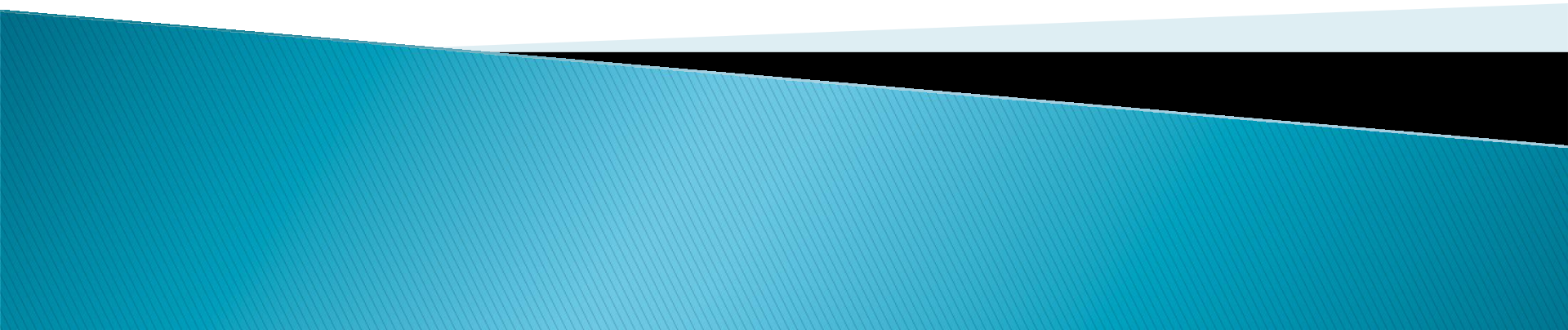


Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży



Niepełnosprawność umysłowa

Upośledzenie stopień	Iloraz inteligencji	Funkcjonowanie - wiek rozwojowy (lata)	Poziom edukacyjny	Pomoc
lekkie	69-50	12-9	szkoła podstawowa	wsparcie
umiarkowane	49-35	8-6	szkoła specjalna	pomoc
znaczne	34-20	5-3	szkoła życia	ciągła opieka
głębokie	19-0	<2	---	instytucje

Deficyty parcjalne

- } Zaburzenia rozwoju funkcji mowy
 - artykulacji
 - ekspresji
 - rozumienia

Deficyty parcjalne

- } Funkcje rozwoju funkcji szkolnych
 - czytania
 - pisania
 - liczenia

Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder

Zaburzenie Hiperkinetyczne

- } Zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość, impulsywność
- } Deficyt uwagi
 - problemy w utrzymaniu uwagi

ADHD objawy

} Nadruchliwość/impulsywność

- „wiercenie się”
- wielomówność
- niezdolność doczekania swojej kolejki
- przerywanie wypowiedzi / wtrącanie się

ADHD objawy

- } Trwają przez co najmniej 6 miesięcy
- } Początek przed 7 rokiem życia
- } Pogorszenie w zakresie co najmniej 2 obszarów funkcjonowania
- } Znaczące pogorszenie wyników szkolnych

ADHD – występowanie

- } Najczęstsze zaburzenie psychiczne wśród dzieci leczonych przez pediatrów ambulatoryjnie
- } 5-7% występowania u dzieci w pierwszej połowie szkoły podstawowej
- } Częściej chłopcy

ADHD przebieg

- } 30-80% prezentuje nadal niektóre objawy w okresie adolescencji lub nawet dorosłości
- } Wyższe ryzyko używania SPA – substancji psychoktywnych

Autyzm dziecięcy

- dotyczy całościowych zaburzeń rozwoju dziecka (u dzieci obserwuje się objawy nieprawidłowego funkcjonowania we wszystkich obszarach rozwoju)
- pierwsze symptomy pojawiają już u kilkunastomiesięcznych niemowląt, widoczne u dzieci przed 3 r.ż.
- nie leczony może prowadzić do bardzo głębokich zaburzeń funkcjonowania w późniejszym wieku,
- zaburzenia autystyczne mają bardzo zróżnicowany charakter, nie tworzą jednolitego obrazu co do symptomatologii i głębokości zaburzeń („spektrum zaburzeń autystycznych”),

Autyzm dziecięcy

Pierwsze objawy to: trudności z nawiązywaniem kontaktu wzrokowego, brak zainteresowania innymi osobami, trudności z posługiwaniem się gestami, brak reagowania na swoje imię, brak zabawy symbolicznej, opóźnienie lub regres rozwoju mowy

Autyzm dziecięcy

Pogorszenie komunikacji werbalnej

- Opóźnienie lub brak rozwoju mowy (50% nigdy nie mówi)
- Zaburzenia formy lub treści wypowiedzi (echolalie, brak właściwego użycia zaimków osobowych)
- Niezdolność do zainicjowania lub utrzymania konwersacji

Autyzm dziecięcy

Ograniczony i stereotypowy repertuar zainteresowań i aktywności

- Stereotypie ruchowe
- Koncentracja na detalach
- Brak elastyczności
- Ograniczony lub dziwaczny obszar zainteresowań

Autyzm dziecięcy – występowanie

- } .04% = 4/10tys. niemowląt
- } 4 chłopców : 1 dziewczynka
- } 80% < 70 w teście inteligencji

Autyzm dziecięcy – przebieg

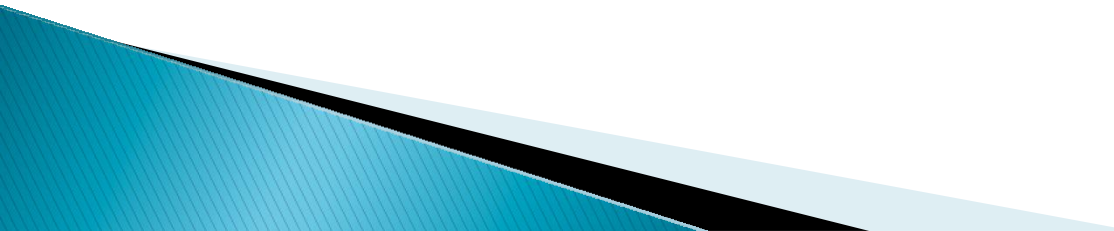
- } 50% pacjentów w opiece ośrodków opieki
- } 35-45% wymaga codziennej opieki
- } 5-17% relatywnie dobre funkcjonowanie

Autyzm dziecięcy – przebieg

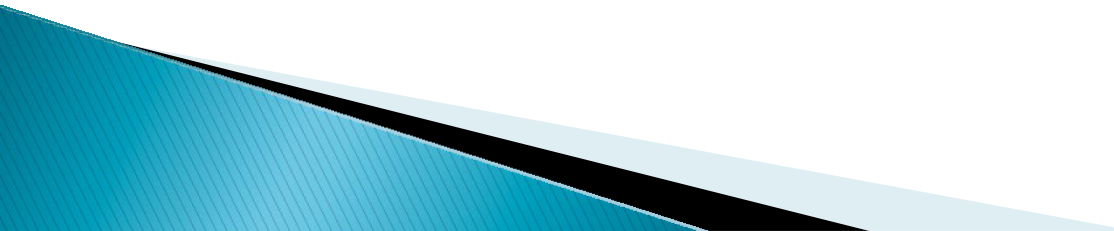
- } Lepsza prognoza, gdy:
 - Wyższa inteligencja
 - Dochodzi do rozwoju mowy przed 5 rokiem życia

Autyzm dziecięcy – etiologia:

Objawy autyzmu są spowodowane nieprawidłowym rozwojem funkcjonowania mózgu we wczesnym dzieciństwie,

- wpływ czynników genetycznych,
 - czynniki infekcyjne,
 - nieprawidłowości w przemianach metabolicznych,
 - zaburzenia okresu ciąży i porodu.
- 

Autyzm dziecięcy – postępowanie:

- wczesna diagnoza, wszechstronna terapia osoby z autyzmem, zwiększa szansę na poprawę funkcjonowania społecznego,
 - terapia powinna być intensywna, systematyczna i dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka,
 - dodatkowe choroby mogą pogarszać funkcjonowanie chorych np. współwystępowanie padaczki,
 - odpowiednie wspieranie rodziców i otoczenia dziecka,
 - brak dowodów na efekt leczniczy diet eliminacyjnych
- 

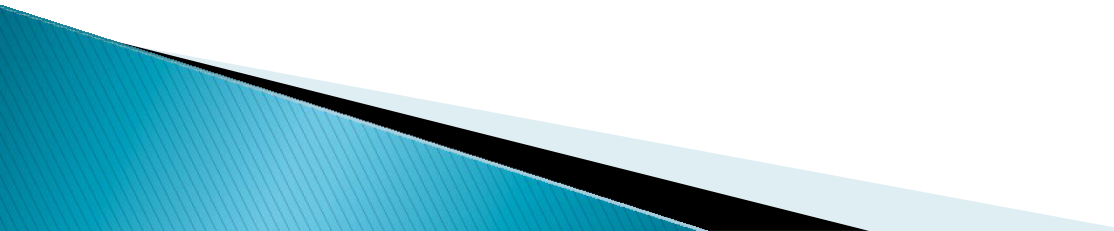
Zaburzenia zachowania

Złożony zespół problemów emocjonalnych oraz dotyczących ogólnego postępowania dzieci i młodzieży.

W amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV zaburzenia zachowania są uporządkowane w następujące grupy symptomatyczne:

- zachowania agresywne, zagrażające zdrowiu i życiu bądź przynoszące fizyczną szkodę innym ludziom i istotom żywym;
- nieagresywne zachowania powodujące utratę lub zniszczenie cudzej własności;
- włamania i kradzieże;
- poważne naruszenie prawa.

Zaburzenia zachowania

- rozpoznawane w przypadku, gdy charakterystyczny dla dziecka wzorzec aspołecznego postępowania powtarza się wielokrotnie, wykazuje cechy stałości i dotyczy poważnego naruszania praw innych ludzi oraz łamania norm społeczno-etycznych;
 - trzy lub więcej specyficznych zachowań (z grup podanych powyżej) było obserwowanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a przynajmniej jedno z aspołecznych zachowań wystąpiło w ciągu minionych 6 miesięcy;
 - zaburzenia w zachowaniu dziecka wpływają niekorzystnie na jego funkcjonowanie w wielu dziedzinach życia, tj. w kontaktach interpersonalnych z osobami znanymi i obcymi, osiągnięciach szkolnych i innych rodzajach aktywności
- 

Zaburzenia zachowania

- przyczyną takich zaburzeń jest prawdopodobnie kombinacja aberracji genetycznych oraz czynników środowiskowych,
- dzieci z zaburzeniami zachowania wykazują wiele innych, towarzyszących zakłóceń rozwojowych np. do najczęściej wymienianych należy zespół nadaktywności psychoruchowej z zaburzeniami uwagi (ADHD)

Diagnoza

- } Opinia rodziców
- } Opinia nauczycieli
- } Opinia dzieci

Różnicowanie

- } ADHD
- } Inne zaburzenia zachowania
- } Zaburzenia afektywne
- } Psychozy dziecięce
- } Upośledzenie umysłowe (lekkie)

Epidemiologia

- } 2-20% dzieci ma zaburzenia zachowania
- } Chłopcy : Dziewczynki = 2-3:1
- } Równie częste u dzieci z pierwszych klas szkoły podstawowej jak ADHD

Zaburzenia zachowania – terapia:

