



Młodziwe Uniwersytety Matematyczne

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Ewa Domagalska - Kurdziel

ZABURZENIA PSYCHICZNE I ZACHOWANIA SWOISTE DLA OKRESU ADOLESCENCJI

Adolescencja to okres nazywany jako „czas drugich narodzin” i „normatywny kryzys tożsamości”. To czas buntu, negacji form i autorytetów, kontestacji i prowokacji. To czas przejścia do kolejnego etapu rozwoju. To czas zmian w obszarze biologicznym, psychologicznym i społecznym. Jest to zmiana dla całego systemu rodzinnego. Nie jest łatwe, szczególnie dla nieprofesjonalistów różnicowanie „normy” od patologii.

W tym okresie występują częste zmiany nastroju, bunt, próby separacji, to czasem trudna do zniesienia dla dorosłych, norma rozwojowa. Postaram się scharakteryzować trzy, swoiste dla tego okresu zaburzenia, tj. depresję, zaburzenia jedzenia, zaburzenia zachowania.

Depresja

Badania epidemiologiczne nad zaburzeniami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wskazują na utrzymujące się wysokie wskaźniki rozpowszechnienia dysfunkcji psychicznych i zachowania w siedemdziesiątych latach XX w. opisane przez Antoniego Kępińskiego jako depresja młodzieńcza. Wynoszą one w populacji nastolatków od 31.6% do 24.6%. Depresja przejawia się w zespole zaburzeń nastroju, emocji, czynności poznawczych oraz zachowań utrzymujących się w dłuższym czasie i dużym nasileniu:

- **nastrój** – obniżony, może być zmienny z odcieniem dysfornii (u młodszych), nuda i anhedonia
- **lęk** - przed przyszłością, poczucie niezdolności osiągnięcia zadowalającego poziomu życia (wykształcenie, status materialny, partner życiowy)
- **sfera poznawcza** – obszar nauki szkolnej (trudności w uczeniu się, niepowodzenia szkolne, trudności w skupieniu uwagi, poczucie nieoryginalności myślenia, poczucie małej wartości)
- **aktywność** – obniżony poziom, często maskowany dysfornią i zaburzeniami zachowania, trudności z rozpoczęciem działania, łatwe męczenie się, zaburzone rytm dobowy, często zaniedbania w wyglądzie zewnętrznym
- **zaburzenia zachowania** – (sprawiają najwięcej trudności rodzicom)- tj. np. niepodejmowanie czynności oczekiwanych od młodego człowieka (szkoła, dom, społeczność), łamanie norm, nakazów i zakazów, co stwarza zagrożenie dla dalszej aktywności życiowej – środki psychoaktywne, aktywność seksualna. **Wewnętrzne uczucie dyskomfortu i brak nadziei na osiągnięcie go w przyszłości ułatwiają podejmowanie ryzykownych zachowań (natychmiastowa, doraźna zmiana), próby samobójcze**



i samookaleczenia!!!

- **Dolegliwości somatyczne** – poczucie choroby która wyjaśnia subiektywnie złe samopoczucie i spadek sprawności.
- **Zachowania autodestrukcyjne** – samookaleczenia, samobójstwa

Bardzo istotna jest znajomość przez nauczycieli znaków ostrzegawczych dotyczących ryzyka samobójstwa, są to:

- wypowiedzi o samobójstwie i śmierci, o bezradności i poczuciu bezsensu życia
- zmiany zachowania (np. rozdawanie cennych rzeczy, zaniedbywanie swojego wyglądu, agresja, izolowanie się od ludzi)
- informowanie o wcześniejszych samouszkodzeniach lub próbach samobójczych
- obecność zaburzeń psychicznych (głównie depresji, nadużywanie substancji psychoaktywnych)
- trudna sytuacja życiowa (np. konflikty rodzinne, samotność, doświadczenie przemocy, niepowodzenia szkolne, utrata)
- występowanie w rodzinie samobójstw i zaburzeń psychicznych

Zaburzenia jedzenia.

Do najważniejszych **zaburzeń odżywiania się** zaliczamy jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa) oraz bulimię psychiczną (bulimia nervosa). Coraz częściej do grupy podstawowych zaburzeń odżywiania się dołączany jest – pochodzący z klasyfikacji amerykańskiej – zespół napadowego objadania się (binge eating disorder).

