

i właściwego rozpoznawania objawów zwiastunowych) 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 pozwała 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 kulturowo.

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

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

Afekt – zewnętrznym przejaw nastroju i emocji. Przejawy w zachowaniu to m.in.: stępienie (ujednostajnienie), zawężenie, dostosowanie, niedostosowanie. Spłaszczony afekt polega na niewyrażaniu przeżyć. Pacjent patrzy, ma twarz bez mimiki, odpowiada głosem 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 polemiką lub sugestią.

Mityzm – zahamowanie wypowiedzi i artykulacji.

Stereotypie – bezcelowe powtarzalne ruchy (kołysanie 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:

- 1) silne pragnienie przyjmowania substancji albo poczucia przymusu ich przyjmowania;
- 2) utrata samokontroli w przyjmowania substancji psychoaktywnych;
- 3) przyjmowanie substancji w celu uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- 4) występowanie zespołu abstynencyjnego charakterystycznego dla danej substancji po przerwaniu przyjmowania lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji;
- 5) wzrost tolerancji;
- 6) charakterystyczny indywidualny sposób przyjmowania substancji;
- 7) zaniedbywanie innych źródeł osiągnięcia gratyfikacji lub zainteresowań na rzecz zdobywania i przyjmowania substancji;
- 8) przyjmowanie substancji pomimo wiedzy o szkodliwych następstwach zdrowotnych.

Do spektrum zaburzeń psychicznych i zachowania należy także **zespół abstynencyjny** charakteryzujący się grupą objawów somatycznych i psychopatologicznych pojawiających się po całkowitym lub częściowym odstawieniu substancji psychoaktywnej przyjmowanej systematycznie. Objawy zespołu są typowe dla danej substancji, a jego przebieg jest ograniczony w czasie.

Z kolei **ostre zatrucie** to nagły, przemijający stan intoksykacji którego obraz kliniczny jest charakterystyczny dla danej grupy substancji psychoaktywnych. Ostre zatrucie jest ściśle związane z wielkością dawki, przy czym wielkość zażytego narkotyku pozostaje kwestia indywidualna.

Przebieg procesu uzależnienia w przypadku młodych ludzi jest dość szybki. Wskutek nadużywania substancji psychoaktywnych, po kilku latach pojawiają się zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania i zaburzenia funkcjonowania seksualnego, co powoduje istotne pogorszenie funkcjonowania psychospołecznego jednostki. Dla lepszego zrozumienia procesu uzależnienia, warto przestudiować rozwój uzależnienia od alkoholu na przykładzie schematu rozwoju alkoholizmu według Jellinka (Jellinek, 1969).

Tabela 1. Stadia rozwoju alkoholizmu

Stadia alkoholizmu	Przebieg
Stadium przedalkoholowe	Używanie substancji jest zawsze społecznie motywowane. Uyskiwany stan odpężnienia jest kojarzony z sytuacją towarzyską nie z zażywaniem alkoholu.
Stadium zwiastunów	Wzrost tolerancji na alkohol w związku z systematycznością picia. Obniżenie tolerancji na znoszenie napięć psychicznych, rozładowanie napięcia przy użyciu alkoholu. Rozpoczyna się w momencie pojawienia się palimpsestów alkoholowych (stan niepełności zdarzeń po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu)

Stadium ostre	Utrata kontroli nad ilością spożywanego alkoholu. Osoba potrafi kontrolować czas i okoliczności, ale traci nieodwracalnie możliwość kontrolowania dawki wypijanego alkoholu. Utrata kontroli oraz pojawiające się zaburzenia zachowania wznagają naski społeczne na zaprzestanie picia, co powoduje naktywne mechanizmów zaprzeczenia i racjonalizacji. Zaburzenia wielkościone. Zmniejszona aktywność w innych sferach życia. pojawia się zespół patologicznej zazdrości (zespół Otella). Stadium ostre kończy się wraz z pojawieniem się regularnego picia porannego.
Stadium przewlekłe	Pojawienie się błędnego koła naboğu (ciągi picia, wzrost fizycznego zapotrzebowania na alkohol, zmniejszenie zapotrzebowania psychicznego, spadek dotychczasowej wysokości tolerancji na alkohol). Choroby fizyczne i zaburzenia psychiczne (psychozy alkoholowe). Osłabienie systemu zaprzeczeń i racjonalizacji co powoduje uznanie choroby i poddanie się leczeniu lub kontynuowanie picia co prowadzi do śmierci.