- terapia dziecka ukierunkowana jest na rozwój i kształcenie umiejętności psychospołecznych, zdolności do samokontroli oraz przyjaznych sposobów prowadzenia komunikacji,
- rozwijanie zachowań adaptacyjnych oraz opanowanie technik kontroli emocji, umiejętności ich identyfikacji i świadomości ich źródeł,
- interwencja rodzinna - polega na udzieleniu rodzicom wsparcia z powodu zakłóceń w funkcjonowaniu systemu, w którym dziecko z zaburzeniami zachowania często stanowi najsłabsze ogniwo,
- pomoc rodzicom w rozwiązaniu ich osobistych problemów,
- terapia behawioralna rodziny (stosowania skutecznych metod wychowawczych, efektywnej komunikacji z dzieckiem, nauka strategii negocjacyjnych, przydatnych w rozwiązywaniu problemów)
- edukacja nauczycieli pozostających w kontakcie z dzieckiem

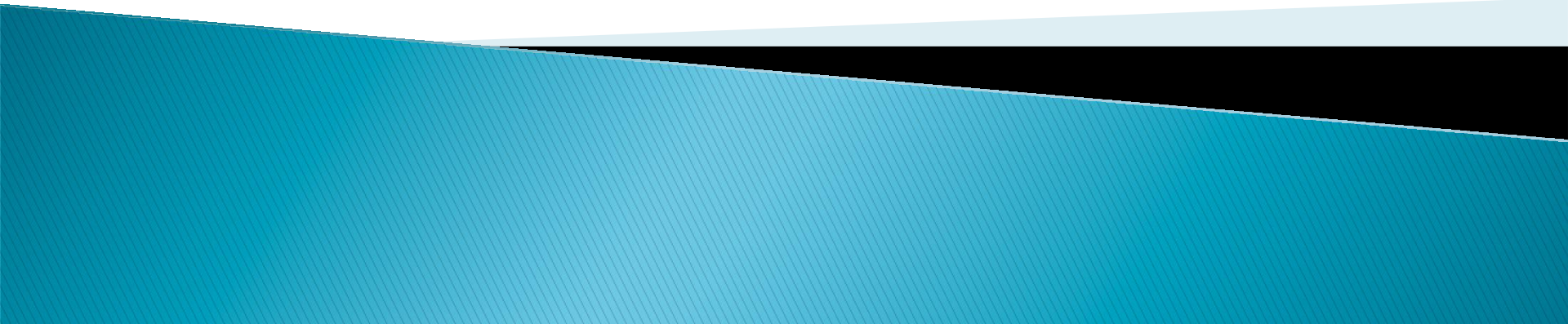
Inne dziecięce zaburzenia psychiczne

- } Zespół lęku separacyjnego
- } Zaburzenie typu nadmiernego lęku w dzieciństwie
- } Zaburzenie typu nadmiernej rywalizacji z rodzeństwem
- } Mutyzm wybiórczy
- } Zaburzenie typu utrudnienia kontaktów socjalnych
- } Zaburzenie typu nadmiernej łatwości kontaktów socjalnych

Lęk separacyjny

- A. Nadmierny lęk w sytuacjach związanych z separacją (realną lub wyobrażeniową) wyrażający się w co najmniej 3 objawach:
1. Nierzeczywiste i ciągłe martwienie się o negatywne skutki separacji od znaczących osób lub strach przed opuszczeniem przez te osoby
 2. Nierzeczywiste i ciągłe martwienie się o tragiczne zdarzenia, które mogą dotknąć znaczące osoby: śmierć, porwania, zabójstwo, wypadek
 3. Przewlekły upór w opuszczaniu szkoły, po to aby pozostać z rodzicami
 4. Spanie z rodzicami
 5. Lęk przed samotnością
 6. Powtarzające się koszmary nocne o separacji
 7. Powtarzające się dolegliwości fizyczne w dni szkolne: bóle głowy, brzucha, nudności, wymioty
 8. Wybuchy płaczu lub złości w sytuacji antycypacji separacji
 9. Dolegliwości fizyczne w szkole umożliwiające powrót do domu, częste telefonowanie do domu
- B. Czas trwania co najmniej 2 tygodnie
- C. Początek przed 18 r.ż.
- D. Lęk nie jest związany z autyzmem, schizofrenią, lub inną psychozą

Uzależnienia u dzieci i młodzieży



Uzależnienie:

