

*Marc Dupont*

- 24.1. Wprowadzenie 766
- 24.2. Samobójstwa 766
- 24.3. Urazy i reakcje na urazy 767
  - 24.3.1. Przemoc wobec dzieci 767
  - 24.3.2. Wykorzystywanie seksualne 767
- 24.4. Zaburzenia zachowania i emocjonalne 768
  - 24.4.1. Zaburzenia hiperkinetyczne 768
  - 24.4.2. Zaburzenia zachowań socjalnych 768
  - 24.4.3. Zespoły lękowe 769
  - 24.4.4. Depresje 770
  - 24.4.5. Anorexia nervosa 770
- 24.5. Problemy szkolne 772
  - 24.5.1. Dojrzałość szkolna 772
  - 24.5.2. Unikanie uczęszczania do szkoły 772
- 24.6. Nadużywanie różnych substancji i uzależnienia 773

## 24.1. Wprowadzenie

- Zaburzenia psychiczne, psychosomatyczne i zaburzenia zachowania są także równocześnie i zawsze zaburzeniami relacji, tzn., że określony objaw nie jest objawem samym w sobie, tylko sygnalizuje stojącemu naprzeciw, że „coś jest nie tak”, że niezbędne zadania rozwojowe u dziecka nie mogą być zrealizowane.
- Geneza zaburzeń jest z reguły wieloczynnikowa, tzn., że przeważnie istnieje jakaś predyspozycja genetyczna, a ponadto w biografii pacjenta tkwią trudności psychosocjalne oraz jakiś konflikt, który stał się przyczyną aktualnego spotkania dziecka lub młodocianego z psychiatrą.
- Odpowiednio do tej wieloczynnikowej przyczyny terapia musi być wielospecjalistyczna, wielopłaszczyznowa i dlatego winna być prowadzona przez fachowy personel.

## 24.2. Samobójstwa

ICD-10: X84. Stosunek prób samobójczych do skutecznego samobójstwa – 31:1. W sumie zjawisko rzadkie, ale obarczone wysokim ryzykiem powtórnych prób, dlatego pierwszoplanowa rola przypadku „profilaktyce nawrotu”.

- Dzieci i młodzież, które dokonują próby samobójczej, zwykle już dłuższy czas przed próbą zapoznawały się z możliwościami jej dokonania i zwykle już o tym rozmawiały.

! Groźby samobójcze trzeba zawsze traktować bardzo poważnie!

Ryzyko powtórzenia próby u młodocianych wynosi 10%, a 1% młodocianych, którzy podjęli próbę samobójczą, umiera w ciągu 2 lat z powodu kolejnej, nie-  
stety już skutecznej, próby samobójczej.

**Etiologia** Negatywne przeżycia z instytucjami (szkoła, policja), trudności w związkach i negatywna samoocena, zaniedbanie, doświadczanie przemocy, nadużywanie substancji psychoaktywnych. Częstsze współwystępowanie zaburzeń psychicznych, takich jak depresje, zaburzenia zachowań socjalnych i zaburzenia osobowości.

Najczęstsza metoda przeprowadzania próby samobójczej to zatrucie lekami.

**Klinika** **Sygnaly alarmowe:** osamotnienie, popadanie w zadumę, apatia, obojętność, spadek sił witalnych i chęć do ucieczki. Brać zawsze na poważnie możliwość próby samobójczej!

### Rozpoznawanie

- Wyjaśnić wszelkie czynniki predysponujące i wyzwalające. Wewnętrzny model zachowań samobójczych? zaburzenie psychiczne?
- Rozważania pacjenta traktować jako stan kryzysowy. Należy dążyć do odbudowania relacji wraz z pacjentem, jego rodzicami i in. systemami pomocy (ośrodki pomocy) oraz znaleźć sposoby rozwiązania jego problemów.

### Poważne zamiary samobójcze

Próba samobójcza została przeprowadzona, w chwili gdy podejmujący ją był sam. Czas próby został tak dobrany, że możliwość odkrycia samobójcy była prawie niemożliwa. O powadze sytuacji świadczy także, gdy odnaleziono ślady

sugerujące przygotowywanie się na wypadek śmierci, np. zostały o zamiarze poinformowane konkretne osoby albo pozostawiony został list pożegnalny.

**Uwaga:** nawet będąca wołaniem o pomoc próba samobójcza może się przypadkowo udać. Przy najdrobniejszych wątpliwościach konieczne zasięgnąć rady psychiatry.

**Leczenie** Poradnictwo. Wzmacnianie zdolności rozwiązywania problemów młodocianego, wdrożenie środków mających na celu profilaktykę ponownej próby samobójczej (także w otoczeniu), ew. psychoterapia, pobyt stacjonarny w oddziale psychiatrii lub w oddziale dziennym lub zastosowanie innych form pomocy; wyjątkowo „usunięcie” z niebezpiecznego otoczenia.

## 24.3. Urazy i reakcje na urazy

Przemoc wobec dzieci (► 1.4.4), wykorzystywanie seksualne (► 1.4.5, ► 10.7.2).

### 24.3.1. Przemoc wobec dzieci

ICD-10: Y04.

**Etiologia** Agresywni rodzice sami często doświadczali przemocy lub mieli doświadczenia deprywacji. Do tego dochodzi często alkohol i narkotyki, a także niezadko aktualnie trudna sytuacja życiowa rodziców, która na skutek subiektywnego przyłoczenia okolicznościami życiowymi wywołuje przemoc w stosunku do dzieci.

- **Nieprzypadkowe urazy (znięcanie się nad dzieckiem/wykorzystywanie dziecka/zaniedbanie** ► 1.4.4).
- **Z. Münchausena by proxy:** z reguły matki lub wychowawcy wynajdują u dziecka najprzeróżniejsze objawy cielesne (podawanie fałszywych danych w wywiadzie powodujących różnego typu postępowanie medyczne; typowe są także próby wywoływania różnych objawów, np. w postaci zanieczyszczania strzykawek w celu wywołania zakażenia, potajemnego podawania leków itp.).
- **Zaniedbywanie dziecka:** niedostarczanie pożywienia, odzieży, pozbawianie opieki, nieprzestrzeganie reguł postępowania, brak uwagi, kontaktu emocjonalnego, stymulacji poznawczej.
- **Przemoc emocjonalna:** rodzice zachowują się w stosunku do swego dziecka, jakby było ich wrogiem, przekazują sprzeczne przesłania i zalecenia, odrzucają, nie okazują miłości ani uwagi, posługują się pogroźkami, mają nieadekwatne do możliwości dziecka wymagania czy życzenia lub wykorzystują swoje dziecko ponad miarę, aby tylko móc siebie ustabilizować (parentyfikacja).

**Klinika i postępowanie** ► 1.4.4, ► 10.7.

### 24.3.2. Wykorzystywanie seksualne

ICD-10: Y05.

**Definicja** Wymuszone zachowania i aktywność seksualna między dzieckiem a dorosłym. Dane statystyczne bardzo się różnią, m.in. z uwagi na bardzo nieostre granice definicyjne oraz znaczną tzw. ciemną liczbę zdarzeń.

• Ani dzieci, ani młodocianych nie wolno obciążać odpowiedzialnością!

**Klinika i postępowanie** ▶ 1.4.5.

**Leczenie** Najważniejszy cel: ochrona dzieci i młodzieży przed dalszym wykorzystaniem, z możliwym, jeśli to konieczne, zaangażowaniem psychiatrów i pomocy społecznej. Postępowanie lekarskie powinno się skupić raczej na prewencji i terapii niż zaangażowaniu się w postępowanie karne.

## 24.4. Zaburzenia zachowania i emocjonalne

### 24.4.1. Zaburzenia hiperkinetyczne

ICD-10: F90.0–9.

