

Depresja u dzieci i młodzieży.

„Piekło depresji polega na utracie nadziei”

Antoni Kępiński

Depresja jest stanem charakteryzującym się długotrwałe obniżonym nastrojem m. in.: smutkiem, przygnębieniem, niską samooceną, małą wiarą w swoje możliwości, niezdolnością do przeżywania przyjemności, poczuciem winy, pesymizmem, wielokrotnie też spowolnieniem psychoruchowym, zaburzeniem rytmu dobowego, bezsennością lub nadmierną sennością, zmniejszonym apetytem /rzadziej jego wzmożeniem/ oraz szeregiem innych objawów psychicznych i somatycznych. Jej przebieg może być przewlekły, ze stałym nasileniem objawów lub może ona przyjmować postać nawracających epizodów o łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim nasileniu, oddzielnymi okresami dobrego samopoczucia. Objawy depresyjne często towarzyszą innym zaburzeniom psychicznym, np. zaburzeniom lękowym. Rozpoznaje się wtedy zaburzenia depresyjno – lękowe lub są reakcją na przykre, traumatyczne wydarzenia i wtedy mówimy o zaburzeniach adaptacyjnych o obrazie tzw. reakcji depresyjnej.

Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży najczęściej przyjmują postać depresji nawracającej i często mogą mieć swoją kontynuację w wieku dorosłym. Wśród czynników wpływających na wczesny rozwój depresji wyodrębniono następujące kategorie:

- **czynniki genetyczne:** Depresja to skłonność wynikająca z budowy mózgu czyli budowy receptorów białkowych w mózgu, rozmieszczenie ich na powierzchni neuronów, dystrybucji neuronów serotoninerdycznych czy noradrenergicznych odpowiadających za równowagę chemiczną w mózgu. Istotnym czynnikiem ryzyka jest występowanie depresji u rodziców, co trzykrotnie zwiększa ryzyko depresji u potomstwa. Na podstawie wyników badań można zauważyć, że rodzice 20-50 % młodych chorych cierpieli z powodu depresji lub innych problemów psychicznych. Poziom dziedziczenia depresji wynosi około 50 %.

- **czynniki psychogenne:** wysoki lęk, niska samoocena, wysoki samokrytycyzm, zniekształcenia poznawcze, negatywny styl atrybucji, niskie osiągnięcia szkolne, niskie umiejętności społeczne, wysoki perfekcjonizm, poczucie beznadziei. Trudno rozstrzygnąć, na ile te elementy stanowią czynnik poprzedzający rozwój objawów, a na ile same stają się objawem i konsekwencją choroby. Krytyczne wydarzenia życiowe stanowią źródło stresu, który może pełnić funkcję wyzwalającą dla objawów depresji.
- **czynniki środowiskowe:** Pośród rodzinnych czynników ryzyka wymienia się m. in.: konflikty i niezgodę w rodzinie, niski status socjoekonomiczny, śmierć jednego z opiekunów, przemoc i nadużycia seksualne, zaniedbanie, przestępczość, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców. Inne wymienione w piśmiennictwie czynniki predysponujące do rozwoju to: niepewny typ więzi emocjonalnej z rodzicami /rodzice niedostatecznie dostępni i wrażliwi na potrzeby dziecka/, lękowa reprezentacja przywiązania, negatywne postawy rodzicielskie /rodzice chłodni, odrzucający/, brak wsparcia, nieprawidłowy styl wychowawczy, dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich choroby /także somatycznej/. Depresja rodzica może dwójako wpływać na zachorowalność dziecka: poprzez obciążenie genetyczne i tworzenie niewydolnego pod względem emocjonalnym i społecznym środowiska, które ogranicza skuteczne radzenie sobie ze stanem emocjonalnym i stresem.

Szacuje się, że przed 18 rokiem życia nawet 20% nastolatków zapadnie na dużą depresję /major depressive disorder MDD/. Rozpowszechnienie MDD ocenia się na 1-2 % wśród dzieci w okresie przedpokwitaniowym, a wśród adolescentów na 5-8 %. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i dojrzewaniem płciowym. U dzieci MDD występuje w różnych proporcjach u obu płci. Okres dojrzewania działa na niekorzyść dziewcząt. Przypuszczenia na temat podłoża tej dysproporcji odnoszą się do różnic hormonalnych, neurobiologicznych i społeczno – kulturowych w rozwoju obu płci.

Depresja może występować na wszystkich etapach rozwoju dziecka, a nasilenie objawów będzie zawsze zależało od etapu jego rozwoju. Okazuje się, że im dziecko jest młodsze, tym trudniej jest mu określić, opisać swój stan zdrowia emocjonalnego. Dzieci kilkuletnie zgłaszają przeważnie niecharakterystyczne objawy, mówią jak się czują, czy sygnalizują w inny

sposób. Nie zawsze potrafią określić, czy takie samopoczucie wynika z dolegliwości ciała czy psychiki. U małych dzieci bardzo duże znaczenie ma obserwacja zachowań i ich funkcjonowanie.

Objawy depresji u małych dzieci zdarzają się rzadko i jest to bardzo trudne jeśli chodzi o diagnozę i leczenie. Dużo dzieci w tym wieku nie umie jeszcze mówić i jasno wyrażać swoje uczucia. Diagnoza u małych dzieci jest trudna, ponieważ nie zawsze możemy zaobserwować zmiany w stosunku do zachowań z wcześniejszego okresu rozwojowego. Zawsze rodziców powinno niepokoić wycofanie dziecka, smutek nie tylko na twarzy, ale i w postawie ciała. Małe dzieci pokazują swój nastrój depresyjny poprzez apatię, brak zainteresowania zabawą, brak właściwej dla wieku ekspresji emocjonalnej z obniżoną motoryką, zamykaniem się w swoim świecie, napadami złego humoru i nadaktywnością. Szczególnie małe dzieci z depresją są stale zaniepokojone i bardzo mocno reagują na opuszczenie czy rozłąkę z bliskimi /lęk separacyjny/.

Z kolei większość dzieci w wieku przedszkolnym smutek okazują m. in. poprzez niedbałą postawę ciała /często zgarbioną, pochyloną/, niedbały ubiór i charakterystyczny smutek na twarzy. Są apatyczne, bez energii, sprawiające wrażenie jakby ciągle były niewyspane. Kiedy próbuje się ich zachęcić do kontaktu często reagują drażliwością lub napadami złości. Dzieci w wieku przedszkolnym z depresją często izolują się od rówieśników, stoją na uboczu. Dziecko jakby samo skazuje się na samotność, a ta z kolei dodatkowo przyczynia się do pogłębienia smutku. Kolejnym objawem depresji w tym wieku może być niskie poczucie własnej wartości. Dzieci te boją się wszelkich wyzwań z powodu przekonania o swojej mniejszej wartości. Nadmiernie przepraszają i reagują lękiem na większość różnych zadań z obawy przed niepowodzeniami czy porażkami. Mają mniejszą umiejętność koncentracji uwagi niż rówieśnicy. Depresja w okresie przedszkolnym ma też swoje objawy psychosomatyczne np. typu: bóle głowy i brzucha, zaparcia, biegunki, problemy z zasypianiem, moczeniem nocnym, łaknieniem. Rodzice dzieci w wieku przedszkolnym przeważnie na samym końcu myślą, że złe samopoczucie ich dziecka wynika nie z depresji tylko innych dolegliwości somatycznych i zamiast szukać pomocy u psychiatry dziecięcego, to szukają u innych specjalistów. Im dłużej zwlekamy z leczeniem tym trudniej potem je wyleczyć. Często depresja nieleczona u małych dzieci nasila się w okresie dojrzewania.

Charakterystyczną cechą w okresie wczesnoszkolnym dziecka jest zmienność nastoju, płacliwość i brak ekspresji radości. Dzieci często kurczowo trzymają się rodziców odmawiając np. pójścia do szkoły. W szkole z kolei stają

się mniej wydolni edukacyjnie, co dodatkowo wpływa niekorzystnie na i tak niską samoocenę. Dzieci w tym wieku mają tendencję do izolacji społecznej, nie mają przyjaciół, kolegów/koleżanek. Często obok apatii występują zaburzenia zachowania w postaci agresji, skłonności opozycyjno – buntowniczych.