- uporczywe dążenie do przyjmowania danej substancji lub wykonywania pewnej czynności (wewnętrzny przymus),
- wykonywanie szkodliwych zachowań pomimo zauważalnych szkód spowodowanych uzależnieniem,
- występowanie przykrych stanów psychicznych oraz dolegliwości fizycznych w okresach abstynencji i uczucie ulgi wywołane przez przyjęcie środka lub wykonanie czynności

Problemy alkoholowe gimnazjalistów i uczniów szkół średnich

- Uczniowie gimnazjum
 - Nie piję – 45,3%
 - Codziennie – 0,3%
 - Przy najmniej raz w tygodniu – 3,6%
 - Co najmniej kilka razy w roku – 29,7%
 - Piwo – 78%
 - Wódka – 1,8%
- Uczniowie szkół średnich
 - Nie piję – 10,1%
 - Codziennie – 2,6%
 - Przy najmniej raz w tygodniu – 22,8%
 - Co najmniej kilka razy w roku – 76,5%
 - Piwo – 78%
 - Wódka – 6%

Okoliczności i wzorce picia

- Uczniowie gimnazjum
 - Na podwórku – 29,5%
 - Imprezy – 18,8%
 - Uroczystości rodzinne – 18,8%
 - Samotnie – 8,9%
 - Puby, dyskoteki – 4,5%
 - Koncerty – 1,8%
 - Piją do urwania się filmu – 15%
 - Zaprzeszanie picia sprawiłoby mi problem – 2,1%
- Uczniowie szkół średnich
 - Na podwórku – 9%
 - Imprezy – 34%
 - Uroczystości rodzinne – 9%
 - Samotnie – 1%
 - Puby, dyskoteki – 39%
 - Koncerty – 4%
 - Piją do urwania się filmu – 45%
 - Zaprzeszanie picia sprawiłoby mi problem – 6%

Specyfika „alkoholizmu młodzieńczego”

- Szybkie przejście od nadużywania do alkoholizmu
- Znaczące powikłania psychiatryczne i neurologiczne
- Czynniki kryminogenne
- Mniejsza dostępność terapii

Zażywanie narkotyków w grupie młodzieży gimnazjalnej i szkół średnich

- Młodzież z gimnazjów
 - Jakikolwiek z narkotykami – 4,1%
 - 1-3 razy w miesiącu 0,5%
 - Na podwórku – 71,4%
 - Na imprezach – 14,3%
- Młodzież ze szkół średnich
 - Jakikolwiek z narkotykami – 25,7%
 - 1-3 razy w miesiącu 6,3%
 - Na podwórku – 34%
 - Na imprezach – 38%
 - Na koncertach – 8%
 - Na dyskotecce – 6%
 - W szkole – 8%

Okoliczności sięgnięcia po narkotyki po raz pierwszy

- Gimnazja
 - Poczęstowany – 47,1%
 - Kupił u dilerów – 23,5%
 - Kupił od znajomego – 17,6%
 - Wyprodukował sam – 5,9%
- Szkoły średnie
 - Poczęstowany – 70%
 - Kupił u dilerów – 4%
 - Kupił od znajomego – 13%
 - Wyprodukował sam – 1%

Narkotyki używane

- Uczniowie gimnazjów:
 - Marihuana – 78,6%
 - Kleje – 7,1%
 - Opiaty – 7,1%
- Uczniowie szkół średnich – jak obok

Depresja u dzieci i młodzieży

Depresja - stan długotrwałe obniżonego nastroju z innymi objawami psychicznymi i somatycznymi, należy do grupy zaburzeń nastroju,

- przebieg może być przewlekły, ze stałym nasileniem objawów lub może ona przyjmować postać nawracających epizodów o łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim nasileniu, oddzielonych okresami dobrego samopoczucia,

- objawy depresyjne często towarzyszą innym zaburzeniom psychicznym np. zaburzeniom lękowym (zaburzenia depresyjno-lękowe) lub są reakcją na przykre, traumatyczne wydarzenia (zaburzenia adaptacyjne, tzw. reakcja depresyjna)

Czym różni się depresja wieku młodzieńczego od depresji ludzi dorosłych?