Jadłowstręt psychiczny charakteryzuje się prowokowaną utratą masy ciała – powyżej 15% wagi należnej dla wieku i wzrostu (w przybliżeniu BMI poniżej 17,5) . *BMI – współczynnik masy ciała, który obliczamy, dzieląc masę ciała podaną w kilogramach przez wzrost podniesiony do kwadratu podany w metrach*) Chudnięciu towarzyszą zaburzenia somatyczne, których ważnym diagnostycznie wyrazem jest zanik miesiączki. W anoreksji w okresie rozwojowym występuje też niekiedy nie tyle spadek, ile brak oczekiwanego przyrostu masy ciała oraz opóźnienie pojawienia się pierwszej miesiączki. Regułą w jadłowstręcie psychicznym jest niedostrzeganie swojego wychudzenia i destruktywnego wpływu objawów na własne zdrowie i życie. Spadek masy ciała wywołany jest najczęściej przestrzeganiem diety redukcyjnej lub całkowitymi postami. Zdarza się też, że w celu schudnięcia stosowane są środki przeczyszczające i moczopędne, preparaty wpływające na metabolizm, wymioty oraz intensywne ćwiczenia fizyczne.

Podstawowym objawem bulimii psychicznej jest przyjmowanie w krótkim czasie znacznych ilości pokarmu, a następnie podejmowanie działań kompensacyjnych służących zapobieżeniu przytycia. Do tych ostatnich należą m.in. wymioty, przyjmowanie środków przeczyszczających, intensywne ćwiczenia fizyczne oraz posty. Wśród dziewcząt cierpiących na bulimię psychiczną występuje zwykle negatywna ocena kształtu i masy własnego ciała. W szerszym kontekście jest ono zwykle składowa niskiego poczucia wartości.

Obecnie istnieje co najmniej kilka, różnych koncepcji wyjaśniających przyczyny zaburzeń odżywiania się. Ich autorzy pomimo znaczących różnic są zgodni, że źródeł zaburzeń odżywiania się poszukiwać należy znacznie głębiej niż tylko w wymykającej się spod kontroli kuracji odchudzającej. **Wyniszczająca odmowa jedzenia, bywa interpretowana więc jako powrót do pierwotnego języka ciała w celu wyrażenia własnych stanów emocjonalnych. Większość autorów uważa, że jedynie wieloczynnikowy model etiologiczny – ujmujący obok czynników społeczno-kulturowych czynniki rodzinne, indywidualne i biologiczne – pozwala wyjaśnić ten wielowymiarowy fenomen, jakim są zaburzenia odżywiania się.** Warto też wspomnieć, iż najprawdopodobniej u różnych osób ten sam objaw może rozwijać się na innej drodze. Problemy emocjonalne, przejawiające się wśród dziewcząt poprzez zaburzenia odżywiania się, u chłopców mogą znajdować swój wyraz w intensywnym zajmowaniu się kulturystyką. W tym kontekście opisywane są zespoły „odwróconej anoreksji” – „kompleksu Adonisa”, w których chłopcy o bardzo rozbudowanej muskulaturze nadal uważają się za zbyt chudych, intensywnie ćwiczą oraz przyjmują nielegalne substancje na przyrost masy ciała.

Zaburzenia zachowania.

Jak podają dane epidemiologiczne około 20 -25% osób w okresie dojrzewania ujawnia zaburzenia zachowania. Zaburzenia zachowania w ujęciu obowiązującej klasyfikacji ICD-10. cechują powtarzające się i utrwalone wzorce zachowania dyssocjalnego, agresywnego lub buntowniczego.

Rozpoznanie zaburzeń zachowania ustalamy tylko wtedy, gdy zaburzenia trwają nie krócej niż sześć miesięcy i wyklucza się rozpoznanie schizofrenii, manii, całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń hiperkinetycznych i depresji.

Rozróżniamy trzy typy zaburzeń zachowania:

- Zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego;
- zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji;
- zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji, zaburzenia opozycyjno - buntownicze

Z zaburzeniami zachowania mamy do czynienia gdy dojdzie do naruszenia norm (społecznych, prawnych), ale także gdy dane zachowanie, uporczywie powtarzające się, ma charakter nie-przystosowawczy, gdy obserwujemy podobne reakcje dziecka w różnych środowiskach.

