

**Enuresis, Encopresis**

Wśród zaburzeń wydalania wyróżnić można dwa zjawiska. Są to: **moczenie mimowolne** (*enuresis*) i **mimowolne zanieczyszczanie się kałem** (*encopresis*).

Moczenie mimowolne stanowi problem na pograniczu działania medycyny i psychologii. Etiologia moczenia mimowolnego jest zróżnicowana. Moczenie się może być jednym z objawów wielu zespołów chorobowych, zaburzeń czynnościowych czy zaburzeń natury psychicznej. Kontrola mikicji jest u dziecka zdolnością stopniowo nabywaną. Większość dzieci do 3. r.ż. uczy się kontrolować oddawanie moczu w ciągu dnia i jest w stanie świadomie kontrolować opróżnianie pęcherza. Około 4. r.ż. dziecko jest w stanie wywołać odruch mikicji na polecenie. Utrzymywanie się mimowolnego moczenia dziennego lub nocnego po ukończeniu przez dziecko 4. r.ż. powinno budzić niepokój, a po ukończeniu 5. r.ż. jest zjawiskiem nieprawidłowym, wymagającym szczególnej diagnozy. Aby zdiagnozować moczenie mimowolne, wiek kalendarzowy dziecka powinien wynosić powyżej 5 lat, a problem powinien utrzymywać się co najmniej 3 miesiące. Kolejne kryterium to mimowolne i zamierzone oddawanie moczu do łóżka lub w ubranie występujące co najmniej dwukrotnie w miesiącu u dzieci do lat 7, a co najmniej raz w miesiącu u dzieci starszych. Istotnym warunkiem przy stawianiu diagnozy jest ustalenie, czy moczenie się nie jest następstwem napadów padaczkowych ani nietrzymania moczu o podłożu neurologicznym; nie jest też bezpośrednim następstwem nieprawidłowości budowy dróg moczowych, ani żadnych innych stanów somatycznych.

Można wyróżnić trzy typy moczenia: **dzienne, nocne i mieszane** (dzienne i nocne). **Moczenie dzienne** (*enuresis diurna*) używane jest do określenia każdej postaci mimowolnego oddawania moczu w dzień. Występują dwukrotnie częściej u dziewczynek i jest spowodowane najczęściej zaburzeniami czynności pęcherza, zmianami organicznymi w drogach moczowych, zaburzeniami natury emocjonalnej i uprzejmymi zaparciami. Około 3–4% dzieci w wieku od 4 do 12 lat cierpi z powodu moczenia dziennego.

**Moczenie nocne** (*enuresis nocturna*) diagnozowane jest u dzieci po ukończeniu 5. r.ż., gdy czynność oddawania moczu powinna być kontrolowana w czasie snu nocnego. Wyróżnia się pierwotne i wtórne izolowane moczenie nocne. Pierwotne izolowane moczenie diagnozuje się, jeżeli moczenie występuje tylko w nocy, utrzymuje się od urodzenia i nie jest spowodowane stanem chorobowym. Dziecko prawidłowo oddaje mocz w ciągu dnia i stwierdza się bark oddychań w badaniu fizykalnym, laboratoryjnym. Mimo to, dziecko moczy się w czasie nocy, bez przerywania snu, mimo mokrego łóżka. Ten typ moczenia stwierdza się częściej u chłopców (7–10%), niż u dziewczynek (3–5%). W 18. r.ż. 2% chłopców nadal moczy się w nocy. Natomiast moczenie nocne wtórne, objawia się w momencie, gdy dziecko bezwiednie oddaje mocz w czasie snu w nocy, choć przez co najmniej okres 6 mies. kontrolowało czynność pęcherza we śnie.

Dodatkowo przy uwzględnieniu momentu w toku życia dziecka, w którym moczenie nastąpiło, praktycy dokonali wyboru na moczenie: pierwotne i wtórne.

**Moczenie pierwotne** to moczenie trwające od urodzenia, bez okresów, w których dziecko przestało się moczyc. Może być ono uwarunkowane nieprawidłowym uczeniem się kontroli wydalania moczu, brakiem odpowiedniego treningu czystości lub jego zakończeniem, co traktowane jest jako zaburzenie nabywania nawyków w skutek zaniechania środowiskowego. W etiologii moczenia pierwotnego wymienia się także dziedziczenie genetyczne, mniejszą pojemność pęcherza oraz nieprawidłową reakcję przystosowawczą na odczucie pełności pęcherza.

**Moczenie wtórne** rozpoznaje się, gdy wystąpił okres świadomej kontroli oddawania moczu trwający minimum sześć miesięcy. Gdy pojawia się ponownie problem moczenia, pojawiają się wskazania, żeby podejrzewać zakażenie układu moczowego lub przyczynę natury psychogennej. Moczenie wtórne powiązane jest często z wystąpieniem trudnych emocjonalnie wydarzeń w życiu dziecka, np. rozwiędciem rodziców, hospitalizacją, narodzinami rodzeństwa. Zaburzenia emocjonalne, które pojawiają się w skutek moczenia mimowolnego, jak poczucie winy i wstydu, lęk przed karą i reakcją otoczenia, utrwalają objawy i utrudniają leczenie. Jako powody moczenia wtórnego podaje także pobudzenie podczas snu, czy moczenie jako przejaw ukrytych konfliktów emocjonalnych.

**Bibliografia**

- ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. (2007). Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Popok, I. (2005). Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Senator, D. (2004). *Wież emocjonalna – poszukiwanie siebie w relacji z drugą osobą*. W: G. Kmita, T. Kaczmarek (red.), *Wczesna interwencja miejsce psychologa w opiece nad matym dzieckiem i jego rodziną*. Warszawa: Wydawnictwo Ern.
- Stawicka, M. (2008). *Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Żechowski, C., Namysłowska, I. (2008). Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych. W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.), *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

**Zaburzenia psychotyczne**

pr. VI

W piśmiennictwie psychiatrycznym podkreślana jest zgodność swoistości i odrębności klinicznego obrazu schizofrenii u dzieci w porównaniu z jej obrazem u dorosłych. Odrębność jest tym wyraźniejsza im wcześniej stawia się diagnozę schizofrenii. Obraz psychopatologiczny choroby ma odmienną charakterystykę dla każdego

okresu rozwojowego dziecka. W okresie dojrzewania obraz kliniczny choroby staje się podobny do schizofrenii u dorosłych.

Schizofrenie dziecięcą dzieli się zwykle na dwie grupy: schizofrenię wieku przedszkolnego (3.-6. r.ż.) oraz schizofrenię wieku szkolnego (6.-10. r.ż.)

Schizofrenia wieku przedszkolnego rozpoczyna się przeważnie nieuchwytnie i ma powolny przebieg. Dziecko traci stopniowo kontakt uczuciowy z rodzicami, preferuje samotne zabawy. Pojawiają się stereotypie ruchowe, zachowania agresywne a zabawy mają także bardziej stereotypowy charakter. Po pewnym czasie (kilka do kilkunastu miesięcy) obserwuje się zaburzenia mowy prowadzące do mutyzmu. Myślenie dziecka staje się bardzo ubogie, niekiedy diagnozuje się rozkojarzenie myślenia. Wyjątkowo rzadko (niemal wyłącznie po 6. r.ż.) pojawiają się objawy pozytywne (omamy, uroje- nia). Rozwój umysłowy ulega zahamowaniu, często regresji i to w takim stopniu, że obraz zejściowy w postaci defektu psychicznego trudno jest odróżnić od niepełno- sprawności intelektualnej lub ołepienia. Trudności diagnostyczne schizofrenii przed- szkolnej komplikuje fakt, że do podobnych obrazów klinicznych prowadzi szereg innych schorzeń, m.in. schorzenia zapalne i zwyrodnieniowe mózgu.

Schizofrenia wieku szkolnego wykazuje więcej podobieństw do obrazu kliniczne- go spotykanego u osób dorosłych. W obrazie klinicznym pojawiają się objawy pozy- tywne i rozkojarzenie myślenia. Występować mogą objawy katatoniczne, neologi- zmy. Dzieci są przeważnie apatyczne, zubożeni na uczuciowo, tracą kontakt z oto- czeniem. Mogą pojawiać się stany podniecenia ruchowego i psychicznego. Przebieg choroby jest przewlekły, prowadzi do ubytku psychicznego, przeważnie mniejszego niż przy schizofrenii przedszkolnej.

Natomiast w okresie adolescencji klinicyści zaobserwowali większą częstotliwość występowania, gwałtowniejszy początek choroby, częstsze przeplatania się okresów remisji i nawrotów choroby.

W obrazie klinicznym schizofrenii wyróżnia się objawy pozytywne i negatywne.

Zespół pozytywny powiązany są jest z występowaniem następujących sympto- mów schizofrenii t.j. dziwaczne skojarzenia, halucynacje, urojenia, błędne skojarze- nia, dziwaczne zachowanie, problemy w funkcjonowaniu poznawczym, gwałtowny początek choroby, zmienny przebieg (potencjalnie odwracalny). Z powyższą specy- fiką przebiegu schizofrenii klinicyści wiążą I typ schizofrenii. Charakteryzuje go dobra reakcja na leki, nieprawidłowości układu limbicznego, normalna komory mózgowe oraz brak zaburzeń pozapiramidowych.

Natomiast zespół negatywny cechuje spływanie afektu, ubóstwo języka, aspo- łeczność, apatia, znaczące problemy w funkcjonowaniu poznawczym, stopniowy i utajony rozwój choroby oraz przewlekły charakter choroby (nieodwracalny). Z zespołem negatywnym współwystępuje tendencja do niepewnej reakcji na podawa- ne leki, nieprawidłowość płatu czołowego, powiększone komory mózgu oraz czasa- mi występujące zaburzenia pozapiramidowe (II typ schizofrenii).

Warto zaznaczyć, że przedstawiony tu podział nie ma charakteru dychotomicz- nego, stanowi raczej dwa krańce płynnej skali, na której można umieścić zmienne zachowanie osoby chorej.

Obraz kliniczny schizofrenii u dzieci i młodzieży jest bardzo zróżnicowany i wy- maga indywidualnego podejścia.

Wśród najczęstszych objawów schizofrenii dziecięcej wymieniane są:

- 1) Zaburzenia spostrzegania: halucynacje, pojawiają się omamy słuchowe (jako objaw rozpoznawany najczęściej w 6.-7. r.ż.), natomiast urojenia pojawiają się w postaci szczałkowej (forma urojeń o charakterze prześladowczym, któ- rym towarzyszą silne objawy lęku), poczucie przyłoczenia przez nadmiar in- formacji, problemy z selekcją i przetwarzaniem informacji z różnych modal- ności, halucynacje wzrokowe i ruchowe.
- 2) Zaburzenia kojarzenia, treści i toku myślenia: problemy z koncentracją uwagi, niespójność skojarzeń, blokowanie toku myśli, persewacje myślowe podob- ne do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, trudności w myśleniu abstrakcyj- nym, kłopoty z odróżnieniem fantazji od rzeczywistości, nadmierna identyfi- kacja z wybranymi postaciami (np. z postaciami z bajek).
- 3) Zaburzenia mowy: mutyzm, krótkie jednosylabowe wypowiedzi, neologizmy, zmienne tempo wypowiedzi.
- 4) Zaburzenia sfery ruchowej: obserwowane szczególnie w schizofrenii katato- nicznej, przejawiające się w pobudzeniu, nadruchliwości oraz zahamowaniu ruchowym. W sytuacji podniecenia katatonicznego dziecko biega, krzyczy, stosuje zachowania autoagresywne. Natomiast zahamowanie ruchowe powią- zane jest z zastygnięciem w jednej pozycji, ujawniają się echopraksja i echolalia, stereotypie ruchowe.
- 5) Zaburzenia emocji i woli: spływanie afektu (pozorny brak wrażliwości emocjo- nalnej), spłaszczenie afektu (brak ekspresji emocjonalnej), nieadekwatne do sytuacji wyrażanie emocji.
- 6) Zaburzenia poczucia tożsamości: subiektywna utrata „ja”, utrata poczucia własnej odrębności, pojawiają się objawy depersonalizacji (dziecko może prze- jąć tożsamość innej osoby, może mieć poczucie odłączenia poszczególnych części swojego ciała, zatarcia pomiędzy granicami własnego ciała a resztą świata).

**Tabela 3.** Kryteria schizofrenii ICD-10 (ICD-10, 2000).

Echo myśli, nasłuchiwanie i zbieranie myśli oraz nagłaśnianie (odstonięcie) myśli.  
 Urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia, wyrażenie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn, albo do określonych myśli, działań czy odczuć, spostrzeżenia urojeniowe.  
 Głosy omamowe (halucynacje) komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta albo dysku- tujące o nim między sobą, albo innego typu głosy omamowe pochodzące z jakichś części własnego ciała.  
 Utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i zu- pełnie niemożliwa do zaistnienia.  
 lub co najmniej obecność dwóch objawów spośród następujących

Utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli towarzyszą im zwiernie lub na wprost ukształtowane urojenia bez wyraźnej treści afektywnej, bądź utrwalone myśli nadwartościowe albo gdy występują codziennie od tygodni lub miesięcy.

Neologizmy albo przerwy lub wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowania wypowiedzi.

Zachowania katatoniczne (pobudzenie, zastyganie lub giętkość woskowa, negatywizm, mutyzm i osłupienie).

Objawy „negatywne”, takie jak: apatia, zaburzenie wypowiedzi oraz spływanie lub nie-spójność reakcji emocjonalnych.

Zaburzenie nie jest spowodowane bezpośrednio fizjologicznym działaniem substancji (np. leki, narkotyki) ani ogólnym stanem zdrowia.

Do rozpoznania schizofrenii konieczne jest występowanie co najmniej jednego objawu o bardzo wyraźnym nasileniu (a zwykle dwu lub więcej mniej wyrazistych), należącego do jednej z grupy objawów (a–d) albo objawy należące do co najmniej dwóch spośród grup oznaczonych wyżej jako (e–h), były wyraźnie obecne przez większość czasu w ciągu okresu miesiąca lub dłuższej. Faza zwiastunowa charakteryzująca się objawami negatywnymi może wyprzedzać wystąpienie objawów psychiatrycznych o tygodnie lub miesiące.

Podstawą rozpoznania schizofrenii u dzieci powinny być nie tylko objawy kliniczne, ale przede wszystkim dynamika przebiegu choroby. Zgodnie z dynamiką przebiegu schizofrenii można wyróżnić jej trzy kategorie. Pierwsza to postać o latogodnym przebiegu, przejawia się powolnym przebiegiem choroby bez okresów szczególnie nasilenia objawów, ale i bez wyraźnie widocznych okresów remisji. Kolejną wyróżnioną kategorią jest postać przebiegająca z oddzielnymi i gwałtownie rozpoczynającymi się objawami, której towarzyszą okresy remisji i nawroty oraz postać o przebiegu mieszanym.

W diagnostyce schizofrenii wyróżnia się kilka podtypów tego zaburzenia, o określonej symptomatologii. W klasyfikacji ICD-10 wyróżniono 9 podtypów schizofrenii.

**Tabela 4.** Podtypy schizofrenii według ICD-10

Podtyp schizofrenii	Symptomatologia
Schizofrenia paranoidalna	Zachowanie jest zdominowane przez jedno lub kilka urojeń lub przez częste omamy słuchowe (urojenia ksohne, hipochondryczne czy wielkościowe). Nie występuje nasilona dezorganizacja mowy, zachowania, tępy lub niedostosowany afekt ani zachowanie katatoniczne.
Schizofrenia hebefreniczna	Nasilone zaburzenia afektywne, napędu i myślenia. Niedostosowany, płytki nastrój. Zachowanie nieostrowne do wieku. Ujawnia się w okresie dojrzewania, często ma nieko-

Schizofrenia katatoniczna	zrystny przebieg. Znieruchomienie objawiające się katalapsją lub osłupieniem. Nadmierna aktywność ruchowa (wyraźnie bezcelowa i niemodyfikowana przez bodźce z zewnątrz). Skrajny negatywizm lub mutyzm. Niezwyczajne ruchy dowolne, takie jak przyjmowanie dziwnych pozycji, stereotypie, nasilone manieryzmy, grymasy. Echolalia lub echopraksja.
Schizofrenie rezydualna	Spływanie afektu, ograniczenie aktywności, przewlekły charakter choroby.
Schizofrenia prosta	Obniżenie aktywności. Zaburzenia afektywne Społeczna degradacja. Brak objawów wytwórczych typu omamy i urojeń.
Depresja psychotyczna	Długotrwały epizod depresyjny występujący po zejściu ostrej fazy schizofrenii, przy utrzymaniu się niektórych objawów schizofrenii.

W literaturze przedmiotu przyjmowana jest obecnie wieloczynnikowa koncepcja genezy schizofrenii. Koncepcja ta wskazuje na rolę czynników neurobiologicznych oraz psychospołecznych oraz interakcji pomiędzy nimi. Niektórzy klinicyści zakładają, że schizofrenia stanowi wspólny etap końcowy kilku różnych chorób różniących się etiologią oraz przebiegiem. Wyniki wielu badań donoszą, że ryzyko zachorowania dziecka na schizofrenię uzależnione jest od stopnia genetycznego pokrewieństwa z osobą chorą. Ryzyko zachorowania w przypadku jednego z rodziców wynosi 13–17%, choroby obojga rodziców wynosi 36–46%. Ryzyko zachorowania w przypadku monozygotycznych bliźniąt wynosi 53%, natomiast w przypadku bliźniąt dwujajowych wskaźnik zgodności wynosi 15%. Dotychczasowe wyniki badań pokazują, że schizofrenia jest zaburzeniem rzadko występującym u dzieci poniżej 5. r.ż. (1/10 000 w populacji). Schizofrenia jest częściej diagnozowana u chłopców.

Wśród środowiskowych czynników ryzyka wymienia się: urazy przed i około porodu szczególnie infekcje wirusowe w drugim trymestrze ciąży, konflikt serologiczny. Do najczęściej wymienianych czynników psychospołecznych należą: nadmierny stres, krytyczne wydarzenia życiowe, destrukcyjne relacje rodzinne, patologiczny wzór komunikacji w rodzinie.

Leczenie schizofrenii dzieci i młodzieży polega na kilku rodzajach oddziaływań terapeutycznych. W praktyce klinicznej stosuje się terapię rodzinną (systemową lub behawioralną) opartą na treningu umiejętności społecznych, treningu komunikacji oraz rodzinnej edukacji odnośnie specyfiki choroby (profilaktyki nawrotów choroby

i właściwego rozpoznawania objawów (zwiąstunowych) i leczenia farmakologicznego. Celem treningu społecznego jest nauczenie osób ze schizofrenią adekwatnego reagowania na sytuacje społeczne. Skutkiem nabycia społecznych kompetencji jest podniesienie jakości życia pacjentów. Dodatkowym celem terapii rodzinnej jest obniżenie poziomu stresu wszystkich członków rodziny i redukcowanie w ten sposób potencjalnie negatywnego wpływu wyrażanych przez rodzinę negatywnych emocji, nasilających zwrótnie objawy u pacjenta. Istotnym polem oddziaływań terapeutycznych jest także trening umiejętności dnia codziennego, prowadzący do wzrostu samodzielności dziecka. Kolejnym obszarem wymagającym uwagi jest wdrożenie zasad zwiększania motywacji do nawiązywania i samodzielnego inicjowania interakcji społecznych z osobami dorosłymi oraz z rówieśnikami. Ważne, aby tak aranżować sytuację terapeutyczną, aby dziecko miało możliwość odniesienia sukcesu (odpowiedni system nagradzania). Powyższe oddziaływania powinny być wsparte odpowiednim treningiem poznawczym, obejmującym ćwiczenia uwagi, pamięci, myślenia oraz mowy.

W leczeniu schizofrenii u dzieci i młodzieży stosuje się też leczenie farmakologiczne, w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. Skuteczna terapia pozwala na zmniejszenie liczby nawrotów choroby.

### **Słowniczek poszczególnych objawów schizofrenii**

**Urojenia** – utrwalone i fałszywe przekonania, których nie można zmienić przemawiając do rozsądku chorego (nie podzielane przez otoczenie przekonanie, podtrzymywane mimo dowodów błędności); treść urojeń może być uwarunkowana kulturą.

**Omamy (halucynacje)** – spostrzeżenia, które występują bez odpowiadających im bodźców w otoczeniu (spostreżanie mimo braku bodźca działającego na narząd zmysłu).

**Objawy ubytkowe** – stępienie afektu, niedostosowany afekt, alegia, abulia (upośledzenie zdolności do podejmowania inicjatyw lub działania w określonym celu).

**Afekt** – zewnętrzny przejaw nastroju i emocji. Przejawy w zachowaniu to m.in.: stępienie (ujednostajnienie), zawężenie, dostosowanie, niedostosowanie. Splanuszony afekt polega na niewyrażaniu przeżyć. Pacjent patrzy, ma twarz bez mimiki, odpowiada głośnie bez modulacji. Ekspresja emocji (mimika twarzy i głos) jest zmniejszona, natomiast emocje i pobudzenie fizjologiczne jest takie samo, jak u osób w normie.

**Katalepsja** (giętkość woskowa) – przybieranie nienaturalnych pozycji ciała i trwanie w nich.

**Negatywizm** – przeciwstawienie się lub opór, jawne lub ukryte, wywoływane poleceniami lub sugestią.

**Mutyzm** – zahamowanie wypowiedzi i artykulacji.

**Stereotypie** – bezcelowe powtarzalne ruchy (kobyśanie się, złożone sekwencje ruchowe) lub werbalizacje.

**Echolalia** – mimowolne powtarzanie wypowiedzi innych osób.

**Echopraksja** – mimowolne naśladowanie ruchów innych osób.

### **Bibliografia**

- Bronowska, Z. (2004, 2005). Zaburzenia psychotyczne w okresie adolescencji. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Drat-Ruszczak, K. (2006). Psychologia schizofrenii. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Piszczek, M. (2008). Dziecko ze schizofrenią. W: B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.

### **Uzależnienia wśród dzieci i młodzieży**

Problematyka używania i nadużywania środków psychoaktywnych w populacji dzieci i młodzieży, należy do najważniejszych zagadnień współczesnej psychiatrii, psychologii i psychopatologii rozwoju. Dane dotyczące rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży są niepełne. Wiadomo, że rośnie liczba dziewcząt nadużywających i uzależnionych od alkoholu.

Rozwojowe modele kształtowania się zaburzeń i problemów psychicznych, zdrowotnych dzieci alkoholików wskazują na cztery grupy czynników ryzyka: biologiczne, psychologiczne, społeczne, rodzinne i pozarodzinne oraz czynniki stresowe różnego typu. Czynniki te powodują powstanie dezadaptacyjnych związków zachowań polegających na eksternalizacji i internalizacji problemów. Jako przykłady eksternalizacji problemów badacze wymieniają zachowania opozycyjno-buntownicze, wagarowanie oraz zaburzenie socjalizacji. Jako przykłady internalizacji problemów wymienia się zaburzenia lękowe, zespoły depresyjne, poczucie alienacji. Wyniki badań wskazują, że eksternalizacja problemów współwystępuje z uzależnieniem pojawiającym się już w okresie adolescencji. Natomiast zjawisko internalizacji problemów powiązane jest z uzależnieniem pojawiającym się w późniejszym okresie życia.

W niniejszym rozdziale ograniczono opisy spektrum zaburzeń psychicznych i zachowania do czterech kategorii: używania szkodliwego, zespołu uzależnienia, zespołu abstynencyjnego oraz ostrego zatrucia.

**Używanie szkodliwe** (w innych klasyfikacjach odpowiednik nadużywania) to sposób przyjmowania substancji psychoaktywnych, który powoduje szkody somatyczne i psychiczne mające z nimi bezpośredni związek.

**Zespół uzależnienia**, według kryteriów ICD-10, to nieprzystosowawczy wzorzec używania substancji, który prowadzi do istotnego z klinicznego punktu widzenia upośledzenia lub cierpienia wyrażającego się co najmniej trzema z poniższych objawów, które pojawiły się w okresie ostatnich 12 miesięcy. Wymienia się następujące symptomy: