – utrata relacji, bezdomność,
- Szkody zawodowe – praca, szkoła,
- Konsekwencje prawne,
- Gorsze funkcjonowanie,
- Obniżenie poziomu i jakości życia...

**...bagaż na całe życie**



# Zachowania samobójcze u młodzieży

- Okres dojrzewania – „normatywny kryzys tożsamości”
- Intensywne przemiany biologiczne, psychologiczne i społeczne → zmiana wyglądu zewnętrznego, kształtowanie się orientacji płciowej i poczucia własnej wartości
- Ok. 1/3 adolescentów rozwija się burzliwie i nieharmonijnie
- Typowe: postawy buntu, negacji norm i autorytetów, prowokacje, konstatacje, dążenie do inności, szukanie sensu życia

**Nierozwiązane w okresie adolescencji konflikty i problemy → przyczyna zaburzeń zachowania, agresji, ucieczek z domu, prób „S”, uzależnień.**



# Zachowania samobójcze u młodzieży

- **Myśli samobójcze**, inaczej **myśli suicydalne** (z ang. *suicidal ideation*, od łac. *suicidium*, samobójstwo) – objaw psychopatologiczny definiowany jako występowanie u danej osoby myśli związanych z chęcią odebrania sobie życia.
- Chęci odebrania sobie życia mogą mieć różne nasilenie, począwszy od zwiewnych myśli samobójczych bez tendencji do ich realizacji (bez tendencji samobójczych) aż po myśli samobójcze, którym towarzyszy plan samobójczy z ugruntowanym i silnym zamiarem jego realizacji.



# Zachowania samobójcze u młodzieży

- **Próba samobójcza** (ang. *suicidal attempt* albo *non-fatal suicidal attempt*) – samodzielnie podjęte i potencjalnie śmiertelne działanie, którego intencją było doprowadzenie do własnej śmierci, jednak wskutek którego do owej śmierci nie doszło
- Zgodnie z terminologią medyczną, podjęte przez osobę działania, którym nie towarzyszyła intencja samobójcza, bez względu na skutek, nie są określane mianem próby samobójczej
- **Samobójstwo** – intencjonalne odebranie sobie życia.



# Uwarunkowania samobójstw u młodzieży

- Samobójstwo to podstawowa przyczyna zgonów młodocianych
- Ostatnie dziesięciolecia – na świecie – nawet 3-krotny wzrost ilości

## Czynniki:

- Płeć, wiek, rasa, miejsce zamieszkania, szkoła, patologia rodziny (w tym depresja u rodziców, nadużywanie przez nich SPA)
- 2016r. – osób po próbach „S” **3,5x więcej** niż samobójstw (372, wiek 12-18 lat)
- 2017r. – **5x więcej** (587, wiek 12-18lat)



# Uwarunkowania samobójstw u młodzieży

Próby „S” u osób nieleczonych psychiatrycznie związane z:

- zespołami depresyjnymi (głównie dziewczęta),
- nadużywaniem SPA (głównie chłopcy)
- zaburzeniami zachowania

U leczonych psychiatrycznie najczęściej z powodu:

- schizofrenii
- depresji





## „Znaki ostrzegawcze” i czynniki ryzyka „S”

- Wzmianki o „S”, śmierci, poczuciu bezsensu życia, bezradności (werbalne i niewerbalne)
- Zmiany zachowania (np. rozdawanie swoich cennych rzeczy, izolowanie się od innych, zaniedbywanie wyglądu, określony typ muzyki, agresja jawna lub tłumiona)
- Wcześniejsze zachowania impulsywne, próby „S”, samouszkodzenia
- Obecność zaburzeń psychicznych – depresja, schizofrenia, zaburzenie osobowości, nadużywanie SPA
- Trudna sytuacja życiowa (np. konflikty w rodzinie, samotność, doświadczanie przemocy, niepowodzenia szkolne, odrzucenie przez osobę znaczącą, utrata kogoś lub czegoś)
- Zaburzenia psychiczne i samobójstwa w rodzinie.



# Wybrane zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży



Dr n. med. Iwona Patejuk-Mazurek

CZP MSCZ w Pruszkowie

APS Warszawa

Klinika Psychiatryczna WUM