Przyczyn powstania zaburzeń zachowania możemy szukać zarówno biorąc pod uwagę czynniki biologiczne np. w zagrożonej ciąży, skomplikowanym porodzie, niskiej punktacji abgar itp. (powstające wtedy deficyty są na tyle słabe, że nie dają objawów neurologicznego uszkodzenia cun, ale prawdopodobnie na tyle osłabiają system nerwowy, że dzieci te w późniejszym okresie bywają nadwrażliwe, słabiej radzą sobie ze stresem, złością i własną agresją), jak i psychologiczne np. psychologiczna atmosfera ciąży i porodu, czy ciąża była akceptowana, w jakim okresie życia była matka, na ile ciąża skomplikowała życie, jaki to był etap związku. Także niezwykle istotna jest aktualna sytuacja. Dlatego, że znakomita większość nastolatków z zaburzeniami zachowania zmaga się aktualnie z obiektywnie bardzo poważnymi problemami dotyczącymi jego rodziny. Trudności, dysfunkcje czy patologia rodzinna ma ewidentny związek z powstawaniem zaburzeń młodzieży w tym także zaburzeń

zachowania. Wspólnym mianownikiem różnych problemów w rodzinie jest niezaspokojenie, czasem chroniczne podstawowych potrzeb psychicznych dziecka, co prowadzi do licznych wewnętrznych konfliktów, silnej kumulacji napięć, które bywają rozładowywane w postaci chaotycznej i nieprzemyślanej aktywności.

Próbując przedstawić portret psychologiczny ucznia z zaburzeniami zachowania korzystam, z prostego podziału na cechy uwarunkowane temperamentalnie, cechy związane z emocjami i sferą charakterologiczną.

Znakomita większość to osoby ekstrawertywne. Posiadają więc łatwość w nawiązywaniu kontaktów, bogatą i wyraźną ekspresję emocji, szybko przystosowują się do nowych warunków, są śmiałe i skłonne do podejmowania ryzyka, szybkie i energiczne w działaniu, często prezentujące postawę „wszystko jest w najlepszym porządku”. Łatwo ulegają nastrojom działając na zasadzie słomianego zapału, często nie objętego wystarczającą refleksją. Przejawiają skłonność do dominowania, narzucania innym swojego zdania. Często są sprytnie i inteligentne. Emocjonalnie bardzo mało stabilne, nastrój zmienny: chwile dobrego humoru przeplatają się z drażliwością czy skłonnością do emocjonalnych załamania. Mają bardzo niską tolerancję stresu, niecierpliwość, skłonność do natychmiastowego zaspokajania potrzeb. Często zbyt wysoki, ale często też zbyt niski poziom lęku. W przeżywaniu może nie pojawiać się poczucie winy lub mieć charakter jedynie deklaracyjny.

Cechuje je słaby charakter, szybkie uwalnianie się od odpowiedzialności, niesumienność, bagatelizują obowiązki i zobowiązania, brak dbałości o dobrą opinię i o dobry poziom kierowania samym sobą.

Specyficznymi problemami często towarzyszącymi zaburzeniom zachowania są używki i podejmowane próby samobójcze, agresja dziewcząt, prostytutka, przestępczość.

70-80 % młodzieży z rozpoznaniem zaburzenia zachowania regularnie nadużywa alkoholu, większość eksperymentuje z narkotykami lub substancjami psychoaktywnymi. Jest to związane zarówno z potrzebą odreagowania stresu domowego, wynika z wymienionych wcześniej cech osobowości, a także w znacznej mierze wynika z wpływu grupy rówieśniczej, którą stanowią często osoby starsze, zdemoralizowane, uzależnione. Stosowanie używek w tej grupie młodzieży ma bardziej burzliwy charakter i destrukcyjne skutki. Często uzasadnia agresję i ekscesy seksualne, szybciej dochodzi do uzależnienia. W grupie młodzieży z zaburzeniami zachowania często dochodzi do podejmowania prób samobójczych.

Zajmowanie się zagadnieniem **zaburzeń zachowania** wydaje się być istotne i uzasadnione przynajmniej z trzech powodów:

- Po pierwsze jak podają dane epidemiologiczne około 20 -25% osób w okresie dojrzewania ujawnia te zaburzenia, co w praktyce sprowadza się do tego, że nie ma szkoły, rocznika, być może nawet klasy gdzie nie byłoby dziecka z tymi zaburzeniami.
- Po drugie nie ma drugiego schorzenia, którego efekty leczenia byłyby tak mocno uzależnione od współdziałania, na równych prawach, różnych instytucji jak szkoła, sąd, służba zdrowia .
- Po trzecie wreszcie, zaburzeniom zachowania towarzyszy równocześnie uczucie bezradności i to zarówno na poziomie rozwiązań systemowych jak i indywidualnych doświadczeń terapeutycznych oraz szeroki zakres strat zarówno indywidualnych, społecznych, ekonomicznych, emocjonalnych itp.