- } Na pewno nie częstością występowania – epidemiologia depresji wskazuje, że przypadki depresji w wieku dojrzewania występują równie często jak u osób dorosłych. Uważa się, że 2,5% dzieci, oraz 8,3% adolescentów cierpi na depresję [Birmaher i in.-1996].
- } Jednocześnie badania wskazują na coraz wcześniejszy początek depresji [Schaffer i in.-1996].
- } Inna jest u młodych ludzi proporcja cierpiących na nią chłopców i dziewcząt –wynosi jak 1:1, podczas gdy u dorosłych kobiety chorują co najmniej dwukrotnie częściej niż mężczyźni.

Depresja – objawy:

- smutek, przygnębienie, płaczliwość; u dzieci i nastolatków w odróżnieniu od dorosłych bardzo często dominuje drażliwość,
- 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 ,
- nadmierna reakcja na uwagi, krytykę,
- depresyjne myślenie, niska samoocena, nieproporcjonalnie 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,

Depresja – objawy:

- objawy psychotyczne: omamy, uczucie niepokoju, napięcia wewnętrznego; lęk – niemal nieustający, o stałym nasileniu, nieokreślony – trudno wskazać przyczynę lub obiekt takiego lęku („sam nie wiem, czego się boję”),
- podejmowanie impulsywnych, nieprzemyślanych działań,
- stosowanie używek: picie alkoholu, stosowanie innych środków psychoaktywnych (narkotyki, „dopalacze”) – często w celu złagodzenia lęku, napięcia, smutku,
- działania autoagresywne, np.: samookaleczenia

W obrazie depresji młodzieńczej na plan pierwszy wysuwają się objawy, które są często nieobecne w obrazie depresji w innym wieku, takie jak:

- } Objawy somatyczne: zawroty i bóle głowy, bóle karku, kończyn, czy brzucha
- } Ciągłe uczucie nieszczęścia, negatywizmu czy drażliwości
- } Niekontrolowane wybuchy złości czy wściekłości
- } Ciągły krytycyzm do swojego postępowania, poczucie winy, czy niska samoocena
- } Zaburzenia w koncentracji myślenia, kłopoty w podejmowaniu decyzji, szczególnie widoczne w czasie zajęć szkolnych
- } Spowolnienie wypowiedzi, liczne bloki w wypowiedziach związane z wahaniami co do dalszego ich toku
- } Spadek zainteresowania dotychczas absorbującymi zajęciami
- } Brak energii, uczucie ciągłego zmęczenia
- } Zmiany apetytu dające w efekcie znaczące zmiany wagi ciała
- } Ciągłe zamartwianie się, nawet drobnostkami
- } Nadmierne zainteresowanie tematyką śmierci w literaturze, muzyce

Samobójstwa a depresja młodzieńcza

- depresję stwierdza się u 2% dzieci (dotyka ona równie często dziewczynki i chłopców), u 8% nastolatków (częściej chorują dziewczęta),
- zaburzenia depresyjne mogą występować u 20% nastolatków, niektóre źródła podają, że objawy depresyjne stwierdza się u blisko co trzeciego nastolatka,
- współczynnik samobójstw w grupie chłopców jest aż 4 razy wyższy niż w grupie dziewcząt

Samobójstwo a depresja młodzieńcza:

Zachowania, które mogą wskazywać na chęć odebrania sobie życia:

- mówienie, czy nawet żartowanie sobie z samobójstw.
- stwierdzenia, że ktoś chciałby się znowu zobaczyć z nieżyjącą już, kochaną osobą.
- wypowiedzi typu „Życie jest bez sensu”, „Wszystko będzie lepsze, gdy mnie już tu nie będzie”, „Wolałbym już nie istnieć”.
- zainteresowanie tematyką śmierci i samobójstwa w literaturze, muzyce, czy internecie.
- pisanie pożegnalnych listów.
- nagłe wizyty u dawno nie odwiedzanych osób, aby je pożegnać.
- zachowania autodestrukcyjne – picie alkoholu, samouszkodzenia.