Bardzo dużo przypadków depresji już obserwuje się wśród nastolatków. Na tym etapie zmian w życiu każdego nastolatka może wystąpić bardzo cienka granica między zwykłym, przejściowym przygnębieniem a przedłużającym się okresem smutku połączonym z innymi objawami. Gdy we właściwym momencie nie rozpoznamy depresji to dynamika rozwoju choroby jest mocno postępująca powodując spustoszenie w organizmie i psychice młodego człowieka. Dodając do tego przejawy autoagresji, niską samoocenę, zmniejszenie apetytu, uczucie lęku, brak energii to już mamy do czynienia z postępującą chorobą, której istnienia nastolatek czasami nie jest świadomy. Często rezultatem takiej postawy są problemy edukacyjne, zachowania niebezpieczne czy podejmowanie decyzji, które nie zawsze są racjonalne. Ostatecznym tragicznym następstwem może być ucieczka z domu, myśli samobójcze czy nawet samobójstwo. Aby ustrzec nastolatka przed tego typu konsekwencjami nigdy nie należy bagatelizować jego stanu zdrowia, a wręcz jak najszybciej interweniować i pomagać mu uświadomić sobie chorobę i poddać się specjalistycznemu leczeniu.

Czy depresja jest uleczalna?

Ciągle jeszcze istnieje przekonanie, że korzystanie z profesjonalnej pomocy psychologiczno-psychiatrycznej daje etykietkę osób nieradzących sobie i słabych. Wręcz przeciwnie, udanie się po pomoc specjalistyczną to objaw naszej dojrzałości i dbałości o siebie i swoich bliskich. Rodzice zaniepokojeni stanem psychicznym swoich dzieci, mogą się zwrócić bez skierowania do psychiatry, psychoterapeuty, poradni zdrowia psychicznego, czy poradni psychologiczno – pedagogicznych. Leczenie depresji u dzieci i młodzieży wymaga zaangażowania rodziców/opiekunów, nauczycieli i innych osób, które biorą udział w opiece i wychowaniu młodego człowieka.

Pomoc w przypadku diagnozy depresji wymaga kompleksowych oddziaływań uwzględniających kłopoty dziecka w środowisku rodzinnym, w relacjach społeczno – emocjonalnych. W zależności od poziomu zaburzeń leczenie polega na farmakoterapii /z możliwością hospitalizacji przy głębszych stanach depresji/, psychoterapii indywidualnej/grupowej, rodzinnej oraz psychoedukacji.

Kiedy leczymy depresję należy szczególnie zadbać o przywrócenie prawidłowego rytmu dobowego /snu i czuwania/. Ważne jest, aby dziecko kładło się spać i wstawało o tych samych porach z odpowiednią ilością snu. W okresie leczenia nie wprowadzamy w życie dzieci i młodzieży żadnych zmian. Dbamy o spokój, poczucie bezpieczeństwa, minimalizujemy niepotrzebne bodźce, stres. Pamiętajmy, że podstawową rolą rodziców/prawnych opiekunów jest wspieranie dziecka i ciągłe, systematyczne towarzyszenie mu w procesie zdrowienia.

W sytuacji trudnej, beznadziejnej dla nas zawsze można skorzystać z pomocy:

Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży 116 111

Proponowane materiały do zgłębiania wiedzy na temat depresji:

1. Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K. Nastolatek a depresja. Gdańskie Wydawnictwo psychologiczne, Sopot 2018.
2. Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K. Depresja nastolatków. Gdańskie Wydawnictwo psychologiczne, Sopot 2018.
3. Chatizow J., Depresja i samobójstwa dzieci i młodzieży. Warszawa 2018.
4. Minister Zdrowia. Program Polityki Zdrowotnej. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016 – 2020.
5. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Akademia Medyczna we Wrocławiu. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. 2012.

Opracowanie: Zofia Reterska, psycholog