Źródło: na podstawie Jellinek, 1969.

W literaturze wymienia się szereg czynników prowadzących do predysponujących do nadużywania substancji psychoaktywnych. Do najważniejszych czynników ryzyka zalicza się: wychowanie w rodzinie i w grupie rówieśniczej, w której występuje przycwolenie na używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych, występowanie w rodzinie przewlekłych chorób somatycznych i psychicznych, brak pozytywnych relacji i patogeniczne postawy rodzicielskie: przemoc psychiczną i fizyczną oraz wykorzystywanie seksualne. Kolejne czynniki to obciążenie genetyczne związane z uzależnieniem w rodzinie oraz niski status socjoekonomiczny.

Ważnymi predyktorami wystąpienia problemowego nadużywania substancji psychoaktywnych są diagnozowane u dzieci i młodzieży zaburzenia psychiczne t.j.: zaburzenia lękowe, afektywne, odżywiania się, PTSD, psychotyczne oraz rozwojowe typu dysleksja, dysgrafia i ADHD oraz zaburzenia zachowania. W literaturze wy-

mienia się też rolę cech temperamentalnych: drażliwości, nadpobudliwości oraz słabej kontroli impulsów.

Badania Cloningera (1987) potwierdziły znaczenie współdziałania czynników środowiskowych i genetycznych w rozwoju alkoholizmu w linii męskiej. Wyniki badań pozwoliły na wyszczególnienie dwóch typów uzależnienia od alkoholu. Typologia uwzględniła płeć, wiek, okres powstania uzależnienia, sposób picia, charakterystykę rodzin biologicznych i adopcyjnych oraz specyfikę osobowościową. Obraz kliniczny w wyodrębnionych grupach obrazuje poniższa tabela.

Tabela 2. Charakterystyka I oraz II typu alkoholizmu według Cloningera

Zmienne	Typ I Uwarunkowany środowiskowo	Typ II Uwarunkowany genetycznie
Wiek	powyżej 25. r.ż.	okres adolescencji
Płeć	mężczyźni i kobiety	mężczyźni
Sposób picia	długi okres nadużywania przed wystąpieniem alkoholizmu przerwy w piciu	krótki okres nadużywania picie systematyczne bez przerw w piciu
Cechy rodzin	brak alkoholizmu u biologicznych ojców uzależnienie biologicznych matek (w grupie kobiet alkoholicek) alkoholizm ojców adopcyjnych bez znaczenia	alkoholizm i zachowania antyspołeczne u biologicznych ojców niższy status społeczny ojców adopcyjnych
Osobowość	unikanie wzmocnień negatywnych, słabo nasilone poszukiwanie nowości picie dla zmniejszenia lęku	zapotrzebowanie na stymulację, poszukiwanie nowości picie dla wzbudzenia euforii

Źródło: Cloninger, 1987 za: Cierpiatkowska, 2005.

Przedstawienie tak szerokiego zagadnienia, jakim jest problem uzależnień w grupie dzieci i młodzieży, wymaga konieczności wyboru, co do zakresu prezentowanej problematyki. Z uwagi na objętość tego rozdziału pominięto tak ważne tematy, jak problem współuzależnienia, modele psychologiczne wyjaśniające przyczynny uzależnienia czy profilaktykę uzależnień. Zasadne wydaje się jednak przedstawienie charakterystyki objawów psychicznych i specyfiki uzależnienia od poszczególnych typów środków psychoaktywnych.

Tabela 3. Charakterystyka objawów psychicznych i specyfika uzależnienia od poszczególnego typu środków psychoaktywnych

Typ	Substancje psychoaktywne	Objawy psychiczne	Uzależnienie
Środki uspokajające i nasenne	alkohol opiaty heroina morfina kodeina barbiturany benzodiazepiny	Zmniejszenie niepokoju i napięcia. Zmniejszenie bólu. Problemy z pamięcią i uczeniem się. Chwiejność nastroju, lekka euforia, zmniejszenie lęku społecznego i krytycyzmu.	Upośledzenie funkcji poznawczych. Wzrost tolerancji na substancje. Postępujące zaniebdywanie obowiązków, konflikty. Zaniedbanie higieniczne i problemy somatyczne. Skutki urazów.
Środki euforyzujące	marihuana kanabinol (THC) haszysz olej haszyszowy	Euforia i dobre samopoczucie. Gadaliwość. Spadek koncentracji i uwagi i zaburzenia pamięci. Zaburzenia koordynacji psychoruchowej. Nadwrażliwość zmysłowa.	Apatia. Anhedonia. Zespół motywacyjny. Lęk, nastawienia ksobne. Urojenia i myślenie magiczne. Zaburzenia snu. Trudności w uczeniu się.
Środki pobudzające	kokaina amfetamina kawa i herbata czekolada	Podwyższenie nastroju, euforia. Zniesienie uczucia zmęczenia. Wzmoczenie koncentracji.	Labilność nastroju. Stany lękowe i paranoidalne. Gadaliwość. Wymuszczenie orgazmu.

		gii uwagi, inicjatywy, kojarzenia, wydolności psychofizycznej.	nizmu z powodu bezsenności i spadku łaknienia, zwiększonej przemiany materii.
Środki halucynogenne	meskalina LSD grzyby halucynogenne fencyklidyna psilocybina PCP	Psychozy i omamy. Zaburzenia świadomości. Zaburzenia wegetatywne i somatyczne. Przeżywania mistyczne. Lęk. Zaburzenia percepcji ze strony wszystkich zmysłów.	Przewlekłe stany psychohyczne. Zaniechanie higieniczne. Napady padaczkowe. Niezborność ruchu, drżenia. Zaburzone funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach życia.

Środki wziewne	lotne rozpuszczone cząstki	Omamy wzrokowe. Euforia z tendencją do fantazjowania i wzmożoną samooceną. Objawy neurologiczne. Objawy somatyczne.	Zaburzenia pamięci. Niemożność uczenia się. Labilność nastroju. Zaburzenia snu. Męczliwość. Objawy paranoidalne. Zaburzenia neurologiczne.
----------------	----------------------------	--	--

Źródło: na podstawie Cierpiatkowska, 2006; Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska, 2005.

Podstawową metodą leczenia zaburzeń psychicznych związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych jest psychoterapia. W terapii młodzieży stosowane są różne podejścia: psychoterapia rodzinna, indywidualna i grupowa, psychodynamiczna, poznawczo-behawioralna oraz programy „12 kroków” i grup samopomocowych. Kryteria wyzdrowienia nie są jasno sprecyzowane, po za nekwestionowanym kryterium utrzymywania abstynencji. Obserwacje praktyków pokazują, że część adolescentów po odbytym leczeniu ponownie zażywa substancje psychoaktywne, ale znacznie lepiej funkcjonuje psychospołecznie niż osoby nie leczone. Celem terapii u dzieci i młodzieży jest jednak zawsze wyzdrowienie, a nie minimaliza-

cja szkód związanych z uzależnieniem co jest charakterystyczne dla terapii osób dorosłych. Bardzo ważnym etapem postępowania terapeutycznego jest psychoedukacja pacjenta i jego rodziny dotycząca szkód zdrowotnych. Kolejnym etapem postępowania jest leczenie farmakologiczne.

Bibliografia

- Baran-Furga, H., Steinbarth-Chmielewska, K. (2005). Używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Cierpiatkowska, L. (2006). Psychologia uzależnień. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.