

Katarzyna A. Gruszczyńska

MŁODZIEŻ W OBLICZU WYBRANYCH PROBLEMÓW I ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Poradnik dla młodzieży
oraz rodziców i opiekunów

Spis treści

Wstęp	3
Część I. Zdrowie psychiczne i zaburzenia psychiczne – podstawowe pojęcia	4
Pojęcie zdrowia psychicznego	4
Zaburzenia psychiczne	4
Część II. Rozwój w okresie dorastania	5
Przykłady zachowań w procesie kształtowania tożsamości	6
Źródła i istota wsparcia udzielanego nastolatkom.....	7
Część III. Zaburzenia psychiczne u młodzieży	8
1. <i>Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych</i>	8
Objawy zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych.....	8
Czynniki ryzyka	9
2. <i>Zaburzenia emocjonalne</i>	10
Depresja	10
Objawy depresji u młodzieży	10
Czynniki ryzyka zaburzeń depresyjnych.....	12
Leczenie depresji.....	14
Zaburzenia lękowe	14
Rodzaje zaburzeń lękowych u młodzieży.....	16
Leczenie zaburzeń lękowych.....	16
3. <i>Zaburzenia osobowości typu borderline</i>	17
Objawy <i>borderline</i>	18
4. <i>Zaburzenia odżywiania</i>	18
Rozpoznawanie zaburzeń odżywiania.....	19
Przyczyny i powstawanie zaburzeń odżywiania.....	20
Leczenie zaburzeń odżywiania	22
5. <i>Zaburzenia seksualności</i>	23
Rodzaje i objawy zaburzeń seksualnych.....	24
Pomoc dla nastolatków z zaburzeniami i problemami o charakterze seksualnym	26
Część IV. Gdzie szukać pomocy?	26
Literatura cytowana	28

Wokół zdrowia psychicznego, w tym szczególnie zdrowia psychicznego współczesnej młodzieży narosło wiele mitów. Epatowanie epidemią zachorowań, prób samobójczych, różnego rodzaju nieszczęść wynikających z zaburzeń psychicznych stało się wręcz tematem dyżurnym wielu pism i portali internetowych. Dostęp do informacji na ten temat nie nastęrcza problemów, jednak nie zawsze są to rzetelne i sprawdzone źródła. Dlatego też zachęcam do lektury niniejszej publikacji, w której zawarte są informacje zgodne z aktualną wiedzą. Opisano w niej podstawowe pojęcia związane z wybranymi zaburzeniami i problemami psychicznymi młodzieży, omówiono objawy poszczególnych zaburzeń oraz czynniki ryzyka problemów, wskazano sposoby leczenia niektórych z nich. W ostatniej części podano informacje dotyczące tego, gdzie nastolatki lub ich rodzice i opiekunowie mogą zwrócić się o pomoc.

Część I. Zdrowie psychiczne i zaburzenia psychiczne – podstawowe pojęcia

Pojęcie zdrowia psychicznego

Tradycyjnie o zdrowiu myślimy w kategoriach braku choroby, patologii czy dolegliwości. W pogoni za zdrowiem szukamy czynników szkodliwych dla zdrowia i próbujemy z nimi walczyć, ale praca nad dobrym samopoczuciem może również polegać na wspieraniu dobrych stron i zasobów własnych danej osoby lub całych społeczności, takich jak np. rozwijanie zachowań prozdrowotnych czy budowanie wsparcia społecznego.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia psychicznego (*well-being*), który pozwala ludziom radzić sobie z normalnymi, życiowymi stresami, umożliwia wykorzystywanie własnego potencjału i umiejętności, stanowi warunek skutecznego i wydajnego działania w różnych sytuacjach a także nastraja do wnoszenia istotnego wkładu do środowiska społecznego, w którym żyje dana jednostka. Zdrowie psychiczne ma fundamentalne znaczenie dla naszej zbiorowej i indywidualnej zdolności do myślenia, wyrażania uczuć, budowania relacji, zarabiania na życie i cieszenia się życiem. Warunki zdrowia psychicznego obejmują zaburzenia psychiczne i niepełnosprawności psychospołeczne, a także inne stany psychiczne związane ze znacznym cierpieniem, upośledzeniem funkcjonowania lub ryzykiem samookaleczenia. Osoby z zaburzeniami psychicznymi częściej doświadczają niższego poziomu dobrostanu psychicznego, chociaż nie zawsze tak jest.

W perspektywie rozwojowej poczucie pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego odnosi się do osób na różnych etapach życia: dzieci, młodzieży i dorosłych.

Zdrowie psychiczne nie oznacza jedynie braku choroby. To stan dobrego samopoczucia, który umożliwia nam radzenie sobie z codziennymi wyzwaniami, pozwala na wykorzystywanie własnych zasobów oraz na podejmowanie różnorodnych aktywności.

Zaburzenia psychiczne

Zaburzenie psychiczne można określić jako zespół objawów lub zachowań, którym na ogół towarzyszy cierpienie, zaburzenia w funkcjonowaniu danej osoby oraz zaburzenia w pełnieniu ról społecznych. Osoba z zaburzeniem psychicznym zwykle doświadcza silnego stresu, często jest niezdolna do podejmowania różnego rodzaju aktywności. Należy przy tym podkreślić, że

zachowania niezgodne z oczekiwaniami społecznymi czy reakcje na zdarzenia stresowe lub stratę, typowe dla danej kultury a także konflikty między osobą a społecznością (wynikające np. z odmiennego światopoglądu) nie są traktowane w kategoriach zaburzenia psychicznego.

Diagnoza zaburzeń psychicznych zawsze jest dokonywana w kontekście etapu rozwoju, czyli długotrwałego procesu, podczas którego dokonują się prawidłowo następujące po sobie zmiany rozwojowe, prowadzące do osiągnięcia coraz większej dojrzałości psychicznej, emocjonalnej i społecznej. Oznacza to, że pewne zachowania jednostki, mimo ich podobieństwa do objawów typowych dla określonych zaburzeń psychicznych mogą być spowodowane tzw. kryzysami rozwojowymi. Nie świadczą one wówczas o zaburzeniach lecz o tym, że dana osoba znajduje się w okresie zmiany rozwojowej, typowej dla ludzi w określonym wieku.

Zaburzenie psychiczne to zespół objawów lub zachowań, nietypowych dla danego etapu rozwojowego i wiążący się z doświadczaniem cierpienia, silnego stresu oraz niezdolnością do podejmowania codziennych, typowych aktywności.

Część II. Rozwój w okresie dorostania

Czas dzieciństwa to okres, w którym dziecko opanowuje wiele różnych umiejętności, nawiązuje nowe relacje społeczne z rówieśnikami i z dorosłymi, wchodzi w nowe, coraz szersze środowiska społeczne. Coraz lepiej rozumie otaczający świat i samego siebie, ma poczucie odrębności, osiąga coraz większą samodzielność na różnych polach funkcjonowania. Środowisko domowe stopniowo przestaje być główną areną jego aktywności, na znaczeniu zyskują natomiast relacje rówieśnicze oraz wirtualne. Wszystkie te zasoby stanowią podstawę kształtowania tożsamości psychospołecznej, czyli najważniejszego procesu rozwojowego w okresie dorostania – od 10-12 r. ż. do wieku 18-20 lat.

Przygotowując się do wejścia w dorosłość młody człowiek analizuje doświadczenia z dzieciństwa, buduje obraz swoich zasobów i ograniczeń, ocenia zagrożenia płynące z otoczenia, próbuje określić, kim i jaki chce być a także snuje plany na przyszłość i podejmuje ważne życiowe decyzje. Szuka też odpowiedzi na pytania o sens życia i o swoje miejsce w świecie.

Okres dorastania można więc określić jako proces formowania własnej tożsamości, który z jednej strony wiąże się z procesem dojrzewania biologicznego i uzyskiwaniem emocjonalnej stabilności a z drugiej – kształtowaniem się tożsamości społecznej, polegającej m.in. na określeniu grupy, z którą dorastający człowiek się identyfikuje.

Proces kształtowania tożsamości powoduje, że nastolatek prezentuje różne zachowania, mające na celu eksperymentowanie z własnym ciałem, sprawdzaniem własnych granic oraz testowaniem relacji z innymi ludźmi.

Przykłady zachowań w procesie kształtowania tożsamości

<p>Eksperymentowanie z własnym ciałem</p>	<p>poddawanie się zabiegom zmieniającym wygląd fizyczny, np. tatuaże, piercing, makijaż</p> <hr/> <p>eksperymenty ze strojem – próby określania własnego stylu ubierania się, dążenie do niewyróżniania się ubiorem od członków grupy, z którą młody człowiek się identyfikuje</p> <hr/> <p>stosowanie specjalnych diet</p> <hr/> <p>ćwiczenia fizyczne</p> <hr/> <p>samookaleczanie się</p>
<p>Sprawdzanie własnych granic</p>	<p>podejmowanie się wykonania trudnych zadań w ograniczonym czasie</p> <hr/> <p>zgłaszanie się do wykonywania nietypowych zadań</p> <hr/> <p>sprawdzanie własnej wydolności w ekstremalnych sytuacjach (np. skoki na bungee, wspinaczka bez zabezpieczenia, wyścigi samochodowe)</p> <hr/> <p>podejmowanie zachowań ryzykownych (używanie alkoholu i/lub narkotyków, podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych)</p>
<p>Relacje z innymi ludźmi</p>	<p>nawiązywanie kontaktów przez Internet bez ujawniania swojej tożsamości lub posługiwanie się nieprawdziwymi informacjami</p> <hr/> <p>zachowania prowokacyjne wobec osób znaczących – rodziców i nauczycieli</p> <hr/> <p>zachowania prowokacyjne wobec osób przeciwnej płci</p> <hr/> <p>używanie przemocy</p> <hr/> <p>ostentacyjne łamanie norm społecznych</p> <hr/> <p>niewywiązywanie się z zawartych umów</p>

Źródło: Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2010.

Wiele zachowań podejmowanych przez nastolatków przybiera formy niepokojące rodziców i opiekunów. Powinni oni jednak uświadomić sobie, że zachowania te z perspektywy młodego człowieka są całkowicie normalne i występują u wielu jego rówieśników. Często mają one charakter adaptacyjny – pozwalają na zaspokajanie potrzeb osobistych albo potrzeb związanych z oczekiwaniami innych ludzi (zwłaszcza grupy rówieśniczej). Co mogą w tej sytuacji zrobić rodzice? Na przykład stosować częstsze kontrole, zachęcać do podejmowania innych form aktywności czy też stwarzać warunki do podejmowania przez syna czy córkę alternatywnych form działania.

Czasami jednak młody człowiek dokonuje wyboru tzw. **tożsamości negatywnej**. Powstaje ona wtedy, gdy nastolatek identyfikuje się z wzorami postaw, ról czy wartości, wyznawanych przez społeczność, które z punktu widzenia dorosłych są niepożądane czy nawet godne potępienia. Przejawami negatywnej tożsamości bywają opisane wyżej zachowania. Paradoksalnie, mogą one być pożyteczne, ale tylko wtedy, gdy tożsamość negatywna jest jedynie krótszym lub dłuższym ale przejściowym epizodem na drodze rozwoju (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska; 2010).

Źródła i istota wsparcia udzielanego nastolatkom

Aby młody człowiek bezpiecznie mógł przejść okres dorastania, prowadzącego do ukształtowania dojrzałej tożsamości i podjęcia zadań w kolejnym etapie rozwojowym – wczesnej dorosłości – potrzebuje odpowiedniego wsparcia, zarówno ze strony dorosłych jak też rówieśników.

Wsparcie udzielane przez dorosłych, zwłaszcza rodziców, powinno przede wszystkim polegać na stwarzaniu warunków do rozwoju, zapewnianiu narzędzi i informacji niezbędnych do kształtowania się postaw, poglądów, hierarchii wartości młodzieży. Najlepiej sprawdzą się takie formy wsparcia, które zakładają nie narzucanie własnych rozwiązań różnych problemów czy konfliktów, których doświadcza nastolatek, lecz pokazywanie takich sposobów, które nie tylko prowadzą do realizacji celu ale też są społecznie akceptowane i służą bezpiecznemu rozwojowi. Najważniejszym założeniem przy udzielaniu wsparcia dorastającemu człowiekowi jest przyzwolenie dorosłych na autonomię nastolatków i na uczenie się przez nich na własnych błędach. Zgoda dorosłych na poznawanie samego siebie, eksperymentowanie, wypróbowywanie własnych wizji przez nastolatka jest niezbędna do znalezienia przez niego odpowiedzi na pytania „kim jestem?” „jaka jest moja droga?”. W rezultacie młody człowiek będzie w stanie

osiągnąć następny etap rozwoju i wejść w stadium wczesnej dorosłości, obejmującego okres między 18-20 a 30-35 rokiem życia. Istotą tego stadium jest gotowość do podejmowania ról społecznych w sferze społecznej, zawodowej i osobistej.

Część III. Zaburzenia psychiczne u młodzieży

1. Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych

Nie każde sięganie przez młodzież po środki zmieniające świadomość można zaklasyfikować jako zaburzenie. W okresie dorastania nastolatki próbują różnych rzeczy, aby dowiedzieć się czegoś o sobie oraz o swojej roli i pozycji w grupie a także o tym, w jaki sposób na ich zachowanie zareagują osoby znaczące. Aby rozpoznać zaburzenie związane z używaniem alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych należy stwierdzić występowanie dwóch lub trzech objawów związanych ze sposobem, częstością lub skutkami używania takich środków. Objawy te muszą występować w tym samym czasie i powtarzać się przez okres co najmniej 12 miesięcy albo są obecne ciągle przez minimum miesiąc (ICD-10. 2000; DSM-V, 2013).

Objawy zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych

Problemy z kontrolą używania substancji

- ilość
- okoliczności spożywania
- moment rozpoczęcia lub zakończenia używania substancji
- powiązane z tzw. głodem substancji

Centralna rola substancji psychoaktywnych w życiu

- najważniejsza aktywność
- pierwszeństwo nad obowiązkami, zainteresowaniami, przyjemnościami, dbaniem o siebie, zdrowiem
- kontynuowanie spożywania mimo negatywnych konsekwencji osobistych, społecznych, zdrowotnych

Fizjologia

- wzrost/zmiana tolerancji na substancję
- objawy odstawiennicze podczas zaprzestania lub ograniczenia spożycia
- stałe przyjmowanie substancji w celu złagodzenia lub niedopuszczenia do pojawienia się objawów odstawienniczych

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka uzależnienia od środków psychoaktywnych mają charakter zarówno wewnętrzny jak też zewnętrzny. Do czynników wewnętrznych można zaliczyć: biologiczną podatność uwarunkowaną genetycznie, problemy z oceną i rozumieniem sytuacji, w których nastolatek doświadcza silnych emocji, trudności z radzeniem sobie z silnymi emocjami oraz słabą kontrolę własnego zachowania. Najważniejsze czynniki zewnętrzne wiążą się z takimi aspektami funkcjonowania środowiska rodzinnego, jak nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, niskie zdolności rodziców (opiekunów) do wchodzenia w bliskie relacje z dzieckiem, nadmierna kontrola rodziców (opiekunów) oraz wymaganie bezwzględnego posłuszeństwa i dyscypliny oraz konflikty w rodzinie. Inne związane są z wpływami rówieśników. Odmowa wykonywania różnych działań – np. picia alkoholu – może narazić młodego człowieka na odrzucenie przez grupę, co dla nastolatka jest niezwykle stresujące, gdyż w okresie dorastania to relacje z rówieśnikami i poczucie przynależności do grupy stanowi podstawę budowania pozytywnej samooceny oraz poczucia własnej wartości.

Szczególnie narażeni na uzależnienia od środków psychoaktywnych są dzieci i nastolatki pochodzący z rodzin z problemem alkoholowym. Zmagają się oni z wieloma problemami – od ekonomicznych zaczynając (niewystarczające środki na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, takich jak dach nad głową, jedzenie, ubranie) poprzez społeczne po emocjonalne. Są zwykle impulsywni, skłonni do zachowań agresywnych, przez co mają trudności w nauce, kłopoty z osiągnięciem sukcesów szkolnych, przez co stają się mniej atrakcyjni od rówieśników wychowujących się w dobrych rodzinach, częściej doznają odrzucenia przez grupę czy stają się „kozłem ofiarnym” dla członków innych, zdemoralizowanych grup. Ze względu na to, że potrzeba przynależności do grupy w okresie dorastania jest bardzo silna, po doświadczeniu odrzucenia przez grupę rówieśniczą (np. w szkole) szukają swojego miejsca wśród osób podobnych do siebie, borykającymi się z podobnymi problemami. To w takiej grupie młodzież poszukuje możliwości odreagowania przykrych emocji oraz sposobów, które dostarczą emocji pozytywnych. Najbardziej dostępnym i najłatwiejszym sposobem na poradzenie sobie z doznawanymi negatywnymi uczuciami są środki zmieniające świadomość, znane z domu rodzinnego. Jednocześnie pomagają one młodemu człowiekowi w znalezieniu w sobie siły i odwagi do poszukiwania nowych wyzwań i przekraczania granic. W ten sposób następuje proces wykluczania młodzieży z rodzin alkoholowych z funkcjonowania w grupach normatywnych.

2. Zaburzenia emocjonalne

Problemy emocjonalne należą do grupy zaburzeń internalizacyjnych, w których przeżywane problemy są rzutowane do wewnątrz. U osób cierpiących na tego rodzaju zaburzenia dominuje poczucie dyskomfortu psychicznego i fizycznego.

Depresja

Zaburzenia depresyjne zalicza się do zaburzeń nastroju (afektywnych). Występują u ok. 6% populacji dzieci i młodzieży, w tym aż u 10% dziewcząt. Wśród nich wyróżnia się (ICD-10, 2000):

- 1) epizod depresyjny,
- 2) zaburzenia depresyjne nawracające,
- 3) zaburzenie dystymiczne (stałe lub stale nawracające obniżenie nastroju trwające co najmniej rok),
- 4) depresyjne zaburzenia zachowania,
- 5) dezorganizujące zaburzenie dysregulacji emocji (z napadami złości i rozdrażnieniem),
- 6) dysforyczne zaburzenie przedmiesiączkowe.

Objawy depresji u młodzieży

Objawy somatyczne	bóle głowy, brzucha, mięśni (bez konkretnych przyczyn)
	problemy ze snem skrócenie snu - osoba wielokrotnie budzi się w nocy albo budzi się wcześniej rano hipersomnia - osoba odczuwa znacznie zwiększoną potrzebę snu - śpi długo a w ciągu dnia jest bardzo senna
	zaburzenia apetytu - brak łaknienia lub nadmierny apetyt prowadzący do zmian masy ciała
	poczucie przewlekłego zmęczenia

Nastój	obniżenie nastroju, smutek, przygnębienie
	anhedonia - niemożność odczuwania przyjemności
	wahania nastroju, drażliwość
	poczucie beznadziejności
Funkcje poznawcze	zaburzenia uwagi i pamięci
	trudności szkolne - z nauką
Napęd i motoryka	pobudzenie psychoruchowe, niepokój
	spowolnienie psychoruchowe
Zachowania agresywne i autoagresywne	samookaleczenia
	nadużywanie substancji psychoaktywnych
	myśli samobójcze
	zachowania agresywne i opozycyjno - buntownicze
	popęśnianie przestępstw
Obraz siebie	negatywny obraz siebie
	perfekcjonizm
	poczucie winy
	negatywny obraz własnego ciała
Relacje z innymi ludźmi	izolowanie się od innych, niechęć do pozostawania w kontakcie
	wrażliwość na odrzucenie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Radziwiłłowicz, 2020, s. 413.

Depresja u dzieci i młodzieży czasami przybiera formę tzw. depresji maskowanej. W takiej formie objawy obniżenia nastroju nie zawsze się pojawiają, natomiast osoby z depresją skarżą się na objawy somatyczne (przede wszystkim bóle głowy i brzucha, które często towarzyszą fobii szkolnej), problemy z uczeniem się (koncentracją i pamięcią). Maską depresji może być również sięganie po substancje psychoaktywne a także zaburzenia zachowania (np. wagary czy zachowania przestępcze).

Częstym zjawiskiem w depresji jest utrzymujący się lęk, czasami o znacznym nasileniu, przejawiający się w sferze ruchowej jako podniecenie a w skrajnych przypadkach jako ataki lęku panicznego (paniki).

Warto też zwrócić uwagę na zaburzenia treści myślenia. Osoby w depresji negatywnie oceniają siebie, są nastawione pesymistycznie, snują katastroficzne wizje. Źle funkcjonują w grupie, izolują się od innych a czasem nawet całkowicie zrywają kontakty z ludźmi.

[Czynniki ryzyka zaburzeń depresyjnych](#)

Ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych rośnie, gdy:

1) **rodzice cierpią na depresję.**

Z jednej strony jest to wpływ genów (ocenia się, że ryzyko depresji jest sześciokrotnie wyższe, jeśli rodzice cierpią na depresję w porównaniu do dzieci rodziców bez depresji), z drugiej – depresyjny rodzic może służyć jako model depresyjnego myślenia i radzenia sobie dla dziecka. Matki cierpiące na depresję są z reguły bardziej drażliwe, wrogo usposobione, gorzej radzą sobie z w różnych sytuacjach, mają problemy z rozwiązywaniem problemów, nie poszukują wsparcia społecznego lub niechętnie z niego korzystają. Mogą też wykazywać nieefektywny styl wychowawczy – nadmiernie kontrolować dziecko, wycofywać się z kontaktu z dzieckiem lub za wszelką cenę unikać konfliktów.

2) **występują zaburzenia w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego** (przede wszystkim dotyczące zmniejszenia poziomu neuroprzekaźnika – serotoniny) oraz **zaburzenia neuroimmunologiczne**, gdy u danej osoby obserwuje się spadek odporności.

3) **rodzice nie udzielają swojemu dziecku wsparcia, a atmosferę w rodzinie cechuje brak ciepła i akceptacji oraz słaba komunikacja wewnątrzrodzinna.**

Dzieci i nastolatki są narażone na zaburzenia internalizacyjne szczególnie wtedy, gdy mają poczucie odrzucenia przez rodziców, nie czują się bezwarunkowo kochane, rodzice prezentują postawę nadmiernego ochraniania, stosują surowe kary, nie pozwalają dziecku na autonomię,

wzbudzają w dziecku nieuzasadnione poczucie winy lub zmuszają je, by się zmieniło zgodnie z ich oczekiwaniami.

- 4) **nastolatek ma negatywny obraz siebie, swoich możliwości i kompetencji a także niską samoocenę i poczucie własnej wartości.**

Wiąże się to z poczuciem małej kontroli nad wydarzeniami życiowymi i przeświadczeniem o braku wpływu na to, co je w życiu spotyka. W konsekwencji osoba buduje negatywne przekonania na swój temat, co zmniejsza możliwości poszukiwania efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, niepowodzeniem, frustracją.

- 5) **nastolatek czuje się osamotniony.**

Jeśli młody człowiek nie potrafi czy nie może nawiązać satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi lub przeżywa doświadczenie utraty bliskiej osoby nie są zaspokojone jego potrzeby społeczne, takie jak bliskości z innymi, uznania i akceptacji, aprobaty z ich strony, sympatii, intymności, pomocy i wsparcia.

- 6) **nastolatek ma problemy z regulacją własnych emocji a strategie radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych, zwłaszcza wtedy gdy trzeba rozwiązać jakiś problem lub rozładować konflikt są niewystarczające.**

- 7) **młody człowiek doświadcza trudnych sytuacji wiążących się ze stratą, np. śmierć osoby bliskiej, separacja czy rozwód rodziców.**

- 8) **niewystarczające są warunki socjalne.**

Ubóstwo, niski status społeczny rodziny, mały kapitał kulturowy środowiska rodzinnego z reguły wiążą się z niezaspokojeniem podstawowych potrzeb biologicznych, emocjonalnych i społecznych nastolatków.

- 9) **nastolatek doświadcza przemocy ze strony rodziców czy rówieśników czy też jest obiektem wykorzystywania (w tym seksualnego).**

Oczywiście wyżej wymienione czynniki ryzyka depresji nie muszą występować łącznie, jednak rzadko się zdarza, aby wystarczył tylko jeden z nich, aby u nastolatka rozwinęło się zaburzenie. Niektóre z zaburzeń nastroju mają charakter organiczny, inne wiążą się z określonymi typami osobowości a jeszcze inne powstają w wyniku trudnych i stresujących doświadczeń danej osoby. Wiedza o tym, w jakim środowisku wychowuje się i przebywa nastolatek a także

ta dotycząca właściwości danej osoby powinna być punktem wyjścia do konstruowania programów interwencyjnych i terapeutycznych.

Leczenie depresji

W przypadku podejrzeń, że u danej osoby może rozwijać się epizod depresyjny niezwykle ważne jest podjęcie wczesnej interwencji, czyli podjęcie działań zmierzających do postawienia diagnozy przez psychologa i lub psychiatrę a następnie podjęcie specjalistycznego leczenia farmakologicznego i psychoterapii. Wczesna interwencja ma zasadnicze znaczenie dla uniknięcia negatywnych konsekwencji zaburzeń depresyjnych w różnych sferach życia nastolatka jak też dla zapobiegania przyszłym powikłaniom, takim jak nawroty epizodów depresyjnych, obniżenie poziomu funkcjonowania społecznego oraz śmierć w wyniku samobójstwa.

Współczesne badania wskazują, że najbardziej skuteczną metodą terapii dla pacjentów z depresją jest terapia poznawczo – behawioralna (Ambroziak, Jerzak i Zajęc, 2016). Cele terapii prowadzonej w tym nurcie to:

- 1) **zmiany w sposobie myślenia** – odkrycie i zrozumienie sposobu interpretowania doświadczeń przez nastolatka prowadzi do poznania zniekształceń poznawczych, co umożliwia ich zmianę. W konsekwencji młody człowiek uczy się nowych, bardziej korzystnych strategii poznawczych.
- 2) **zmiany w obrębie zachowania** – rozpoznanie problematycznych zachowań nastolatka, próba określenia ich przyczyn i funkcji, jakie pełnią oraz wypracowanie bardziej efektywnych strategii działania.
- 3) **zmniejszanie poziomu stresu, nauka technik relaksacyjnych a także konstruktywnych strategii rozwiązywania problemów.**
- 4) **wspieranie rozwoju nastolatka.**

Gdy epizod depresyjny ma charakter ciężki lub w przypadku wystąpienia w przebiegu depresji nasilonych tendencji samobójczych czy objawów psychotycznych niezbędne jest leczenie farmakologiczne prowadzone ambulatoryjnie lub połączone z hospitalizacją chorego.

Zaburzenia lękowe

Lęk jest jedną z podstawowych emocji człowieka, niezbędną w życiu ze względu na swoją rolę adaptacyjną – sygnalizacyjną, mobilizacyjną i motywacyjną. Ostrzega człowieka przed niebezpieczeństwem i przygotowuje go do tego aby sobie w takiej sytuacji poradzić. Dzięki tej

emocji jesteśmy w stanie dostrzec zagrożenie i uruchomić odpowiednie mechanizmy przystosowawcze, czyli zareagować poprzez walkę lub ucieczkę. Bywa prawidłową, normalną reakcją na różnego typu sytuacje trudne – umożliwia przetrwanie, ale może mieć też charakter patologiczny. Lęk normatywny jest więc zazwyczaj sygnałem realnego zagrożenia natomiast lęk patologiczny jest nadmiernie nasilony, nieproporcjonalny do wywołującego go bodźca wewnętrznego lub zewnętrznego, towarzyszą mu zwykle uporczywe objawy somatyczne i fizjologiczne.

Na co dzień używamy różnych pojęć na określenie uczucia lęku (Tagliaferro, 2016):

Lęk (tzw. lęk nieuzasadniony)	Strach (tzw. lęk uzasadniony)	Fobia
<ul style="list-style-type: none"> • to przewidywanie przyszłego ale nierealnego w danym momencie zagrożenia. Jest doświadczany jako nieprzyjemny stan, któremu zwykle towarzyszą objawy somatyczne (np. pocenie się, napięcie mięśni) 	<ul style="list-style-type: none"> • to określenie odpowiednie w sytuacji, gdy występuje realne niebezpieczeństwo doznania jakiejś krzywdy 	<ul style="list-style-type: none"> • to stały, nawracający, nadmierny lub nieracjonalny lęk przed określonym przedmiotem, czynnością czy sytuacją

Kiedy rzeczywista sytuacja obiektywnie nie stanowi zagrożenia a mimo to dana osoba odczuwa silny lęk, nieadekwatny do warunków, w jakich się znajduje, diagnozujemy zaburzenia lękowe. Lęk przestaje w takiej sytuacji pełnić rolę adaptacyjną gdyż reakcje człowieka stają się sztywne i powtarzające się, a przez to nieadekwatne i zaburzące funkcjonowanie psychospołeczne.

Rodzaje zaburzeń lękowych u młodzieży

LĘK UOGÓLNIONY	niemożliwe jest zidentyfikowanie jakiegoś konkretnego bodźca, powodującego lęk. Dziecko/nastolatek zdradza obawy dotyczące różnych codziennych aktywności, zamartwia się o różne rzeczy. Lękowi uogólnionemu często towarzyszą objawy somatyczne: bóle głowy, brzucha, wzmożone napięcie mięśniowe; dochodzą również kłopoty ze snem (wybudzanie się w nocy, trudności z zasypianiem)
FOBIA SPOŁECZNA	silny lęk przed uczestniczeniem w różnych sytuacjach społecznych, wiążących się z byciem ocenianym. Cechą charakterystyczną jest izolowanie się od innych oraz wycofywanie z aktywności społecznych. podczas ekspozycji społecznej nasilone są objawy somatyczne lęku - drżenie rąk, głosu, czerwienienie się, nagła chęć skorzystania z toalety. Fobia społeczna bywa mylona z nieśmiałością, co opóźnia wdrożenie odpowiedniego leczenia.
FOBIE SPECYFICZNE	zestknięcie z konkretnymi przedmiotami czy sytuacjami wywołuje silny lęk, który sprawia, że dana osoba stara się za wszelką cenę unikać bodźca lękowego (np. pajaków, krwi)
LĘK Z NAPADAMI PANIKI	napad paniki to pojawienie się bardzo silnego lęku bez konkretnej przyczyny, któremu towarzyszą silne fizjologiczne objawy, np. zawroty głowy, kołatanie serca, uczucie dławienia, omdlewania . Objawy te sprawiają, że osoba cierpiąca na ataki paniki unika różnych miejsc i sytuacji, kojarzących się z napadami lęku. gdyż boi się, że nie otrzyma odpowiedniej pomocy i umrze.
ZABURZENIA OBSESYJNO - KOMPULSYJNE (OCD)	chory odczuwa silny przymus wykonania określonych czynności, aby obniżyć lęk, który jest powodowany obsesyjnymi, natrętnymi myślami. Może to np. być przymus częstego mycia rąk, któremu towarzyszą czynności zabezpieczające (unikanie dotykania klamek czy podawania ręki innym osobom) z lęku przed zarazkami.
REAKCJA NA CIĘŻKI STRES (PTSD)	reakcja lękowa danej osoby w konsekwencji przeżycia traumatycznego wydarzenia (np. udział w wypadku samochodowym, śmierć osoby bliskiej). reakcje te są zróżnicowane i zależą od indywidualnych cech danej osoby oraz sposobów radzenia sobie z trudnościami.

Źródło: Tagliaferro, 2020, s. 112-113.

Leczenie zaburzeń lękowych

Podstawą odpowiedniego leczenia zaburzeń lękowych jest diagnoza lekarza psychiatry, stawiana na podstawie badania lekarskiego. Aby diagnozę uściślić lekarz może skierować nastolatka na dodatkowe badania lekarskie (neurologiczne) oraz na badania psychologiczne. W trakcie procesu diagnostycznego psychiatra lub psycholog przeprowadza szczegółowy wywiad z dzieckiem oraz jego rodzicami/opiekunami. Skuteczna pomoc dla osoby z zaburzeniami lękowymi wymaga współpracy osób z różnych środowisk, w których nastolatek przebywa, w tym

rodziców, rodziny, nauczycieli, pedagoga szkolnego, psychologa, psychoterapeuty oraz psychiatry. W niektórych przypadkach lekarz może zalecić farmakoterapię, ale najskuteczniejszą formą leczenia lęku – tak jak w przypadku zaburzeń depresyjnych – jest terapia poznawczo – behawioralna. Stosuje się tu takie metody, jak:

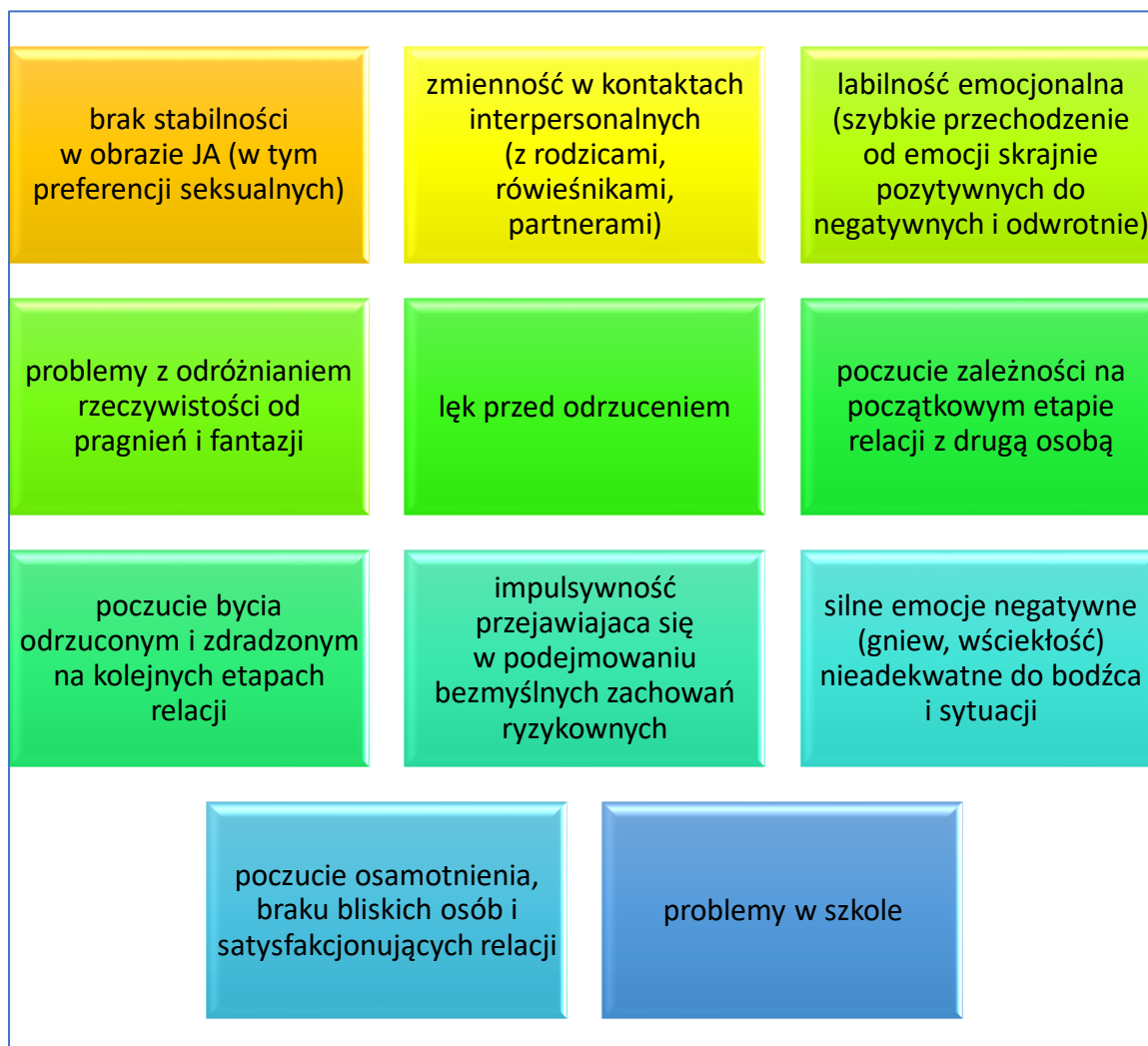
- 1) **psychoedukację** – osoba z zaburzeniami dowiaduje się, co się z nią dzieje oraz jest w stanie zrozumieć naturę lęku.
- 2) **kontrolę objawów somatycznych** – osoba cierpiąca uczy się kontrolować swoje objawy somatyczne a także zmniejszyć je, stosując różne techniki, np. odwracanie uwagi czy trening relaksacyjny.
- 3) **metody behawioralne** – polegają na stopniowym przyzwyczajaniu osoby z zaburzeniami do sytuacji wywołujących lęk.
- 4) **restrukturyzację poznawczą** – osoba uczy się identyfikować i weryfikować prawdziwość swoich myśli powodujących lęk.
- 5) **uczenie technik rozwiązywania problemów.**
- 6) **zapobieganie nawrotom choroby** – poprzez stałą ocenę oraz utrwalanie sukcesów osiągniętych przez chorego w trakcie terapii.

Najważniejszym celem terapii **nie jest usunięcie wszystkich lęków** lecz **nauczenie** osoby chorej **jak radzić sobie z lękiem** – nieodłącznym towarzyszem naszego życia, poprzez **zbudowanie strategii użytecznych w radzeniu sobie w sytuacjach lękotwórczych w przyszłości.**

3. Zaburzenia osobowości typu *borderline*

O zaburzeniach osobowości typu **borderline** mówimy w odniesieniu do nastolatków prezentujących specyficzne wzorce przeżywania i zachowania, będące przejawem braku stabilności.

Objawy *borderline*



Źródło: opracowanie własne na podstawie Grzegorzewska, Frączek, Pastwa-Wojciechowska, 2022.

W procesie rozpoznawania zaburzeń osobowości typu *borderline* należy wziąć pod uwagę kilka aspektów. Zmienność i niestabilność typowa dla tego zaburzenia może być mylona z burzliwymi i dynamicznie przebiegającymi procesami kształtowania się tożsamości u adolescentów. Zaburzenia osobowości mogą też współwystępować z innymi zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza emocjonalnymi i lękowymi), stąd może być trudno rozgraniczyć, czy zaburzenia nastroju lub inne problemy (kryzysy tożsamościowe, zachowania antyspołeczne, konflikty z autorytetami) nie stanowią maski wzorców zachowania typowych dla *borderline*.

4. Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania to jeden z częstszych problemów występujących u młodzieży. Na młodych ludzi, którzy w okresie dojrzewania kształtują swoją tożsamość i szukają sposobów

na podniesienie poczucia własnej wartości bardzo mocno wpływa skupienie na wyglądzie i wszechobecny kult szczupłego ciała, lansowany przez media, w tym społecznościowe. W efekcie młodzież uznaje, że jedynie bycie atrakcyjnym zgodnie z obowiązującymi standardami piękna może zapewniać szacunek rówieśników a jednocześnie pozwalać na pozytywne myślenie o sobie.

Rozpoznawanie zaburzeń odżywiania

Anoreksja to zaburzenie o podłożu psychicznym, reprezentowane przez typ restrykcyjny i typ bulimiczny (żarłoczno – wydalający) (DSM-V, 2015). Osoby cierpiące na **typ restrykcyjny** anoreksji świadomie ograniczają dzienne spożywanie pokarmów w stosunku do potrzeb organizmu aż do wyraźnego momentu obniżenia masy ciała. Stale towarzyszy im lęk przed przytęciem oraz zniekształcenie percepcji własnego ciała połączone z jego negacją w myślach, emocjach i zachowaniu. Negatywną samoocenę osób z anoreksją wzmacnia uporczywy brak świadomości dotyczącej spadającej wagi i rozwijającego się wskutek ujemnego bilansu kalorycznego wyniszczenia organizmu. Drogą do celu – osiągnięcia jak najniższej masy - oprócz restrykcyjnej diety są wymagające ćwiczenia fizyczne.

U nastolatków z anoreksją **typu bulimicznego** również obserwuje się ograniczanie ilości spożywanego pokarmu, jednak co jakiś czas pojawiają się epizody przejadania się, którym towarzyszy wielokrotne przeczyszczenie się z zastosowaniem wymiotów, środków przeczyszczających i odwadniających czy lewatyw.

Innym zaburzeniem odżywiania jest **bulimia**. Kryteria diagnostyczne bulimii obejmują powtarzające się epizody kompulsywnego objadania się, które charakteryzują się:

- 1) jedzeniem w określonym czasie większej ilości jedzenia, niż znaczna część osób byłaby w stanie to zrobić w takim samym czasie i podobnych okolicznościach,
- 2) poczuciem braku kontroli nad jedzeniem w trakcie epizodów objadania się, co stanowi wzorzec funkcjonowania impulsywnego, często z odczuwaniem przesyty i poczucia winy.

Między napadami objadania się chory z bulimią prezentuje tzw. zachowania kompensacyjne, które podobnie jak w typie żarłoczno – wydalającym anoreksji polegają na przeczyszczeniu organizmu (wymioty, lewatywy, głódówki) a także intensywnej aktywności fizycznej.

Rozpoznanie bulimii wymaga wykluczenia anoreksji.

Niespecyficznym zaburzeniem odżywiania jest **napadowe objadanie się**, polegające na tzw. zajądaniu emocji. Kryteria diagnostyczne to:

- 1) utrata kontroli nad spożywanym jedzeniem oraz nawracające epizody objadania się bez uczucia głodu i towarzyszących im zachowań kompensacyjnych,
- 2) spożywanie w określonej jednostce czasu znacznie więcej pokarmu, niż robią to inni ludzie w takim samym czasie i podobnych sytuacjach oraz poczucie braku kontroli nad jedzeniem podczas epizodu objadania się bez uczucia głodu. Najczęściej napadowe objadanie się jest zachowaniem podejmowanym w samotności, z uczuciem wstydu, pojawianiem się objawów depresyjnych, niepokojem i poczuciem winy z powodu braku kontroli nad objadaniem się.

Przyczyny i powstawanie zaburzeń odżywiania

Zaburzenia odżywiania mają polietiologiczną genezę, co oznacza, że nie ma jednej przyczyny ich powstawania. Wśród czynników ryzyka tych zaburzeń wymienia się: czynniki biologiczne, socjokulturowe, psychologiczne, rodzinne, spustowe i podtrzymujące (Izydorczuk, 2020).

Do **czynników biologicznych** można zaliczyć predyspozycje genetyczne, zakłócenia w produkcji neuroprzekazników (serotoniny i dopaminy) oraz wrodzoną dysfunkcję ośrodków regulujących uczucie głodu i sytości w mózgu.

Ważnym czynnikiem ryzyka zaburzeń odżywiania stanowią **wzorce socjokulturowe** promujące ideał szczupłej sylwetki ciała jako istotny czynnik w regulacji poczucia wartości u nastolatków. Nasila się tendencja, aby ludzi oceniać na podstawie wyglądu – smukłe ciało kojarzy się z silną wolą i wytrwałością, dbaniem o siebie, zdrowiem i sprawnością fizyczną ale też z elegancją, sukcesem i pięknem. Nastolatkom jest bardzo trudno opierać się tak silnym wzorcom i wymaganiom. Na dodatek w medialnym i kulturowym przekazie dominuje narracja, że życie ma być przede wszystkim proste i przyjemne a trudności można pokonać za pomocą jednej cudownej tabletki. Rozbieżność między ideałami lansowanymi przez media a rzeczywistością okazuje się bardzo duża, co prowadzi do rozwijania się różnych problemów i kryzysów psychicznych.

U podłoża zaburzeń odżywiania zawsze leży zaniżone poczucie wartości idące w parze z silnym perfekcjonizmem, połączone ze szczególną wrażliwością na akceptację środowiska,

zaliczane obok zaburzeń w kształtowaniu się osobowości do **czynników psychologicznych**.

Najczęściej osoby z zaburzeniami odżywiania cechuje:



Źródło: opracowanie własne na podstawie Smólska-Łynka, 2016, Izydorczyk, 2020.

Wśród **rodzinnych czynników ryzyka** należy podkreślić rolę występowania u jednego lub obojga rodziców zaburzeń jedzenia i zaburzeń afektywnych (np. depresji) i/lub choroby alkoholowej, zaburzeń komunikacji wewnątrzrodzinnej oraz relacji rodzinnych utrudniających budowanie autonomii i niezależności u nastolatków. Istotne są również przekonania rodzinne (wartości, tradycje, oczekiwania związane z rolami społecznymi i postawami społecznymi) dotyczące znaczenia jedzenia. W relacjach rodzinnych predestynujących do zaburzeń psychicznych dominuje sztywność i zależność, niejasne granice interpersonalne, unikanie otwartej komunikacji i dyskusji oraz wyrażania odmiennego zdania (buntu), konflikty małżeńskie. W strukturze rodzinnego funkcjonowania charakterystyczne jest zaprzeczanie problemom, unikanie konfrontacji i rozwiązywania konfliktów. Takie cechy dominują zwłaszcza u nastolatków chorujących na anoreksję. Natomiast w rodzinach osób z bulimią dominuje chaos oraz liczne konflikty. Rodzice chorych prezentują wysokie oczekiwania wobec swojego dziecka a także obarczają je dojmującą krytyką dotyczącą masy ciała i sposobów jedzenia. W komunikacji rodzinnej dominują gniew, złość, wzajemne obwinianie się oraz odrzucanie.

Do **czynników spustowych** zalicza się najczęściej te sytuacje, które powodują szczególnie stres, stanowiący impuls dla procesu ograniczania sobie jedzenia w celu radzenia sobie z przeżywanymi problemami emocjonalnymi. Do takich sytuacji należą m.in. uwagi krytyczne na temat wyglądu nastolatki, porównywanie się między rówieśnikami, istotne zmiany w życiu, na które nastolatek ma znacznie ograniczony wpływ, sytuacje ośmieszenia i odrzucenia przez grupę rówieśniczą.

Czynniki podtrzymujące objawy zaburzeń odżywiania mogą mieć charakter intrapsychiczny i interpersonalny. Czynniki intrapsychiczne ujawniają się już w początkowych etapach rozwoju zaburzenia; zaliczyć tu należy przede wszystkim poczucie satysfakcji i kontroli oraz sukcesu u nastolatka, które najczęściej są powiązane z pozytywnymi komentarzami otoczenia. Natomiast czynniki interpersonalne można zauważyć na dalszych etapach rozwoju choroby. Łączą się z zajęciem przez nastolatka centralnej pozycji w rodzinie (ze względu na wpływ choroby członka rodziny na pozostałych członków, powiązany z odczuwaniem zagrożenia zdrowia i życia osoby z zaburzeniem przez członków rodziny) oraz zmianą pozycji w grupie rówieśniczej, uzyskaniem ulg, przywilejów, zmniejszeniem wymagań wobec osoby chorej. W efekcie nastolatek odczuwa konkretne korzyści z roli osoby chorej zarówno w środowisku domowym jak też rówieśniczym.

Leczenie zaburzeń odżywiania

Tak jak w przypadku innych zaburzeń terapia zaburzeń odżywiania musi być zaplanowana na bazie rzetelnej diagnozy obejmującej:

- 1) ocenę poziomu nasilenia objawów zaburzeń i specyfiki czynników ryzyka,
- 2) charakterystykę rodzaju czynników spustowych i podtrzymujących w rozwoju objawów u konkretnego nastolatka,
- 3) charakterystykę czynników chroniących, czyli zasobów psychicznych nastolatka, siły mechanizmów obronnych i adaptacyjnych oraz zasobów środowiskowych – rodzinnych i rówieśniczych.

Leczeniem zaburzeń odżywiania zajmują się lekarze psychiatrzy, dietetycy, psycholodzy i psychoterapeuci, zarówno w formie ambulatoryjnej (w poradniach, przychodniach i gabinetach specjalistycznych) jak też na oddziałach szpitalnych (zwłaszcza w przypadkach skrajnego wyniszczenia fizycznego organizmu). W ramach leczenia stosuje się: wyrównanie stanu

somatycznego i zwiększenie masy ciała, farmakoterapię, wprowadzanie zdrowych wzorców odżywiania się, psychoterapię rodzinną i/lub indywidualną, grupy wsparcia dla chorych oraz dla rodziców i opiekunów. Na początku kontaktu ze specjalistą (psychologiem, psychoterapeutą czy psychiatrą) szczególnie ważne jest ustalenie priorytetów terapii: czy wzmacnianie motywacji do podjęcia/zaakceptowania decyzji o leczeniu na oddziale szpitalnym czy regularna pomoc psychologiczna i psychoterapia rodzinna w przebiegu leczenia ambulatoryjnego. Kontrakt terapeutyczny zawierany z nastolatkiem i jego rodzina powinien obejmować stały kontakt z lekarzem, kontrola masy ciała na podstawie wskaźnika BMI, ustalenie konkretnego celu leczenia związanego z osiągnięciem przez chorego minimalnej wagi (w anoreksji) oraz kontrakt na ograniczanie zachowań kompensacyjnych. Konieczne są też konsultacje z dietetykiem a także psychoedukacja nastolatka i jego rodziny. Należy pamiętać, że skuteczne leczenie zaburzeń odżywiania jest uzależnione od wczesnego rozpoczęcia kompleksowej terapii i dobrych relacji z bliskimi (rodzicami, opiekunami). Lepsze efekty są osiągane też wtedy, gdy nastolatek prezentował dobry poziom przystosowania społecznego przed zachorowaniem oraz w przypadku zaburzeń izolowanych, nie powikłanych innymi zaburzeniami psychicznymi i autodestruktywnymi nastolatka i jego najbliższego środowiska.

5. Zaburzenia seksualności

Rozwój seksualny każdego człowieka jest procesem, który trwa przez całe życie i jest powiązany z rozwojem w pozostałych obszarach funkcjonowania. Na ten proces składają się trzy podstawowe wątki (Bancroft, 2011, za: Zielona-Jenek, 2020):

- 1) różnicowanie płciowe i rozwój tożsamości płci,
- 2) rozwój reaktywności seksualnej,
- 3) zdolność do budowania bliskich związków w parach.

Charakterystyczną cechą seksualności we wczesnym dzieciństwie jest zmienność oraz brak integracji różnorodnych aspektów rozwoju seksualnego. Dopiero w okresie dojrzewania wraz z pojawiającym się pobudzeniem seksualnym, próbami nawiązywania kontaktów intymnych i podejmowaniem pierwszych kontaktów seksualnych zaczyna się tworzyć tożsamość seksualna – autoidentyfikacja w kategoriach seksualnych, której ważną (choć nie jedyną) część stanowi określanie siebie w kategoriach hetero- lub homoseksualności.

Trudności w zakresie seksualności dzieci i młodzieży, chociaż często są źródłem cierpienia dla dzieci i młodzieży, rzadko mają status zaburzenia. Opis tych zaburzeń znacznie zmienił się w ostatnich czasach, co pokazuje dynamiczny wzrost wiedzy dotyczącej tej sfery funkcjonowania człowieka.

Rodzaje i objawy zaburzeń seksualnych

Warto zaznaczyć, że już u dzieci 2-3-letnich można zaobserwować zjawisko tzw. **nonkonformizmu płciowego**, polegającego na demonstrowaniu przez dziecko tożsamości, roli lub zachowań płciowych odmiennych niż oczekiwane kulturowo. Nonkonformizm płciowy jest uznawany za wariant funkcjonowania płciowego i sam w sobie nie jest zaburzeniem. Może poprzedzać rozwój tożsamości homoseksualnej (szczególnie u chłopców). W niektórych przypadkach jest jednak związany z zaburzeniami – częściej występuje u dzieci i nastolatków z **zaburzeniami różnicowania płciowego**. Polegają one na niewykształceniu się w okresie płodowym gonad, wewnętrznych lub zewnętrznych narządów płciowych lub na wykształceniu się narządów i struktur charakterystycznych zarówno dla płci męskiej jak też żeńskiej. Zaburzenia różnicowania płciowego są uwarunkowane nieprawidłową liczbą lub budową chromosomów płciowych, zaburzeniami wydzielania hormonów płciowych lub nieprawidłowościami w oddziaływaniu na rozwijający się płód hormonów pochodzących z zewnątrz.

Zaburzenia seksualności dzieci i młodzieży dotyczą takich obszarów funkcjonowania seksualnego jak:

- 1) płeć i tożsamość płciowa.
- 2) zainteresowania i tożsamość seksualna.
- 3) zachowania seksualne.

Zaburzenia identyfikacji płciowej/dysforię płciową rozpoznaje się wówczas, gdy dziecko lub nastolatek przeżywa cierpienie lub trudności adaptacyjne z powodu własnej płci. Objawami tego zaburzenia są: wyrażanie niezadowolenia z powodu własnej anatomii i funkcjonowania w określonej roli płciowej, pragnienie bycia osobą innej płci, preferowanie ubrań, zabaw, gier i towarzystwa rówieśników uznawane za odpowiednie dla płci demonstrowanej przez dziecko jako własna. Nasilenie objawów może być mniejsze lub większe, ale u większości dzieci mijają one przed wejściem w okres dojrzewania lub na początku tego okresu. Mniejszość natomiast zmagają się z problemem dysforii w kolejnych etapach rozwojowych, odczuwając

coraz większą awersję do swojego ciała. Wśród objawów odnotowuje się też poczucie obcości w stosunku do cech płciowych własnego ciała, chęć uwolnienia się od nich oraz dokonania zmian, tak aby cechy te były spójne z płcią przeżywaną jako własna. Zaburzeniom identyfikacji płciowej u nastolatków towarzyszy często depresja, zaburzenia lękowe; pojawiają się też zaburzenia zachowania w postaci zachowań opozycyjno – buntowniczych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Zielona-Jenek, 2020.

Problemy młodzieży w zakresie ukierunkowania **zainteresowań seksualnych** mogą manifestować się niepewnością lub/i niechęcią wobec własnych pragnień seksualnych. Występują one zwłaszcza tych nastolatków, którzy zakochują się albo odczuwają pociąg seksualny wobec osób tej samej płci. Dotyczą też tych młodych ludzi, którzy nie odczuwają pociągu do osób płci przeciwnej. Nawiązywanie intymnych relacji oraz podejmowanie współżycia z osobą tej samej płci jest ważne w kontekście budowania własnej tożsamości seksualnej: homo- i biseksualnej lub innej. Wielu nieheteroseksualnych nastolatków musi mierzyć się z problemami emocjonalnymi – lękiem, depresją; prezentują też zachowania autodestrukcyjne. Częściej podejmują zachowania ryzykowne związane z używaniem substancji psychoaktywnych, nawiązywaniem przygodnych kontaktów seksualnych, doświadczają wykorzystywania seksualnego.

Szkodliwe zachowania seksualne to takie zachowania dzieci i młodzieży, które są nienormatywne i przynoszą szkody zarówno im samym jak też osobom z otoczenia. Cechuje je wysoka częstotliwość, uporczywość, forma niedopasowana do danego etapu rozwoju. Do szkodliwych zachowań seksualnych można zaliczyć instrumentalną masturbację o nietypowej czy niebezpiecznej formie. Inne to oglądanie materiałów pornograficznych, wysyłanie własnych „nagich” zdjęć czy też nękanie lub szantaż innych osób z użyciem materiałów o charakterze seksualnym.

Pomoc dla nastolatków z zaburzeniami i problemami o charakterze seksualnym

W przypadku osób z dysforią najważniejszym celem pomocy jest wspieranie ich w identyfikacji własnej kondycji seksualnej oraz wspieranie ich w znalezieniu metod zmniejszenia cierpienia i poczucia niespójności płci przypisanej z odczuwaną.

Nastolatkom z problemami w zakresie orientacji seksualnej można pomóc poprzez poradnictwo i wsparcie w określeniu zainteresowań i preferencji seksualnych a przez to wspomaganie młodego człowieka w budowaniu tożsamości seksualnej.

Jeżeli nastolatek prezentuje szkodliwe zachowania seksualne interwencja polega przede wszystkim na zapobieganiu kolejnym takim aktom.

Bardzo ważną formą pomocy jest również psychoedukacja, zarówno samego doświadczającego problemów seksualnych jak też jego rodziców i bliskich.

Część IV. Gdzie szukać pomocy?

Kiedy pojawiają się pierwsze objawy problemów i zaburzeń psychicznych u młodzieży, zarówno nastolatki jak też ich rodzice i opiekunowie często czują się bezradni. Trudno jest im zdecydować, czy dane zachowania są czymś normalnym czy też należy szukać pomocy. Często czekają, aż objawy miną same z siebie albo zwyczajnie nie wiedzą, gdzie mogą zwrócić się o pomoc. Tymczasem wczesna interwencja, czyli jak najszybsze podjęcie leczenia i terapii jest kluczowa dla zapobiegania nasilaniu się i pogłębianiu objawów oraz dewastowania psychicznego (i fizycznego w niektórych zaburzeniach) nastolatka. Niezbędna staje się więc konsultacja z psychologiem.

Korzystnym zjawiskiem jest to, że obecnie wizyta u psychologa czy psychiatry nie jest uważana za coś wstydlivego. Można nawet powiedzieć, że przeciwnie, młodzi ludzie chętnie

korzystają z takich porad. Zwracanie uwagi na swój stan psychiczny staje się pewną normą, chociaż, niestety, nie zawsze i nie wszędzie. Niektórzy są gotowi wydać krocie, aby skorzystać z pomocy „modnego” specjalisty. Nie odradzamy realizacji takich pragnień, ale też wskazujemy na dostępne dla każdego, bezpłatne formy wsparcia psychologicznego czy psychiatrycznego. Pierwszym wskazaniem są placówki Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż na terenie każdego województwa znajdziemy poradnie zdrowia psychicznego, chociaż obecna kondycja służby zdrowia sprawia, że terminy wizyt mogą być odległe w czasie. Drugim są darmowe infolinie – chociażby 800 190 590 uruchomiona w związku z pandemią. Polecamy też warszawski Telefon Zaufania Młodych – 22 48 48 804, telefon Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę – 116 111, czy Dziecięcy Telefon Zaufania 800 12 12 12.

Najbliżej młodego człowieka, który jeszcze chodzi do szkoły są specjaliści szkolni – psycholog i pedagog. Często to oni jako pierwsi zauważają negatywne zmiany i tendencje w rozwoju nastolatka i mogą udzielić wsparcia – pomóc jemu i jego rodzicom opisać niepokojące objawy i zastosować psychoedukację dotyczącą typowego rozwoju w okresie dorastania i sygnałów nieprawidłowości.

W Polsce działa szeroka sieć poradni psychologiczno – pedagogicznych – w każdym powiecie działa co najmniej jedna. Listy poradni prowadzą kuratoria oświaty w poszczególnych województwach. Psycholodzy w nich zatrudnieni są wyspecjalizowani w diagnozie psychologicznej dotyczącej różnych obszarów funkcjonowania nastolatka – poznawczego, emocjonalnego, społecznego, relacji rodzinnych, zaburzeń rozwojowych. Udzielają też pomocy psychologicznej w różnych formach: psychoedukacji, treningów umiejętności (np. emocjonalnych, społecznych), warsztatów, wsparcia, terapii psychologicznej. Na podstawie zebranych informacji psycholog jest w stanie stwierdzić, czy młody człowiek potrzebuje konsultacji lekarza specjalisty oraz czy powinien być objęty psychoterapią. Dysponuje też wiedzą dotyczącą podmiotów świadczących pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną, do których należałoby się zwrócić. Pomoc psychologa w poradni psychologiczno-pedagogicznej jest świadczona na wniosek rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia. Zawsze odbywa się za zgodą dziecka czy nastolatka i jest bezpłatna. Wszystkie informacje uzyskane w toku diagnozy czy terapii są objęte tajemnicą zawodową, z której psychologa może zwolnić tylko sąd.

W każdej, nawet najmniejszej gminie w ośrodku pomocy społecznej udzielą nam specjalistycznej pomocy lub udzielą wskazówek gdzie i jak z niej można skorzystać.

Pomoc jest w zasięgu ręki trzeba tylko chcieć z niej skorzystać.

Literatura cytowana

1. Ambroziak, K., Jerzak, M., Zając, K. (2016). Zaburzenia depresyjne. W: M. Jerzak (red.). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*. (s. 56 – 74). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
2. Brzezińska, A., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2010). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau, D. Doliński (red.). *Psychologia akademicka. Podręcznik*. (s. 95 – 292). Gdańsk: GWP.
3. Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych DSM-V. (2013). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
4. Grzegorzczak, I., Frączek, A., Pastwa-Wojciechowska, B. (2020). Zaburzenia osobowości obserwowane w okresie dzieciństwa i adolescencji. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiątkowska, A. R. Borkowska (red.). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. (s. 525-542). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
5. *ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. (2000). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
6. Izydorczyk, B. (2020). Zaburzenia jedzenia u dzieci i zaburzenia odżywiania u młodzieży. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiątkowska, A. R. Borkowska (red.). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. (s. 496-512). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
7. Radziwiłłowicz, W. (2020). Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne). W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiątkowska, A. R. Borkowska (red.). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. (s. 409-450). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
8. Smólska-Łynka, K. (2016). Zaburzenia odżywiania. W: M. Jerzak (red.). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*. (s. 159 - 181). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
9. Tagliaferro, K. (2016). Zaburzenia lękowe. W: M. Jerzak (red.). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*. (s. 105 - 124). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.

10. Zielona-Jenek, M. (2020). Zaburzenia seksualności u dzieci i młodzieży. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiątkowska, A. R. Borkowska (red.). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. (s. 470-477). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
11. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>; dostęp 15.11.2022 r.

Poradnik został opracowany przez Fundację po DRUGIE w ramach zadania „OD NOWA 2022” dofinansowanego z budżetu Województwa Mazowieckiego i Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej