

Dojrzewanie

1. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży · 639

Małgorzata Wojciechowska, Izabela Bancewicz-Mikulewicz, Małgorzata Węgrzyn

- 1.1. Wprowadzenie · 639
- 1.2. Zakres pojęciowy zdrowia psychicznego · 640
- 1.3. Zdrowie psychiczne pozytywne · 642
- 1.4. Zaburzenia zdrowia psychicznego · 645
 - 1.4.1. Zaburzenia lękowe · 648
 - 1.4.2. Zaburzenia nastroju · 651
 - 1.4.3. ADHD · 653
 - 1.4.4. Zaburzenia odżywiania · 655
 - 1.4.5. Zachowania agresywne i opozycyjno-buntownicze · 659
 - 1.4.6. Zaburzenia ze spektrum autyzmu · 661
- 1.5. Zagrożenie zdrowia psychicznego · 664
- 1.6. Podział zdrowia psychicznego · 666
- 1.7. Objawy oraz czynniki etiologiczne zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży · 668
- 1.8. Przyczyny i objawy zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży · 669
- 1.9. Profilaktyka zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży · 671
 - 1.9.1. Nowe trendy w profilaktyce zaburzeń psychicznych · 673
- 1.10. Podsumowanie · 675
- Piśmiennictwo · 677

2. Fizjologia dojrzewania płciowego · 680

Monika Przestrzelska, Anna Gryboś, Grażyna Gebuza

- 2.1. Wprowadzenie · 680
- 2.2. Specyfika okresu dojrzewania · 681
- 2.3. Dojrzewanie płciowe dziewczynek · 682
 - 2.3.1. *Menarche* · 683
- 2.4. Cykl miesięczkowy kobiety · 684
- 2.5. Dojrzewanie płciowe chłopców · 687
- 2.6. Pokwitaniowy skok wzrostowy · 689
- 2.7. Zaburzenia dojrzewania płciowego · 689
 - 2.7.1. Przedwczesne dojrzewanie płciowe · 689
 - 2.7.2. Opóźnione dojrzewanie płciowe · 690
 - 2.7.3. Zaburzenia miesiączkowania u dziewcząt · 690
- 2.8. Higiena okresu dojrzewania · 691
 - 2.8.1. Środki higieny menstruacyjnej · 692

2.9.	Menopauza i andropauza – naturalne etapy dojrzałości	· 695
2.9.1.	Menopauza	· 695
2.9.2.	Andropauza	· 697
2.10.	Nieprawidłowości dotyczące układu moczowo-płciowego	· 698
2.10.1.	Endometrioza i adenomioza	· 698
2.10.2.	Nietrzymanie moczu – inkontynencja	· 700
2.10.3.	Rodzaje i przyczyny zaburzeń funkcji dolnych dróg moczowych	· 700
2.10.4.	Skręt jądra	· 701
2.10.5.	Wnętrostwo	· 701
2.10.6.	Spodziektwo	· 701
2.11.	Podsumowanie	· 702
	Piśmiennictwo	· 703

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Małgorzata Wojciechowska¹, Izabela Bancewicz-Mikulewicz^{2,3}, Małgorzata Węgrzyn²

¹ Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,

² Centrum Terapii MedMental we Wrocławiu, ³ Fundacja Mental Sfera, Wrocław

1.1. Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży to obecnie jedno z najważniejszych wyzwań w obszarze zdrowotnym i społecznym. Częstsze występowanie zwiększającego się napięcia emocjonalnego u młodych ludzi w coraz większym stopniu wpływa na ich funkcjonowanie. Zmieniająca się sytuacja społeczna, szybki rozwój technologii, kryzysy, takie jak pandemia COVID-19, oraz czynniki ekonomiczne i środowiskowe w znacznym stopniu oddziałują na zdrowie psychiczne młodego pokolenia. Badania wykazują, że problemy psychiczne dzieci i młodzieży znacząco wpływają na ich funkcjonowanie w szkole i w społeczeństwie oraz stanowią zapowiedź problemów w wieku dorosłym.

Okres dojrzewania to etap rozwoju, w którym młody człowiek mierzy się z charakterystycznymi trudnościami emocjonalnymi i psychospołecznymi. Czynniki takie jak depresja, lęki i wahania nastroju mają istotny wpływ na funkcjonowanie w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym. Wpasowuje się to w szerszy kontekst zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego i potrzeby wczesnej diagnozy oraz wsparcia w tym szczególnym okresie rozwojowym. Według badań przeprowadzonych przez WHO połowa zaburzeń psychicznych zaczyna się przed 14. r.ż. Depresja, zaburzenia lękowe i zachowania oraz ADHD to problemy najczęściej diagnozowane w tej grupie wiekowej. Pogarszający się stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na całym świecie jest również skutkiem pandemii COVID-19. Zamknięcie w domach, utrudniony dostęp do służby zdrowia oraz niedostępność pomocy psychologicznej i wsparcia spowodowały nasilenie objawów. Zarówno krajowe, jak i międzynarodowe badania wskazują również na dużą zależność występowania problemów psychicznych dzieci i młodzieży od statusu społecznego i ekonomicznego rodziny.

COVID-19 – ang. *coronavirus disease 2019*; choroba zakaźna wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 należącego do rodziny koronawirusów

WHO – World Health Organization; Światowa Organizacja Zdrowia

ADHD – ang. *attention deficit hyperactivity disorder*; zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Edukacja zdrowotna to nie tylko zdrowie fizyczne, ale także psychiczne.

Nowoczesne podejście do edukacji zdrowotnej zakłada całościowe spojrzenie na człowieka – uwzględnia nie tylko ciało, ale również emocje, relacje społeczne i dobrostan psychiczny. Zaburzenia psychiczne (np. depresja, lęki, zaburzenia zachowania) coraz częściej dotyczą dzieci i młodzież, dlatego ich omówienie w programach edukacji zdrowotnej jest kluczowe. Uczeń z problemami psychicznymi nie będzie w stanie efektywnie przyswajać wiedzy ani dbać o swoje zdrowie fizyczne. Jednym z najważniejszych zadań edukacji zdrowotnej jest zapobieganie chorobom poprzez uświadamianie zagrożeń i promowanie zdrowych postaw. W przypadku zdrowia psychicznego ogromne znaczenie ma wczesna diagnoza i profilaktyka zaburzeń emocjonalnych. Wiedza zdobyta przez dzieci, młodzież i nauczycieli może pomóc. Edukacja zdrowotna daje przestrzeń do rozwijania u uczniów umiejętności takich jak: rozpoznawanie i wyrażanie emocji, radzenie sobie ze stresem, komunikacja interpersonalna, empatia czy asertywność. Są to fundamenty zdrowia psychicznego i jednocześnie umiejętności niezbędne do funkcjonowania w społeczeństwie, a także do zauważenia pierwszych objawów kryzysu i podjęcia szybkich działań. Problemy psychiczne mogą prowadzić do ryzykownych zachowań: uzależnień, zaburzeń odżywiania, przemocy, samookaleczeń czy prób samobójczych. Edukacja zdrowotna jako narzędzie profilaktyczne uczy rozpoznawania tego typu zagrożeń i promuje postawy prozdrowotne, takie jak dbanie o sen, aktywność fizyczną, odpoczynek, higienę cyfrową czy zdrowe relacje społeczne.

1.2. Zakres pojęciowy zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne według definicji WHO to stan dobrostanu w aspekcie emocjonalnym, społecznym oraz psychologicznym, możliwość zrealizowania własnego potencjału i poradzenie sobie z codziennym stresem oraz aktywny udział w życiu wspólnoty.¹

Powyższa definicja oddaje coraz powszechniejsze w DSM, ICD i epidemiologicznych raportach dotyczących dzieci i młodzieży wielowymiarowe spojrzenie na to, co to jest zdrowie psychiczne.² Natomiast o rozgraniczeniu między zdrowiem psychicznym a jego zaburzeniami najczęściej decyduje ocena, jak funkcjonuje jednostka w społeczeństwie i jakie są jej relacje z innymi ludźmi. Na przykład zarządzanie stresem i kompetencje interpersonalne są czynnikiem, który definiuje zdrowie psychiczne niezależnie od stanu psychopatologii.² Zdrowie psychiczne to system aspektów pozytywnych i negatywnych, gdzie te pozytywne w dużej mierze decydują o dobrostanie.

Zaburzeniom zdrowia psychicznego sprzyjają czynniki indywidualne, a także negatywne, takie jak: ubóstwo, dezorganizacja życia w szkole, nierówności społeczne czy niewystarczające wsparcie.¹ Analiza systemowa pokazuje, że

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; klasyfikacja zaburzeń psychicznych stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne

ICD – International Classification of Diseases; Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób

brak dostępności do usług wsparcia i specjalistycznej opieki wpływa na skuteczność pomocy psychologicznej.³

W literaturze przedmiotu odróżnia się 2 wymiary zdrowia psychicznego: pozytywne zdrowie psychiczne i stany psychopatologiczne.

Systemy klasyfikacyjne zdrowia psychicznego, takie jak DSM i ICD, to przede wszystkim narzędzia do stawiania diagnoz oraz monitorowania populacji.⁴

Pozytywny wymiar zdrowia psychicznego przejawia się w umiejętnym radzeniu sobie w sytuacjach życia codziennego, równowadze emocjonalnej oraz rozwoju własnego potencjału i kompetencji psychospołecznych.¹

Patologiczny wymiar obejmuje wszystkie znane kategorie zaburzeń psychicznych, takie jak zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, zaburzenia zachowania i zaburzenia neurorozwojowe.²

Rozróżnienie to jest istotne w doborze odpowiedniej pomocy profilaktycznej i leczniczej. W kategorii patologii szczególna uwaga koncentruje się na zaburzeniach nastroju, zaburzeniach lękowych, ADHD, zaburzeniach zachowania oraz zaburzeniach odżywiania. Większość zaburzeń psychicznych zaczyna się ujawniać już w dzieciństwie i nasila się wraz z wiekiem.^{2,5}

Zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego występują u 10–20% populacji dzieci i młodzieży, przy czym często nie są diagnozowane ze względu na niski poziom znajomości zaburzeń w tej grupie wiekowej.² Najczęstsze objawy w tej grupie to: rozdrażnienie, bezsenność, pogorszenie w nauce, wycofywanie się z życia społecznego, brak motywacji, a także brak radości życia. Polskie badania młodzieży potwierdzają te obserwacje.⁵

Współwystępujące zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie nastoletnim najczęściej zakłócają proces rozwoju, a także prowadzą do trudności w uczeniu się i funkcjonowaniu w grupie oraz zachowań autodestrukcyjnych.^{2,5} Wśród głównych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń wymienia się uwarunkowania genetyczne, takie jak rodzinne występowanie problemów psychicznych, ale też nadużycia w rodzinie, rozstanie rodziców, brak stabilizacji finansowej rodziny czy przemoc w rodzinie.² Dzieci, na które oddziałuje kilka czynników ryzyka jednocześnie, mają kilka razy wyższe ryzyko wystąpienia poważnych zaburzeń zachowania niż dzieci, które narażone są na małą ich liczbę.² Objawy zaburzeń to najczęściej: niezadowolające relacje z rówieśnikami, niemożność odprężenia się, zakłócenia snu, niemożność wyrażania uczuć, samotność i obniżone poczucie własnej wartości.⁵ Stres oraz utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej należą do kluczowych czynników, które negatywnie wpływają na codzienne

funkcjonowanie dziecka. Mogą one zaburzać relacje rodzinne, utrudniać naukę i adaptację w środowisku szkolnym, a także ograniczać dostęp do niezbędnego wsparcia psychospołecznego i finansowego. Długotrwałe działanie tych czynników osłabia poczucie bezpieczeństwa dziecka i może prowadzić do poważnych trudności rozwojowych oraz emocjonalnych.¹

Działania profilaktyczne w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinny mieć charakter holistyczny. Obejmują one nie tylko ogólne działania informacyjne, ale również budowanie kompetencji wychowawczych u osób dorosłych, które odgrywają kluczową rolę w życiu dziecka – przede wszystkim rodziców, opiekunów, nauczycieli oraz innych pracowników oświaty i instytucji wspierających. Rozwój tych kompetencji oznacza m.in. uczenie się, jak rozpoznawać potrzeby emocjonalne dziecka, jak adekwatnie reagować na trudne zachowania, jak budować relację opartą na zaufaniu, a także jak stwarzać bezpieczne i wspierające rozwój środowisko.

Ważnym elementem profilaktyki jest również psychoedukacja na temat zaburzeń psychicznych – zarówno wśród młodzieży, jak i dorosłych – która pozwala lepiej rozumieć objawy, mechanizmy i konsekwencje problemów psychicznych oraz niweluje stereotypy i lęk przed szukaniem pomocy. Coraz większą rolę odgrywają także programy wsparcia rówieśniczego oparte na pogłębianiu empatii, współpracy i otwartości w relacjach między uczniami, co sprzyja budowaniu klimatu akceptacji i bezpieczeństwa psychicznego w środowisku szkolnym.²

Reasumując, zdrowie psychiczne to pojęcie obejmujące zarówno pozytywny aspekt dobrostanu, jak i negatywny – związany z występowaniem zaburzeń.

1.3. Zdrowie psychiczne pozytywne

Pozytywne zdrowie psychiczne to stan braku choroby oraz przeżywanie dobrostanu emocjonalnego, psychologicznego i społecznego, co umożliwia jednostce radzenie sobie w adekwatny sposób w zmiennych sytuacjach życiowych i interpersonalnych.

Zdolność do utrzymywania stanu równowagi w trudnych sytuacjach charakteryzuje się spójnością emocjonalną. Na pozytywne zdrowie psychiczne wpływa adekwatny poziom relacji interpersonalnych.² Pozytywne zdrowie psychiczne przejawia się m.in. w odporności psychicznej na stresory, czyli w tzw. rezyliencji.

Do zjawiska rezyliencji dochodzi na skutek wcześniejszych doświadczeń życiowych, rozwoju społecznie wspierających cech oraz praktyki uważności.

Umożliwiają one przystosowanie się do warunków w zmiennym środowisku. Odporność psychiczna, rozumiana jako zdolność przystosowawcza do zmian w otoczeniu, pozwala jednostce na zachowanie spójności emocjonalnej w sytuacjach kryzysowych. Według badań najczęściej mianem praktyki uważności określa się akceptujące skupienie uwagi na tym, co aktualnie się pojawia wewnątrz i w otoczeniu, a jego rozwijanie wpływa na pozytywne zdrowie psychiczne.⁶ Dobrostan psychiczny to również rozwijanie potencjału jednostki poprzez odnajdywanie i realizowanie celów oraz pasji we wspierającym otoczeniu. Badania udowadniają, że młode osoby żyjące w środowisku, w którym mogą rozwijać swoje pasje, lepiej radzą sobie w nauce, wykazują większą satysfakcję z życia, odczuwają mniej lęku i rzadziej mają depresję.⁷ W procesie budowania zdrowia psychicznego ważne jest uzyskanie balansu pomiędzy samorealizacją a uzyskanym wsparciem, które pozwala jednostce na rozwój odporności psychicznej. Poczucie własnej wartości jako predyktor zachowań młodzieży w sposób znaczący statystycznie koreluje ze zdrowiem psychicznym ($p < 0,001$; $r = 0,54$).⁷

Według przeprowadzonych badań wyższy poziom poczucia własnej wartości oznacza mniejsze zagrożenie pojawiania się u dziecka niepożądanych emocji oraz zwiększa gotowość jednostki na działanie w celu pokonywania przeszkód. Dodatkowo stabilna sytuacja emocjonalna w rodzinie i brak obciążeń genetycznych mogących skutkować wystąpieniem problemów ze zdrowiem psychicznym (psychopatologii w rodzinie) również wpływa na pozytywny rozwój dziecka.⁷ Relacje i wsparcie społeczne oddziałują na rozwój dziecka i jego zdrowie. Otoczenie, które ma realny wpływ na młodą osobę, to: rodzina, otoczenie rówieśnicze i otoczenie szkolne. Wsparcie bliskich sprzyja zachowaniu balansu oraz zwiększa poziom rozwoju kompetencji społecznych i poczucia własnej wartości. Poczucie balansu oraz rozwijanie w sobie kompetencji społecznych sprawiają, że jednostka jest motywowana do rozwoju oraz radzenia sobie w życiu.⁷ Kształtowanie pozytywnego zdrowia psychicznego wymaga również profilaktyki obejmującej czynniki ochronne i minimalizacji wpływu stresorów ze środowiska życia. Do profilaktyki można zaliczyć wsparcie środowiska rodzinnego w aspekcie kształtowania odpowiedniej jakości interakcji i adekwatnego oddziaływania wychowawczego.

Programy psychoedukacyjne wspierające rodziny, bazujące na systemie komunikacji, pozwalają na zmniejszenie ryzyka rozwoju w obrębie rodziny niepożądanych emocji, które mają związek z pojawieniem się stresorów środowiskowych.²

Rezyliencja i uważność sprzyjają prewencji w obszarze problemów ze zdrowiem psychicznym, dzięki czemu możliwe jest wspomaganie młodzieży w procesie psychoterapii i w edukacji. W kontekście pandemii COVID-19 i izolacji z nią związanej, a także w konsekwencji badań, które potwierdzają wyizolowanie dojrzewającej młodzieży z relacji z rówieśnikami i nauczycielami, wzrosła świadomość czynników sprzyjających poprawie zdrowia psychicznego. Pandemia

COVID-19 oraz wynikająca z niej długotrwała izolacja społeczna znacząco wpłynęły na codzienne życie dzieci i młodzieży. W czasie lockdownów wielu młodych ludzi zostało pozbawionych bezpośrednich kontaktów z rówieśnikami, nauczycielami i innymi ważnymi dla nich osobami. Szkoły funkcjonowały zdalnie, a możliwości spotkań towarzyskich były ograniczone, co doprowadziło do poczucia osamotnienia i wyobcowania.

Badania prowadzone w tym okresie jednoznacznie wskazują, że młodzi ludzie doświadczyli pogorszenia zdrowia psychicznego – częściej zgłaszali objawy lęku, depresji i obniżonego nastroju, a także trudności z motywacją czy zaburzenia snu. Izolacja doprowadziła do wyraźnego osłabienia relacji społecznych, co jest szczególnie niebezpieczne w okresie adolescencji – etapie życia, w którym kontakt z rówieśnikami i poczucie przynależności są kluczowe dla rozwoju emocjonalnego i tożsamościowego.

W związku z tym znacząco wzrosła świadomość społeczna i ekspercka na temat czynników istotnych dla zdrowia psychicznego młodzieży. Coraz większy nacisk kładzie się na tworzenie warunków sprzyjających budowaniu trwałych i bezpiecznych relacji społecznych i więzi rodzinnych, rozwijaniu umiejętności emocjonalnych, a także zapewnianiu młodym ludziom dostępu do profesjonalnej pomocy psychologicznej. Równie istotne okazały się takie elementy, jak aktywność fizyczna, regularność rytmu dnia, kontakt z naturą, ograniczenie czasu spędzanego przed ekranem oraz rozwijanie pasji i zainteresowań.

Pandemia uwidoczniła również rolę szkoły – nie tylko jako miejsca nauki, lecz także jako przestrzeni społecznej, w której dzieci i młodzież rozwijają relacje, uczą się współpracy i otrzymują wsparcie emocjonalne. Wnioski wyciągnięte z tego trudnego okresu coraz częściej uwzględniane są w działaniach profilaktycznych, programach edukacyjnych oraz w planowaniu wsparcia psychicznego dla uczniów.

Odcięcie od rówieśników i szkoły pogłębiało izolację; zjawisko to potwierdzają rodzice, spośród których blisko 59% stwierdziło, że dzieci w tym okresie miały problemy ze zdrowiem.⁶ Zwiększenie intensywności relacji interpersonalnych wpływało pozytywnie na zachowanie poczucia balansu, a takie komponenty, jak zajęcia pozaszkolne w połączeniu z rówieśniczymi grupami wsparcia pozwalały młodym ludziom na zachowanie zdrowia psychicznego. W kontekście profilaktyki zdrowia psychicznego w trakcie pandemii dostrzeżono potrzebę integracji programów psychoedukacyjnych pomiędzy szkołą, domem rodzinnym i otoczeniem społecznym. Dzieci żyjące w rodzinach nuklearnych (stabilnych i z pozytywnymi relacjami) mogą budować otoczenie społeczne wspierające ich zdrowie psychiczne poprzez uczestnictwo w programach socjalizacyjnych w szkole i w dzielnicy.^{2,7} Wyraźnie widoczne w pandemii problemy związane z koniecznością zachowania w domach balansu pomiędzy łączeniem pracy w trybie zdalnym z edukacją i wychowaniem dzieci dotknęły blisko 67% matek i blisko 39% ojców. W tym samym badaniu aż 61% kobiet wskazało, że

ma więcej obowiązków niż partnerzy.⁸ Obciążenia w środowisku rodzinnym wskazują na istotną potrzebę wdrażania oddziaływań profilaktycznych przez jednostki edukacyjne, które posiadają zasoby, aby kompleksowo oddziaływać na młodzież i rodziny. Profilaktyka prowadzona w obrębie systemu rodzinnego odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu problemom ze zdrowiem psychicznym u dzieci i młodzieży. Odpowiednie wsparcie i działania podejmowane przez rodzinę mogą znacząco ograniczyć negatywny wpływ czynników ryzyka, takich jak ubóstwo, przemoc domowa, częste konflikty między członkami rodziny, brak stabilności emocjonalnej czy problemy wychowawcze.²

Rodzina stanowi pierwsze i najważniejsze środowisko wychowawcze, w którym dziecko uczy się radzenia sobie z emocjami, buduje poczucie bezpieczeństwa i rozwija swoją tożsamość. Jeżeli w tym systemie pojawiają się trudności, może to prowadzić do poważnych zaburzeń emocjonalnych i psychicznych u młodych ludzi, takich jak depresja, lęki, agresja, wycofanie społeczne czy zaburzenia zachowania. Dlatego profilaktyka rodzinna powinna obejmować działania wspierające kompetencje wychowawcze rodziców i opiekunów, wzmacnianie więzi rodzinnych, rozwijanie umiejętności komunikacji i rozwiązywania konfliktów, a także zapewnianie dzieciom stabilnych warunków życia i wsparcia emocjonalnego. Duże znaczenie ma również edukowanie rodzin na temat zdrowia psychicznego i dostępnych form pomocy, aby szybciej rozpoznawać sygnały kryzysu i skutecznie na nie reagować.

Zwiększanie kompetencji systemu rodzinnego w procesie profilaktyki zdrowia psychicznego sprawia, że można włączać poszczególne elementy tego procesu (w edukacji, jak i w budowaniu wsparcia w systemie rówieśniczym) do programów psychoedukacyjnych.

1.4. Zaburzenia zdrowia psychicznego

Zaburzenia zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży to szereg różnego rodzaju jednostek diagnostycznych. Do najczęściej rozpoznawanych należą: zaburzenia lękowe, depresje, ADHD i zaburzenia ze spektrum autyzmu. Każda z nich charakteryzuje się różnym typem objawów, a niektóre z nich mogą ujawniać się już w bardzo młodym wieku. Ich rodzaj i nasilenia istotnie korelują z wiekiem i etapem rozwoju dziecka oraz warunkami środowiskowymi i indywidualnymi predyspozycjami.^{2,9}

Objawy ADHD i autyzmu ujawniają się zwykle w młodszym wieku niż objawy depresyjne i uzależnieniowe,⁹ dlatego w procesie diagnostycznym należy uwzględnić przede wszystkim wiek dziecka. Ocenia się, że 10–20% osób w populacji dzieci i młodzieży doświadcza problemów w zakresie zdrowia psychicznego wymagających zastosowania systemowych procedur diagnostycznych i wsparcia,² a ponad połowa zaburzeń psychicznych rozpoczyna się w okresie rozwojowym przed 18. r.ż.

Do symptomów charakterystycznych dla zaburzeń psychicznych zalicza się: zachowania wycofane, negatywny stosunek do rówieśników, agresję i impulsywność, brak aktywności, izolowanie się od otoczenia, częsty smutek, trudności w zasypianiu, zaburzenia łaknienia, obawy itp.

Wymienione objawy często występują w różnych konfiguracjach, co komplikuje proces diagnostyczny.^{2,9} Zarówno w klasyfikacji DSM, jak i ICD podano zróżnicowane kategorie zaburzeń i sposób diagnozowania oraz wymagania diagnostyczne dla danego zaburzenia. Różne podejścia do diagnozy rzutują na statystyki epidemiologiczne, krajowe oraz międzynarodowe, a także na planowanie działań terapeutycznych i interwencji prewencyjnych.

Zaburzenia zdrowia psychicznego są w dużym stopniu powiązane z czynnikami o podłożu biologicznym, genetycznym, środowiskowym, rodzinnym i społeczno-ekonomicznym. Dzieci, które dorastają w warunkach skrajnego ubóstwa, doświadczają różnego rodzaju przemocy i nadużyć, a także żyjące w rodzinach ogarniętych uzależnieniami czy przeżywających konflikty i rozstania, są w szczególności narażone na wystąpienie poważnych zaburzeń psychicznych.^{2,10} Literatura przedmiotu wskazuje na wysoką korelację objawów psychopatologicznych z nagromadzeniem się wielu negatywnych zdarzeń w życiu dziecka.

Ustalenie, czy występują trudności w uczeniu się, jest jednym z kluczowych predyktorów wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego. Dzieci, które mają problemy w szkole, są sześciokrotnie bardziej zagrożone diagnozą depresji, lęków, a nawet psychozy.¹⁰ Kumulacja czynników ryzyka związana z przemocą, uzależnieniami w rodzinie, samotnym rodzicielstwem, trudną sytuacją ekonomiczną, nieobecnością ojca itp. wiąże się ze zwiększonym ryzykiem pojawienia się objawów zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych u dziecka. Badania wskazują, że w porównaniu z populacją, w której nie występuje żaden z czynników ryzyka, prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń psychicznych jest dziesięciokrotnie większe w grupie osób z 4 lub więcej czynnikami ryzyka.² Dzieci, które znajdują się w pieczy zastępczej (domy dziecka, rodziny zastępcze), są szczególnie narażone na wystąpienie zaburzeń psychicznych. Według analiz empirycznych niemal połowa dzieci objętych pieczą zastępczą spełnia kryteria diagnostyczne choroby psychicznej, a młodzież po opuszczeniu domów dziecka ma 5 razy większe prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej niż ich rówieśnicy z rodzin biologicznych.¹⁰ Symptomy zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży różnią się w zależności od wieku. U młodszych dzieci częściej dominują objawy w postaci drażliwości, lęku

separacyjnego i nadpobudliwości, natomiast w wieku nastoletnim obserwuje się głównie występowanie objawów depresyjnych w postaci obniżenia nastroju, utraty zainteresowań, zaburzeń snu i obniżenia samooceny.¹¹ Do najczęstszych symptomów należą również: zaburzenia nastroju, zaburzenia zachowania, nadpobudliwość, uzależnienia i psychozy. Często objawy psychiczne mogą być ukryte w postaci trudności w uczeniu się, dolegliwości somatycznych oraz negatywnych zmian w zachowaniu.

Nierówności społeczno-ekonomiczne to poważne wyzwanie w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, ponieważ znacząco ograniczają dostęp do diagnozy, terapii i profesjonalnej opieki medycznej. Problem ten w szczególności dotyczy młodych osób wychowujących się w rodzinach o niskim statusie materialnym oraz przedstawicieli mniejszości etnicznych, którzy często doświadczają dodatkowych barier, takich jak dyskryminacja, wykluczenie społeczne czy trudności językowe.

Brak środków finansowych, ograniczony dostęp do transportu, długie kolejki w publicznej służbie zdrowia oraz niska świadomość w zakresie zdrowia psychicznego sprawiają, że dzieci z mniej uprzywilejowanych środowisk rzadziej korzystają z pomocy specjalistów i często zbyt późno trafiają do systemu opieki. W rezultacie objawy zaburzeń psychicznych mogą się pogłębiać, co negatywnie wpływa na funkcjonowanie dziecka w szkole i w rodzinie, a także pogarsza relacje z rówieśnikami.

Długofalowe skutki braku dostępu do odpowiedniego wsparcia mogą obejmować: przedwczesne przerwanie edukacji, problemy z odnalezieniem się na rynku pracy, uzależnienia, zachowania ryzykowne, a w skrajnych przypadkach – wykluczenie społeczne i bezdomność. Aby przeciwdziałać tym zjawiskom, coraz częściej podejmowane są działania mające na celu wyrównywanie szans, takie jak:

- bezpłatne programy wsparcia psychologicznego w szkołach,
- mobilne zespoły specjalistyczne docierające do rodzin w trudnej sytuacji,
- projekty edukacyjne zwiększające świadomość zdrowia psychicznego wśród rodziców i dzieci,
- finansowanie terapii dla rodzin zagrożonych wykluczeniem,
- tworzenie wielokulturowych punktów konsultacyjnych uwzględniających potrzeby mniejszości etnicznych.

Włączenie tych działań w ramy systemowe edukacji, opieki zdrowotnej i polityki społecznej ma kluczowe znaczenie dla budowania równości w dostępie do pomocy i skutecznej profilaktyki zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

Wyniki badań podkreślają potrzebę implementacji zintegrowanego, wielosektorowego podejścia w zakresie zdrowia psychicznego w środowisku szkolnym. Skuteczna troska o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży wymaga ścisłej współpracy sektora ochrony zdrowia, edukacji i pomocy społecznej.

1.4.1. Zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe są jednymi z najczęściej występujących problemów psychicznych u dzieci i młodzieży, które negatywnie oddziałują na ich codzienne funkcjonowanie oraz rozwój psychospołeczny. Badania wskazują, że 1/5 populacji ogólnej na którymś etapie swojego życia może otrzymać rozpoznanie z omawianej kategorii zaburzeń.¹² Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II) wykazało, że 6,47% dzieci w wieku 7–17 lat cierpi z powodu zaburzeń lękowych.¹³ Inne dane wskazują, że ogólna częstość występowania lęku u dzieci w wieku szkolnym sięga 35,66%.¹⁴ W zaburzeniach lękowych lęk i niepokój ograniczają zdolność dzieci i młodzieży do podejmowania codziennych wyzwań oraz aktywności rówieśniczych. Młodzi ludzie, u których występują takie zaburzenia, często odczuwają spadek motywacji i możliwości uczenia się, wycofują się z kontaktów społecznych i wykazują mniejszą aktywność społeczną. Dodatkowo zaburzenia lękowe często współwystępują z trudnościami w zachowaniu i problemami emocjonalnymi.¹⁴ Występowaniu zaburzeń lękowych u dzieci towarzyszą objawy somatyczne w postaci bólów głowy, brzucha czy problemów ze snem. Przedłużanie się występowania tych objawów pogarsza ogólny stan zdrowia i przyczynia się do zwiększenia absencji szkolnej oraz zmniejsza zdolność dziecka do wykonywania codziennych zadań.⁵ Dolegliwości te mogą z początku nie wskazywać na zaburzenia psychiczne, a przewlekłe problemy zdrowotne są dodatkowo powiązane z wykluczeniem społecznym i pogorszeniem wyników szkolnych. Fakt, iż u wielu dzieci obserwuje się wymienione objawy, wskazuje na konieczność wprowadzania do szkół narzędzi oceny zdrowia psychicznego oraz systematycznego monitorowania zdrowia psychicznego uczniów.¹⁴

Objawy, które powinny zwrócić uwagę to: zahamowanie społeczne, izolacja społeczna, drażliwość, objawy somatyczne, trudności w koncentracji uwagi, pobudzenie psychoruchowe, a wtórnie labilność lub obniżenie nastroju.

Lęk przed separacją – w dzieciństwie najczęściej obserwowany jest u dzieci w wieku przedszkolnym. Nie należy go psychopatologizować, jeżeli dotyczy dzieci w okresie wczesnodziecięcym i powiązany jest z nowymi sytuacjami, takimi jak okres adaptacji do zmian (np. rozstanie z rodzicem w związku z przebywaniem w żłobku/przedszkolu). Zjawisko to może być traktowane jako zaburzenie, gdy charakteryzuje się niezwykle nasileniem, dotyczy dzieci starszych, występuje w dłuższym okresie lub staje się przyczyną trudności w funkcjonowaniu społecznym dziecka.¹⁵ Dzieci z lękiem separacyjnym mogą mieć tendencję do zamartwiania się o zdrowie i bezpieczeństwo rodziców/opiekunów,

doświadczają myśli o śmierci najbliższych, przejawiają niechęć do przebywania w przedszkolu/szkole, cierpią z powodu koszmarów sennych, a w okresie separacji doświadczają licznych objawów somatycznych (np. bólów brzucha, bólów głowy). Postępowanie w przypadku lęku separacyjnego obejmuje pracę zarówno z dzieckiem, jak i z rodzicami/opiekunami. Ważne, aby zwrócić uwagę na edukację dzieci oraz opiekunów w zakresie natury lęku i znaczenia zachowań rodziców w procesie kształtowania lęku oraz na rozwijanie kompetencji rodzicielskich.¹⁶ Rodzice niejednokrotnie mogą nieświadomie wykazywać zachowania, które wzmacniają lęk separacyjny.

Uogólnione zaburzenia lękowe (GAD) – cechują się długotrwałym, niesprecyzowanym niepokojem oraz stałym napięciem psychicznym i fizycznym, które utrzymuje organizm w ciągłej gotowości na możliwe niebezpieczeństwo.¹⁷ Nieuzasadniona obawa utrzymuje się stale, lęk nie ma konkretnego kierunku, a przeżywanie napięcia wywołuje liczne objawy somatyczne, takie jak: problemy ze snem, pobudzenie psychoruchowe, problemy z koncentracją uwagi (może być mylone z ADHD) i bóle somatyczne.

GAD – ang. *generalized anxiety disorder*

Zaburzenia lękowe o charakterze fobii – tu lęk pojawia się w odpowiedzi na konkretne sytuacje lub obiekty, które nie stanowią realnego zagrożenia. W kontakcie z takim bodźcem (a nawet przy jego wyobrażeniu) dziecko odczuwa silny strach, doświadcza objawów fizycznych oraz reaguje ucieczką lub innym sposobem unikania. Próby uspokajania poprzez logiczne wyjaśnienia i racjonalne argumenty okazują się nieskuteczne i nie łagodzą objawów.¹⁸ Nie każdy lęk fobiczny będzie zaburzeniem. Część objawów związana jest z określonymi fazami rozwojowymi, a lęki w nich występujące są procesem naturalnym i potrzebnym (np. lęk przed zwierzętami w wieku 3–4 lat czy lęk przed ciemnością, potworami występujący u 5–6-latków).

Warto również zaznaczyć, że objawy lękowe często współwystępują z innymi problemami psychicznymi, np. z depresją.² Objawy depresyjne w połączeniu z objawami lękowymi często są trudne do rozróżnienia, a objawy depresyjne mogą dodatkowo zwiększać negatywny wpływ lęku na funkcjonowanie psychospołeczne młodzieży, zaburzając proces adolescencji oraz powodując wycofywanie się z życia społecznego.

Zaburzenia psychiczne nie tylko przyczyniają się do występowania negatywnych emocji, ale również mają wpływ na wiele obszarów życia nastolatków, takich jak obowiązki szkolne i relacje interpersonalne (np. unikanie kontaktów rówieśniczych, trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji). Dane wskazują, iż więcej niż połowa zaburzeń psychicznych występujących w wieku

FOMO – ang. *fear of missing out*; strach przed tym, że coś nas omija

■ Zagadnienie FOMO omówiono także w rozdziale *Internet i profilaktyka uzależnień*.

MOPS – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

dorostłym zaczyna się w okresie dorastania. Tak wysoka wartość wskazuje na to, iż zaburzenia psychiczne w okresie adolescencji powinny być szybciej identyfikowane i leczone.²

FOMO – jest jednym ze specyficznych lęków, występującym u współczesnej młodzieży w związku z używaniem mediów społecznościowych. Termin odnosi się do intensywnego korzystania z nowych technologii i związanego z nim lęku przed wykluczeniem z aktywności rówieśniczych.¹⁹ FOMO jest zjawiskiem związanym z naturalną potrzebą, jaką jest przynależność. Każdy adolescent jest w ważnym procesie separacyjnym od rodziny, podczas którego różnicuje się od rodziców, staje się niezależny i rozwija swoją indywidualność. Grupą istotną tożsamościowo stają się wówczas rówieśnicy. W związku z rozwojem nowych technologii część doświadczeń interpersonalnych przenosi się na grunt mediów społecznościowych i sieci. Stąd może rodzić się obawa, że w momentach przebywania offline coś tracę, coś mnie omija, że przez nieobecność w sieci zostaję wykluczony. Warto podkreślić, że zjawisko FOMO nie dotyczy tylko dzieci i młodzieży, ale również osób dorosłych.

Czynniki środowiskowe i rodzinne mają związek z występowaniem problemów lękowych wśród młodzieży. Kumulacja tych czynników w postaci przemocy w domu, rozpadu rodziny, słabego wsparcia psychospołecznego czy ubóstwa w znaczącym stopniu zwiększa możliwość wystąpienia problemów emocjonalnych i behawioralnych.² Jeżeli wiemy o występowaniu przemocy w rodzinie lub mamy takie podejrzenie, należy bezzwłocznie zgłosić to odpowiednim instytucjom (MOPS, sąd rodzinny, kurator sądowy). Brak reakcji ze strony innych dorosłych może utwierdzić dziecko w przekonaniu, że to zjawisko jest społecznie akceptowane, a konsekwencje doświadczenia przemocy są odczuwane we wszystkich obszarach życia człowieka.

Czynniki ryzyka występujące w sposób indywidualny nie mają istotnego wpływu na występowanie zaburzeń psychicznych, natomiast ich kumulowanie się zwiększa ryzyko wystąpienia tego typu problemów.² Połączenie czynników takich jak niskie zarobki, bezrobocie oraz przynależność do mniejszości etnicznej zwiększa ryzyko wystąpienia trudności psychologicznych, a dodatkowo utrudnia możliwość korzystania z pomocy psychologicznej przez dzieci i młodzież.² W pracy dotyczącej badania stanu zdrowia psychicznego w środowisku szkolnym aż 50% uczniów zgłaszało stres i rozdrażnienie trwające od dłuższego czasu, a 37% z nich doświadczało trudności ze snem, co również nasila objawy lękowe.⁵ Problemy ze snem wywierają bardzo negatywny wpływ na nastrój, zwiększają poziom stresu, powodują trudności w radzeniu sobie z problemami oraz nasilają symptomy lęku.⁵

Wspomniane problemy lękowe występujące u dzieci i młodzieży są dla nich dużą przeszkodą w codziennym funkcjonowaniu i rozwoju psychospołecznym, a ponadto znacząco obniżają komfort ich życia.

1.4.2. Zaburzenia nastroju

Zaburzenia nastroju dzieci i młodzieży to jeden z głównych problemów współczesnej psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej. W grupie zaburzeń nastroju u osób w wieku rozwojowym znajduje się zarówno depresja jednobiegunowa, jak i zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Rzeczywiste rozmiary omawianego problemu ilustrują dane epidemiologiczne, które wskazują, że **objawy depresji** występują u wielu młodych osób. Według polskich badań dotyczy to aż 27–54% adolescentów.¹¹ Wpływ omawianego problemu w systemie ochrony zdrowia pokazują dane Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2021 r. zrealizowano 682 tysiące świadczeń dotyczących depresji.²⁰ Od 2017 r. notowany jest wzrost rozpoznań depresji, w szczególności w ostatnim czasie, tj. po pandemii COVID-19. Pozwala to zwrócić uwagę na pojawienie się nowych czynników społecznych, rodzinnych i ekonomicznych, które mogły mieć wpływ na rozwój tego zjawiska, ale także ilustruje trudności związane z dostępnością do świadczeń zdrowotnych dla populacji w wieku rozwojowym i skutecznością oferowanej opieki psychologicznej i psychiatrycznej.

Kliniczny obraz depresji w okresie dojrzewania jest inny niż u osób dorosłych. U młodszych dzieci objawy depresji nie zawsze są rozpoznawane, ponieważ najczęściej maskowane są przez drażliwość i lęk; często pojawiają się problemy somatyczne, takie jak bóle głowy czy brzucha.¹¹ W przypadku nastolatków często obserwowane są: obniżenie nastroju, niepokój, apatia, brak radości i chęci do zabawy, unikanie kontaktów rówieśniczych, spadek samooceny, problemy w nauce, a także zachowania autoagresywne i samobójcze. Epizody depresyjne mogą prowadzić do zahamowania społecznego, zaległości szkolnych i trudności w relacjach z bliskimi, a metodą radzenia sobie z objawami nierzadko staje się sięganie po substancje psychoaktywne lub dokonywanie samouszkodzeń.²¹ Choć według badań młode kobiety mają większą skłonność do zaburzeń nastroju niż młodzi mężczyźni, dane te mogą być niedoszacowane z powodu stereotypowego rozumienia płci. Mężczyźni mogą mieć większą trudność z przyznaniem się do problemów psychicznych i sięganiem po pomoc. Zaburzenia afektywne (i nie tylko) mogą być postrzegane jako przejaw słabości, co z kolei jest niezgodne z kulturowym rozumieniem męskości. Związane jest to zarówno z czynnikami biologicznymi i społecznymi, jak również z presją ról i wymagań kulturowych.¹¹

Według klasyfikacji ICD-10 wyróżniamy epizod depresji łagodny, umiarkowany i ciężki. Różnią się one intensywnością oraz liczbą objawów. Łagodny epizod depresji może pozostać niezauważony, ponieważ nie zaburza istotnie codziennego funkcjonowania mimo odczuwania cierpienia przez jednostkę. Młody człowiek realizuje codzienne obowiązki, chodzi do szkoły, dobrze się uczy, lecz jednocześnie może doświadczać poczucia bezwartościowości, myśli rezygnacyjnych, apatii i większej męczliwości.²²

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe – charakteryzują się epizodami manii i hipomanii oraz epizodami depresyjnymi. Wśród dzieci i adolescentów występuje rzadziej niż depresja. Obecnie omawiane zaburzenie coraz częściej diagnozowane jest już w okresie dojrzewania. Przy rozpoznaniu zaburzeń afektywnych istotne jest rozpoznanie **manii i hipomanii**. Ich pominięcie często skutkuje źle postawioną diagnozą i niewłaściwym leczeniem. U adolescentów na świecie notowany jest wzrost występowania zaburzeń nastroju. Na przykład w Australii w ciągu 14 lat liczba przypadków depresji w tej grupie wiekowej podwoiła się. W Stanach Zjednoczonych i Szwecji także wzrasta liczba przypadków zachorowań na depresję wśród dzieci i młodzieży.²³ Przyczynia się do tego wzrost presji edukacyjnej, brak poczucia bezpieczeństwa w kontekście niepewności przyszłości i powszechne funkcjonowanie w przestrzeni mediów cyfrowych, co zwiększa skalę izolacji, lęku i wykluczenia społecznego.

Czynniki ryzyka depresji – obejmują m.in. uwarunkowania genetyczne, środowiskowe i społeczne. Obecność wśród członków rodziny osób, które cierpiały na depresję lub miały skłonności do zachowań samobójczych, to jedno z podstawowych czynników ryzyka wystąpienia depresji.¹¹ Czynniki środowiskowe i społeczne, które w szczególności zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju, to przemoc, stres, uzależnienia i rozwody. Badania dowodzą, że obecność większej ich liczby zwiększa ryzyko wystąpienia depresji u dzieci i adolescentów.¹¹ Skumulowanie kilku niekorzystnych wydarzeń, takich jak konflikt, małe wsparcie ze strony rówieśników i nieharmonijne funkcjonowanie środowiska rodzinnego, przyczynia się do ograniczenia zdolności adaptacyjnych do różnych sytuacji kryzysowych. Ważne jest uwzględnienie wpływu depresji matek w czasie ciąży oraz depresji poporodowej na zdrowie dziecka. Badania dowodzą, że może ona być jedną z przyczyn wcześniactwa, występowania kłopotów adaptacyjnych oraz późniejszych problemów behawioralnych.²⁴ Diagnostyka w problemach zaburzeń nastroju i różne obrazy kliniczne dziecka czy adolescenta ilustrują kłopoty w skutecznym zaplanowaniu interwencji terapeutycznych i działań prewencyjnych. Dlatego też konieczne jest, aby proces rozpoznawczy dostosować do wieku i specyfiki problemu dziecka i adolescenta w środowisku rodzinnym, w szkole i w grupach rówieśniczych, co może pomóc w identyfikacji niecharakterystycznych objawów, a to z kolei umożliwia zapobieganie eskalacji problemów. Dzieci, które mogą liczyć na

wsparcie i zrozumienie w rodzinie oraz ze strony rówieśników i które uczestniczą w zajęciach pozaszkolnych, mają wyższą samoocenę i rzadziej obserwuje się u nich objawy depresyjne.^{11,21} Wynika z tego, że terapia i prewencja w zaburzeniach nastroju powinny uwzględniać kontekst rodzinny, szkolny i pozaszkolny, jak również indywidualne czynniki ryzyka dziecka i adolescenta. Wszelkie działania prewencyjne powinny opierać się na podnoszeniu samooceny, wzmacnianiu konstruktywnych sposobów rozwiązywania konfliktów, kształtowaniu umiejętności funkcjonowania w grupie i umacnianiu poczucia przynależności. Inicjatywy obejmujące edukację rodziców, programy wsparcia w szkole i w środowiskach pozaszkolnych oraz aktywność fizyczną młodzieży redukują liczbę epizodów depresyjnych w tej grupie wiekowej.^{11,24} Skuteczna prewencja oraz terapia powinny charakteryzować się integracją i współpracą wszystkich grup społecznych, a także uwzględniać specyfikę środowiska lokalnego, w którym funkcjonują jednostki.

1.4.3. ADHD

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży. Głównymi objawami ADHD są: nadmierna aktywność, impulsywność i problemy z koncentracją uwagi. W literaturze podaje się, że ok. 9% dzieci w wieku 3–17 lat w Stanach Zjednoczonych (czyli ponad 5 mln młodych ludzi) ma zdiagnozowane ADHD.²⁵ Zespół ten jest definiowany poprzez charakterystyczne objawy, a także kryteria diagnostyczne, które muszą zostać spełnione, aby postawić rozpoznanie. Zarówno DSM, jak i ICD podkreślają trwałość występowania objawów oraz ich zauważalność w przynajmniej 2 środowiskach, w których funkcjonuje dziecko.²⁶

Zaburzenia hiperkinetyczne należą do kategorii zaburzeń neurorozwojowych, które charakteryzują się objawami wynikającymi z określonych zmian w neurobiologii i są z nimi ściśle powiązane. Zazwyczaj ujawniają się we wczesnym dzieciństwie.²⁶ Oznacza, że ADHD nie jest chorobą, którą można wyleczyć w tradycyjnym sensie, ponieważ jest związane z rozwojem mózgu i jego neurobiologią (funkcjonowaniem m.in. kory przedczołowej i łączących je obwodów neuronalnych). Zamiast leczenia należy skupić się na zarządzaniu objawami i dostosowywaniu środowiska, aby wspierać osoby z ADHD w codziennym funkcjonowaniu.

Jedną z największych trudności w przypadku zaburzeń hiperkinetycznych jest postrzeganie dzieci jako „niegrzecznych”, „buntowniczych”, „robiących na złość”. Dzieje się tak dlatego, że osoby z ADHD mają trudności z utrzymaniem uwagi, kontrolowaniem impulsów czy siedzeniem w miejscu (co jest konieczne np. podczas lekcji w szkole), co może być postrzegane jako przejaw

niefrasobliwości. Czasem brak zrozumienia dla wymienionych trudności może prowadzić do błędnych interpretacji. Refleksja nad tym zagadnieniem może pomóc w lepszym radzeniu sobie z wyzwaniami wynikającymi z ADHD.

ADHD znacząco wpływa na codzienne funkcjonowanie, utrudniając edukację, interakcje społeczne oraz relacje z bliskimi. Dzieci z ADHD często odczuwają izolację od rówieśników, co z kolei negatywnie odbija się na poczuciu własnej wartości. Problemy z uwagą i impulsywność zakłócają proces uczenia się, a często prowadzą również do konfliktów z dorosłymi. Zaznacza się, że zniwelowanie niekorzystnych konsekwencji ADHD jest możliwe dzięki adekwatnemu wczesnemu wsparciu w postaci interwencji edukacyjnych i terapeutycznych.²⁷ Znaczna liczba dzieci z ADHD, które wymagają leczenia, ma ograniczone szanse na pomoc ze względu na niedostateczny dostęp do ochrony zdrowia, brak odpowiedniego wykształcenia ich opiekunów czy niewielką świadomość społeczną na temat tego zaburzenia. Szkoła to miejsce, w którym najczęściej dokonywana jest interwencja u dzieci z problemami zdrowia psychicznego.²⁷ Szacuje się, że 3 na 4 dzieci wymagających leczenia otrzymuje pomoc w sektorze edukacji, a nie ochrony zdrowia. Szkoła oraz nauczyciele są najczęściej pierwszymi, którzy zauważają objawy i w jakikolwiek sposób na nie reagują. Nauczyciele nie tylko obserwują, ale także wspierają dzieci w szkole, edukując na temat strategii radzenia sobie z objawami, pomagają w nauce oraz organizują zajęcia wyrównawcze. Każda szkoła posiada także psychologa lub pedagoga szkolnego, który udziela pomocy uczniom oraz nauczycielom. Nie wolno także zapomnieć o pomocy ze strony rodziców. Niezmiernie ważne jest oferowanie kompleksowej pomocy, obejmującej interwencję nie tylko medyczną, ale też psychologiczno-pedagogiczną. Wpływa to pozytywnie na dziecko, ograniczając niepożądane objawy.

Na ADHD wpływają czynniki związane z warunkami rodzinnymi oraz środowiskowymi, w których wychowuje się dziecko. Dzieci z ADHD częściej dorastają w ubóstwie oraz w rodzinach z jednym rodzicem.²⁶ Czasem ubogie dzieci przyczyniają się do pogarszania problemów z zachowaniem, np. ADHD. Ponadto ubóstwo samo w sobie jest istotnym czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju zaburzeń psychicznych oraz nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u dzieci. U tych, które doświadczyły braku bezpieczeństwa oraz stabilizacji w dzieciństwie, obserwuje się większe nasilenie objawów. Rodzina, w której dziecko jest niedoceniane, niezauważane lub żyje w trudnych warunkach socjalnych, także przyczynia się do pogorszenia sytuacji. Ze względu na rolę czynników środowiskowych należy skupić się na interwencji związanej z rodziną oraz polepszeniu jej sytuacji finansowej i socjalnej. Izolacja społeczna spowodowana pandemią COVID-19 wpłynęła na nasilenie objawów ADHD u dzieci i młodzieży. Wiele badań wskazuje, że z powodu wprowadzenia nauki zdalnej oraz ograniczeń socjalnych objawy u wielu uczniów stały się wyraźniejsze. Pandemia doprowadziła do utraty u dzieci i młodzieży pewnych

umiejętności społecznych. Konsekwencją zamknięcia w domach była izolacja od rówieśników. Stres oraz lęk związane z niepokojem o bliskich i o przyszłość oraz strach przed zarażeniem się w negatywny sposób wpłynęły na wiele rodzin z dziećmi. Rodzice młodszych dzieci (w wieku 5–12 lat) podczas lockdownu przejawiali podwyższone odczuwanie stresu psychologicznego, lęku oraz depresji niż osoby w wieku 13–17 lat.²⁵ Należy także wspomnieć, iż telemedycyna oraz psychologiczne konsultacje online były niezwykle potrzebne z uwagi na fakt niedostępności lekarzy i terapeutów.

Podsumowując: ADHD jest złożonym zaburzeniem. Warto podkreślić, że czynniki związane z domem oraz środowiskiem mają duży wpływ na występowanie objawów. Badania nad uwarunkowaniami genetycznymi ADHD, takimi jak ekspresja genów czy polimorfizmy, nadal trwają, ale warto kontynuować poszukiwanie przyczyn, aby móc jak najwięcej dowiedzieć się o tym zaburzeniu i jak najlepiej dopasować metody leczenia.

1.4.4. Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania u dzieci i młodzieży są problemem zdrowotnym charakteryzującym się wielorakością form, wysoką śmiertelnością i koniecznością stosowania złożonych form leczenia. Do najczęściej diagnozowanych zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży należy **anoreksja, bulimia i zespół gwałtownego objadania się**.

Anoreksja z punktu widzenia śmiertelności zajmuje pierwsze miejsce wśród chorób psychicznych. Według statystyk śmiertelność u chorych poniżej 15. r.ż. wynosi 3,2%, a w przypadku dłużej chorujących – 6,6%. Wysoki wskaźnik śmiertelności i poważnych komplikacji somatycznych w postaci niedożywienia, zaburzeń czynności układu sercowo-naczyniowego oraz gospodarki wodno-elektrolitowej wiąże się z koniecznością wczesnej diagnostyki i leczenia tych zaburzeń.²⁷ Różnorodność symptomów i współistnienie z innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, takimi jak np. depresja czy zaburzenia lękowe, wymusza interdyscyplinarne diagnozowanie i leczenie, zwłaszcza że ok. 10–20% dzieci i młodzieży doświadcza zaburzeń zdrowia psychicznego, które dają złożony i wielowymiarowy obraz kliniczny, gdzie trudne jest wyizolowanie symptomów specyficznych tylko dla zaburzeń odżywiania.²

Opóźnienia w rozpoznawaniu zaburzeń odżywiania spowodowane są ukrywaniem objawów przez nastolatków, niewiedzą rodziców i opiekunów na temat symptomów wczesnego stadium tych zaburzeń, a także brakiem narzędzi przesiewowych umożliwiających wczesną diagnostykę.²⁷ Dlatego istnieje pilna potrzeba nie tylko poszerzania wiedzy na temat etiopatogenezy zaburzeń odżywiania, ale również poszukiwania skutecznych narzędzi diagnostycznych. Należy również wskazać na konieczność systematycznych działań

BMI – ang. *body mass index*; wskaźnik masy ciała

edukacyjnych w celu zwiększenia świadomości problemu, który coraz bardziej narasta wśród młodzieży.

Czynnikiem istotnym w występowaniu zaburzeń odżywiania jest niezadowolenie z własnego ciała. Osoby z anoreksją psychiczną postrzegają swoją sylwetkę jako cięższą, niż wskazuje na to ich BMI, co prowadzi do zniekształcenia obiektywnej oceny własnej sylwetki poprzez jej zawyżanie.²⁸ Również dominujące wzorce kulturowe dotyczące percepcji sylwetki skutkują stosowaniem przez młodzież restrykcyjnych diet i postów, które stanowią czynnik ryzyka zarówno anoreksji, jak i bulimii lub innych zaburzeń, np. ortoreksji.²⁸

Ortoreksja

Ortoreksja (łac. *orthorexia nervosa*) to zaburzenie odżywiania polegające na patologicznym skupieniu się na zdrowym jedzeniu. Osoba dotknięta ortoreksją obsesyjnie kontroluje jakość, skład i sposób przygotowania posiłków, eliminując coraz więcej produktów uznawanych za nieczyste lub niezdrowe.

Charakterystyczne cechy ortoreksji: nadmierna koncentracja na zdrowym stylu żywienia; sztywne reguły żywieniowe i poczucie winy po ich złamaniu; stopniowe wykluczanie wielu grup produktów; pogorszenie funkcjonowania społecznego i psychicznego; paradoksalnie - ryzyko niedoborów pokarmowych i pogorszenia zdrowia.

Ortoreksja różni się od racjonalnego dbania o dietę tym, że przybiera formę obsesji i prowadzi do negatywnych konsekwencji.

Blisko 39% nastolatków jest niezadowolonych ze swojego wyglądu i usilnie próbuje go poprawić za pomocą np. diet redukcyjnych.²⁹

Diety redukcyjne

Diety redukcyjne to sposoby żywienia, których celem jest zmniejszenie masy ciała, głównie poprzez wytworzenie deficytu energetycznego (spożywanie mniejszej ilości kalorii niż wynosi zapotrzebowanie organizmu).

Prawidłowo stosowane diety redukcyjne: są dostosowane do indywidualnych potrzeb, zapewniają odpowiednią ilość składników odżywczych, uwzględniają stan zdrowia, wiek i poziom aktywności fizycznej, a także mają na celu stopniową i bezpieczną redukcję masy ciała. Natomiast nieprawidłowo prowadzone diety redukcyjne (zbyt restrykcyjne): mogą prowadzić do niedoborów pokarmowych, sprzyjać zaburzeniom odżywiania, negatywnie wpływają na metabolizm i samopoczucie oraz mogą nasilać nieprawidłową ocenę sylwetki.

Stres środowiskowy, przemoc ze strony rówieśników i niska samoocena są innymi przykładowymi czynnikami, które w połączeniu z szybkim rozwojem środowiska społeczno-medialnego nasilają tendencję do porównywania się z nierealnymi modelami i promowania niezdrowej szczupłości.² Rosnące niezadowolenie z własnego wyglądu i zaburzone wzorce idealnej sylwetki stanowią czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania u młodzieży w erze nowych mediów i coraz szerszej ekspansji społeczeństwa medialnego. Do tego dochodzi również rosnąca cyfryzacja życia młodzieży, gdzie w wielu przypadkach smartfony stanowią podstawowe źródło informacji. Według badań średnio 82% dzieci w wieku 9–17 lat ma na co dzień przy sobie smartfon.⁵

Bardzo ważny w temacie zaburzeń odżywiania wydaje się lęk przed przybraniem na wadze, jaki pojawia się wśród młodzieży. Aż 63,64% młodzieży boi się przytyć i z tego powodu powstrzymuje się od spożywania posiłków lub prowokuje wymioty po ich spożyciu, a także stosuje środki przeczyszczające.²⁹ W badaniu Dymkowskiej-Malesy 66,7% gimnazjalistek z grupy 70% mających prawidłową masę ciała twierdziło, że „dieta” oznacza ograniczenie ilości pożywienia w celu utraty wagi, a nie zdrowy styl odżywiania, co świadczy o niewłaściwym rozumieniu tego słowa.²⁹ Wzrost poziomu niezadowolenia z własnej sylwetki doprowadza do podjęcia przez młodzież skrajnych zachowań mających poprawić samopoczucie związane z tym problemem. Opuszczanie posiłków, prowokowanie wymiotów i stosowanie środków przeczyszczających przyczyniają się do zaostrzania objawów zaburzeń odżywiania. Brak wsparcia i akceptacji wyglądu ze strony innych stanowią najpoważniejsze utrudnienia w leczeniu chorych na zaburzenia odżywiania.²⁸ Z powodu zwiększonej dostępności nierealnych wzorców sylwetki epidemia otyłości dzieci wymaga pogłębionego zainteresowania się czynnikami rozwoju zaburzeń odżywiania w kontekście płci, cyfryzacji życia i zachowań żywieniowych młodzieży.

Problemem epidemiologicznym w występowaniu zaburzeń odżywiania jest płeć. Aż 90% cierpiących na bulimię to młode kobiety, natomiast bigoreksja dotyczy przede wszystkim mężczyzn zajmujących się trenowaniem siłowym.¹⁹

Bigoreksja (dysmorfia mięśniowa)

To zaburzenie psychiczne zaliczane do zaburzeń obrazu własnego ciała. Polega na zniekształconym postrzeganiu własnej sylwetki, w którym osoba – mimo znacznej masy i siły mięśniowej – postrzega się jako zbyt małą, słabą lub niedostatecznie umięśnioną.

Charakterystyczne cechy bigoreksji: obsesyjne dążenie do zwiększania masy mięśniowej, kompulsywne treningi siłowe, podporządkowanie diety i stylu życia budowie sylwetki, niezadowolenie z wyglądu mimo obiektywnie rozwiniętej muskulatury, częste sięganie po suplementy, a czasem

także środki farmakologiczne, zaniedbywanie życia społecznego i innych obszarów funkcjonowania.

Bigoreksja najczęściej dotyczy mężczyzn i bywa określana jako „odwrócona anoreksja”, ponieważ zamiast dążenia do szczupłości występuje dążenie do nadmiernej masy mięśniowej.

Rozwój cyfryzacji życia młodzieży wpływa nie tylko na częstsze porównywanie się ze wzorcami i modelami propagowanymi w Internecie, ale również na ułatwienie dostępu do treści promujących różnego rodzaju praktyki zaburzające stosunek do jedzenia.⁵

Istotne jest, by w profilaktyce i leczeniu zaburzeń odżywiania stosować również system zintegrowany i interdyscyplinarny, biorąc pod uwagę współwystępowanie innych problemów, takich jak autoagresja, myśli i próby samobójcze czy zaburzenia nastroju.^{5,30} Niski poziom satysfakcji z własnego ciała i niezdrowe zachowania żywieniowe stanowią czynnik ryzyka zaburzeń odżywiania i rozwoju innych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Im wcześniejsza interwencja w celu poprawienia stanu zdrowia, tym większa szansa na zatrzymanie progresji zaburzenia.²⁷ Dzieci i młodzież z problemem zaburzeń odżywiania w ramach terapii potrzebują kompleksowego wsparcia psychodietetycznego, które łączy aspekt edukacyjny z psychoterapeutycznym.²⁸ Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania powinny obejmować również edukację i świadomość w zakresie promowania zdrowego odżywiania, prawidłowej masy ciała i wypracowywania wysokiej samooceny.^{2,31}

Jednym z najistotniejszych czynników ryzyka pojawienia się zaburzeń odżywiania jest zaburzone funkcjonowanie rodziny, szczególnie w obszarach emocji, komunikacji, autonomii i relacji małżeńskich. Badacze zwracają uwagę na takie cechy rodzin jak: występowanie konfliktów małżeńskich, obecność chorób somatycznych i afektywnych, alkoholizmu, trudności w wyrażaniu emocji (szczególnie nieprzyjemnych, takich jak złość), niska jakość komunikacji, wysokie oczekiwania, zwłaszcza wobec dzieci, presja na osiągnięcia, zaburzona autonomia dziecka (trudności w separacji i uzyskaniu niezależności, silna zależność od rodziny), zaburzenia ról rodzinnych (brak jasności w podziale ról i zadań w rodzinie), triangulacja i nadopiekuńczość, a także obecność sztywności, splątania i nadmiernej kontroli.³⁰

Rodzina może odgrywać kluczową rolę w mechanizmie powstawania choroby, ale również w procesie leczenia i wsparcia. Trudno jest zatem skutecznie pomóc osobie borykającej się z zaburzeniami odżywiania, nie uwzględniając kontekstu rodzinnego.

1.4.5. Zachowania agresywne i opozycyjno-buntownicze

Zachowania agresywne i opozycyjno-buntownicze u dzieci i młodzieży stanowią problem, który w dużym stopniu wpływa na sposób nawiązywania relacji interpersonalnych oraz funkcjonowanie w szkole. Badania pokazują, że uczniowie doświadczający przemocy rówieśniczej lub nieotrzymujący odpowiedniego wsparcia w szkole stają się bardziej skłonni do opozycyjno-buntowniczych postaw.⁴ Przemoc rówieśnicza w szkołach obniża zdolność adaptacji do grup rówieśniczych. Z ofiarą agresji, ale również z osobą agresywną nikt nie chce się identyfikować.⁴

Z procesem powrotu dzieci i młodzieży do szkół po epizodach psychiatrycznych wiąże się wiele czynników, np. problem zaległości szkolnych, odbudowanie relacji z rówieśnikami czy uzyskanie akceptacji problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Na te aspekty często nie zwraca się dostatecznej uwagi, co prowadzi do podtrzymania zachowań agresywnych lub całkowitego wycofania się z kontaktów rówieśniczych. Brak ponownego dopasowania się do otoczenia obniża motywację dziecka/ucznia do powrotu do szkoły, zmniejsza chęć do rozwoju i nauki oraz wpływa na zwiększanie się zaległości, w konsekwencji prowadząc do nieprzystosowania społecznego.⁴

Uwarunkowania rodzinne, biologiczne i genetyczne to kolejne aspekty mające znaczący wpływ na występowanie zachowań agresywnych i opozycyjno-buntowniczych u dzieci i młodzieży. Badania wskazują, że ubóstwo, przemoc w rodzinie lub uzależnienia wśród członków rodziny znacznie zwiększają prawdopodobieństwo problemów behawioralnych u dziecka. Dzieci z rodzin charakteryzujących się dużą liczbą czynników ryzyka 5 razy częściej wykazują zaburzenia w zachowaniu niż ich rówieśnicy dorastający w stabilnych warunkach rodzinnych.² Wyniki badań nad różnicami pomiędzy zachowaniami agresywnymi i buntowniczymi u dzieci wychowywanych w rodzinach obarczonych 4 i więcej czynnikami ryzyka a tymi zachowaniami u dzieci dorastających w stabilnych warunkach potwierdziły przypuszczenie, że dzieci z rodzin, w których kumuluje się kilka czynników ryzyka, wykazują większe prawdopodobieństwo manifestacji zachowań agresywnych i buntowniczych w każdym stadium rozwoju. Dzieci i młodzież w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, charakteryzują się tym, że częściej przejawiają zachowania agresywne i buntownicze, jeśli dorastają w rodzinach, w których sytuacja jest nieuregulowana i występują trudności wychowawcze.² Do najistotniejszych przyczyn występowania agresji oraz zachowań opozycyjno-buntowniczych należą: rozpad rodziny, brak wsparcia emocjonalnego i prawidłowej komunikacji ze strony rodziny oraz wystawienie na przemoc fizyczną i uzależnienia. Dzieci, które dorastają w rodzinach o takiej charakterystyce, cechuje niezadowolenie, negatywne nastawienie, słaby poziom funkcjonowania w grupie oraz impulsywność.² Młodzi ludzie, których rodzice są obciążeni problemami ze zdrowiem psychicznym i uzależnieniami, często uczą się strategii rozwiązywania konfliktów opartych na agresji

NICE – National
Institute for Health
and Care Excellence;
Narodowy Instytut
Doskonałości Zdrowia
i Opieki

i przemocy. Nie są w stanie prawidłowo regulować emocji, co często prowadzi do sytuacji, w której ulegną działaniom agresywnym i będą przejawiać zachowania opozycyjno-buntownicze w szkole, w domu oraz w grupie rówieśniczej. Ważne jest, aby stworzyć system wsparcia dla rodzin o takich obciążeniach.²

Indywidualny plan leczenia dzieci i młodzieży powinien opierać się na modelu ekologicznym,³¹ który uwzględnia zaangażowanie w pomoc wielu środowisk – terapię indywidualną lub grupową, warsztaty umiejętności rodzicielskich (i/lub terapię rodzinną), oddziaływania na terenie szkoły, ustrukturyzowanie czasu po szkole i budowanie relacji prospołecznych z rówieśnikami.

Rekomendacje brytyjskiego NICE wskazują, że kluczowym elementem wspierania dzieci z zaburzeniami zachowania, w tym przejawiających agresję, jest edukacja rodziców i opiekunów.³² Rodzice dzieci w wieku 3–11 lat powinni mieć możliwość uczestniczenia w szkoleniach grupowych lub indywidualnych, które rozwijają ich kompetencje wychowawcze i pomagają radzić sobie z trudnymi zachowaniami dzieci.

Jednym z ważnych aspektów, które odgrywają ogromną rolę w występowaniu zachowań agresywnych, jest ekspozycja dzieci i młodzieży na nasyczone przemocą treści w telewizji, w grach komputerowych oraz w Internecie.⁸ Spędzanie wielu godzin przed ekranem przyczynia się do tego, że dzieci i nastolatki wykazują w dużym stopniu niezrozumienie treści z programów, w których pokazane są różne aspekty przemocy. Ma to negatywny wpływ na zachowania oraz postrzeganie społeczne. Internet oraz platformy streamingowe odgrywają kluczową rolę w edukacji. Media stwarzają możliwości kontaktu z dużą ilością informacji, dlatego ważne jest, aby osoby nieletnie rozwijały swoje kompetencje w zakresie bezpiecznego korzystania z nowych technologii. Rodzic, kontrolując, co oglądają jego dzieci, chroni je przed treściami nieodpowiednimi dla ich wieku oraz przed uzależnieniem od Internetu i komputera. Nieadekwatne treści mogą negatywnie wpływać na młodego człowieka i wyzwoić lub nasilić występowanie zachowań opozycyjno-buntowniczych i agresywnych.

Już nawet kilkuletnie dzieci poświęcają dużo czasu w ciągu roku na oglądanie programów telewizyjnych. W ten sposób oglądają dużo brutalnych czynów, które często są gloryfikowane i nagradzane.⁸ Przemoc rówieśnicza, ale również zachowania opozycyjno-buntownicze mogą doprowadzić uczniów w szkole podstawowej oraz ponadpodstawowej do autoagresji, przemocy wobec otoczenia oraz innych problemów psychospołecznych. Osoby przejawiające zachowania agresywne oraz opozycyjno-buntownicze czują się słabe, samotne, zamknięte w sobie, niedopasowane społecznie, mają obniżoną samoocenę, nie otrzymują akceptacji ze strony grupy rówieśniczej, mają poczucie izolacji oraz nie przejawiają motywacji do nauki.⁵

1.4.6. Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) są zespołem złożonych zaburzeń neurorozwojowych charakteryzujących się brakiem lub opóźnieniem rozwoju umiejętności związanych z komunikacją społeczną, a także powtarzalnymi zachowaniami oraz zainteresowaniami. Do częstych objawów należą: brak lub nietypowe używanie kontaktu wzrokowego, problemy z inicjowaniem interakcji społecznych oraz tendencja do powtarzania jednej czynności czy ruchu przez długi czas.⁹ Autyzm jest jednak klinicznie bardzo niejednorodny, a objawy bywają subtelne, może być zatem niedoszacowywany w populacji dziecięcej.

Diagnozę najczęściej ustala się ok. 4. r.ż. Rodziny o niższym statusie socjoekonomicznym oraz z mniejszości narodowych i etnicznych mają tendencję do otrzymywania tej diagnozy później, co powiększa trudności rozwojowe i nasila problemy w obszarze społecznym.⁹ Niewystarczający dostęp do personelu medycznego oraz innych profesjonalistów może pogłębiać trudności w populacji dzieci z ASD. Diagnostyka autyzmu powinna brać pod uwagę typowe i nietypowe symptomy. Istotne jest także wdrażanie programów edukacyjnych dla rodziców i placówek przedszkolnych, aby identyfikacja problemu mogła odbywać się jak najwcześniej.²

Dzieci ze spektrum autyzmu bardzo często (60–90%) przejawiają nietypowe reakcje na bodźce zmysłowe.³³ Najczęściej cechuje je nadmierna wrażliwość, zbyt mała wrażliwość lub potrzeba poszukiwania intensywnych doznań. Przykładami takich trudności mogą być: unikanie niektórych dźwięków lub materiałów, zaskakująca obojętność na ból czy zimno albo fascynacja migającymi światłami lub obracającymi się przedmiotami. Zrozumienie tych trudności ma kluczowe znaczenie w pracy nauczyciela, ponieważ reakcje sensoryczne mogą wpływać na zachowanie ucznia w klasie (np. ucieczka przed hałasem, agresja, wycofanie), uczestnictwo w zajęciach (np. niechęć do rysowania, trudności w skupieniu się) i relacje z rówieśnikami (np. unikanie kontaktu fizycznego).

Wiele dzieci z ASD przejawia mieszany profil, np. podreaktywność w obrębie jednego zmysłu (np. słuchu), a nadreaktywność w innym (np. dotyk). Objawy sensoryczne nie są jednorodne. Ich typ i nasilenie zależą m.in. od poziomu funkcjonowania, wieku i stopnia nasilenia objawów autyzmu.

Wyniki metaanaliz wskazują, że trudności w zakresie przetwarzania bodźców zmysłowych najsilniej manifestują się w wieku 6–9 lat, czyli w momencie rozpoczęcia nauki szkolnej, kiedy dziecko musi dostosować się do bardziej złożonego środowiska.³⁴ Jest to czas wzrostu wymagań społecznych oraz większej ekspozycji na bodźce (hałas, tłum, światło). Trudności sensoryczne mogą wówczas nasilać stres oraz powodować wycofanie lub trudne zachowania.

Jednym z kluczowych deficytów osób ze spektrum autyzmu są ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, trudności w odczytywaniu sygnałów niewerbalnych, takich jak mimika, gesty, kontakt wzrokowy, ton głosu, trudności

ASD – ang. *autism spectrum disorder*

w przyjmowaniu perspektywy innych osób i słabsza elastyczność poznawcza. Przejawiają się one m.in. uporczywym przywiązaniem do rutyny, silnym zainteresowaniem wybranym tematem, oporem wobec zmian oraz trudnościami w przełączaniu uwagi między zadaniami. W sytuacjach stresowych mogą pojawiać się zachowania autostymulacyjne, tzw. stimy (ang. *stimming behaviors*), np. kiwanie się, stukanie czy wydawanie dźwięków, które pełnią funkcję regulacyjną w przypadku przeciążenia sensorycznego lub emocjonalnego.

Zrozumienie tych mechanizmów jest kluczowe dla tworzenia środowiska edukacyjnego adekwatnie odpowiadającego na potrzeby osób w spektrum autyzmu, minimalizującego stres i wspierającego proces uczenia się.³⁵

Dzięki indywidualnym, dopasowanym do możliwości i problemów konkretnego dziecka terapiom i częstotliwości interwencji w początkowym stadium rozwoju istnieje szansa, że dzieci z ASD będą dobrze funkcjonować w życiu szkolnym i uzyskają możliwie jak największą samodzielność.³⁶ Interdyscyplinarna współpraca placówek medycznych i edukacyjnych ma na celu monitorowanie zachowań dziecka oraz postępów jego rozwoju w wielu sferach.²⁷ Brak zintegrowanej opieki i współpracy często przyczynia się do nieskuteczności interwencji w przypadku ASD. Statystycznie ASD występuje u ok. 14,7 dzieci na 1000.²⁷ W odpowiedzi na tę rosnącą potrzebę opracowywane są strategie diagnostyczno-terapeutyczne.

Coraz częściej obok ujęcia medycznego pojawia się podejście oparte na neuroróżnorodności, które postrzega spektrum autyzmu nie jako zaburzenie, lecz jako jeden z mniej typowych, rzadszy w sensie statystycznym wariant rozwoju i funkcjonowania człowieka, wynikający z genetycznej różnorodności w populacji.³⁷

Pojęcie wprowadzone w latach 90. XX w. przez australijską socjolożkę Judy Singer wywodzi się z nauk humanistycznych i zakłada, że wszyscy jesteśmy neuroróżnorodni, czyli różnorodni w rozwoju i funkcjonowaniu mózgu. Ujęcie to nie wyklucza potrzeby udzielania wsparcia osobom w spektrum autyzmu. Skupia się jednak przede wszystkim na usuwaniu przeszkód obecnych w otoczeniu społecznym, które są postrzegane jako główna przyczyna ich trudności.

W raporcie *Ogólnopolski spis autyzmu. Sytuacja młodzieży i dorosłych z autyzmem w Polsce* pod redakcją Mateusza Płatosza,³⁸ opublikowanym przez Stowarzyszenie Innowacji Społecznych „Mary i Max”, zwraca się uwagę na realne potrzeby i odczucia „ambasadorów”, czyli osób ze spektrum autyzmu i ich rodzin, dotyczące codziennego funkcjonowania w środowisku szkolnym. Aż 92% rodziców badanych w raporcie deklaruje, że dzieci z autyzmem spotykają się z niezrozumieniem w szkole. Według ich relacji co 5. dziecko doświadczyło wykluczenia, a prawie połowa przemocy psychicznej lub emocjonalnej. Jako główne trudności rodzice podają nadwrażliwość sensoryczną, brak elastyczności dzieci i ich trudności komunikacyjne. Raport obala wiele mitów

i stereotypów funkcjonujących w społeczeństwie na temat potrzeb osób ze spektrum autyzmu, np. przekonanie, że osoby z autyzmem nie potrzebują innych ludzi. Wywiady ujawniają, że wiele osób czuje się samotnych i odizolowanych od społeczeństwa. Większość osób deklaruje chęć posiadania kolegów, koleżanek i przyjaciół, na których wsparcie można liczyć, a 51% wysoko funkcjonujących osób z autyzmem chciałoby mieć więcej znajomych niż obecnie.

Jedną z opisanych w raporcie form pomocy jest wolontariat koleżeński (ang. *peer mentoring*), który może być cenną formą wsparcia ucznia w spektrum autyzmu, jeśli zostanie odpowiednio zaplanowany. Aby w sposób rozwojowy spełniał swoją funkcję, uczeń-wolontariusz powinien zostać przeszkolony w zakresie objawów spektrum autyzmu, a relacja powinna opierać się na empatii i zrozumieniu. Istotne jest także, aby wolontariat nie miał charakteru opiekuńczego czy nadopieczni, lecz dawał obu stronom możliwość uczenia się i budowania wzajemnych relacji.

Przypadek uczennicy z ASD – kiedy zachowanie to nie „niewychowanie”

Przed uzyskaniem diagnozy dziewczynka była postrzegana jako „niedostosowana” i „źle wychowana”. Często przerywała rozmowy, mówiła bardzo dużo i bardzo szybko, nie czekając na swoją kolej. W grupie dzieci unikała kontaktów fizycznych, nie lubiła być dotykana, co nieraz prowadziło do konfliktów, zwłaszcza podczas gier zespołowych. W sytuacjach społecznych miała trudności z rozumieniem emocji innych i z przewidywaniem konsekwencji własnego zachowania, wprost mówiła, co myśli, nie zdając sobie sprawy, że może kogoś zranić. Po uzyskaniu diagnozy dziewczynka zaczęła być lepiej rozumiana przez nauczycieli i rówieśników. Jej zachowania przestały być postrzegane jako przejaw złego wychowania, a zaczęto traktować je jako objawy spektrum autyzmu. Otrzymała odpowiednie wsparcie, co pomogło jej lepiej funkcjonować w grupie i rozwijać umiejętności społeczne. Zwiększyła się także empatia i akceptacja ze strony otoczenia.

Znajomość objawów spektrum autyzmu ma kluczowe znaczenie dla właściwego rozpoznania potrzeb i trudności dziecka, co z kolei umożliwia zapewnienie mu adekwatnego wsparcia rozwojowego i edukacyjnego. Brak wiedzy może prowadzić do błędnych interpretacji zachowań jako przejawów nieposłuszeństwa czy braku wychowania. Zmiana narracji z oceniającej na opartą na zrozumieniu neuroatypowości sprzyja większej empatii, redukcji stygmatyzacji oraz tworzeniu środowiska bardziej włączającego i dostosowanego do indywidualnych różnic.

1.5. Zagrożenie zdrowia psychicznego

Społeczne, ekonomiczne i środowiskowe determinanty zdrowia psychicznego mają istotny wpływ na ryzyko występowania zaburzeń psychicznych w wieku rozwojowym. Współczesne badania (raporty WHO oraz dotyczące polityki redliningu) dowodzą, że słabe poczucie bezpieczeństwa socjalnego, niski poziom edukacji, brak dostępu do wysokiej jakości opieki medycznej i zamieszkiwanie w niekorzystnych warunkach negatywnie wpływają na zdrowie psychiczne dzieci.

Redlining

To praktyka polegająca na systemowym ograniczaniu dostępu do usług finansowych, mieszkaniowych lub społecznych określonym grupom ludności na podstawie miejsca zamieszkania, a pośrednio także cech społecznych, etnicznych lub ekonomicznych.

Termin ten wywodzi się z polityki instytucji finansowych, które oznaczały na mapach tereny uznawane za obszary wysokiego ryzyka (często zaznaczane czerwoną linią), co skutkowało: odmową udzielania kredytów i pożyczek, ograniczonym dostępem do inwestycji publicznych, pogorszeniem warunków mieszkaniowych i infrastrukturalnych, a także utrwalaniem nierówności społecznych i przestrzennych.

Współcześnie pojęcie redliningu odnosi się szerzej do mechanizmów wykluczenia strukturalnego, które prowadzą do nierównego dostępu do edukacji, opieki zdrowotnej i innych zasobów społecznych.

Dzieci mieszkające w społecznościach marginalizowanych ekonomicznie, charakteryzujących się ograniczoną infrastrukturą zdrowotną i rekreacyjną, będącą konsekwencją segregacyjnej przeszłości, wykazują większe nasilenie objawów depresji, lęku oraz impulsywności, a także obniżenie funkcji poznawczych. Dodatkowo brak bezpieczeństwa żywnościowego oraz zanieczyszczenie środowiska negatywnie wpływają na poziom doświadczanego stresu.¹ Dodatkowo młodzież pochodząca z ubogich środowisk częściej ma utrudniony dostęp do wsparcia, co negatywnie wpływa na rozwój oraz funkcjonowanie w społeczeństwie. Nierówny dostęp do usług psychiatrycznych i psychologicznych wyraźnie pokazuje, jak duże znaczenie mają czynniki społeczno-ekonomiczne dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Dzieci pochodzące z rodzin o niższym statusie materialnym, żyjące w ubóstwie, w środowiskach zagrożonych wykluczeniem społecznym czy w mniejszych miejscowościach i na terenach wiejskich znacznie rzadziej mają możliwość skorzystania na czas z profesjonalnej pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej.

Przeszkody te mogą przyjmować różną postać – od braku środków finansowych na prywatną terapię, przez ograniczoną dostępność specjalistów w rejonie zamieszkania, aż po brak informacji o możliwościach uzyskania wsparcia czy obawy przed stygmatyzacją. W konsekwencji młodzi ludzie z tych środowisk są narażeni na pogłębianie się problemów emocjonalnych i psychicznych, które pozostają niezdiagnozowane lub nieleczone.

Dlatego też coraz więcej uwagi poświęca się konieczności tworzenia zintegrowanych, wielosektorowych form interwencji, które uwzględniają nie tylko aspekt medyczny, ale również społeczny, edukacyjny i rodzinny. Tego rodzaju podejście zakłada współpracę różnych instytucji – szkół, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków pomocy społecznej, placówek ochrony zdrowia oraz organizacji pozarządowych – w celu zapewnienia skoordynowanego i łatwo dostępnego wsparcia.

Rozwój takich kompleksowych systemów pomocy jest niezbędny, aby przeciwdziałać nierównościom i skutecznie docierać do najbardziej narażonych grup dzieci i młodzieży. Dzięki temu możliwe staje się nie tylko wcześniejsze rozpoznawanie trudności, ale również skuteczna pomoc dostosowana do rzeczywistych potrzeb młodych osób i ich rodzin.¹

Wśród czynników zwiększających ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży wymienia się także zaburzenia rozwoju mowy i języka oraz współwystępujące z nimi specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu, które mogą zakłócać proces komunikacji i adaptacji szkolnej. Długotrwałe doświadczanie takich trudności, bez uzyskania odpowiedniego wsparcia, sprzyja narastaniu frustracji, obniżeniu poczucia własnej wartości.³⁹

Istotną rolę w kumulacji czynników ryzyka odgrywa rodzina. W badaniach M. Ruttera udowodniono, że dzieci, na które oddziaływał wieloczynnikowy stres rodzinny (przemoc, nałogi, rozpad rodziny, ubóstwo), miały 10 razy większe prawdopodobieństwo wystąpienia problemów psychiatrycznych niż te, na które nie wpływało tyle czynników stresogennych.⁴⁰ Dodatkowo wskazuje się, iż dzieci mieszkające w rodzinach wieloproblemowych częściej borykają się z różnego rodzaju problemami behawioralnymi i emocjonalnymi, trudnościami edukacyjnymi oraz trudnościami w przystosowaniu. Ponieważ w takich rodzinach kumulują się jednocześnie różne czynniki ryzyka, zalecane jest w ich przypadku włączanie jednocześnie elementów interwencji socjalnych i psychologicznych.² Jedynie 9% polskich dzieci i nastolatków korzysta ze wsparcia specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Liczba ta jest dalece niewystarczająca, co opóźnia właściwą interwencję i może mieć poważne konsekwencje w dorosłym życiu. Dodatkowo stres środowiskowy, obejmujący biedę, izolację i depryzację, przekłada się na problemy psychiczne dzieci i młodzieży. Zamieszkiwanie w dzielnicach, gdzie młodzi ludzie są szczególnie narażeni na przemoc domową i szkodliwy wpływ środowiska społecznego, często

powoduje nasilenie kryzysów psychicznych, takich jak depresja oraz problemy behawioralne i lękowe. Istnieje niemal dwukrotnie większe prawdopodobieństwo, że młodzież mieszkająca w tych dzielnicach w porównaniu z młodzieżą z bogatszych dzielnic będzie wykazywała poważne problemy behawioralne. Stres środowiskowy ma zatem duży wpływ na manifestowanie problemów psychiatrycznych, co wskazuje na konieczność prowadzenia zintegrowanych programów wsparcia środowiskowego, rodzinnego i indywidualnego dla młodych osób.^{2,5,26} Wszystkie z wymienionych determinant zdrowia psychicznego wskazują na celowość tworzenia spójnych programów profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży (również rodzin i otoczenia społecznego) wywodzących się z grup w największym stopniu wystawionych na stres oraz inne czynniki ryzyka występowania zaburzeń psychicznych. Dane epidemiologiczne, o których mówi WHO, oraz opisane wyżej uwarunkowania wskazują na potrzebę połączenia edukacji na temat psychopatologii, wsparcia psychosocjalnego oraz skutecznych form wczesnej interwencji, aby zmniejszyć liczbę przypadków, które nie są identyfikowane oraz leczone.^{1,19,41}

1.6. Podział zdrowia psychicznego

Podział zdrowia psychicznego jest bazą dla istniejących klasyfikacji pozwalających na diagnozę stanu zdrowia jednostki, a także dostosowanie interwencji oraz profilaktyki. Do diagnozowania zaburzeń psychicznych najczęściej wykorzystywane są klasyfikacje DSM i ICD. Zawierają kryteria diagnostyczne, które odróżniają stan zdrowia psychicznego od wielu zaburzeń. Systemy klasyfikacyjne, o których mowa, pomagają odróżnić zróżnicowane stany, takie jak stan depresyjny, stany lękowe czy zaburzenia ze spektrum autyzmu, umożliwiając lepszą interwencję.⁴ W systemie DSM nowsze wersje DSM-IV i DSM-5 doprecyzowują, że kryteria diagnostyczne takie jak minimalny czas trwania objawów i dezorganizacja funkcjonowania społecznego lub zawodowego pozwalają rozpoznawać zarówno zaburzenia najczęściej występujące, jak i te spotykane bardzo rzadko. Na przykład wprowadzenie ostrego zaburzenia stresowego wypełniło „lukę nozologiczną” pomiędzy adekwatną reakcją adaptacyjną w danym momencie a zespołem stresu pourazowego, co pozwala na poprawną diagnozę w sytuacjach kryzysowych, jak np. w czasie pandemii COVID-19. Podczas badań epidemiologicznych, w ramach których badano zgodność z systemem DSM, zdiagnozowano zaburzenia psychiczne u 10–20% badanej populacji dzieci i młodzieży.²³ Nowsze wersje klasyfikacji ICD – ICD-10 i ICD-11 – bardziej doprecyzowują ramy czasowe ostrego zaburzenia stresowego. W ICD inaczej niż w DSM definiuje się pojęcie „zaburzenie stresowe”, ale pozwala ono również na doprecyzowanie i zastosowanie odpowiedniej interwencji terapeutycznej. DSM i ICD różnią się w podejściu do klasyfikowania niektórych stanów oraz

podawania kryteriów diagnostycznych, ale umożliwiają zastosowanie interwencji dopasowanej do konkretnej diagnozy. Klasyfikacja ICD stworzona i aktualizowana przez WHO jest podstawą raportowania statystyk zdrowotnych na poziomie globalnym i w danym kraju oraz pozwala na porównanie danych w epidemiologii. Umożliwia zdefiniowanie, czego w danym kontekście kulturowym potrzebuje w danej sytuacji konkretna populacja dzieci, co pozwala na opracowanie trafniejszych interwencji. Ponadto podział zdrowia psychicznego daje sposobność wybrania metod terapii i profilaktyki adekwatnych do danej sytuacji. Uwzględnienie ram czasowych określonych w klasyfikacjach DSM i ICD umożliwia odróżnienie stanu zdrowia psychicznego od zaburzenia psychicznego na etapie diagnozy. Czasami może być trudno odróżnić zaburzenia psychiczne od stanów, gdzie emocje są „w ruchu”, czyli są zmienne, ale doprecyzowanie kryteriów klasyfikacji bardzo to ułatwia.⁴ W DSM dodano jednostkę ostre zaburzenie stresowe, co ułatwia szybkie zdiagnozowanie stanu przejściowego. Zróżnicowane ramy czasowe stosowane w klasyfikacjach DSM i ICD umożliwiają odmienne podejścia do klasyfikowania oraz diagnozowania zaburzeń – np. klasyfikacja ICD w Polsce częściej jest używana do diagnozowania zaburzeń psychicznych, co umożliwia porównywanie w wielu aspektach polskich statystyk ze statystykami innych krajów. Klasyfikacje DSM i ICD pozwalają na różnicowanie przebiegu i objawów choroby psychicznej z uwzględnieniem zmiennych demograficznych, takich jak wiek, płeć czy pochodzenie kulturowe.⁴ Jest to bardzo istotne w procesie diagnostycznym oraz dopasowaniu interwencji do konkretnego dziecka w praktyce psychologicznej.

Odróżnianie zdrowia psychicznego pozytywnego od zaburzeń psychicznych jest potrzebne w epidemiologii, badaniach i praktyce klinicznej. Pozytywne zdrowie psychiczne polega na „dobroście psychicznej, psychologicznej oraz społecznej”, co jest wyznacznikiem celowości diagnozowania i przeprowadzania interwencji w młodym wieku.² Obecny wzrost liczby zaburzeń psychicznych, takich jak stany depresyjne i stany lękowe, wymaga klasyfikacji, które uwzględniają pojawiające się nowe obszary patologiczne, interdyscyplinarnych badań epidemiologicznych²⁴ oraz dostosowania kryteriów diagnostycznych do zmieniającej się rzeczywistości.

Kontekst pojawiających się wyzwań zdrowotnych, na które oddziałują nowe technologie, to kolejny czynnik wpływający na potrzebę rozwijania narzędzi diagnostycznych z powodu pojawiania się nowych patologii. Zwiększenie liczby lekarzy i psychologów szkolnych, którzy potrafią korzystać z systemów klasyfikacji, takich jak DSM i ICD, oraz szkolenia pedagogów i trenerów środowiskowych to warunek ograniczenia skali problemów dzieci i młodzieży oraz wczesnego rozpoznawania objawów, a także dostosowanie profilaktyki.⁴ Zmieniające się zachowania dzieci i młodzieży oraz pojawiające się nowe zaburzenia psychiczne wpływają na wzrost występowania objawów depresyjnych oraz lękowych. Powoduje to potrzebę interdyscyplinarnych zmian w procesie

klasyfikacji zaburzeń psychicznych i poszukiwania adekwatnych interwencji. Badania epidemiologiczne pozwalają opisać nowe patologie. Mogą uwzględnić problemy związane z użytkowaniem Internetu, zmiany behawioralne oraz identyfikowanie najczęstszych problemów psychicznych u młodzieży.²³

Zestawienie klasyfikacji z obecną praktyką kliniczną może pomóc w dostosowaniu interwencji psychologicznych do konkretnych potrzeb.

1.7. Objawy oraz czynniki etiologiczne zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży

Zaburzenia zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży różnią się pod względem objawów oraz przyczyn. Najczęstsze rozpoznawane zaburzenia to: zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, ADHD, zaburzenia zachowania, zaburzenia odżywiania oraz zaburzenia ze spektrum autyzmu. Objawy i ich występowanie w różny sposób oddziałują na funkcjonowanie dziecka. Diagnostyka objawów u dzieci i młodzieży często jest trudna, gdyż zwykle nie są one analogiczne do symptomów obserwowanych u osoby dorosłej. Klasyczne kryteria diagnostyczne używane w psychiatrii dla osób dorosłych nie zawsze sprawdzają się w psychiatrii dzieci i młodzieży. Niezbędne jest spersonalizowane podejście i duże doświadczenie diagnostyczne.² ADHD może być przykładem, w którym objawy emocjonalne i behawioralne pozostają ukryte. Według statystyk epidemiologicznych 10–20% populacji osób młodych spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. Taki trend epidemiczny wymusza tworzenie kompleksowych programów pomocowych.⁵ Zarówno systemy edukacyjne, jak i zdrowotne powinny monitorować objawy zdrowia psychicznego. U dzieci i młodzieży symptomy zaburzeń psychicznych często współwystępują – np. występowanie zaburzeń depresyjnych często skorelowane jest z zaburzeniami lękowymi lub zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi, co wskazuje na potrzebę wdrażania systemowego wsparcia.² W wielu krajach zauważalna jest tendencja wzrostu występowania zaburzeń lękowych i nastroju u młodzieży. Postępujące zmiany kulturowe i społeczne, obejmujące m.in. wzrost presji edukacyjnej, nasilony wpływ mediów cyfrowych oraz większą społeczną akceptację problemów zdrowia psychicznego, w istotny sposób przyczyniły się do zwiększenia częstości występowania depresji oraz zaburzeń lękowych w okresie dojrzewania.⁵ Ponadto w badaniach epidemiologicznych zaburzenia nastroju i lękowe najczęściej diagnozowano w populacji nastoletnich dziewcząt.²³ Dzieci i młodzież z zaburzeniami zdrowia psychicznego często mają problemy w życiu codziennym, takie jak absencja szkolna, trudności w relacjach z rówieśnikami, brak motywacji itd. Problemy psychiczne często maskowane są zaburzeniami somatycznymi, np. bólami brzucha, trudnościami ze snem czy wzmożonym napięciem mięśniowym. Niezdiagnozowany problem psychiczny może wywołać objawy

somatyczne.⁴¹ W celu zidentyfikowania konkretnego problemu psychicznego należy patrzeć na współwystępujące symptomy, gdyż czasami objawy somatyczne przykrywają rzeczywisty problem psychiczny. Wyniki badań dotyczących problemów emocjonalnych studentów i uczniów w Polsce wskazują na duże nasilenie ich symptomów w analizowanej populacji. Około 8% uczniów i studentów deklaruje myśli samobójcze, a ponad 52% brak motywacji.⁵ Problemy emocjonalne negatywnie wpływają na rozwój i funkcjonowanie uczniów oraz studentów i zwiększają ryzyko wielu powikłań i innych poważnych problemów w przyszłości (np. samobójstwa czy autoagresji). Skala występowania objawów problemów emocjonalnych wśród uczniów i studentów potwierdza zasadność zarówno systemowego wsparcia w szkołach, jak i kampanii edukacyjnych na temat zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży. Zarówno uwarunkowania rodzinne, jak i społeczne istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Dzieci wychowujące się w rodzinach, w których występują przemoc, uzależnienia, przewlekłe trudności finansowe lub rozpad struktury rodzinnej, są nawet pięciokrotnie bardziej narażone na rozwój problemów psychicznych.² Ponadto kumulacja czynników ryzyka znacząco podnosi prawdopodobieństwo występowania trudności emocjonalnych.

1.8. Przyczyny i objawy zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży

Główne przyczyny zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży łączą się z czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Dzieci wystawione na kumulujące się czynniki ryzyka, takie jak przemoc domowa, alkoholizm rodziców, rozwód, ubóstwo i stres prenatalny, wykazują pięciokrotnie większe prawdopodobieństwo występowania zaburzeń zachowania.² Zwiększający się wpływ tych czynników nasila zaburzenia zdolności adaptacyjnych oraz zmniejsza poczucie bezpieczeństwa, co wpływa na wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń psychicznych. Poszczególne czynniki, takie jak ubóstwo czy przemoc domowa, prowadzą do niepożądanych skutków, a ich skumulowanie ma jeszcze wyraźniejsze konsekwencje dla problemów psychicznych. Przewlekłe, często pojawiające się czynniki stresowe w życiu rodzinnym nasilają występowanie objawów zaburzeń psychicznych. Skumulowane czynniki, takie jak przemoc domowa, problemy finansowe i izolacja społeczna, są także ściśle związane z pogorszeniem funkcjonowania dziecka w szkole.^{2,26} Dzieci z rodzin doświadczających jednocześnie wielu wcześniej wspomnianych problemów mają obniżone poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości, co zaburza ich adaptację w środowisku. Również rozwój umiejętności prospołecznych jest w ich przypadku utrudniony z tego powodu; ponadto gorzej radzą sobie ze stresem, co

wpływa na eskalację problemów. Według przeprowadzonych badań dzieci z niższym poziomem inteligencji wykazują większe prawdopodobieństwo rozwoju problemów psychicznych. Częstość diagnozowanych zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz psychotycznych u tych dzieci i adolescentów jest większa niż w innych grupach wiekowych.² Życie w gospodarstwie o niskim statusie ekonomicznym i w złych warunkach mieszkaniowych oraz w rodzinie bez ojca/matki również podwyższa ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych. Dzieci i młodzież, które mieszkają w ubogich rejonach, mają dwukrotnie większe ryzyko rozwinięcia poważnych zaburzeń zachowania, a prawdopodobieństwo wystąpienia problemów psychicznych u młodych ludzi żyjących w ubóstwie jest 4 razy wyższe niż u dzieci z rodzin niezmagających się z problemami finansowymi.²⁶ Również postępująca cyfryzacja życia staje się nowym czynnikiem zagrażającym zdrowiu psychicznemu. Nadużywanie urządzeń cyfrowych, przemoc w sieci (cyberprzemoc) i inne sytuacje zagrażające są związane z zachowaniami samobójczymi oraz depresją i objawami lękowymi u dzieci i młodzieży. Aż 82% populacji dzieci w wieku 9–17 lat w Polsce codziennie korzysta ze smartfonów z dostępem do Internetu.⁵

Najczęściej zgłaszane objawy zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i adolescentów to problemy w relacjach z rówieśnikami, zaburzenia zachowania, słabe umiejętności społeczne oraz symptomy emocjonalne (drażliwość, lęk, smutek, depresja). Aż 44,4% dzieci miało problemy w relacjach z rówieśnikami, a 44,1% miało problemy z zachowaniem.⁴² Wystąpienie tych zaburzeń zakłóca kontakty z rówieśnikami, negatywnie wpływa na miejsce w społeczności i zwiększa poczucie alienacji; w ten sposób objawy psychosocjalne zmieniają się w objawy przewlekłych problemów psychicznych. Z kolei spośród objawów psychosomatycznych młodzież najczęściej zgłasza symptomy związane ze snem, rozdrażnieniem, zmęczeniem, brakiem motywacji, obniżeniem energii i bezradnością.⁵ Są one powiązane z niższym poziomem funkcjonowania w szkole i słabszymi kompetencjami społecznymi. Młodzież z takimi objawami ma również obniżoną jakość życia i trudniej jej się funkcjonuje. Również objawy zaburzeń zachowania oraz problemy z emocjami i autoagresją stanowią ważne ogniwo w zapobieganiu negatywnym skutkom w kontekście nasilających się problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Niektóre polskie badania wskazują, że 8% nastolatków ma myśli samobójcze, a aż 28% badanych (najwięcej wśród dziewcząt) deklaruje poczucie braku chęci życia.⁵ Istotnym objawem, często towarzyszącym zaburzeniom psychicznym, jest obniżenie jakości relacji i zmniejszenie częstotliwości zachowań prospołecznych, jak również zaburzenia adaptacji. Rodzice oceniali, że 75% dzieci w badanej grupie ma problemy w relacjach z rówieśnikami, a 64% ma problemy z zachowaniem.⁴² Ponadto dzieci z zaburzeniami zachowania częściej mają objawy lęku i depresji, co dodatkowo obniża poziom funkcjonowania społecznego.

Ważnym aspektem, który podnosi ryzyko występowania problemów psychicznych u dzieci i młodzieży, jest skumulowanie wielu czynników ryzyka, które nie występują tylko na jednej płaszczyźnie. Skumulowanie objawów na różnych płaszczyznach zakłóca kontakty z rówieśnikami, a poczucie alienacji przeradza się w objawy przewlekłych problemów psychicznych.

Dotychczasowe statystyki oraz wyniki badań dotyczących występowania zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i adolescentów wskazują na kluczowe znaczenie kompleksowych i interdyscyplinarnych strategii postępowania. Uwzględnianie wszystkich aspektów rozwoju dziecka oraz podejmowanie interwencji zarówno w środowisku rodzinnym, jak i szkolnym umożliwia całościowe podejście do procesu wsparcia, a także sprzyja ograniczaniu wielu niepożądanych zachowań związanych z rozwojem przewlekłych problemów psychicznych.^{2,5} Warto podkreślić, że nasilające się procesy cywilizacyjne we współczesnym świecie zwiększają ryzyko występowania trudności psychicznych u coraz młodszych osób, dlatego istotnym elementem strategii prewencyjnych jest kształtowanie kompetencji psychospołecznych oraz wzmacnianie rezyliencji dzieci i adolescentów.

1.9. Profilaktyka zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Skuteczna profilaktyka zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży wymaga zaangażowania wielu środowisk, w tym rodziny, szkoły oraz organizacji społecznych. Wzmacnianie kompetencji wychowawczych rodziców, zwłaszcza w rodzinach obciążonych przemocą domową, uzależnieniami oraz przewlekłym ubóstwem, może istotnie ograniczać ryzyko rozwoju problemów zdrowia psychicznego u dzieci. Szacuje się, że młodzi ludzie wychowujący się w rodzinach problemowych są nawet pięciokrotnie bardziej narażeni na wystąpienie zaburzeń psychicznych w porównaniu z rówieśnikami.²

Istotnym elementem działań profilaktycznych jest zwiększanie dostępności bezpłatnej lub niskokosztowej pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla rodzin zagrożonych rozwojem zaburzeń psychicznych, w tym rodzin niepełnych oraz znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej. Wzmacnianie czynników ochronnych, takich jak stabilne relacje rodzinne, a także ograniczanie wpływu czynników ryzyka, m.in. przemocy domowej czy izolacji społecznej, przynosi najlepsze efekty wówczas, gdy interwencje obejmują całą rodzinę. Skuteczne okazują się również treningi umiejętności wychowawczych dla rodziców oraz mediacje rodzinne, które sprzyjają poprawie klimatu wychowawczego, a tym samym wspierają dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży. Niezwykle istotna jest także systematyczna ewaluacja programów profilaktycznych, uwzględniająca potrzeby oraz możliwości społeczności, w których są one wdrażane.

Ponieważ dzieci i młodzież spędzają w szkole znaczną część dnia, jest to miejsce, w którym można prowadzić efektywną profilaktykę zaburzeń psychicznych. Badania przesiewowe i psychoedukacja uczniów oraz szkolenie kadry pedagogicznej w zakresie wczesnego rozpoznawania objawów depresji, zaburzeń lękowych czy samookaleczeń to ważne elementy prewencji problemów psychicznych w szkole.⁵ Szkolenia dla nauczycieli mają na celu dostarczenie wiedzy w zakresie udzielania uczniom pierwszej pomocy psychologicznej w nagłych przypadkach oraz w rozpoznawaniu symptomów zaburzeń psychicznych. Wiedza z zakresu psychologii w pracy nauczyciela może wpłynąć pozytywnie na rozwój psychospołeczny ucznia oraz zapobiegać problemom adaptacyjnym, problemom z motywacją i zaniżonemu poczuciu własnej wartości, które są problemem, z którym boryka się wielu młodych ludzi.⁵ Szkoła powinna organizować również warsztaty dla rodziców oraz uczniów w celu poprawy rozpoznawania emocji i radzenia sobie z nimi. Dostarczają one wiedzy na temat własnych i cudzych emocji oraz uczą, jak na nie odpowiadać.

Skuteczne warsztaty z zakresu zdrowia psychicznego obejmują również naukę rozpoznawania emocji na podstawie wyrazu twarzy. Na tego typu warsztaty warto zapraszać osoby znane młodzieży, które mogą być wzorem do naśladowania w radzeniu sobie z emocjami, jak na przykład sportowców lub muzyków. Bardzo istotną częścią działań profilaktycznych prowadzonych w szkole jest również współpraca z psychologami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, lokalnymi ośrodkami zdrowia i organizacjami pozarządowymi zajmującymi się pomocą psychologiczną, co w razie potrzeby umożliwi objęcie uczniów dodatkową opieką.

Niższe poczucie własnej wartości, izolacja społeczna oraz wykluczenie ze względu na poziom zamożności mogą predysponować dzieci i młodzież do rozwoju zaburzeń psychicznych. W 2014 r. w Polsce poniżej progu ubóstwa żyło 22,3% dzieci.⁴³ Przeciwdziałanie negatywnym skutkom ubóstwa i wzmacnianie zasobów socjalnych jest bardzo ważnym czynnikiem w profilaktyce zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży z rodzin borykających się z trudną sytuacją finansową. Wsparcie materialne, oferowanie zajęć pozalekcyjnych oraz tworzenie grup wsparcia rówieśniczego i sieci pomocowych w społeczności lokalnej wpływa na obniżenie ryzyka zachorowania. Zajęcia sportowe i artystyczne oraz uczestnictwo w grupach rówieśniczych mają szczególnie duży wpływ na dzieci i młodzież. Łagodzą objawy depresji oraz pomagają w poradzeniu sobie ze stresem.⁴³ Kampanie społeczne i edukacyjne są sposobem na zmniejszenie

stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Powszechna dostępność do informacji o objawach, ryzyku i formach wsparcia może zapobiegać wystąpieniu kryzysów i samobójstw wśród młodzieży.⁴⁴ Różnego rodzaju akcje edukacyjne, konferencje i zajęcia profilaktyczne mają na celu propagowanie odpowiednich wzorców zachowań i obniżanie stresu poprzez dostarczanie informacji, np. na temat emocji. Do prowadzenia programów profilaktycznych, akcji i kampanii edukacyjnych konieczna jest dobra znajomość problemów społecznych, z jakimi boryka się młodzież. Ponadto od specjalistów wymaga się posiadania umiejętności organizowania akcji mających za zadanie budowanie relacji międzyludzkich i integrację społeczną, a także zdolności aktywizowania do zmian postaw. Ważna jest współpraca z młodzieżą na etapie projektowania kampanii społecznej. W ten sposób powstają kampanie dostosowane do odbiorców oraz kultury, w której żyją.

Rozwój technologii internetowych oraz fakt, że młodzi ludzie spędzają mnóstwo czasu w sieci, wymagają opracowania programów profilaktycznych mających na celu zapobieganie uzależnieniom od mediów społecznościowych, cyberprzemocy i rozpowszechnianiu dezinformacji. W szkołach i placówkach edukacyjnych konieczna jest edukacja z zakresu korzystania z nowoczesnych technologii oraz wspierająca budowanie kompetencji cyfrowych dzieci i młodzieży.⁵ Programy te wymagają stałej aktualizacji i rozwoju, a młodzież powinna brać aktywny udział w projektowaniu i wdrażaniu tych rozwiązań.

1.9.1. Nowe trendy w profilaktyce zaburzeń psychicznych

Postępująca cyfryzacja działań profilaktycznych w obszarze zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży stanowi istotny trend we współczesnej psychologii i psychiatrii dziecięcej. Dostępność programów profilaktycznych online, w formie webinarów czy zajęć edukacyjnych, pozwala utrzymać kontakty społeczne w sytuacji kryzysowej oraz prowadzić psychoedukację, która ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne dużej grupy odbiorców. Przykładem takich działań w Polsce jest projekt edukacyjny ► „Cyfrowy Dialog”, w który zaangażowano dzieci, młodzież oraz nauczycieli, co w istotny sposób wsparło funkcjonowanie psychospołeczne uczestników w okresie izolacji społecznej w czasie pandemii COVID-19.⁴⁵

► „Cyfrowy Dialog”

Pojawiają się jednak pytania dotyczące skuteczności w dłuższej perspektywie działań profilaktycznych z użyciem nowych technologii. Ważną kwestią jest także indywidualizacja profilaktyki online, która w dużym stopniu uzależniona jest od projektu. Aplikacje monitorujące nastrój czy cyfrowe narzędzia diagnostyczne to rozwiązania, które umożliwiają szeroki i łatwy dostęp do usług wsparcia psychologicznego, szczególnie osobom z problemami z dostępem do tradycyjnych form pomocy. Wyzwaniem w zakresie korzystania z cyfrowych technologii w profilaktyce zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży pozostaje dostosowanie konkretnych rozwiązań do aktualnych standardów prawnych

i etycznych. Powszechna dostępność urządzeń cyfrowych powoduje, że każdego dnia korzysta z nich aż 82% osób w wieku 9–17 lat.⁵ Jest to szansa, ale i zagrożenie. Cyberprzemoc, uzależnienie od technologii i dostęp do treści, które zagrażają zdrowiu psychicznemu dzieci, wymagają stanowczej interwencji.

Szkolenia na żywo i online pomagają budować kompetencje społeczne i poczucie przynależności do danej społeczności.⁴⁶ W działaniach profilaktycznych istotne jest uwzględnienie możliwości percepcyjnych młodych osób. Optymalna długość webinarium lub kursu online to 15–30 min, a 30–60 min w przypadku edukacji dorosłych. Wydłużanie tego czasu może prowadzić do obniżenia motywacji do działania, braku koncentracji oraz pojawienia się frustracji i nudy u uczestników, co przekłada się na mniejszą efektywność programów profilaktycznych.⁴⁶

Kolejnym kierunkiem działań profilaktycznych jest wsparcie społeczne i rodzinne. Sukces programów prewencyjnych zależy od poprawy jakości usług wsparcia dla rodzin. Zbyt niskie kompetencje wychowawcze w rodzinach, w których dzieci dorastają w ubóstwie, przemocy i uzależnieniach, utrudniają zapobieganie problemom psychicznym.⁵ Dzieje się tak m.in. ze względu na zbyt małą wiedzę na temat zdrowia psychicznego oraz brak umiejętności odpowiedniej reakcji w sytuacji kryzysowej. Reformy psychiatrii dzieci i młodzieży wdrażające środowiskową opiekę psychiatryczną pozwalają wcześniej rozpoznawać czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych u dzieci i zapobiegać wielu problemom poprzez szybkie wdrażanie pomocy dla rodzin.⁴⁶ Pozwala to ograniczyć koszty leczenia i poprawić jakość życia pacjentów oraz rodzin. Jednak do pełnej realizacji zakładanych celów konieczna jest systematyczna rozbudowa kadry i zapewnienie finansowania, które umożliwia połączenie pracy sektorów psychiatrycznych, edukacji i opieki społecznej. Partnerstwa międzysektorowe, takie jak współpraca między szkołami a placówkami medycznymi i służbami publicznymi czy między szkołami a organizacjami pozarządowymi, prowadzą do powstania środowiska wsparcia dla dzieci i młodzieży, co pozwala na realizację profilaktyki pierwotnej i wtórnej w szerokim zakresie.

Dodatkowo programy psychoedukacyjne dla rodziców dotyczące objawów zaburzeń psychicznych wspierają lepsze funkcjonowanie dziecka w środowisku rówieśniczym i szkolnym.⁵ Uzupełnieniem wsparcia materialnego, psychologicznego czy medycznego jest budowanie sieci pomocowej, która pozwala wspierać rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji. Szczególnie ważne w profilaktyce zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży jest prowadzenie badań epidemiologicznych i psychoedukacyjnych w obszarze środowiskowym i szkolnym. Wczesne wykrycie objawów umożliwia zminimalizowanie skutków wielu zaburzeń psychicznych.⁵ Badania przesiewowe i szkolenia dla pedagogów w celu rozpoznawania objawów takich zaburzeń, jak depresja czy autoagresja, to metody, które umożliwiają zidentyfikowanie osób znajdujących się w grupie ryzyka i szybką interwencję.⁵ Dodatkowym programem profilaktycznym realizowanym na poziomie szkoły jest rozwijanie kompetencji wychowawczych oraz rozwiązywanie

konfliktów, szczególnie w relacjach między rówieśnikami. Wprowadzane są także projekty cyfryzacji oraz uczenia funkcjonowania w świecie nowoczesnych technologii i mediów społecznościowych. Umożliwia to świadome korzystanie z zasobów Internetu. Konieczne jest dalsze monitorowanie skuteczności działań profilaktycznych w szkole i dostosowywanie ich do zmieniającej się sytuacji. Wobec narastających zachorowań na zaburzenia lękowe i depresję szczególnie ważne jest dostosowywanie interwencji do aktualnego stanu gospodarki i technologii, co sprzyja rozwojowi zasobów, umożliwia łatwy dostęp do programów, zaspokaja aktualne potrzeby, a także zmniejsza wpływ kryzysów gospodarczych na kondycję psychiczną ludzi.^{5,24} Dzięki elastyczności, jaką charakteryzuje się profilaktyka cyfrowa, programy prewencyjne dają możliwość, tak jak miało to miejsce w czasie pandemii COVID-19, szybkiego dostosowania się do potrzeb danej społeczności i wprowadzania w krótkim czasie w życie odpowiednich programów profilaktycznych.¹⁵ W związku z coraz większą ilością czasu spędzane- go w Internecie niezwykle ważne staje się rozwijanie programów edukacyjnych i psychoedukacyjnych, które wspierają odporność psychiczną dzieci i młodzieży na różne negatywne bodźce. Dzięki systematycznemu zbieraniu danych epidemiologicznych oraz międzynarodowej wymianie wiedzy z zakresu profilaktyki zaburzeń psychicznych możliwe jest analizowanie rezultatów wprowadzanych programów oraz efektywność działania różnych krajów i agencji rządowych.^{5,24} Współpraca z organizacjami międzynarodowymi, takimi jak WHO, UNICEF i innymi oraz ekspertami w dziedzinie profilaktyki i zdrowia psychicznego, ułatwia adaptowanie sprawdzonych programów profilaktycznych do różnych środowisk, w jakich żyją dzieci i młodzież. Regularne raportowanie skuteczności programów prewencyjnych na krajowym i międzynarodowym poziomie zapewnia szansę na rozwój świadomości w społeczeństwie, a także na wczesne reagowanie na pogarszający się stan psychiczny młodych osób.

UNICEF – United Nations Children's Fund; Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci

1.10. Podsumowanie

Dlaczego zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest ważne?

- coraz więcej dzieci i nastolatków doświadcza problemów ze zdrowiem psychicznym; zaburzenia psychiczne dotyczą 10–20% dzieci i młodzieży
- połowa zaburzeń psychicznych zaczyna się przed 14. r.ż. (WHO)
- doświadczane trudności wpływają na proces nauki, relacje i rozwój społeczny
- problemy często są efektem przeciążenia, stresu, braku wsparcia, izolacji społecznej i zmian, jakie zachodzą w środowisku

Jakie zaburzenia występują najczęściej?

- depresja i zaburzenia nastroju
- zaburzenia lękowe (w tym lęk separacyjny i fobie)
- ADHD i inne zaburzenia neurorozwojowe
- zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia)
- zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD)
- zachowania agresywne i opozycyjno-buntownicze

Co powinno niepokoić w zachowaniu ucznia?

- wycofanie z kontaktów rówieśniczych
- pogorszenie wyników w nauce, problemy z koncentracją
- wzmożona drażliwość, impulsywność lub zachowania agresywne
- problemy ze snem (bezsenność, nadmierna senność), bóle głowy/brzucha bez wyraźnych przyczyn somatycznych
- słabsza motywacja, apatia, bierność, myśli rezygnacyjne
- silne przywiązanie do rutyny, lęk przed zmianą

Rola nauczyciela w rozpoznawaniu trudności

- uważna obserwacja zmian w zachowaniu uczniów
- współpraca z psychologiem/pedagogiem szkolnym i rodzicami
- rozumienie, że trudne zachowania mogą być wyrazem przeżywanych trudności, a nie złej woli
- wzmacnianie poczucia własnej wartości ucznia
- tworzenie bezpiecznego, wspierającego środowiska szkolnego

Co wspiera zdrowie psychiczne uczniów?

- prawidłowe relacje z rówieśnikami i dorosłymi
- możliwość rozwijania pasji i zainteresowań
- stałość i przewidywalność środowiska
- rozwijanie uważności (*mindfulness*), umiejętności radzenia sobie ze stresem
- wczesna interwencja i dostęp do specjalistycznego wsparcia (w szkole i poza nią)

Piśmiennictwo

1. Cotton NK, Shim RS. Social determinants of health, structural racism, and the impact on child and adolescent mental health. *JAACAP Connect*. Winter. 2021:6–10. <https://jaacapconnect.org/api/v1/articles/92340-social-determinants-of-health-structural-racism-and-the-impact-on-child-and-adolescent-mental-health.pdf>. Dostęp 30.12.2025.
2. Grzegorzewska I. Rodzinne uwarunkowania problemów i zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. *Psychologiczne Zeszyty Naukowe*. 2016;2:88–95. http://zbc.uz.zgora.pl/repozytorium/Content/54325/6-grzegorzewska_rodzinne.pdf. Dostęp 30.12.2025.
3. Chodźko E, Talarek K. *Wyzwania i problemy społeczeństwa w XXI wieku*. T 1. Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL; 2020.
4. Steinhagen, A. *Szkola wobec uczniów z zaburzeniami psychicznymi*. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Warszawski. 2016. <http://ppp16.waw.pl/data/uploads/polecamy/anna-steinhagen-szkola-wobec-uczniow-z-zaburzeniami-psychicznymi.pdf>. Dostęp 30.12.2025.
5. Zdybek P, Kielek-Rataj E. *Przegląd danych dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*. Opole: Narodowy Instytut Wolności; 2024. <https://www.rozwojprofilaktyka.pl/wp-content/uploads/2025/01/dr-Przemyslaw-Zdybek-dr-Ewa-Kielek-Rataj-%E2%80%93-Przegląd-danych-dotyczących-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy.pdf>. Dostęp 30.12.2025.
6. Majerek B, Domagała-Kręcioch A. *Kategorie (nie)obecne w edukacji*. 1 wyd. Kraków: Impuls; 2021.
7. Keliat BA, Triana R, Sulistiawati NMD. The relationship between self-esteem, family relationships and social support as the protective factors and adolescent mental health. *Humanit Soc Sci Rev*. 2019;7(1):41–47. doi:10.18510/hssr.2019.715
8. Regulska A, Czarnecka M, Najda AJ. *Rodzina i szkoła wobec pandemii COVID-19*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2021.
9. Cuellar A. Preventing and treating child mental health problems. *The Future of Children*. 2015;25(1): 111–134. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1062954.pdf>. Dostęp 30.12.2025.
10. Hettiarachchi D. Mental health needs of children and adolescents in child care institutions in Sri Lanka. *Sri Lanka J Child Health*. 2021;50(1):145–150. doi:10.4038/sljch.v50i1.9416
11. Szymańska J. Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. <https://pppboleslawiec.pl/files/42/zapobieganie-samobojstwom-dzieci-i-mlodziezy.pdf>. Dostęp 30.12.2025.
12. Dudek D, Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia nerwicowe. W: Jarema M, red. *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017:357–386.
13. Wciórka J, Moskaiewicz J. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2021.
14. Balamurugan G, Sevak S, Gurung K, Vijayarani M. Mental health issues among school children and adolescents in India: A systematic review. *Cureus*. 2024;16(5):e61035. doi:10.7759/cureus.61035
15. Bryńska A. Zaburzenia lękowe: lęk separacyjny, lęk uogólniony, fobie. W: Remberk B, red. *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2020:183–190.
16. Preś J, Świątkowska K, Kołakowski A. Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń lęku separacyjnego u dzieci – przegląd badań i opis przypadku. *Psychiatr Pol*. 2024;58(5):761–771.
17. Radziwiłłowicz W. Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne). W: Grzegorzewska I, Cierpiatowska L, Borkowska AR, red. *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020:409–450.
18. Kendall PC, Choudhury M, Hudson J, Webb A. *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u młodzieży. Podręcznik terapeuty. Program LĘK*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2018.
19. Citko A, Owsieniuk I. Epidemiologia i skutki zdrowotne syndromu FOMO. Rola lekarzy rodzinnych we wczesnym rozpoznawaniu, leczeniu i profilaktyce syndromu FOMO u nastolatków i młodych dorosłych. *Pediatr Med Rodz*. 2020;16(1):70–76. doi:10.15557/PiMR.2020.0012
20. Lament E. Profilaktyka Zaburzeń Depresyjnych. „Profilaktyka Zaburzeń Depresyjnych”. Biskupiec; 2024. https://szpital-biskupiec.pl/sites/default/files/Profilaktyka_zaburze%C5%84_depresyjnych_-_Program%20Zdrowotny.pdf. Dostęp 30.12.2025.
21. Antosik-Wójcicka AZ. Zaburzenia afektywne. W: Remberk B, red. *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2020:167–182.
22. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 2021:100–116.

23. McGorry P, Gunasiri H, Mei C, Rice S, Gao CX. The youth mental health crisis: Analysis and solutions. *Front Psychiatry*. 2025;15:1517533. doi:10.3389/fpsyt.2024.1517533
24. Jeleniewska A, Tomaszewska A, Kalicka J, Rustecka A, Kalicki B. The impact of perinatal maternal mental health disorders on the child's health. *Pediatr Med Rodz*. 2024;20(1):37–43. doi:10.15557/PiMR.2024.0005
25. Panchal N, Kamal R, Cox C, Garfield R, Chidambaram P. Mental health and substance use considerations among children during the COVID-19 pandemic. Kaiser Family Foundation. [covidschoolkit.org/wp-content/uploads/Mental-Health-and-Substance-Use-Considerations-Among-Children-During-the-COVID-19-Pandemic_-KFF.pdf](https://www.covidschoolkit.org/wp-content/uploads/Mental-Health-and-Substance-Use-Considerations-Among-Children-During-the-COVID-19-Pandemic_-KFF.pdf). Opublikowano 26.05.2021. Dostęp 30.12.2025.
26. Wiśniewski A. Podstawy leczenia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)/zaburzenia hiperkinetycznego. W: Remberk B, red. *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2020:374–390.
27. Alegria M, Green JG, McLaughlin KA, Loder S. *Disparities in child and adolescent mental health and mental health services in the U.S.* Nowy Jork: William T. Grant Foundation; 2015. [wtgrantfoundation.org/wp-content/uploads/2015/09/Disparities-in-Child-and-Adolescent-Mental-Health.pdf](https://www.wtgrantfoundation.org/wp-content/uploads/2015/09/Disparities-in-Child-and-Adolescent-Mental-Health.pdf). Dostęp 30.12.2025.
28. Polackiewicz A, Biskupek-Wanot A, Wanot B. Żywnienie i zaburzenia odżywiania. W: Biskupek-Wanot A, Wanot B, Wiśniewska-Śliwińska H, red. *Dieta a zdrowie i wiek*. Częstochowa: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie; 2020: 182–204. open.icm.edu.pl/items/e78f5400-6826-4097-8f41-9f3766426924. Dostęp 30.12.2025.
29. Bednarski J, Bajda M, Pawlicka M, et al. Nauki Przyrodnicze i Medyczne: Żywnienie, sport oraz zdrowie. Lublin: Instytut Promocji Kultury i Nauki; 2018. ipkn.edu.pl/wp-content/uploads/2018/07/Nauki-Przyrodnicze-i-Medyczne-%C5%BBYwnienie-sport-oraz-zdrowie.pdf#page=63. Dostęp 30.12.2025.
30. Dymkowska-Malesa M. Zaburzenia odżywiania w świadomości gimnazjalistek. *Nowa Pediatr*. 2016;20(4):174–178. www.nowapediatria.pl/wp-content/uploads/2017/02/np_2016_174-178.pdf. Dostęp 30.12.2025.
31. Józefik B, Iniewicz G. Czynniki rodzinne jako czynniki ryzyka i mechanizmy podtrzymujące w anoreksji i bulimii psychicznej. *Przegląd Lekarski*. 2004;61(11):1288–1290. ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/0ea1a606-2a8a-42cf-a5b6-56c7b056a304/content. Dostęp 30.12.2025.
32. Kołakowski A, red. *Psychoterapia poznawczo – behawioralna dzieci i młodzieży. Przewodnik praktyka*. Soport: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2020.
33. National Institute for Health and Care Excellence. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: Quality standard. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs59/chapter/Quality-statement-4-Parent-or-carer-training>. Opublikowano 17.04.2014. Dostęp 17.04.2024.
34. Tavassoli T, Bellesheim K, Siper PM, et al. Measuring sensory reactivity in autism spectrum disorder: Application and simplification of a clinician-administered sensory observation scale. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(1):287–293. doi:10.1007/s10803-015-2578-3
35. Ben-Sasson A, Hen L, Fluss R, Cermak SA, Engel-Yeger B, Gal E. A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2009;39(1):1–11. doi:10.1007/s10803-008-0593-3
36. Płatos M, Cychowska M, Płucienniczak K, Pisula E. *Uczelnia dostępna dla studentów ze spektrum autyzmu. Podręcznik dla specjalistów i osób zarządzających w edukacji wyższej*. Centrum Wsparcia Dydaktyki Uniwersytetu Warszawskiego; Warszawa. 2023.
37. Chapman R. Neurodiversity and its discontents: Autism, schizophrenia, and the social model. W: Tekin S, Bluhm R, red. *The Bloomsbury companion to the philosophy of psychiatry*. Bristol: University of Bristol; 2019:371–389.
38. Płatos M, red. *Ogólnopolski spis autyzmu. Sytuacja młodzieży i dorosłych z autyzmem w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Innowacji Społecznych „Mary i Max”; 2016.
39. Górszczyk M. Zaburzenia logopedyczne u dzieci w wieku przedszkolnym a specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu. *Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna*. 2020;1(15):33–44. czasopismoipis.uken.krakow.pl/wp-content/uploads/2015/01/Magdalena-GORSZCZYK-Zaburzenia-logopedyczne-u-dzieci-w-wieku-przedszkolnym.pdf. Dostęp 30.12.2025.
40. Rutter M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Ann Acad Med Singap*. 1979 Jul;8(3):324–338.
41. Heitzman J. Impact of COVID-19 pandemic on mental health. *Psychiatr Pol*. 2020;54(2):187–198. doi:10.12740/PP/120373
42. Nishimura T, Wakuta M, Osuka Y, et al. Early detection of students' mental health issues from a traditional daily health observation scheme in Japanese schools and its digitalization. *Front Public Health*. 2024;12:1430011. doi:10.3389/fpubh.2024.1430011

43. Moharreri F, Habrani P, Heidari Yazdi A. Epidemiological survey of psychiatric disorders in children and adolescents of Mashhad in 2009. *J Fundam Ment Health*. 2015;17(3):247–253. doi:10.22038/jfmh.2015.4805
44. Dworak A. Konieczność edukacji zdrowotnej w systemie zagrożeń zdrowia dzieci i młodzieży. *Probl Hig Epidemiol*. 2018;99(2):95–101. www.phie.pl/pdf/phe-2018/phe-2018-2-095.pdf. Dostęp 30.12.2025.
45. Kądziałski KP. *Działania warszawskich organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w czasie pandemii COVID-19*. Rozprawa doktorska. Warszawa: Uniwersytet Warszawski; 2023.
46. Stradomska M. Profilaktyka presuicydalna w Polsce i Japonii. Analiza na przykładzie kampanii „Zobacz... Znikam” oraz „Sleep Campaign” – „Tato, jak spałeś?”. *Kognitywistyka i Media w Edukacji*. 2019;1:88–97. czasopisma.marszalek.com.pl/uploads/periodicals/kim/2019_1/kim2019107.pdf. Dostęp 30.12.2025.

Fizjologia dojrzewania płciowego

Monika Przestrzelska¹, Anna Gryboś¹, Grażyna Gebuza²

¹ Zakład Opieki Specjalistycznej w Położnictwie i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; ² Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy

2.1. Wprowadzenie

Okres dojrzewania, adolescencji – to szczególny etap przejściowy między dzieciństwem a dorosłością. W tym czasie następuje wiele zmian rozwojowych oraz nabywanie kompetencji potrzebnych osobom dorosłym. Okres dorastania charakteryzuje się intensywnymi zmianami na wszystkich płaszczyznach rozwoju – zarówno w sferze biologicznej, psychologicznej, jak i społecznej.¹

Dojrzewanie biologiczne uwarunkowane jest zmianami hormonalnymi (dobrze poznanymi od wielu dekad), które prowadzą do wykształcenia drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych. Proces ten przyspiesza również tempo wzrostu.^{2–5}

W początkowym etapie okresu dojrzewania rozwój biologiczny jest bardzo wyraźny i ma na celu osiągnięcie przez organizm zdolności do pełnienia wszystkich funkcji, wśród których istotną staje się niewątpliwie prokreacja. Procesy biologiczne (warunkujące różne zmiany: wyglądu, budowy i czynności ciała), a także hormonalne wpływają również na zmiany psychospołeczne charakterystyczne dla tego okresu. To wyjątkowy etap w życiu człowieka, gdy dochodzi do integracji różnych obszarów, w tym seksualności.

Wiedza na temat zachodzących wtedy zmian niewątpliwie przyczynia się do świadomego przeżycia tego szczególnego czasu. W związku z powyższym istotne jest umożliwienie młodzieży pozyskania wiarygodnej wiedzy w tym zakresie. Młodzież pozyskuje informacje na temat dojrzewania z różnych źródeł. Badania wskazują na duże znaczenie szkoły – jest to niewątpliwie związane z zajęciami poświęconymi tematyce dojrzewania i seksualności człowieka. Respondenci równie często wskazują grupę rówieśniczą oraz Internet jako podstawowe źródła wiedzy – które z różnych względów budzą wątpliwości merytoryczne. Wśród licznych „profesjonalnych” stron internetowych jest również wiele takich, które stwarzają ryzyko ekspozycji na treści wątpliwe nie tylko merytorycznie, ale także etycznie (pornografia).⁶

2.2. Specyfika okresu dojrzewania

Przebieg procesu dojrzewania różni się u dziewcząt i chłopców. U dziewczynek dojrzewanie somatyczne i płciowe rozpoczyna się wcześniej i przebiega wolniej w porównaniu z chłopcami. Granice norm dojrzewania płciowego dla dziewczynek ustalono pomiędzy 8. a 16. r.ż., a u chłopców między 9. a 17. r.ż.

Rozpoczęcie dojrzewania jest w pewnym stopniu uwarunkowane genetycznie. W Polsce przeciętny wiek wystąpienia pierwszych objawów to 10. r.ż. u dziewczynek i między 11. a 12,5. r.ż. u chłopców.

Dojrzałość to efekt różnorodnych procesów rozwojowych dokonujących się w dzieciństwie i młodości.⁵

Od kilku dekad obserwuje się akcelerację rozwoju, czyli szybsze tempo wzrastania i dojrzewania w kolejnych pokoleniach.⁶

Dojrzałość biologiczna to osiągnięcie:

- ostatecznych rozmiarów i proporcji ciała (dojrzałość morfologiczna);
- funkcji narządów i układów typowych dla człowieka dorosłego (dojrzałość fizjologiczna);
- motoryczności typowej dla dorosłej kobiety lub mężczyzny (dojrzałość motoryczna);
- zdolności do tworzenia komórek rozrodczych, zapłodnienia, a u dziewcząt donoszenia ciąży (dojrzałość płciowa).

Dojrzałość psychiczna obejmuje sferę intelektualną, emocjonalną i moralną. To między innymi:

- odpowiedzialność za swoje czyny (według prawa dorosłym jest człowiek, który ukończył 18. r.ż.);
- zdolność do kontrolowania zachowań i emocji;
- umiejętność podejmowania decyzji w ważnych sprawach, dokonywania wyborów;
- autonomia.

Dojrzałość społeczna to zdolność do:

- pełnienia ról społecznych w rodzinie i społeczeństwie;
- dobrego komunikowania się z ludźmi;
- zarobkowania, utrzymania siebie i rodziny.

Dojrzałość seksualna to pojawienie się napięcia seksualnego i zdolność do przeżywania orgazmu.

Czas osiągania dojrzałości poszczególnych komponentów jest zróżnicowany. Obecnie obserwuje się „rozszczipienie dojrzewania”: akcelerację (przyspieszenie dojrzewania biologicznego) i decelerację (opóźnienie dojrzewania psychospołecznego – wydłużona edukacja, późniejsze rozpoczęcie pracy).⁶⁻⁸

Do obiektywnej oceny dojrzewania płciowego służy **skala Tannera**. Narzędzie to pozwala na określenie stadium dojrzałości płciowej na podstawie budowy narządów płciowych i piersi (w przypadku dziewczynek). Nazwa pochodzi od jej twórcy – brytyjskiego lekarza Jamesa Mourilyana Tannera. Ocena etapu dojrzewania dokonywana jest na podstawie wyglądu piersi i okolicy łonowej u dziewczynek oraz wielkości prącia, jąder i moszny oraz owłosienia łonowego u chłopców. Opracowana została wersja do oceny rozwoju płciowego dziewcząt oraz druga do oceny rozwoju chłopców. W obu wyszczególnione jest 5 etapów rozwoju. I stopień to okres przed pokwitaniem, natomiast V to osiągnięcie pełnej dojrzałości płciowej.⁹

2.3. Dojrzewanie płciowe dziewczynek

Okres ciszy hormonalnej u dziewczynki trwa przeciętnie do ok. 8.–9. r.ż. Charakteryzuje się małym stężeniem gonadotropin i steroidów płciowych, co manifestuje się zmianami inwolucyjnymi w narządach płciowych. Wargi sromowe są cienkie, a na sromie znajduje się mniejsza ilość podściółki tłuszczowej. Pochwa jest wąska. Jej ściany są gładkie, a nabłonek cienki i ubogi w glikogen. Taki stan warunkuje brak wydzieliny w przedsionku pochwy, a jej środowisko jest zasadowe (pH 7–8). W tym okresie gruczoły piersiowe są niewyczuwalne.

Cechy charakterystyczne dojrzewania płciowego dziewczynek:

- *thelarche* – rozwój gruczołów piersiowych,
- *pubarche* – rozwój owłosienia łonowego,
- *axillarche* – rozwój owłosienia pachowego,
- *menarche* – pierwsza miesiączka.

Zmiany somatyczne obserwowane w okresie dojrzewania zależne od wydzielania steroidów płciowych dotyczą: piersi, narządów płciowych wewnętrznych i miesiączki. Noszą one ogólną nazwę – *gonadarche*.

Androgeny nadnerczowe odpowiadają za rozwój owłosienia łonowego i pachowego oraz trądzik i zmiany zapachu potu. To w ujęciu ogólnym – *adrenarche*.

Rozwój gruczołów piersiowych (*thelarche*) u dziewcząt jest niewątpliwie istotnym elementem ich dojrzewania. W okresie pokwitania rozpoczyna się proliferacja nabłonka gruczołów mlecznych – jego wydłużenie i rozgałęzienie. Kształtują się struktury przewodowo-płacikowe gruczołu piersiowego. Proces ten rozpoczyna się zazwyczaj ok. 10. r.ż. (możliwy początek 8.–13. r.ż.) i trwa przez kolejne 4–5 lat. Do 35. r.ż. każdy cykl miesięczkowy to proces rozrostu nabłonka gruczołowego. Jest to przygotowanie gruczołu do późniejszej laktacji i ciąży. W przypadku większości dziewczynek to pierwszy objaw dojrzewania płciowego – stadium pączka, II stopień w skali Tannera. Wzrost gruczołów piersiowych często bywa asymetryczny – możliwa jest różnica kilku miesięcy

w stadium pączka w odniesieniu do poszczególnych sutków. Asymetria może wystąpić w czasie całej fazy dojrzewania i utrwalić się u dorosłej już kobiety. Bardzo rzadko tkanka gruczołowa nie rozwija się po jednej stronie. Jeżeli dochodzi do takiej sytuacji, jest ona wynikiem wady wrodzonej lub urazu.

Owłosienie łonowe (*pubarche*) pojawia się zazwyczaj po ok. 6 miesiącach od pojawienia się *thelarche*. Może być też jednak pierwszym objawem dojrzewania – taki stan rzeczy dotyczy 10–15% dziewcząt, szczególnie z podwyższoną masą ciała.

Owłosienie pachowe zazwyczaj pojawia się później niż łonowe. Jest to objaw mało stały (o bardzo zróżnicowanym nasileniu), dlatego nie jest standardowo oceniany klinicznie w rozwoju dojrzewania. To czas, kiedy zwiększa się aktywność gruczołów apokrynowych (rodzaj gruczołów potowych, które występują głównie w okolicach pach, pachwin, narządów płciowych i brodawek sutkowych). Pojawia się charakterystyczny zapach potu. Zmienia się również rozkład tkanki tłuszczowej i sylwetka ciała przybiera kobiecy charakter.

2.3.1. Menarche

Charakterystycznym objawem dojrzewania płciowego u dziewcząt jest wystąpienie pierwszej miesiączki. W czasie wystąpienia *menarche* układ hormonalny, rozrodczy i cały mechanizm sprzężeń zwrotnych są niedojrzałe, a proces rozwoju trwa zwykle jeszcze ok. 2 lat. W tym okresie cykle miesięczne są jednofazowe (wydzielanie tylko estrogenów) i bezowulacyjne. Niemniej jednak u niektórych dziewcząt owulacja może występować w każdym cyklu. W tym okresie krwawienia miesięczne charakteryzują się nieregularnością i zmiennością czasu trwania, zmiennością obfitości krwawienia oraz zazwyczaj niebolesnym przebiegiem. *Menarche* najczęściej występuje między 11. a 13. r.ż. (średnio w wieku ok. 12 lat i 7 mies.). Norma rozpoczęcia miesiączkowania to wiek 10–16 lat.¹⁰ Średni wiek pierwszej miesiączki u dziewcząt: duże miasta – 12 lat i 8 mies., wieś – 13 lat i 2 mies.

Pierwsza miesiączka występuje przeciętnie po 2 latach od początku pokwitania i po pokwitaniowym skoku wysokości ciała. W momencie pierwszej miesiączki dziewczęta osiągają już ponad 95% ostatecznego wzrostu. Pierwsza miesiączka częściej występuje w miesiącach zimowych (grudniu i styczniu) oraz letnich (lipcu i sierpniu).

Wiek chronologiczny, w którym dziewczynka zaczyna miesiączkować, jest związany z wiekiem kostnym. *Menarche* występuje, gdy wiek kostny wynosi 13–14 lat.

Ocena wieku kostnego jest najlepszą metodą określenia wieku biologicznego dziecka i zawansowania jego rozwoju. Ocenia się go na podstawie zdjęcia rentgenowskiego (RTG) niedominującej ręki i nadgarstka (u noworodków – stawu kolanowego). Badania wykazały, że u zdrowych dzieci kolejne jądra kostnienia pojawiają się w ściśle określonym czasie. W związku z tym na tej podstawie możliwe było wyznaczenie wzorców dla wieku kalendarzowego i płci.^{5,9–15}

2.4. Cykl miesięczkowy kobiety

Fizjologia cyklu miesięcznego jest uwarunkowana hormonalnie. Rozpoczyna się on w dniu pojawienia się krwawienia miesięcznego (to tzw. pierwszy dzień miesiączki), a kończy dniem poprzedzającym kolejną miesiączkę.

Najważniejszymi hormonami płciowymi regulującymi cykl miesięczny są: estrogeny, progesteron, hormon luteotropowy (LH) oraz folikulotropowy (FSH).

Estrogeny – są syntetyzowane przez jajniki, a także w niewielkich ilościach przez jądra i korę nadnerczy; wpływają na błonę śluzową macicy, powodując rozrost naczyń krwionośnych i zwiększenie jej ukrwienia.

Progesteron – początkowo syntetyzowany jest przez ciało żółte, a w przypadku ciąży przez łożysko; umożliwia implantację zapłodnionej komórki jajowej w błonie śluzowej macicy i utrzymanie ciąży.

Hormon luteotropowy – syntetyzowany i uwalniany przez przedni płat przysadki mózgowej; docelowo oddziałuje na jajnik, w którym następnie powstaje dojrzała, zdolna do zapłodnienia komórka jajowa. Pod wpływem gwałtownego wyrzutu LH dochodzi do pęknięcia pęcherzyka i uwolnienia komórki jajowej – owulacji.

Hormon folikulotropowy – wydzielany przez przedni płat przysadki mózgowej pobudza jajniki do wydzielania estrogenów, które wpływają na wzrost i dojrzewanie komórek jajowych.^{2,10,16}

Cykl płciowy kobiety cechuje pewien automatyzm powiązany z funkcjonowaniem osi podwzgórze–przysadka–jajnik. Wyraża się tym, że wytwarzane w jajniku hormony płciowe wpływają regulująco na czynność podwzgórza i przysadki. Niedostateczna produkcja hormonów jajnikowych stanowi czynnik nasilający wytwarzanie bodźców w układzie podwzgórze–przysadka, które zwiększają tę produkcję, i odwrotnie – stan pewnego nasycenia ustroju hormonami jajnikowymi produkcję tę hamuje. Powyższa regulacja wydzielania hormonów odbywa się na zasadzie sprzężenia zwrotnego.

Prawidłowy cykl miesięczkowy trwa 28–30 dni. Wyróżnia się w nim kolejne fazy: fazę wzrostu lub proliferacji, owulacyjną, wydzielniczą, niedokrwinną, fazę przekrwienia oraz złuszczeniową.

Faza wzrostu lub proliferacji – trwa ok. 10–14 dni; obserwujemy w tym czasie odbudowę i rozrost błony śluzowej, czyli endometrium; motorem są estrogeny, których stężenie stale wzrasta w dojrzewającym pęcherzyku Graafa.

Faza owulacyjna – estrogeny osiągają maksymalne stężenie, błona śluzowa dalej pogrubia się, a LH wyzwala owulację, która wypada zazwyczaj w połowie cyklu.

Faza wydzielnicza – trwa ok. 10–12 dni; po owulacji w przerośniętej błonie śluzowej występują zmiany, w gruczołach pojawia się glikogen, różne substancje odżywcze, witaminy i sole mineralne, a błona śluzowa przygotowuje się na przyjęcie zarodka.

Faza niedokrwienności (trwająca 1–2 dni) i **faza przekrwienia** – krótka, kilkugodzinna, ale gwałtowna; pod warstwą czynnościową doczesnej (błona śluzowa w macicy) powstają wylewy krwawe, które oddzielają ją od pozostałych warstw. Obie te fazy bezpośrednio poprzedzają wystąpienie krwawienia miesięcznego.

Faza złuszczeniowa – dochodzi do wydalenia wraz z krwią warstwy czynnościowej endometrium; jest to krwawienie miesięczkowe, które trwa 3–5 dni.

Uwolniona z jajnika komórka jajowa jest wychwytywana przez rzęski jajowodu. Jeżeli w tym czasie w jajowodzie znajdują się plemniki, dochodzi do zapłodnienia, a jeżeli brak jest plemników, komórka jajowa jest aktywna ok. 24 godz. i następnie obumiera.

Wobec powyższego jednym z elementów określających okres płodności kobiety jest czas życia komórki jajowej. Czas życia plemników w drogach rodnych kobiety wynosi ok. 72 godz. Największa szansa na zapłodnienie (i w konsekwencji zajście w ciążę) jest wówczas, gdy plemniki znajdują się już w jajowodzie w momencie nastąpienia owulacji.

W trakcie cyklu miesięcznego obserwuje się uwarunkowane hormonalnie zmiany wydzieliny pochwowej. Są one istotne dla wsparcia długości okresu płodności kobiety i możliwości zapłodnienia.

Wydzielina śluzowa w okresie owulacji jest: gładka, śliska, ciągnąca się i przezroczysta. Nazywana jest śluzem płodnym. Kobieta w tym czasie odczuwa wilgotność w okolicy pochwy. Śluz może przypominać konsystencję surowego białka jaja kurzego. Chroni plemniki, odżywia je i wspomaga ich przemieszczanie w kierunku komórki jajowej. Specyfika tego śluzu zapewnia dobre warunki plemnikom, które mogą w nich czekać na owulację. Przekłada się to na wydłużenie okresu płodności kobiety.

Wydzielina śluzowa w pozostałe dni jest biała, lepka i gęsta lub w ogóle jej nie ma. W tym czasie – potencjalnych dni niepłodnych – kobieta odczuwa

w zasadzie suchość w pochwie. Śluz jest białozółty, nieprzeźroczysty i mętny. Ogranicza znacznie ruchomość plemników i zmniejsza drożność szyjki macicy, co właściwie uniemożliwia zapłodnienie. Należy jednak pamiętać, że uwarunkowania hormonalne i fizjologiczne u kobiet wykazują dużą zmienność osobniczą, wynikającą z działania licznych czynników biologicznych i środowiskowych. Dlatego precyzyjne określenie okresu płodności lub niepłodności na podstawie jedynie tych wskaźników jest mało precyzyjne.

U części kobiet w cyklu miesięczkowym obserwuje się zmiany w obrębie gruczołów piersiowych, które również podlegają wpływom zmiany stężenia hormonów płciowych. Zmiany te są odczuwalne w okresie poprzedzającym wystąpienie krwawienia miesięczkowego.^{16–17}

W fazie lutealnej piersi mogą być obrzmiałe i tkliwe na dotyk. Może temu towarzyszyć ból – **mastologia**, który jest objawem fizjologicznym. Dotyczy zazwyczaj obu piersi i ustępuje z chwilą wystąpienia krwawienia miesięcznego. U niektórych kobiet objawy te mogą być bardziej uciążliwe. Ból nasila się przy jakimkolwiek kontakcie z piersiami – podczas mycia czy ubierania. Objawy może złagodzić odpowiednia dieta z ograniczeniem soli i słodczy, a także zwiększenie spożycia warzyw i owoców oraz ilości wypijanej wody (niegazowanej). Objawy utrzymujące się dłużej lub z większym nasileniem są wskazaniem do konsultacji ginekologicznej.^{18–19}

Ból piersi może być jednym z grupy objawów **zespołu napięcia przedmiesiączkowego**, do których należy również zatrzymanie wody w organizmie (okresowy wzrost masy ciała), drażliwość, napięcie psychiczne, zmiany skórne, wzdęcia, niepohamowany apetyt i bóle głowy. Mimo fizjologicznego podłoża tych dolegliwości mogą one w znaczącym stopniu pogorszyć samopoczucie i jakość życia kobiety w tym okresie. W związku z tym są również podstawą do konsultacji lekarskiej i podjęcia możliwych działań terapeutycznych.^{17,19}

We wczesnym okresie dojrzewania u dziewczynek pojawia się, w niewielkiej ilości, biała wydzielina z pochwy, co jest wynikiem działania hormonów płciowych i tworzenia się specyficznego dla tego miejsca ekosystemu. W pochwie kobiety bytują bakterie, które tworzą w niej kwaśne środowisko, które chroni przed namnażaniem się patogennej flory bakteryjnej. To głównie pałeczki kwasu mlekowego, ale również bakterie tlenowe i beztlenowe w ilości pozwalającej utrzymać fizjologiczny ekosystem. **Fizjologiczna flora bakteryjna pochwy** może zmieniać się w zależności od wieku kobiety, aktywności seksualnej oraz higieny. W przypadku zaburzenia fizjologicznej flory bakteryjnej, przy braku jednoznacznego czynnika infekcyjnego, może dojść do nieswoistego zapalenia pochwy, czyli bakteryjnej waginozy. W warunkach fizjologicznych wydzielina pochwowa jest bezbarwna lub lekko mętna, w zasadzie bezwonna i występuje w niewielkich ilościach. W przypadku namnażania się bakterii tlenowych lub beztlenowych zmienia swój charakter – staje się obfita, ma mętny, szary kolor i nieprzyjemny

zapach. Często towarzyszy temu obrzęk śluzówki pochwy i pieczenie, zwłaszcza podczas oddawania moczu. Taka sytuacja wymusza konieczność kontroli lekarskiej (ginekologicznej).

Infekcje w pochwie mogą mieć różną etiologię w zależności od czynnika, jaki je wywołuje. Z rodzajem infekcji bardzo często koreluje charakter wydzieliny pochwowej.

Najczęstsze infekcje to:

- kandydoza (grzybicza) – wydzielina początkowo w małej, a następnie zwiększającej się ilości, o charakterystycznej białej, serowatej konsystencji; znamionym objawem współwystępującym jest uciążliwy świąd okolicy sromu;
- rzęsistkowica – wydzielina zazwyczaj obfita, pienista, o żółtozielonym lub żółtoszarym kolorze i nieprzyjemnym zapachu; często obecny świąd i pieczenie okolic intymnych oraz ból podczas oddawania moczu;
- chlamydia – wydzielina o zabarwieniu żółtym lub szarym, o nieprzyjemnym zapachu; możliwe dodatkowo krwawienia międzymiesiączkowe.^{10–11,17,20–22}

Wszystkie wymienione wyżej sytuacje są podstawą do niezwłocznej kontroli lekarskiej (ginekologicznej).

► Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące zastosowania antyseptyków w przypadkach nieswoistych stanów zapalnych pochwy

2.5. Dojrzewanie płciowe chłopców

Okres dziecięcy (ciszy hormonalnej) u chłopca trwa przeciętnie do ok. 9.–12. r.ż. Cechy charakterystyczne tego okresu to: genitalia dziecięce, gładka moszna, małe prącie, brak wytwarzania plemników w jądrach i minimalna produkcja testosteronu. We wczesnym okresie dojrzewania pojawiają się pierwsze oznaki somatyczne: powiększenie jąder oraz powiększenie, pomarszczenie, ścięczenie i zwiększenie unaczynienia skóry moszny. W kolejnym etapie występuje dalszy wzrost jąder, a w porannym moczu można stwierdzić obecność plemników (*spermarche*). Powiększa się prącie i moszna oraz pojawia owłosienie wokół podstawy prącia (*pubarche*). Androgeny stymulują rozwój owłosienia pod pachami (*axillarche*) oraz na twarzy. Zwiększa się masa mięśniowa, co w konsekwencji prowadzi do ukształtowania męskiej budowy ciała. U części chłopców może wystąpić przejściowe powiększenie sutków (ginekomastia). To przejściowy rozrost tkanki gruczołowej, uwypuklenie sutka i zwiększenie średnicy otoczki brodawki sutkowej – występuje u ok. 30% chłopców, zwykle ok. 15. r.ż. Ustępuje samoistnie po kilku lub kilkunastu miesiącach i dotyczy

jednego lub obu sutków. Okresowo mogą być one bolesne przy dotyku. W późnym okresie dojrzewania u chłopców jądra i narządy płciowe powiększają się do rozmiarów takich jak u dorosłych mężczyzn (prawidłowa objętość jąder to 12–35 ml), a zewnętrzne narządy płciowe przybierają ciemniejszą barwę.

Charakterystycznym objawem dojrzewania płciowego chłopców są polucje (zmazy nocne). To mimowolne wytryski nasienia, połączone z orgazmem, występujące w czasie snu. Fakt ten wynika z rozpoczęcia czynności plemnikotwórczej jąder, gruczołu krokowego i gruczołów części jamistej cewki. Pierwsze polucje występują u chłopców ok. 14. r.ż. Na początku w nasieniu zazwyczaj nie ma plemników, a pojedyncze pojawiają się po ok. 6 mies. Po ok. 24 mies. od pierwszego wytrysku skład i właściwości nasienia są podobne jak u dojrzałego mężczyzny, co oznacza pełną zdolność do zapłodnienia. U niektórych chłopców zdolność ta może pojawić się znacznie wcześniej.

Mutacja głosu jest kolejnym znamieniem dojrzewania chłopców. Zmiana głosu związana jest z rozrostem chrząstek (co uwidacznia się jako jabłko Adama), mięśni krtani i strun głosowych. Występuje przeciętnie w 14.–15. r.ż. i trwa zwykle ok. roku (dalszy rozwój krtani trwa do 17.–20. r.ż.). Występujące w tym czasie zaburzenia głosu – zmiany wysokości głosu i częste chrypki – są wynikiem zakłóceń w koordynacji mięśni krtani, przekrwienia błony śluzowej oraz zwiększonego wydzielania śluzu.^{5,23}

Stulejka może być schorzeniem wrodzonym lub nabytym. To każde zwężenie napletka uniemożliwiające jego odprowadzenie poza rowek założądną prącia. Nazwa ta klinicznie dotyczy zwężenia bliznowatego, które nie jest prawidłowe i wymaga konsultacji, a nierzadko też interwencji chirurgicznej. Fizjologiczne wąskie ujście napletka, potocznie zwane również stulejką, to sytuacja, w której niemożliwe jest odprowadzenie napletka poza rowek założądną prącia. Nie jest to stan patologiczny, a jedynie etap w prawidłowym rozwoju i dojrzewaniu napletka. Występuje w 50% u chłopców kończących 1. r.ż., do 8% w wieku 6–7 lat i 1% w 18. r.ż. Fizjologiczne zwężenie nie wymaga podejmowania szczególnych działań, w tym leczniczych, ponieważ samoistnie ustępuje. Ważna w tym czasie jest postawa wyczekująca oraz obserwacja i dbałość o prawidłową higienę. Codzienna higiena intymna powinna obejmować mycie wodą, najlepiej podczas kąpieli. W jej trakcie można delikatnie odprowadzać napletek, ale tylko do momentu napotkania naturalnego oporu – nie należy próbować go odciągać na siłę. Taka regularna, delikatna higiena stopniowo zwiększa ruchomość napletka w sposób bezpieczny i nieinwazyjny, bez ryzyka uszkodzeń mechanicznych, które mogłyby prowadzić do powstawania blizn i rozwoju stulejki faktycznej.^{24–25}

Gwałtowne lub/lub nadmierne odprowadzanie zwężonego napletka może skutkować powstaniem załupka. Napletek w takich okolicznościach zsunięty poza żołądź nie ma możliwości powrotu do wcześniejszego położenia. Pojawia się obrzęk żołądź i ból. Załupek może powstać również w przebiegu stanu

zapalnego lub kontaktu seksualnego (zsuniecie napletka podczas wzwodu). W takiej sytuacji należy postąpić podobnie jak przy odprowadzaniu napletka podczas jego fizjologicznego zwężenia, tylko tu nasuwamy go na żołądź, wykorzystując do tego środek dający poślizg, np. oliwkę. W przypadku trudności lub znacznych dolegliwości bólowych należy zgłosić się do lekarza.²⁵

2.6. Pokwitaniowy skok wzrostowy

Charakterystycznym elementem rozwoju fizycznego w okresie dojrzewania płciowego dla obu płci jest skok pokwitaniowy. Są to zmiany zachodzące w procesie wzrastania, a polegające na stopniowym zwiększaniu się różnych wymiarów ciała – zwykle w określonej kolejności: kończyny dolne, szerokość bioder lub barków i wreszcie długość tułowia. Szczyt skoku pokwitaniowego to kulminacyjny moment we wzrastaniu i okres największych rocznych przyrostów. U dziewczynek rozpoczyna się ok. 2 lata wcześniej niż u chłopców i jest mniej wyraźny (zwykle w wieku 8,5–13,5 lat, u chłopców między 10. a 15. r.ż).^{10,11,26}

2.7. Zaburzenia dojrzewania płciowego

Zaburzenia dojrzewania płciowego to odchylenia od typowego przebiegu procesu dojrzewania, polegające na jego opóźnieniu, przyspieszeniu lub nietypowym przebiegu. Mogą wynikać z przyczyn hormonalnych, genetycznych lub środowiskowych i wymagają konsultacji medycznej oraz indywidualnego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego.

2.7.1. Przedwczesne dojrzewanie płciowe

Jedną z nieprawidłowości może być przedwczesne dojrzewanie płciowe, czyli rozpoczęcie dojrzewania u dziewcząt przed 8. r.ż. i u chłopców przed 9.–10. r.ż.

Rozwój gruczołów piersiowych lub owłosienia łonowego przed 8. r.ż. u dziewcząt oraz owłosienia łonowego lub narządów płciowych przed 9. r.ż. u chłopców uważa się za przedwczesny. Zbyt szybko postępujące dojrzewanie, szczególnie z towarzyszącym mu skokiem pokwitaniowym, stanowi istotny problem. Wysokie stężenia hormonów płciowych korelują z ryzykiem przedwczesnego zamykania nasad kostnych, co ostatecznie skutkuje niskim wzrostem mimo wysokiego wzrostu w dzieciństwie. Stan taki wymaga konsultacji lekarskiej w celu podjęcia leczenia regulującego ten proces.

Przedwczesne *adrenarche* (wydzielanie hormonów nadnerczowych) może wskazywać na rozwój PCOS. Jest to współwystępowanie hiperandrogenizmu,

PCOS – ang. *polycystic ovary syndrome*; zespół policystycznych jajników

zaburzeń owulacji i zmian w morfologii jajników. Najczęstszą przyczyną niepłodności wynikającej z braku owulacji jest nadmiar androgenów (męskich hormonów płciowych). Jednym z ważnych sygnałów mogących wskazywać na zaburzenia owulacji są nieregularne cykle miesięczne – zwłaszcza gdy trwają krócej niż 21 dni lub dłużej niż 35 dni. Należy jednak pamiętać, że w przypadku nastolatek takie granice czasowe cykli przyjmuje się za patologiczne po 3. roku od *menarche* (pierwsza miesiączka). Dlatego fakt ten wymaga uważnej obserwacji rozwoju płciowego, prędkości wzrastania i wieku kostnego.

Przedwczesne dojrzewanie płciowe zarówno u dziewczynek, jak i chłopców może mieć podłoże somatyczne (choroby, w tym choroby ośrodkowego układu nerwowego).

W każdym przypadku pojawienia się cech dojrzewania płciowego znacznie wcześniej, niż zakładają to normy kliniczne, należy podjąć działania mające na celu szybką identyfikację przyczyny.^{10,11,23,24,27}

2.7.2. Opóźnione dojrzewanie płciowe

Kolejną nieprawidłowością wśród zaburzeń dojrzewania jest opóźnione dojrzewanie płciowe, czyli sytuacja, w której objawy dojrzewania nie występują u dziewcząt przed 15. r.ż. i u chłopców przed 17. r.ż.

Opóźnione dojrzewanie płciowe charakteryzuje się brakiem (według skali Tannera) cech rozwoju piersi do 13. r.ż. (co najmniej stadium pączka) u dziewcząt i brakiem cech rozwoju jąder (powiększenie – rozmiar powyżej 4 ml z okresu przedpokwitaniowego) u chłopców do 14. r.ż.

Jednym z częstych objawów, szczególnie u chłopców, jest również spowolnienie tempa wzrastania, które bywa zauważane jako pierwsza niepokojąca dolegliwość. Chociaż dojrzewanie może rozpocząć się później niż zwykle, jego dalszy przebieg i tempo zazwyczaj są prawidłowe, a młodzież osiąga ostatecznie właściwy wzrost. Niepokój powinien jednak wzbudzić całkowity brak oznak dojrzewania u chłopca w wieku 18 lat – w takim przypadku konieczna jest specjalistyczna diagnoza i leczenie.

Opóźnione dojrzewanie także może mieć podłoże wieloczynnikowe, w tym somatyczne. W związku z tym w takich przypadkach konieczna jest konsultacja lekarska i dalsza diagnostyka.^{10,11}

2.7.3. Zaburzenia miesięczkowania u dziewcząt

W pierwszym roku po *menarche* należy zwrócić przede wszystkim uwagę na brak regularności cyklu. Dotyczy to szczególnie braku miesiączki przez 90 dni,

nawet jednokrotnego, krwawień występujących częściej niż co 21 dni lub krwawień trwających ponad 7 dni. Niepokojącym objawem są także bardzo obfite krwawienia miesięczkowe, jeśli nastolatka musi zmieniać tampon lub podpaskę częściej niż co 1–2 godz.

Najczęstsze nieprawidłowości dotyczące miesiączkowania to:

- opóźnienie wystąpienia pierwszej miesiączki (tzw. pierwotny brak miesiączki – do 15. r.ż.);
- ustanie miesiączkowania (tzw. wtórny brak miesiączki, przez czas dłuższy niż 6 mies.);
- zaburzenia czasu trwania i nasilenia krwawienia (omówione powyżej);
- wzmożony ból w podbrzuszu i okolicy krzyżowej kręgosłupa;
- rzadko zespół napięcia przedmiesiączkowego (m.in. rozdrażnienie, bóle piersi, wzdęcia, mdłości) oraz przedłużające się, obfite krwawienia.

Zaburzenia miesiączkowania głównie spowodowane są brakiem owulacji. Do najczęściej stwierdzanych przyczyn należą: PCOS, zaburzenia odżywiania i hiperprolaktynemia (zwiększone stężenie prolaktyny).

Brak miesiączki po uprzednim jej występowaniu może również być związany z obecnością ciąży, dlatego u każdej miesiączkującej dziewczynki po ustaniu krwawienia taką ewentualność również należy wziąć pod uwagę. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być nie tylko zamierzona inicjacja seksualna, ale również możliwe wykorzystanie seksualne. Dlatego u każdej miesiączkującej dziewczynki w sytuacji zaprzestania krwawienia miesięczkowego należy rozważyć możliwość ciąży, co powinno być niezwłoczne zweryfikowane badaniem lekarskim.^{10,11}

2.8. Higiena okresu dojrzewania

Okres dojrzewania to czas intensywnych zmian fizycznych i hormonalnych, które wpływają na funkcjonowanie całego organizmu. Właściwa higiena w tym czasie (tabela VIII.2.1) odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu infekcjom, wspieraniu dobrego samopoczucia oraz kształtowaniu zdrowych nawyków na przyszłość.

Podstawowe zasady higieny osobistej

- codzienna pielęgnacja skóry całego ciała z uwagi na zwiększone wydzielanie potu – najlepiej prysznic, używanie antyperspirantów
- dbałość o skórę z uwagi na częste zatykanie się porów i tworzenie się zaskórników na twarzy, ramionach i plecach
- nie wolno wyciskać wągrów – stwarza to ryzyko infekcji miejscowej i późniejszych blizn w tym miejscu

- używanie mydeł lub płynów przeciwbakteryjnych do skóry trądzikowej
- noszenie przewiewnej bielizny z włókien naturalnych i częste jej zmienianie
- częste mycie włosów (nawet codziennie) – dobrze sprawdzają się szampony z roślinnymi wyciągami
- higiena okolicy intymnej: mycie sromu łagodnym środkiem myjącym o zrównoważonym pH²⁸
- u dziewczynek bardzo ważny jest kierunek podmywania się: z przodu – od spojenia łonowego w dół szpary sromowej, z tyłu – od okolicy odbytu w kierunku początku szpary pośladkowej (w przypadku wycierania tych okolic papierem jednorazowym – kierunki takie same)
- u chłopców higiena okolicy intymnej obejmuje dokładne mycie krocza, zewnętrznej powierzchni penisa, moszny, napletka, żołądka i skóry pod napletkiem (odprowadzonym delikatnie)

Tabela VIII.2.1.

Podstawowe zasady
higieny osobistej w okresie
dojrzewania

Opracowano na podstawie:
Graziottin A. Maintaining
vulvar, vaginal and perineal
health: Clinical considerations.
Womens Health (Lond).
2024;20:17455057231223716.
doi:10.1177/17455057231223716;
Skrzypulec-Plinta V, Drosdzoł-
-Cop A. Ginekologia dziecięca
i dziewczęca. Warszawa:
Wydawnictwo Lekarskie PZWL;
2017; Skrzypulec-Plinta V,
Radowski S. *Wybrane
zagadnienia z ginekologii
dziecięcej i dziewczęcej*.
Bielsko-Biała: Medical Project
Poland; 2011.

Obszar higieny	O czym należy pamiętać
Skóra całego ciała	myć codziennie – najlepiej pod prysznicem; stosować antyperspirant; nosić czystą, przewiewną odzież
Skóra twarzy, pleców, ramion	regularnie oczyszczać; nie wyciskać wągrów ani pryszczycy; stosować delikatne środki antybakteryjne
Włosy	myć tak często, jak jest to potrzebne – nawet codziennie; wybierać łagodne szampony, np. ziołowe
Bielizna	z naturalnych materiałów (np. bawełna); zmieniać codziennie
Higiena intymna – dziewczęta	myć srom łagodnym środkiem o odpowiednim pH; podmywać się od przodu do tyłu; zachować ten sam kierunek przy wycieraniu papierem
Higiena intymna – chłopcy	myć dokładnie całe krocze, penisa, mosznę i skórę pod napletkiem – odciągać go tylko do momentu lekkiego oporu
Pielęgnacja w czasie miesiączki	regularnie zmieniać podpaski lub tampony (co 3–4 godz., a przy bardzo obfitych miesiączkach nawet częściej)

Środki higieny menstruacyjnej pozwalają na zachowanie czystości i komfortu w czasie miesiączki, a ich właściwe stosowanie ma znaczenie dla zdrowia i samopoczucia. Edukacja w tym zakresie pomaga przełamywać tabu i wspiera świadome wybory młodych osób.

2.8.1. Środki higieny menstruacyjnej

Podpaski – mogą być wykonane z włókien syntetycznych lub naturalnych. Różnią się między sobą kształtem (np. ze skrzydełkami lub bez), rozmiarem, grubością oraz poziomem chłonności. Wybór odpowiedniego rodzaju podpaski

powinien uwzględniać indywidualne potrzeby, takie jak obfitość krwawienia czy aktywność fizyczna. Podpaski wykonane z materiałów naturalnych (organiczna bawełna) są zazwyczaj przyjazne dla skóry. Ograniczają ryzyko podrażnień i potencjalnych reakcji alergicznych. Zmiana podpaski powinna następować nie rzadziej niż co 4–6 godz. i być poprzedzona higieną okolicy krocza. Bardzo cienkich podpasek (zwanymi wkładkami) należy używać tylko w przypadku niewielkiego brudzenia (koniec menstruacji) lub wzmożonej, patologicznej wydzieliny z pochwy. Nie zaleca się stosowania podpasek do codziennej, profilaktycznej pielęgnacji poza czasem menstruacji, ponieważ może to zwiększać ryzyko podrażnień i infekcji intymnych – mimo higienicznego charakteru (wchłanianie wydzieliny) ograniczają dostęp powietrza, które w warunkach fizjologii jest niezbędne do zapewnienia właściwego środowiska okolicy intymnej.

Na rynku dostępne są:

- podpaski jednorazowe – mają kilka warstw, głównie z celulozy lub wiskozy oraz bawełny przemysłowej, ale także z polipropylenu i polietylenu; niektóre mogą zawierać substancje zapachowe i antybakteryjne;
- podpaski wielorazowego użytku – wkładki wielorazowe składają się z kilku warstw, w tym warstwy chłonnej, odprowadzającej wilgoć, zabezpieczającej przed przeciekaniem oraz – niekiedy – antybakteryjnej; mogą być wykonane z materiałów takich jak bawełna, mikrofibra, włókna eukaliptusowe lub bambusowe; po każdym użyciu należy je przepłukać zimną wodą, a następnie wyprać w pralce w temperaturze 40–60°C; zaleca się stosowanie naturalnych środków piorących oraz unikanie wybielaczy i wirowania.

Tampony – zazwyczaj wykonane są z mocno sprasowanej bawełny lub sztucznego jedwabiu, często z dodatkową powłoką, która ułatwia aplikację. To wkład higieniczny w kształcie cylindra stosowany wewnątrz ciała – w pochwie, gdzie wchłania krew menstruacyjną, zapewniając swobodę ruchów i dyskrecję. Na końcu tamponu znajduje się sznurek, który ułatwia jego usunięcie. Przy zakładaniu sznurek należy skierować w kierunku spojenia łonowego, a nie odbytu, aby uniknąć potencjalnego przemieszczenia się bakterii w okolicę krocza. Tampony są dostępne w różnych rozmiarach i poziomach chłonności, co daje możliwość ich dopasowania do obfitości krwawienia. **Należy pamiętać o regularnej zmianie tamponu co 4–6 godz. Istotne jest także, aby stosować tampony o jak najniższej chłonności, która jest wystarczająca do ochrony.** Ma to bezpośredni wpływ na potrzebę regularnej zmiany środków higienicznych, co jest niezwykle ważne dla zdrowia dziewcząt i kobiet.

Stosowanie tamponów nie jest przeciwwskazane u dziewczynek przed inicjacją współżycia seksualnego. Nie wykazano wpływu ich stosowania na ryzyko uszkodzenia błony dziewiczej. Wskazana jest jednak szczególna uwaga podczas ich stosowania w tej grupie dziewczynek lub kobiet. Jeżeli prawidłowej aplikacji tamponu, zwłaszcza tego o najmniejszym rozmiarze, towarzyszy ból

lub dyskomfort, należy zrezygnować z jego używania. W takim przypadku warto też skorzystać z porady ginekologicznej w celu identyfikacji możliwej przyczyny wymagającej wsparcia terapeutycznego. Nie ma dowodów potwierdzających wpływ stosowania tamponów na ryzyko wystąpienia endometriozy. Krew menstruacyjna, która wypływa z jamy macicy do pochwy, nie cofa się. Wobec powyższego tzw. zjawisko miesiączkowania wstecznego nie jest niemożliwe.

TSS – ang. *toxic shock syndrome*; zespół wstrząsu toksycznego

TSS to bardzo rzadko występujący stan kliniczny skorelowany ze stosowaniem tamponów. Aby doszło do rozwoju tego stanu, musi nastąpić kolonizacja pochwy przez gronkowca złocistego (bakterię zdolną do wytwarzania specyficznej toksyny). Do jej produkcji dochodzi w sprzyjających warunkach, takich jak brak odpowiedniej higieny czy niewłaściwy materiał, z którego wykonany jest tampon. Obecnie technologia produkcji tamponów wykluczyła materiały, które predysponowały do rozwoju wstrząsu. W prewencji tego powikłania, ale również innych indukujących infekcję, istotne jest także: dokładne mycie rąk każdorazowo przed aplikacją tamponu, niepozostawianie tamponu w pochwie na okres dłuższy niż 6 godz. oraz stosowanie tamponów o najmniejszej chłonności dostosowanej do obfitości krwawienia.^{29,30}

Kubeczek menstruacyjny – to niewielkie naczynie wielorazowego użytku wykonane najczęściej z silikonu medycznego. Umieszcza się go płytko w pochwie, tak żeby obejmował szyjkę macicy. Po pociągnięciu za uchwyt na końcu kubeczka dochodzi do zassania w ściankach pochwy. Krew menstruacyjna spływa do kubeczka i zbiera się w nim. Co kilka godzin należy go opróżnić. Kubeczki menstruacyjne mają różną długość, szerokość, formę zakończenia spodu kubeczka oraz twardość i sprężystość. Dobór odpowiedniego jest uwarunkowany m.in. wiekiem kobiety i warunkami anatomicznymi w pochwie, dlatego przed jego zastosowaniem warto skorzystać z porady ginekologicznej. Kubeczek menstruacyjny należy opróżniać co 6–8 godz., aby zapewnić higienę i zapobiec infekcji. W przypadku bardzo obfitych krwawień zaleca się opróżnianie częściej, zgodnie z indywidualnymi potrzebami. Ma to przede wszystkim ograniczyć ryzyko rozwoju zakażenia.

Podczas stosowania kubeczków menstruacyjnych należy przestrzegać istotnych zaleceń, które ograniczają również ryzyko wystąpienia powikłań związanych z namnażaniem patogennej flory bakteryjnej:

- dokładnie myć ręce przed każdym użyciem kubeczka (przed założeniem lub wyjęciem);

- przed pierwszym użyciem w danym cyklu należy pamiętać o higienie kubeczka zgodnie z zaleceniem producenta (np. gotowanie we wrzątku przez 5 min), a pomiędzy opróżnieniami kubeczka dokładnie myć pod bieżącą wodą (na rynku dostępne są już małe urządzenia do optymalnej codziennej dezynfekcji kubeczków menstruacyjnych).

Alternatywą dla kubeczka menstruacyjnego jest **dysk menstruacyjny** (krążek), którego działanie i zasady użytku są porównywalne z kubeczkiem.

Majtki menstruacyjne – są w zasadzie zwykłymi majtkami, ale z wszytym skompresowanym wkładem chłonnym. Uszyte są z bawełny, mikrofibry, elastanu albo włókien eukaliptusowych lub bambusowych. Ich chłonność i ściśle przyleganie do ciała zapobiegają przeciekaniu krwi menstruacyjnej. Zasady ich wykorzystania i pielęgnacji są takie same jak wkładki wielorazowych. Taka bielizna, zwłaszcza plażowo-basenowa (stroje kąpielowe), zapewnia komfort w czasie wypoczynku na plaży czy basenie.

Przydatne materiały online

- ▶ „Doposażenie szkół w środki higieny menstruacyjnej” – nowy program ministerialny
- ▶ Akcja Menstruacja
- ▶ Kulczyk Foundation

2.9. Menopauza i andropauza – naturalne etapy dojrzałości

Menopauza i andropauza to naturalne etapy w życiu odpowiednio kobiety i mężczyzny związane ze zmianami hormonalnymi zachodzącymi w średnim wieku. Towarzyszą im różnorodne objawy fizyczne i emocjonalne, które mogą wpływać na codzienne funkcjonowanie, dlatego warto znać ich przebieg oraz sposoby dbania o zdrowie w tym okresie.

2.9.1. Menopauza

Menopauza (z grec. *men* – *miesiąc*, *pausis* – *pauza*) oznacza ostatnią miesiączkę w życiu kobiety, związaną z fizjologicznym wygaśnięciem czynności hormonalnej jajników, po której następuje co najmniej 6 mies. przerwy. Okres okołomenopauzalny według WHO obejmuje od 2 do 8 lat poprzedzających ostatnią miesiączkę i rok po jej ustąpieniu.³¹

Objawy menopauzy pojawiają się kilka lat przed ostatnią miesiączką. Średni wiek wystąpienia menopauzy u kobiet w Polsce wynosi 50 lat – jest to okres najczęściej między 45. a 55. r.ż.³²

WHO – World Health Organization; Światowa Organizacja Zdrowia

Menopauza to nieuchronny i fizjologiczny proces, który odnosi się do czasu, w którym miesiączki ustają na stałe.

Wahania i niedobór hormonów w okresie pomenopauzalnym mogą powodować zmianę funkcjonowania seksualnego kobiet.³³

Menopauzę rozpoznajemy zwykle retrospektywnie – rok po zatrzymaniu krwawień miesięcznych. Na sposób jej przeżywania wpływają przekonania i wartości panujące w otoczeniu społeczno-kulturowym, pochodzenie kobiet oraz sposób, w jaki podchodzą one do zmian w tej fazie życia. Okres zmian, które prowadzą do wygaśnięcia czynności hormonalnej jajników i związanych z tym innych procesów fizjologicznych, nosi nazwę okresu okołomenopauzalnego (inaczej klimakterium).^{17,34}

Perimenopauza – to czas przed menopauzą, gdy widoczne są kliniczne, endokrynologiczne i biologiczne objawy nadchodzącej menopauzy, tj. zmiany związane z wygasaniem czynności jajników. Pierwszym wykładnikiem tego okresu jest zwiększenie stężenia FSH w fazie folikularnej (pierwsza część cyklu miesięczkowego, który rozpoczyna się wraz z krwawieniem i trwa do owulacji). Klinicznie miesiączki stają się nieregularne, wydłużają się przerwy między nimi, a krwawienia mogą być obfite, co związane jest ze względnym hiperestrogenizmem (podwyższone stężenie estrogenów).

Postmenopauza – rozpoczyna się po 12. mies. od menopauzy. Jest to okres po ostatniej miesiączce, niezależnie od tego, czy menopauza jest naturalna czy sztucznie wywołana (np. spowodowana operacyjnym usunięciem jajników). Kobieta po menopauzie, czyli ostatniej miesiączce, traci zdolności rozrodcze. Objawy kliniczne w tym czasie są związane z niedoborem estrogenów i obejmują:

- brak miesiączki,
- objawy wypadowe (uderzenia gorąca, nocne poty, zaburzenia snu, wahania nastroju, drażliwość, zawroty głowy, kołatanie serca oraz problemy z koncentracją),
- zmiany zanikowe w tkankach estrogenozależnych (pochwa, skóra, cewka moczowa, kości).^{17,34}

Objawy wazomotoryczne – są najczęstszymi dolegliwościami okresu menopauzalnego. Występują u ok. 10–25% kobiet przed menopauzą. Najbardziej uciążliwe objawy z tej grupy to uderzenia gorąca i zlewne poty. Często dolegliwościom tym towarzyszą: kołatanie serca, trudności w zapamiętywaniu i koncentracji, bezsenność oraz stany obniżonego nastroju. Uderzenia gorąca występują jako nagłe uczucie gorąca na twarzy, szyi i klatce piersiowej, po którym pojawia się obfite pocenie się. Dolegliwości trwają od kilku sekund do kilkunastu minut, mogą nawracać.

Uderzenia gorąca są częste w nocy (budzą ze snu) i nasilają się pod wpływem sytuacji stresowych, wysokiej temperatury czy gorąca. Niedobór estrogenów w tym czasie może powodować: uczucie zmęczenia, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia koncentracji, osłabienie pamięci i spadek libido.

Wszystkie te objawy mają indywidualne nasilenie i przejściowy charakter. Z czasem większość z nich ustępuje, a zmiany organiczne wynikające z niedoboru estrogenów są możliwe do wyrównania (a przynajmniej da się złagodzić ich skutki) dzięki właściwie dobranej farmakologii i pielęgnacji. Przy braku przeciwwskazań substytucja hormonalna jest podstawowym środkiem umożliwiającym poprawę jakości życia kobiet w tym okresie. Preparaty nawilżające i lubrykanty dają możliwość poprawy nawilżenia miejsc intymnych. Ich głównym zadaniem jest zmniejszenie tarcia podczas stosunku, co pomaga zapobiegać podrażnieniom i otarciom.

W okresie okołomenopauzalnym u kobiet częściej mogą występować objawy depresji, które – podobnie jak symptomy menopauzy – znacząco wpływają na codzienne funkcjonowanie i jakość życia.^{35,36}

Niedobór estrogenów może zwiększać ryzyko wystąpienia depresji – bezpośrednio, poprzez wpływ na procesy biochemiczne w organizmie, lub pośrednio, na skutek wywoływania uciążliwych objawów, takich jak uderzenia gorąca czy bezsenność. Poty nocne, a zwłaszcza uderzenia gorąca i zaburzenia snu, powodują objawy somatyczne w postaci łatwego męczenia się, obniżenia nastroju, a nawet spadku poczucia własnej wartości.¹⁷

Okres postmenopauzy płynnie przechodzi w okres **senium**. To czas zmian involucyjnych i ograniczania funkcji poszczególnych układów. Jego wymiar i przebieg są w znaczącym stopniu uwarunkowane jakością poprzednich faz, dlatego dbałość o zdrowie i szeroko pojęta dobra jakość życia warunkują możliwość dobrego funkcjonowania w tym okresie. Zawsze będzie to sprawa indywidualna i uwarunkowana czynnikami zarówno biologicznymi, jak i psychospołecznymi.^{17,26,37,38}

2.9.2. Andropauza

Andropauza bywa nazywana męskim klimakterium, zespołem niedoboru androgenów lub polihormonalnym zespołem psychoendokrynologicznym wieku średniego. Następuje wtedy zazwyczaj spadek stężenia wielu hormonów jednocześnie. Hormony – substancje chemiczne wydzielane przez gruczoły – regulują pracę wszystkich komórek w ludzkim ciele. Przekwitanie u mężczyzn prowadzi do pogorszenia procesów fizycznych i umysłowych oraz zmniejszenia aktywności seksualnej. Andropauza dotyczy ok. 50% mężczyzn po 55. r.ż. Dla wielu mężczyzn temat andropauzy pozostaje tabu – często nie jest poruszany, w nadziei, że pojawiające się problemy ustąpią samoistnie. W przeciwieństwie do menopauzy podczas andropauzy funkcja hormonalna (endokrynną) nie zanika całkowicie. Wraz z procesem starzenia się stopniowo obniża się poziom testosteronu oraz liczba plemników, jednak mężczyźni zasadniczo pozostają płodni aż do późnej starości.³⁹

Częstość występowania andropauzy w znacznym stopniu uzależniona jest od stanu zdrowia mężczyzn. Styl życia, sposób odżywiania czy stosowanie używek

są niewątpliwie istotnymi czynnikami warunkującymi stan zdrowia w tym okresie. Czas wystąpienia andropauzy u mężczyzn jest bardzo zróżnicowany i nie tak jednorodny, jak to ma miejsce u kobiet w przypadku transformacji menopauzalnej. Częstość występowania andropauzy w populacji mężczyzn po 50. r.ż. wynosi 10–20%, po 60. r.ż. – 20–30%, po 70. r.ż. – 30–40% i po 80. r.ż. – 40–50%.³⁸

W tym okresie często obserwuje się zwiększenie udziału tkanki tłuszczowej w ogólnej masie ciała. Często dochodzi do jej gromadzenia w obszarze brzuszny z równoczesną redukcją beztłuszczowej masy ciała. Otyłość, zwłaszcza trzewna, koreluje z wyższym ryzykiem wystąpienia powikłań, np. ze strony układu krążenia. Gospodarka hormonalna mężczyzn po 50. r.ż. może wpływać na ich stan emocjonalny, determinując tym samym jakość życia. Zespół objawów psychicznych andropauzy charakteryzują: niepokój, lęk, nerwowość, rozdrażnienie, zachowania depresyjne, przewlekłe zmęczenie, upośledzenie pamięci, trudności w koncentrowaniu się oraz zaniżona samoocena. Jednym z istotnych problemów, na który zwracają uwagę mężczyźni w tym okresie, są dolegliwości związane ze spadkiem aktywności seksualnej.

Okres starzenia się to czas aktywowania zaburzenia rytmów biologicznych, w tym rytmu dobowego, co powoduje poirytowanie, ciągłe zmęczenie, przeczuwanie na bodźce z otoczenia czy zmniejszenie tolerancji wysiłku psychofizycznego. Pojawiają się kłopoty z pamięcią, zmniejszona zdolność kojarzenia faktów, osłabienie zdolności intelektualnych i roztargnienie. Niewątpliwie wszystkie te czynniki wpływają negatywnie na jakość życia mężczyzn.^{39–43}

2.10. Nieprawidłowości dotyczące układu moczowo-płciowego

Wraz z wiekiem lub w wyniku zaburzeń hormonalnych mogą pojawiać się różne problemy związane z funkcjonowaniem układu moczowo-płciowego. Objawy te często wpływają na komfort życia, dlatego ich wczesna identyfikacja i konsultacja lekarska są szczególnie ważne.

2.10.1. Endometrioza i adenomioza

To występowanie śluzówki macicy poza jej typową lokalizacją, czyli jamą macicy. Schorzenie dotyka najczęściej kobiety w wieku rozrodczym; może rozpocząć się wraz z pierwszą miesiączką i trwać do menopauzy. Bywa, że w istotny sposób ogranicza płodność i obniża jakość życia kobiet.

Etiologia **endometriozy** nie została do końca poznana. Najczęstszą lokalizacją tkanki endometrialnej są jajniki, niemniej jednak może ona się wszczepić do ściany pęcherza moczowego, jelit i innych narządów wewnętrznych. Wiąże się często z bólem występującym zarówno w trakcie menstruacji, jak i w innych

fazach cyklu. Tkanka endometrialna przemieszczona poza jamę macicy powoduje przewlekłą reakcję zapalną. Może prowadzić do tworzenia się tkanki bliznowatej (zrostów, zwłóknień) w obrębie miednicy i innych części ciała.

Objawy endometriozy bywają bardzo różne i mogą być ignorowane zarówno przez pacjentki, jak i ich rodziny. Dolegliwości bólowe pojawiające się w okresie przed- i okołomiesiączkowym zdają się mało charakterystyczne, ponieważ istnieje błędne przekonanie, że „miesiączka musi boleć”. Objawami endometriozy mogą też być: ból pojawiający się w różnym czasie cyklu miesiączkowego, długie i obfite krwawienia podczas miesiączki, dyskomfort podczas stosunku seksualnego, plamienia międzymiesiączkowe, ból podczas wypróżniania, problemy z zajściem w ciążę, bóle w podbrzuszu, częste wzdęcia, ogólne osłabienie, biegunki i zaparcia, a także torbiele na jajnikach.^{44,45}

Ostateczna diagnoza endometriozy wymaga interwencji chirurgicznej. Niestety od pojawienia się pierwszych objawów do postawienia właściwej diagnozy często mija wiele lat, co znacznie opóźnia rozpoczęcie leczenia. Główną przyczyną opóźnień diagnostycznych jest zbieżność objawów z innymi schorzeniami, co utrudnia postawienie szybkiej i trafnej diagnozy.

W leczeniu endometriozy terapie oparte jedynie na interwencji chirurgicznej mają ograniczoną skuteczność i są związane z wysokim wskaźnikiem nawrotu objawów. Współcześnie stosowane metody leczenia opierają się na chirurgicznym usunięciu zmian chorobowych oraz farmakoterapii, której celem jest zahamowanie produkcji hormonów jajnikowych.

Chociaż nie ma lekarstwa na endometriozę, badania i doświadczenie kliniczne dostarczyły klinicyście szereg strategii leczenia jej objawów.^{44,45}

Adenomioza jest odmianą endometriozy. Charakteryzuje się obecnością tkanki endometrialnej w mięśniu macicy. Najczęstsze objawy to długie i obfite krwawienia miesiączkowe. Mogą być one również bolesne, co często nasila się z wiekiem.

Endometrioza i adenomioza są schorzeniami w znaczącym stopniu ograniczającymi nie tylko płodność kobiety, ale ogólną jakość jej życia. Kluczowe znaczenie ma szybka i trafna diagnoza, która stanowi podstawę do wdrożenia odpowiedniego leczenia – farmakologicznego i/lub chirurgicznego.^{46,47}

Przydatne materiały online

- » WHO o endometriozie
- » Baza wiedzy o endometriozie
- » Fundacja Pokonać Endometriozę

2.10.2. Nietrzymanie moczu – inkontynencja

Problem nietrzymania moczu występuje znacznie częściej, niż się powszechnie uważa. Wiele kobiet i mężczyzn ukrywa swoje dolegliwości, traktując je jako temat wstydlivy lub naturalną część procesu starzenia. W rezultacie osoby te przez wiele lat pozostają bez leczenia, co znacząco obniża jakość ich życia. To niezależne od woli i wykazane w sposób obiektywny wypływanie moczu powodujące problemy społeczne lub higieniczne. W identyfikacji problemu nie jest wymagane potwierdzenie wycieku moczu przez obiektywne testy, nie jest też konieczna ocena, czy wyciek moczu sprawia problemy natury higienicznej i społecznej. Wystarczy sama skarga na taki stan rzeczy.

Skutki inkontynencji to: obniżenie komfortu życia, zmniejszenie poczucia własnej wartości i atrakcyjności, problemy w sferze seksualnej oraz izolacja towarzyska, zawodowa i społeczna.⁴⁸

2.10.3. Rodzaje i przyczyny zaburzeń funkcji dolnych dróg moczowych

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (ang. *stress urinary incontinence*) – mimowolne wyciekanie moczu w następstwie wysiłku, kichnięcia lub kaszlu.

Nagłace nietrzymanie moczu – mimowolne wyciekanie moczu towarzyszące parciu lub bezpośrednio poprzedzonearciem na mocz.

Nietrzymanie moczu z przepełnienia – spowodowane upośledzoną kurczliwością wypieracza, prowadzącą do nadmiernego wypełnienia pęcherza moczowego.

Nietrzymanie moczu pozazwieraczowe – wyciekanie moczu przez kanał inny niż cewka.

Postać mieszana – przy wspólnym występowaniu objawów wysiłkowego i nagłego nietrzymania moczu.⁴⁸

W diagnostyce istotne jest określenie liczby mikcji w ciągu doby z uwzględnieniem pory dnia. Częstomocz dzienny to zwiększona częstość mikcji w ciągu dnia – konieczność opróżnienia pęcherza częściej niż 7 razy dziennie, częstomocz nocny charakteryzujemy na podstawie wystąpienia 2 lub więcej mikcji w ciągu nocy.

Podstawą profilaktyki jest dbałość o odpowiednią dietę i higienę, a także wykonywanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy. Istotne znaczenie ma regularna aktywność fizyczna, utrzymanie prawidłowej masy ciała i unikanie zaparć.

Nietrzymanie moczu jest schorzeniem wymagającym leczenia wieloaspektowego – obejmuje zarówno farmakoterapię, jak i metody chirurgiczne.

Niezwykle istotne jest postępowanie fizjoterapeutyczne, które może ograniczyć skutki inkontynencji, wyłączając konieczność leczenia operacyjnego lub wspomagać je.^{17,48–50}

Przydatne materiały online

- ▶ Stowarzyszenie zrzeszające osoby z chorobami dna miednicy
- ▶ Strona internetowa poświęcona nietrzymaniu moczu

2.10.4. Skręt jądra

To ostry stan, w którym dochodzi do skrócenia jądra wraz z powrózką nasiennym wzdłuż osi długiej. Skutkiem tego jest zamknięcie naczyń krwionośnych, które doprowadzają do niego krew. Ograniczony przepływ krwi powoduje nagły i silny obrzęk oraz ból. Występuje najczęściej u chłopców w wieku 12–18 lat, może się jednak zdarzyć w każdym okresie życia. Najczęstszą przyczyną skrętu jądra są: nadmierna długość powrózka nasiennego i nadmierna ruchomość jądra. Podczas gwałtownego ruchu może dojść do skrętu powrózka nasiennego. Czynnikiem ryzyka skrętu jądra są również: szybkie dojrzewanie płciowe, wnętrostwo (niezstąpienie jądra do worka mosznowego), a także urazy mechaniczne okolic genitaliów. Wystąpienie objawów jest podstawą do pilnej konsultacji lekarskiej. Leczenie operacyjne w trybie nagłym ma na celu przywrócenie przepływu krwi i uniknięcie martwicy jądra.^{51–53}

2.10.5. Wnętrostwo

Nieprawidłowość ta dotyczy ok. 1–2% chłopców, u których po ukończeniu okresu niemowlęcego nie stwierdza się jądra w mosznie. W okresie dziecięcym u niektórych chłopców nie można wyczuć jąder w mosznie, mimo że wcześniej były tam obecne. Leczenie tego stanu oparte jest na farmakoterapii i interwencji chirurgicznej. Trzecią, odrębną grupę stanowią chłopcy, u których tylko okresowo stwierdza się brak jąder w mosznie (to tzw. jądra wędrujące). W przypadku prawidłowego rozwoju nie ma potrzeby leczenia – wystarczy obserwacja, ponieważ zaburzenie to najczęściej ustępuje samoistnie wraz z rozpoczęciem dojrzewania.⁵³

2.10.6. Spodziectwo

Jest jedną z najczęściej występujących wad rozwojowych układu moczowo-płciowego u chłopców. Charakteryzuje się tym, że ujście zewnętrzne cewki moczowej znajduje się w nieprawidłowym położeniu na brzusznej powierzchni prącia. Podział spodziectwa oparty jest na umiejscowieniu ujścia zewnętrznego cewki moczowej – wyróżnia się postać żołądźkową, prąciową, prąciowo-moszną i moszną. Wszystkie postaci spodziectwa wymagają leczenia chirurgicznego w okresie niemowlęcym lub wczesnodziecięcym.⁵³

2.11. Podsumowanie

W okresie przejściowym między dzieciństwem a dorosłością szczególnie widoczne jest wzajemne oddziaływanie czynników biologicznych i psychospołecznych. To czas kształtowania zachowań prozdrowotnych nie tylko w tym okresie, ale również przyszłych. Wiedza na temat funkcjonowania organizmu umożliwia wczesną identyfikację objawów schorzeń wymagających specjalistycznego leczenia. Jest to istotny element profilaktyki chorób przewlekłych, który obejmuje działania edukacyjne i promujące zdrowy styl życia oraz ocenę efektywności interwencji społecznych.

Współczesne podejście do zdrowia ujmuje je w szerokim aspekcie, wskazuje znaczenie wszystkich obszarów i ich wzajemne oddziaływanie. Wyróżnia 4 wymiary: biologiczny, psychologiczny, społeczny i duchowy. Wskazuje również na 2 perspektywy zdrowia: obiektywną, możliwą do jednoznacznego dookreślenia (medyczną, psychologiczną), oraz subiektywną, widzianą z perspektywy pacjenta. Podkreśla zmienność zdrowia, wskazując na fakt, że życie ludzkie to proces nieustannego wysiłku.⁵³ Kształtowanie zachowań zdrowotnych jest procesem, na który wpływ ma wiele czynników – zarówno po stronie jednostki, jak i otoczenia.^{54–55} Ma to miejsce we wczesnym okresie życia, w tym adolescencji, i skutkuje wykształcaniem się określonych nawyków. Proces ten jest następnie wzmacniany i/lub modyfikowany w ramach dalszej socjalizacji zachodzącej w środowisku rówieśniczym, nauczania i wychowania, a następnie w późniejszych latach w środowisku zawodowym i towarzyskim.

Postawa zdrowotna ukształtowana we wcześniejszych okresach rozwojowych wpływa na styl życia i stan zdrowia człowieka dorosłego. Dlatego okres dojrzewania to nie tylko czas zmian biopsychospołecznych, ale również dojrzewania do postawy dbania o zasób, jakim jest zdrowie.⁵⁵

W tym procesie szkoła pełni kluczową rolę jako przestrzeń systematycznego oddziaływania edukacyjnego, zaś nauczyciel staje się ważnym przewodnikiem w kształtowaniu świadomych postaw prozdrowotnych. Dobrze zaplanowana edukacja zdrowotna może nie tylko przekazywać wiedzę, ale też rozwijać umiejętności podejmowania odpowiedzialnych decyzji zdrowotnych i budować motywację do dbania o siebie i innych.

Wiedza o procesie dojrzewania człowieka – zarówno w wymiarze biologicznym, jak i psychologicznym oraz społecznym – stanowi podstawę dla skutecznej

edukacji zdrowotnej. Znajomość etapów rozwoju, charakterystycznych zmian zachodzących w ciele i psychice młodzieży, a także typowych trudności okresu dorastania pozwala nauczycielowi adekwatnie reagować na potrzeby uczniów, budować relację opartą na zaufaniu oraz dostosowywać treści edukacyjne do wieku rozwojowego i poziomu wrażliwości ucznia.

Dojrzewanie biologiczne – to proces intensywnych przemian fizjologicznych, hormonalnych i anatomicznych, których celem jest osiągnięcie pełnej dojrzałości płciowej i rozrodczej. Obejmuje: rozwój narządów płciowych, pojawienie się cech drugorzędowych, zmiany w gospodarce hormonalnej oraz skok wzrostowy. Zachodzące zmiany mają istotny wpływ na funkcjonowanie całego organizmu.

Zrozumienie tych procesów pozwala nauczycielom i wychowawcom nie tylko trafniej interpretować zachowania uczniów, ale również wspierać ich w budowaniu pozytywnego obrazu własnego ciała oraz akceptacji siebie. Edukacja dotycząca biologicznych aspektów dojrzewania sprzyja też rozwijaniu odpowiedzialności za własne zdrowie i zachowania seksualne.^{54,55}

Piśmiennictwo

1. Sanfilippo J, Jamieson M. Physiology of puberty. *Glob. libr. women's med.* 2008. doi:10.3843/GLO-WM.10286
2. Rosenfield RL, Cooke DW, Radovick S. The ovary and female maturation. W: Sperling M, red. *Pediatric Endocrinology*. 3 wyd. Filadelfia: Elsevier; 2008:530–609.
3. Rosenfield RL. Role of androgens in growth and development of the fetus, child, and adolescent. *Adv Pediatr.* 1972;19:171–213. [https://www.advancesinpediatrics.com/article/S0065-3101\(22\)00562-X/abstract](https://www.advancesinpediatrics.com/article/S0065-3101(22)00562-X/abstract). Dostęp 30.12.2025.
4. Kelch RP, Jenner MR, Weinstein R, Kaplan SL, Grumbach MM. Estradiol and testosterone secretion by human, simian, and canine testes, in males with hypogonadism and in male pseudohermaphrodites with the feminizing testes syndrome. *J Clin Invest.* 1972;51:824–830. doi:10.1172/JCI106877
5. Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z, Skrzypulec-Plinta V. *Seksuologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
6. Kremska A, Kraśnianin E, Kołodziej B, Wróbel R, Majdan M. Wiedza młodzieży powiatu lubaczowskiego na temat dojrzewania płciowego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2015;21(3):317–321. www.monz.pl/pdf-73600-10420?filename=Wiedza%20mlodziezy%20powiatu.pdf. Dostęp 30.12.2025.
7. Marcinek P, Brzeska A, Kapała A, Peda A, Szumski F. Psychosexual immaturity as a diagnostic term. *Seksuologia Polska*. 2011;9(1):38–42. https://journals.viamedica.pl/sexual_and_mental_health/article/view/33554.
8. Radochońska A, Perenc L. Trendy w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży z Rzeszowa w dwudziestopięcioleciu 1978–2004. *Prz Med Uniw Rzesz.* 2009;3:239–250.
9. Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi M. Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, and weight velocity: British children, 1965. I. *Arch Dis Child.* 1966;41(219):454–471. doi:10.1136/adsc.41.219.454
10. Skrzypulec-Plinta V, Droszdół-Cop A. *Ginekologia dziecięca i dziewczęca*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017.
11. Skrzypulec-Plinta V, Radowski S. *Wybrane zagadnienia z ginekologii dziecięcej i dziewczęcej*. Bielsko-Biała: Medical Project Poland; 2011.
12. Mann DR, Plant TM. Leptin and pubertal development. *Semin Reprod Med.* 2002;20(2):93–102. doi:10.1055/s-2002-32500
13. Biro FM, Galvez MP, Greenspan LC, et al. Pubertal assessment method and baseline characteristics in a mixed longitudinal study of girls. *Pediatrics*. 2010;126:e583–e59. doi:10.1542/peds.2009-3079
14. Bordini B, Rosenfield RL. Prawidłowy rozwój płciowy: Część I: procesy endokrynologiczne, od których zależy dojrzewanie płciowe. *Pediatra po Dyplomie*. 2011;15(06):33–39. <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/012/258/original/33-39.pdf?14731663425>. Dostęp 30.12.2025.

15. Bordini B, Rosenfield RL. Prawidłowy rozwój płciowy: Część II: kliniczne aspekty pokwitania. *Pediatrica po Dyplomie*. 2012(01). <https://podyplomie.pl/pediatrica/12226,prawidlowy-rozwoj-plciowy-czesc-ii-kliniczne-aspekty-pokwitania?srsId=AfmBOoqpdanWZTC0WatDkhYI6Ld0pCyY1kzsfKlfdWKHGER-M2-w2eeks>. Dostęp 30.12.2025.
16. Stadnicka G. *Opieka przedkoncepcyjna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
17. Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i ginekologia*. T 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2020.
18. Tahir MT, Vadakekut ES, Shamsudeen S. Mastalgia. 2025 Feb 6. W: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2025. Dostęp 04.07.2025.
19. Wiecheć M, Klimek M. Premenstrual syndrome – current approach. *Przegl Lek*. 2005;62(12):1468–1470.
20. Dębski R. Zakażenia żeńskich narządów płciowych. W: Bręborowicz G, red. *Położnictwo i ginekologia*. T 2. 2 wyd. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016:623–638.
21. Wielgoś M, Pietrzak B. Infekcyjne zapalenie narządów płciowych u kobiet. W: Boroń-Kaczmarska A, Wiercińska-Drapało A, red. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019.
22. Sgibnev A, Kremleva E. Probiotics in addition to metronidazole for treatment *Trichomonas vaginalis* in the presence of BV: A randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2020;39(2):345–351. doi:10.1007/s10096-019-03731-8
23. Lee JM, Kaciroti N, Appuglies D, Corwyn RF, Bradley RH, Lumeng JC. Body mass index and timing of pubertal initiation in boys. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164:139–14. doi:10.1001/archpediatrics.2009.258
24. Malczyk Ż, Jarzumbek A, Kleszyk M, Ziora K, Oświęcimska J. Postępowanie ze stulejką u chłopców. *Pediatra Polska*. 2014;89(5):361–365. doi:10.1016/j.papo.2014.04.011
25. Huang CJ. Problems of the foreskin and glans penis. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2009;10(1):56–59. doi:10.1016/j.cpem.2009.01.009
26. Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: A study from the Pediatric Research in Office Settings Network. *Pediatrics*. 1997;99:505–551. doi:10.1542/peds.99.4.505
27. Balen AH, Morley LC, Misso M, et al. The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: An analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance. *Hum Reprod Update*. 2016;22(6):687–708. doi:10.1093/humupd/dmw025
28. Graziottin A. Maintaining vulvar, vaginal and perineal health: Clinical considerations. *Womens Health (Lond)*. 2024;20:17455057231223716. doi:10.1177/17455057231223716
29. Billon A, Gustin MP, Tristan A, et al. Association of characteristics of tampon use with menstrual toxic shock syndrome in France. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100308. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100308
30. Nonfoux L, Chiaruzzi M, Badiou C, et al. Impact of currently marketed tampons and menstrual cups on *Staphylococcus aureus* growth and toxic shock syndrome toxin 1 production *in vitro*. *Appl Environ Microbiol*. 2018;84(12):e00351-18. doi:10.1128/AEM.00351-18
31. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
32. Lew-Starowicz Z, Szamańska M. Zaburzenia seksualne i problemy osobiste kobiet powyżej 45. roku życia. *Prz Menopauzalny*. 2010;6:381. <https://www.termedia.pl/Sexual-disorders-and-personal-problems-of-women-aged-over-45,4,15862,1,1.html>.
33. Levine KB, Williams RE, Hartmann KE. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause*. 2008;15(4 Pt 1):661–666. doi:10.1097/gme.0b013e31815a5168
34. Pałuka K, Balanda-Bałyga A, Pilewska-Kozak AB. Health problems of postmenopausal women. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*. 2021;3(47):95–109. <https://fidesetratio.com.pl/ojs/index.php/FetR/article/view/884>.
35. Bielawska-Batorowicz E. Jakość życia po menopauzie – perspektywa psychologiczna. W: Paszkowski T, red. *Postępy w medycynie menopauzy*. Lublin: IZT Sp. z o.o.; 2009:21–29.
36. Jagielska I, Grabiec M, Wolski B, Szymański W. The frequency of depressive signs alongside menopausal syndrome in postmenopausal women. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*. 2007;6(3):140–144.
37. Czarnecka M, Stanisławska-Kubiak M, Mojs E, Wilczak M, Samborski W. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Prz Menopauzalny*. 2012;6:468–473. doi:10.5114/pm.2012.32539
38. Królak A, Baranowska B, Tataj-Puzyna U. Higiena intymna kobiet w okresie senu. *Hygeia Public Health*. 2018;53(1):85–90. www.h-ph.pl/pdf/hyg-2018/hyg-2018-1-085.pdf. Dostęp 30.12.2025.
39. Leifke E, Gorenai V, Wichers C, Von Zur Mühlen A, Von Büren E, Brabant G. Age-related changes of serum sex hormones, insulin-like growth factor-1 and sex-hormone binding globulin levels in men: Cross-sectional data from a healthy male cohort. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2000;53(6):689–95. doi:10.1046/j.1365-2265.2000.01159.x

40. Zdrojewicz Z. Andropauza – fakty i mity. *Pediatr Med Rodz.* 2019;15(4):370–373 doi:10.15557/PiMR.2019.0063
41. Krysiak R, Okopień B. Patogeneza i obraz kliniczny andropauzy. *Pol Merk Lek.* 2012;32:70–73.
42. Morales A. Andropause (or symptomatic late-onset hypogonadism): Facts, fiction and controversies. *Aging Male.* 2004;7(4):297–303. doi:10.1080/13685530400016664
43. Jarecka K, Bielawska-Batorowicz E. *Andropauza czy kryzys wieku średniego. Jakość życia mężczyzn 50+.* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2021.
44. Carvalho SA, Eulálio I, Guiomar R. A systematic review and meta-analysis of the relationship between emotion regulation, pain, depressive symptoms and quality of life in women with endometriosis. *J Psychosom Res.* 2025;195:112205. doi:10.1016/j.jpsychores.2025.112205
45. As-Sanie S, Kim J, Schmidt-Wilcke T, et al. Functional connectivity is associated with altered brain chemistry in women with endometriosis-associated chronic pelvic pain. *J Pain.* 2016;17(1):1–13. doi:10.1016/j.jpain.2015.09.008
46. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2020;382(13):1244–1256. doi:10.1056/NEJMr1810764
47. Selntigia A, Molinaro P, Tartaglia S, Pellicer A, Galliano D, Cozzolino M. Adenomyosis: An update concerning diagnosis, treatment, and fertility. *J Clin Med.* 2024;13(17):5224. doi:10.3390/jcm13175224
48. Ciepiela K, Dziecielska M, Kwaśniewska P, Michalczyk K, Michałek T, Szewczyk M. Raport – pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2024. Warszawa: Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, World Federation of Incontinence Patients; 2024. uroconti.pl/wp-content/uploads/2025/03/Pacjent-z-NTM-w-systemie-opieki-zdrowotnej-2024.pdf. Dostęp 16.07.2025.
49. Dębiński P, Niezgoda T. Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia. *Przegląd Urologiczny.* 2014;5(87):42–48. www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?2708. Dostęp 30.12.2025.
50. Weber-Rajek M, Bułatowicz I, Radzimińska A, Strojek K, Goch A, Zukow W. Ocena skuteczności metod fizykalnych w leczeniu nietrzymania moczu u kobiet – przegląd badań. *J Educ Health Sport.* 2015;5:11–34. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/2577>. Dostęp 30.12.2025
51. Laher A, Ragavan S, Mehta P, Adam A. Testicular torsion in the emergency room: A review of detection and management strategies. *Open Access Emerg Med.* 2020;12:237–246. doi:10.2147/OAEM.S236767
52. Borkowski A. *Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny.* 2 wyd. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
53. Jurkiewicz B, Bagtaj M. *Choroby urologiczne wieku dziecięcego.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2023.
54. Skommer M. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Bartkowiak G, red. *Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Teoria i praktyka.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego; 2008.
55. Janssen E, van Osch L, de Vries H, Lechner L. Examining direct and indirect pathways to health behaviour: the influence of cognitive and affective probability beliefs. *Health Psychol.* 2013;28(5):546–560. doi:10.1080/08870446.2012.751108

