

# Najczęstsze zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Małgorzata Łoskot

**W Polsce żyje około 7,5 mln dzieci i młodzieży. Dane WHO wskazują, że 20% osób z tej grupy wiekowej cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne, z czego 50% wszystkich objawia się po raz pierwszy, zanim dziecko ukończy 14 lat. Jak wynika z analiz opublikowanych w raporcie NIK z kontroli dostępności leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w latach 2017-2019, blisko 9%, czyli ok. 670 tys. dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia wykazuje zaburzenia psychiczne w stopniu wymagającym profesjonalnej pomocy psychiatrycznej i psychologicznej.**

W poradnictwie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży stosuje się międzynarodową klasyfikację chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, zawierającą w części F „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”. Do zaburzeń najczęściej rozpoznawanych w dzieciństwie i adolescencji należą:

- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48), charakteryzujące się występowaniem lęków, nawracających uporczywych myśli lub czynności przymusowych, dezadaptacyjnych reakcji na ostry lub przewlekły stres - lęki, fobie;
- zaburzenia fizjologiczne (F50-F59) - zaburzenia odżywiania;
- zaburzenia rozwoju psychologicznego (F80-F89) obejmujące specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (np. czytania, ortografii, umiejętności arytmetycznych), całościowe zaburzenia rozwojowe (np. autyzm, zespół Aspergera, zespół Retta);
- zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98),
- obejmujące: zaburzenia hiperkinetyczne/zespoły nadpobudliwości ruchowej (ADHD), zaburzenia zachowania (depresyjne, opozycyjno-buntownicze), zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie (lęk separacyjny, fobie), tiki (np. zespół Tourette'a).

Od stycznia 2022 r. ma być oficjalnie stosowana klasyfikacja ICD-11, wymieniająca ok. 250 zaburzeń uporządkowanych według 20 rozpoznanych kategorii.

**Najważniejsze kryteria diagnostyczne oraz zmiany w funkcjonowaniu ucznia, które powinny budzić niepokój nauczycieli i rodziców w odniesieniu do wybranych zaburzeń zdrowia psychicznego**

## Zaburzenia zachowania

Należą tu zaburzenia o dość niejednorodnej diagnostyce. Kryterium wyróżniającym jest względnie stały, powtarzalny wzór zachowań trwających dłużej niż sześć miesięcy, cechujący się agresywnością

i dyssocjalnością. Dominują głównie zachowania agresywne, stosowanie przemocy fizycznej, wdawanie się w bójki, tyranizowanie innych, okrucieństwo wobec ludzi i zwierząt, niszczenie przedmiotów, podpalenia, kradzieże, kłamstwa, poważne nieposłuszeństwo, rozpoznawane częściej u chłopców niż u dziewcząt. Występujące u młodszych uczniów nieposłuszeństwo, nieopanowane wybuchy złości mogą jednak zapowiadać wystąpienie poważniejszych zachowań dyssocjalnych w okresie dorastania. Zaburzenia zachowania mają dość złożony charakter i mogą być wypadkową czynników środowiskowych, biologicznych oraz indywidualnych cech temperamentu dziecka. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić zaburzenia emocjonalne i ADHD (z którymi zaburzenia zachowania często współwystępują), zaburzenia psychotyczne, chorobę afektywną dwubiegunową, zespół stresu pourazowego.

### **Zaburzenia lękowe**

Wiążą się z występowaniem wielu objawów: somatycznych (wzrost ciśnienia, utrudnione oddychanie, biegunka, bóle głowy), psychologicznych (zwiększona drażliwość, koszmary senne, uczucie „pustki w głowie”), społecznych (wycofanie i trudności w kontaktach społecznych) i behawioralnych (nadmierna lub zmniejszona aktywność). Do najczęściej występujących u dzieci zaburzeń lękowych należą:

- lęk przed separacją w dzieciństwie – charakteryzuje się cierpieniem i nadmiernymi obawami przed rozdzieleniem z osobami, do których dziecko jest przywiązane, stałą i nierealistyczną obawą, że coś złego może się tym osobom przydarzyć,
- zespół uogólnionego lęku – nadmierny, nierealistyczny lęk, który nie jest powiązany z żadną konkretną sytuacją czy zewnętrznym stresem, utrzymujący się przez wiele miesięcy i odczuwany jako trudny do opanowania,
- zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – uporczywie powracające, niepożądane i narzucające się myśli lub wyobrażenia, które odbierane są jako bezsensowne, powodujące wyraźny lęk, oraz powtarzające się zachowania, których głównym celem jest zmniejszenie lęku lub cierpienia, np. przymusowe mycie rąk.

U dzieci i młodzieży szkolnej pojawia się również fobia szkolna, czyli lęk i unikanie dotyczące wyłącznie środowiska szkolnego. Może mieć ona postać ostrą – spowodowaną silnym przeżyciem na terenie szkoły, lub przewlekłą – narastającą stopniowo, czasem poprzedzoną przykrym epizodem na początku nauki. Ogólnie przyjmuje się, że zaburzenia lękowe dotyczą 5–8% dzieci, a ich przyczyny mogą być zarówno genetyczne, jak i związane z przeszłymi doświadczeniami, relacjami w rodzinie czy z rówieśnikami. Lęki odczuwane jako trudne do opanowania powodują trudności w normalnym funkcjonowaniu i prowadzą do wycofania się z aktywności społecznej, szkolnej.

### **Zaburzenie odżywiania**

Pojawia się wtedy, gdy jedzenie i masa ciała stają się centralnymi obiektami zainteresowania, którym podporządkowana zostaje cała aktywność ucznia. Postawy i zachowania dotyczące odżywiania stanowią wówczas swojego rodzaju ekspresję niezaspokojonych potrzeb psychicznych. Do najczęściej występujących zaburzeń odżywiania zalicza się:

- jadłowstręt psychiczny (anoreksja) – przewlekłe zaburzenie o największej śmiertelności ze wszystkich zaburzeń psychicznych, wynoszącej 5–20%; w anoreksji dochodzi do zmniejszenia dobowej liczby przyjmowanych kalorii w stosunku do potrzeb organizmu z powodu silnej obawy przed zwiększeniem masy ciała, nawet wówczas, gdy gwałtowny spadek wagi doprowadził do znacznego wyniszczenia; charakterystyczne są też zaburzenia myślenia i postrzegania swojej sylwetki, za którymi idą intensywne ćwiczenia fizyczne, używanie środków moczopędnych i przeczyszczających, prowokowanie wymiotów; na anoreksję najczęściej chorują dziewczęta między 14. a 18. rokiem życia;
- żarłoczność psychiczna (bulimia) – zaburzenie, w którym dąży się do schudnięcia, stosując

głodówki, ćwiczenia, wymioty, środki przeczyszczające, ale równocześnie występują napady objadania, kiedy traci się kontrolę nad spożywaniem pokarmów, nie można zaprzestać jedzenia i zapanować nad tym, ile i czego się zjada; po napadzie objadania znów występują wyżej opisane zachowania kompensacyjne; w zaburzeniu tym również pojawia się obawa przed przytęciem, ze stałym dążeniem do utrzymani wagi wyraźnie niższej niż prawidłowa dla danej osoby; podejrzenie intensywnych wymiotów może nasunąć występowanie pęknięć śluzówek i skóry w okolicach kącików ust, uszkodzenia szkliwa zębów, urazy jamy ustnej, zmiany na skórze grzbietowej części dłoni;

- kompulsywne objadanie się – wynika z wewnętrznego przymusu, wiąże się m.in. z nadmiernym spożywaniem wysokokalorycznych pokarmów, częstym stosowaniem różnorodnych diet odchudzających, powstrzymywaniem się od jedzenia w obecności innych osób, wycofywaniem się z życia towarzyskiego i aktywności fizycznej, postępującym zmęczeniem i brakiem energii; ponieważ nie dochodzi do przeczyszczania i brakuje ćwiczeń fizycznych, dana osoba systematycznie przybiera na wadze i staje się otyła; u dzieci może to być behawioralny wyraz deprivacji emocjonalnej, kompensowania w ten sposób napięcia powstałego w sytuacji braku wsparcia w środowisku; szczególnego zainteresowania wymaga dziecko, które gwałtownie przybiera na wadze.

## **Depresja i depresyjność**

Dziewczynki szybciej wysyłają sygnały ostrzegawcze. Okaleczają się, znajdując w tym ujście emocji, lub podejmują próby samobójcze. To znak ostrzegawczy. U chłopców jest gorzej, bo np. stają się agresywni i nikt nie wie, że to objawy zaburzeń depresyjnych czy innych problemów emocjonalnych. Próby targnięcia się na własne życie są zwykle skuteczne.

To zaburzenie nastroju stwierdza się u 2% dzieci oraz u 8% nastolatków (częściej chorują dziewczęta). Szeroko rozumiane zaburzenia depresyjne mogą występować u 20% nastolatków, a niektóre źródła podają, że objawy depresyjne stwierdza się u blisko co trzeciego nastolatka. Manifestacja objawów zależy od etapu rozwoju dziecka – im jest ono młodsze, tym trudniej jest mu określić i opisać opiekunom swój stan emocjonalny. Kilkulatki zgłaszają zwykle niecharakterystyczne objawy, często po prostu mówią lub sygnalizują w inny sposób, że źle się czują i nie potrafią określić, czy takie samopoczucie wynika z dolegliwości cielesnych czy cierpienia psychicznego. W tej grupie wiekowej ogromne znaczenie ma obserwacja zachowań i funkcjonowania dziecka.

Objawami depresji u dzieci i młodzieży szkolnej są najczęściej:

- smutek, przygnębienie, płacliwość, drażliwość, łatwe wpadanie w złość lub rozpacz, demonstrowanie wrogości wobec otoczenia, zachowania odpychające, zniechęcające do nawiązania kontaktu;
- zubożenie, apatia, zmniejszenie, a nawet utrata zdolności do przeżywania radości – dziecko przestaje cieszyć się z rzeczy lub wydarzeń, które wcześniej sprawiały mu radość, poczucie znudzenia, zniechęcenia, ograniczenie lub zaprzestanie aktywności, które wcześniej były dla dziecka ważne lub przyjemne (np. zabawa, hobby, spotkania z rówieśnikami), a także niechęć do podejmowania codziennych obowiązków lub zupełne ich zaniechanie – odmowa porannego wstawania, chodzenia do szkoły, wychodzenia z domu, w skrajnych przypadkach – ze swojego pokoju, zaniedbywanie higieny osobistej;
- nadmierna reakcja na uwagi, krytykę – reagowanie rozpaczą lub dużą złością nawet na uwagę zwróconą w bardzo delikatny sposób;
- depresyjne myślenie: „Wszystko jest bez sensu”; „I tak nic mi się nie uda”, niska samoocena:

„Jestem beznadziejny, gorszy, nieatrakcyjny, głupi”, bardzo pesymistyczna ocena rzeczywistości, własnych możliwości, przyszłości;

- poczucie bycia bezużytecznym, niepotrzebnym, nadmierne obwinianie się nawet za te wydarzenia i okoliczności, na które nie ma się wpływu (np. za konflikt między rodzicami);
- w ciężkich przypadkach depresji mogą wystąpić objawy psychiatryczne: omamy (inaczej halucynacje), najczęściej słuchowe, rzadziej wzrokowe i węchowe i/lub urojenia – ich treść jest zgodna z depresyjnym nastrojem;
- uczucie niepokoju, napięcia wewnętrznego oraz lęk – niemal nieustający, o stałym nasileniu, nieokreślony: „Sama nie wiem, czego się boję”;
- podejmowanie impulsywnych, nieprzemyślanych i ryzykownych działań, picie alkoholu, stosowanie innych środków psychoaktywnych, często w celu złagodzenia lęku, napięcia, smutku;
- działania autoagresywne, samookaleczenia, zażywanie w nadmiarze leków w celu „zatrucia się”, ale nie w celu odebrania sobie życia;
- myśli rezygnacyjne: „Życie jest bez sensu”; „Po co ja żyję”, fantazje na temat śmierci: „Co by było, gdybym umarł?”; „Innym byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”;
- myśli samobójcze – rozmyślanie, fantazjowanie na temat odebrania sobie życia, tendencje samobójcze (planowanie lub czynienie przygotowań do popełnienia samobójstwa, a w skrajnych przypadkach próby samobójcze), podejmowanie bezpośrednich działań mających na celu odebranie sobie życia;
- inne, niecharakterystyczne dla depresji objawy i problemy, które mogą występować w jej przebiegu: zaburzenia koncentracji i trudności z zapamiętywaniem, pobudzenie psychoruchowe, często wynikające z przeżywanego lęku i napięcia, podejmowanie niektórych aktywności w nadmiarze, zwiększenie lub zmniejszenie apetytu, a w efekcie zmiany masy ciała, problemy ze snem (trudności z zasypianiem, wybudzanie się w nocy, budzenie się wcześniej rano, nadmierna senność).

W grupie dzieci i młodzieży depresja dość często przyjmuje atypowy obraz. Wtedy na plan pierwszy wysuwają się: u młodszych – uporczywe dolegliwości somatyczne prowadzące do licznych i dokładnych badań medycznych, w wyniku których nie udaje się znaleźć organicznych przyczyn tych objawów, a u nastolatków – bunt wobec rodziców, szkoły, nieprzestrzeganie zasad, zachowania agresywne i autoagresywne.

Nie rozpoznaje się depresji u dziecka, które przez kilka dni ma gorszy humor z powodu sprzeczki z rówieśnikami czy otrzymania złej oceny w szkole. Jeśli jednak objawy depresyjne mają takie nasilenie, że utrudniają dziecku codzienne funkcjonowanie oraz gdy utrzymują się dłużej niż dwa tygodnie, należy zgłosić się po fachową pomoc. Sytuacją, w której należy bezwzględnie i natychmiastowo poszukiwać pomocy, jest zagrożenie samobójstwem.

### **O tym trzeba pamiętać**

Zaburzenia zdrowia psychicznego mają różny przebieg, niektóre stale wpływają na zachowanie ucznia, inne – epizodycznie. Zadaniem pedagogów jest baczna obserwacja dzieci i młodzieży, zdobycie informacji o różnicach w przejawianiu się u uczniów indywidualnych cech psychicznych oraz zwracanie uwagi na wskaźniki zaburzeń głębszych. To pozwoli na wyodrębnienie danego dziecka spośród innych, zainteresowanie się nim i jego problemami, udzielenie mu wsparcia psychologicznego, a w razie konieczności podjęcie specjalistycznej interwencji medycznej i terapeutycznej. Uwaga nauczycieli jest podstawą szkolnej ochrony dobrostanu psychicznego młodych ludzi, oddawanych codziennie na kilka godzin, i to przez wiele lat, pod ich opiekę, edukację i wychowanie.

Literatura polecana:

- Gmitrowicz A., Janas-Kozik M., Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży, Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2018.
- Jerzak M., Zaburzenia psychiczne i rozwojowe dzieci a szkolna rzeczywistość, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.