**Definicja** Z. niedoborów (deficytów) uwagi z nadruchliwością (ADHD) lub bez nadruchliwości, z nadmierną impulsywnością i pobudliwością. Najczęściej początek przed 6. r.ż. (♂:♀ = 3–9:1). Zaburzenia muszą trwać co najmniej 6 mies.

**Etiologia** Predyspozycja dziedziczna wraz z obciążeniem psychosocjalnym. Dotknięci tym zespołem często nie nauczyli się realizować w swoich fantazjach życzeń, idei ani rozwiązywać konfliktów, tylko muszą je natychmiast w w aktualnej, realnej rzeczywistości odegrać; brak mentalizacji.

**Klinika** Objawy pojawiają się w różnych sytuacjach i polegają głównie na:

- Stałym niepohamowanym niepokojem, ciągłej potrzebie poruszania się, bezcelowej nadaktywności. Poza tym obserwuje się lekkie roztargnienie, zaburzenia koncentracji, tylko krótkotrwałe skupianie się na określonych czynnościach. Zmniejszona jest też kontrola afektu, występuje skłonność do zachowań impulsywnych, zła tolerancja frustracji, zaburzenia nastroju. Ponadto obserwuje się:
  - częste wypadki (np. na skutek nierozpoznawania źródeł zagrożenia);
  - trudności w szkole;
  - izolację socjalną, częsta jest koincydencja ADHD z cząstkowymi deficytami sprawności wzrokowej lub słuchowej, w czytaniu, pisaniu itp., deficytami i/lub zaburzeniami w rozwoju mowy.

**Rozpoznanie różnicowe** Prawidłowe warianty rozwojowe, zaburzenia będące następstwem uszkodzenia lub ch. organicznej mózgu, obniżony poziom inteligencji, manie, z. depresji, psychozy, ostre i przewlekłe zatrucia, tiki, głębokie zaburzenia rozwojowe, FASD.

**Rozpoznawanie** Wywiad ciążyowy, porodowy i wczesnodziecięcy; wywiad rodzinny i społeczny, obserwacja zachowania w domu i/lub szkole, testy psychologiczne (deficyty cząstkowe), badanie psychiatryczne.

**Leczenie** Poradnictwo i szkolenie dziecka, rodziców, szkoły, ew. terapia psychologiczna, stymulacja z psychoterapią. Alternatywą może być atomoksetyna. Taka terapia powinna być prowadzona tylko przez doświadczonych i wyszkolonych psychiatrów lub neurologów.

**Rokowanie** Zaburzenia uwagi mogą pozostać nawet do dorosłości. Przy istniejących zaburzeniach zachowań socjalnych duże ryzyko rozwoju dysocjacyjnego lub nadużywania substancji psychoaktywnych.

### 24.4.2. Zaburzenia zachowań socjalnych

ICD-10: F91.0–9.

**Etiologia** Wpływ otoczenia jest większy niż wpływ predyspozycji genetycznych: zaburzenia psychiczne/kryminalizacja rodziców, wychowywanie ze złością i niechęcią w stosunku do dziecka, brak rodzicielskiego ciepła. Neutralne zachowania innych osób są przez agresywne dzieci odczytywane i błędnie interpretowane jako agresja.

#### Klinika

- **Młodsze dzieci:** zachowania opozycyjno-buntownicze (częste wybuchy temperamentu, upartość, drażliwość, złość, złościę się i zgłaszanie licznych pretensji, celowe wytrącanie z równowagi innych).
- **Dzieci starsze:** zachowania opozycyjne, nieliczenie się z regułami ani nakazami, aż do celowego niszczenia rzeczy, uszkodzeń ciała i okrucieństwa; częste wagarowanie.
- **Cechy towarzyszące:** zaburzenia psychiatryczne (nadmierna aktywność, depresje, lęki, nałogi), odmowa kształcenia się (słabe wyniki w szkole), nietrwałe relacje z innymi ludźmi.

**Leczenie** Poradnictwo, pomoc socjalna, próby zmiany zachowania u dziecka i rodziców, leczenie schorzeń towarzyszących, np. ADHD.

**Rokowanie** Gorsze przy wczesnym początku, dużej liczbie swoistych zaburzeń, zmienności sytuacyjnej, towarzyszącej nadaktywności, ch. psychicznych u rodziców.

### 24.4.3. Zespoły lękowe

Zaburzenie psychiczne o najwyższej częstotliwości u dzieci i młodzieży (ok. 10%).

#### Etiologia

- Obciążające czynniki zewnętrzne, takie jak doświadczenie rozstania (np. pobyt w szpitalu), choroba lub utrata kogoś z najbliższego otoczenia (śmierć, rozwód).
- Zahamowanie behawioralne, niepewność w więzi emocjonalnej, wychowanie z dużą dozą kontroli i niewielką wrażliwością.
- Częsta obecność podobnych zaburzeń w rodzinie.
- Rodzice mogą prezentować adaptacyjny lub patologiczny model radzenia sobie z lękiem.

**Klinika** Objawy somatyczne: ↑ czynność serca, poty, czerwienie się, blednięcie, uderzenia gorąca lub zimna, suchość w ustach. Wzmoczona czujność.

#### Podgrupy

**Lęk separacyjny** (ICD-10: F93.0). Nierealistyczne lęki dzieci, że rodzicom coś się stanie, zamartwianie się mało prawdopodobnymi chorobami lub zdarzeniami. Opór lub odmowa uczęszczania do szkoły. Wieczorne problemy separacyjne mogące prowadzić do zaburzeń snu lub uniemożliwiające sen we własnym pokoju.

**Uogólnione zaburzenie lękowe** (ICD-10: F41.1). Troska i lęki o przyszłość, dotychczasowe zachowanie i personalne kompetencje. Stałe napięcie, niemożność zrelaksowania się, poczucie niskiej wartości i różnego typu zaburzenia somatyczne.

**Lęk napadowy (panika)** (ICD-10: F41.0). Ciężkie napady lęku bez określonego czynnika wyzwalającego, trwające zwykle krótko.

**Fobie swoiste** (ICD-10: F40.0–9 lub F93.1):

- Lęk przed zwierzętami – najczęstszy (2.–4. r.ż.).
- Lęk przed ciemnością lub postaciami z fantazji (4.–6. r.ż.).
- Strach przed śmiercią lub wojną (częsty u młodocianych).

- Fobie socjalne.
- „Klasyczne” fobie przed mostami, pająkami, wysokością itp.

**Leczenie** Szybkie uspokojenie, opieka sam na sam (1:1), zmiana otoczenia, dalsza opieka nad dzieckiem i rodzicami, ew. psychoterapia. Przy ciężkiej i ostrej symptomatologii przejściowo, w warunkach stacjonarnych, benzodwazepiny, ew. selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI).

#### 24.4.4. Depresje

ICD-10: F32.0–9.

##### Etiologia

- Psychosocjalna: deprivacja, niekorzystne stosunki rodzinne lub/i doświadczenia życiowe; nienawiść do negatywnie naładowanych emocjami opiekunów zostaje im zabrana, aby ich ratować (inaczej dziecko byłoby subiektywnie całkowicie porzucone) i w psychice dziecka przeniesiona na siebie, co obniża poczucie własnej skuteczności oraz pewności siebie i wiedzie do wyuczzonej bezradności.
- Nadmierne oczekiwania opiekunów w stosunku do możliwości dziecka.
- Genetyczna w rozumieniu zaburzeń w funkcjonowaniu przekaźników w OUN.
- U niem. możliwe jest rozwinięcie się z. depresyjnego po rozstaniu z ukochaną osobą („referencyjną”) i dodatkowo wtórnie niestałymi kontaktami z osobami opiekującymi się dzieckiem po takim rozstaniu.

##### Klinika

- **Objawy ogólne:** smutny nastrój z brakiem radości i zaburzeniami napędu do życia, lęk, zahamowania i spadek samooceny, robienie sobie wyrzutów, poczucie winy, poczucie beznadziejności i braku jakiegokolwiek pomocy, zaburzenia koncentracji, pamięci, niepokój, czasem agresja, moczenie, zaburzenia snu, mutyzm, płacz, ucieczki, wagarowanie.
- **Małe dzieci:** objawy psychosomatyczne, np. zaburzenia snu, łaknienia, krzyki, kolki, stereotypie ruchowe, bóle głowy.
- **Dzieci szkolne:** smutny nastrój z brakiem radości, lękowa niepewność, zahamowania w zabawie i nauce, zaburzenia koncentracji, zmniejszona uwaga i wytrzymałość, objadanie się słodyczami, otyłość, niechęć do jedzenia (anoreksja), bawienie się ogniem.
- **Starsze dzieci szkolne i młodzież:** długotrwała zaduma, poczucie niższej wartości, przygnębienie, objawy psychosomatyczne, bóle głowy, myśli i próby samobójcze.

**Rozpoznanie różnicowe** Niedokrwistość z niedoboru Fe, ch. tarczycy, celiakia.

**Leczenie** Zawsze wielokierunkowe: psychoterapia, opieka nad rodzicami, pedagogika lecznicza, ew. zmiana otoczenia, leki p.depresyjne.

#### 24.4.5. Anorexia nervosa

ICD-10: F50.0

**Definicja** Celowo wywołana utrata m.c. Początek ch. między 9. a 18. r.ż. (♀:♂ – 10:1).

**Etiologia** Zaburzenie rodzinne (zaburzenia związku i przywiązania), perfekcjonizm i silne dążenie do celu, problemy z komunikacją.

- Ograniczająca swobodę nadopiekuńczość, unikający konfliktów i kontrolujący, sztywny system rodzinny, z częstym zatarciem granic generacyjnych.

- Symptomatyka służy nieudanej próbie rozwiązania wyżej przedstawionego problemu poprzez objęcie kontrolą przynajmniej swojego ciała i w ten sposób zdobycie autonomii.
- Ambiwalencja w identyfikacji z towarzystwem. Zaprzeczanie swojej kobiecości – obraz kobiety ukazuje „kobiecość stłumioną” z zaburzeniem postrzegania obrazu własnego ciała.

**Czynniki wyzwalające** Obciążające doświadczenia rodzinne, kluczowe niekorzystne doświadczenia w grupie rówieśniczej, czynniki kulturowe (kraje wysoko rozwinięte szczególnie obciążone).

**Klinika** Ograniczanie przyjmowanych posiłków, brak poczucia choroby z zaburzeniem postrzegania własnego ciała, nadmierna aktywność sportowo-fizyczna i psychiczny niepohamowany napęd do poruszania się, ew. przyjmowanie leków hamujących łaknienie oraz przeczyszczających, prowokowanie wymiotów, stosowanie lewatyw i diuretyków, zaburzenia endokrynologiczne: utrata miesiączki, a przy wcześniejszym początku choroby opóźnione lub zahamowane dojrzewanie płciowe.

**Następstwa somatyczne** Znaczny niedobór masy (przynajmniej 15% poniżej masy idealnej, BMI < 17,5 kg/m<sup>2</sup>). Ocenic percentyl dla wieku na siatkach centylowych – wartości prawidłowe ▶ ryc. 29.12), zaburzenia endokrynologiczne (brak miesiączki), symptomatologia somatyczna (hipotonia, bradykardia, obrzęki, wysięk w osierdziu, hipotermia), lanugo, wypadanie włosów, sucha skóra, uszkodzenia zębów (przy prowokowanych wymiotach). Odchylenia laboratoryjne: hipoglikemia, leukopenia, małopłytkowość, ↑ kreatynina, ↑ mocznik, ↑ transaminazy, ↑ bilirubina całkowita, ↑ amylaza, zaburzenia elektrolitowe częściowo będące wynikiem wymiotów, działania leków przeczyszczające i diuretyków – przede wszystkim hipokaliemia.

**Rozpoznanie różnicowe** Ch. organiczne (▶ 13.1.8, zaburzenia wchłaniania, ch. nerek, guzy mózgu, nowotwory), inne psychogenne zaburzenia odżywiania (m.in. depresja, zatrucia).

**Rozpoznawanie** Wywiad, wywiad w otoczeniu chorego, diagnostyka rodzinna, badanie fizykalne, laboratoryjne wykluczenie ch. zapalnych jelit (kalprotektyna w kale) oraz celiakii (transglutaminaza tkankowa), EKG, ECHO, RM głowy.

**Leczenie** Wskazania do terapii w warunkach szpitalnych wraz z terapią psychiatryczną w oddziale psychiatrycznym:

- Spadek m.c. > 25%.
- Powikłania somatyczne (hipotonia, bradykardia lub zaburzenia rytmu, zaburzenia elektrolitowe).
- Współistnienie depresji lub prób samobójczych.
- Zaburzone relacje rodzinne, izolacja społeczna.
- Znacznie upośledzona wydolność fizyczna i umysłowa.
- Fiasko prób terapii ambulatoryjnej.

**Wskazania do hospitalizacji w oddziale pediatrycznym:**

- Powikłania sercowe (np. bradykardia, zaburzenia rytmu, wysięk w osierdziu) lub znaczne zaburzenia jonowe (np. nasilona hipokaliemia).
- Żywienie przez sondę wskazane jest wtedy, gdy odżywianie w warunkach oddziału psychiatrycznego okazuje się nieskuteczne (preparaty wysokokaloryczne) lub gdy inne zaburzenia somatyczne wymagają uzyskania stosunkowo szybkiego przyrostu m.c. (np. powikłania sercowe).

**Ogólne postępowanie lecznicze:**

- Psychoterapia, terapia rodzinna, poradnictwo żywieniowe i wsparcie żywieniowe.
- Przy współistnieniu zaburzeń psychicznych (depresja, lęki) ew. podaż SSRI.
- W znacznych zaburzeniach substytucja elektrolitów, ew. preparaty białkowe i witaminowe.

**Rokowanie** Śmiertelność ≈10–15%, wyleczenie ≈70%, ≈20% przebieg przewlekły.

- Niekorzystne czynniki prognostyczne: zbyt szybki przyrost m.c. u chorych leczonych stacjonarnie, wymioty, napady jedzenia, przewlekłość procesu i różnego typu zaburzenia jeszcze przed zachorowaniem.
- Korzystne rokowania: dobre relacje dziecka z rodzicami, wczesne rozpoznanie i leczenie.

## 24.5. Problemy szkolne

### 24.5.1. Dojrzałość szkolna

**Problemy** Wybór rodzaju szkoły; nowe lub trudne stosunki socjalne (nauczyciele, uczniowie); identyczna ocena wydajności przy różnych wymaganiach dotyczących nauki; nadmierne oczekiwania rodziców.

**Badanie gotowości szkolnej**

- Badanie słuchu i wzroku.
- Badanie koordynacji wzrokowo-motorycznej, umiejętności rysowania, zróżnicowanej percepcji wzrokowej.
- Ocena rozwoju umysłowego, zmysłowego, socjalnego, motorycznego i językowego, a także obecności drobnych braków rozwojowych.
- Bardzo ważnym elementem jest dojrzałość socjalna dziecka do pójścia do szkoły.

W przypadkach wątpliwych lepsze jest wstrzymanie obowiązku szkolnego niż zawód, jaki może spotkać dziecko i całą rodzinę. Rozważyć alternatywy pójścia do szkoły: przedszkole z tzw. zerówką, przedszkole przyszkolne, klasa przygotowawcza. W razie częściowego osłabienia wydajności lub w zaburzeniach percepcji należy skorzystać ze specjalnej opieki (np. ergoterapia, grupy psychomotoryczne, terapia opracowana przez Marianne Frostig).

### 24.5.2. Unikanie uczęszczania do szkoły

**Postaci**

- Lęk szkolny (ICD-10: F40.1), lęk przed ocenianiem i ocenami lub problemy w kontakcie z rówieśnikami, przede wszystkim mobbing lub znęcanie się, często obecność fobii dodatkowych.
- Zachowania „szkołofobiczne” (ICD-10: F93.0), lęk przed wyjściem z domu, a także zachowania depresyjne, lęk przed rozstaniem, problemy z interakcjami w rodzinie.

**Klinika**

- Unikanie pójścia do szkoły z wykorzystaniem różnego typu wymówek zdrowotnych (ból głowy, brzucha, uczucie osłabienia, nudności) bez wyraźnej patologii w badaniu klinicznym.



- Dolegliwości występują tylko w dniach, w których trzeba iść do szkoły (dni wolne, wakacje – brak dolegliwości).
- Dzieci trzymają się blisko rodziców, niechętnie chodzą do innych dzieci.
- U młodzieży wycofanie się z życia socjalnego.

**Rozpoznanie różnicowe** Wagarowanie z zaburzeniami lub bez w zachowaniach socjalnych.

**Leczenie** Cel: możliwie szybki powrót do szkoły, nie wydawać zwolnień z zajęć, psychoterapia lub terapia rodzinna; brak poprawy w ciągu > 3 mies. jest wskazaniem do przyjęcia do oddziału psychiatrycznego.

## 24.6. Nadużywanie różnych substancji i uzależnienia

ICD-10: F1x.1 & F1x.2

### Ważne czynniki ryzyka

- Poczucie niskiej wartości, towarzyszące ch. psychiczne, zaburzona kontrola postępowania impulsywnego, agresywność, poszukiwanie wrażeń.
- Płeć męska, socjalne problemy w rodzinie, obciążenie rodzinne (np. ryzyko dla chłopców ojców alkoholików jest blisko 10 razy wyższe).
- Pamięć uzależnień (przemiana wewnętrznego systemu nagród przez ciągłe przyjmowanie środka uzależniającego jest w młodym mózgu łatwiejsze i dlatego niebezpieczniejsze).

**Epidemiologia** Palenie: < 10% 12- do 17-latków, przyrost w zakresie e-papierosów i w korzystaniu z fajki wodnej (szisza) ♂ > ♀. Konopie indyjskie (*cannabis*): (regularne przyjmowanie): 7% 12–17-latków ♂ > ♀. Alkohol (regularne ryzykowne spożywanie): 4% 12–17-latków ♂ > ♀.

Ponieważ w ostatnich latach „spożycie” konopii indyjskich o wyższej zawartości środka odurzającego wzrosło, to potrzeba przejścia na twarde narkotyki nie jest już tak „potrzebna” i dlatego zużycie twardych narkotyków spada.

**Postać szczególna: Binge-Drinking, tzw. picie do upadłego** 14% 12–17-latków po niezbędnej terapii somatycznej ▶ 3.4.4 i po pobycie w szpitalu wymaga poradnictwa specjalistycznego.

**Objawy** Do rozpoznania uzależnienia poza ustaleniem konkretnego środka oraz objawów z nim związanych konieczne jest wykazanie:

- Braku zainteresowań, spadku wydolności, postępującej dezintegracji socjalnej, agresywności, opóźnienia rozwojowego i ew. przestępstwa zakupowego.
- Żądzy przyjmowania i rozwinięcia się tolerancji.

U młodzieży ciężkie objawy somatyczne i objawy abstynencyjne należą do rzadkości i w związku z tym nie wskazują na ciężkość choroby!

**Postać szczególna: nadużycie komputera/uzależnienie od internetu** (ICD-10: F63.x): tzw. uzależnienie niezwiązane z substancjami. 10% 12–17-latków ♀=♂. Postępowanie: patrz niżej.

**Kierunki terapii** W przeciwieństwie do typowej dla dorosłych terapii uzależnień skoncentrowanej na przyjmowanych środkach u młodzieży terapia koncentrować się musi na całym ich systemie społecznym. Konieczne jest zaangażowanie wyspecjalizowanych psychiatrów ambulatoryjnych i stacjonarnych.