

# Depresja u dzieci i młodzieży

Depresja stanowi jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata. Liczby mówią same za siebie – szacuje się, że na depresję choruje 350 mln ludzi na świecie, w tym około 1,5 mln osób w Polsce. Depresja najczęściej kojarzy nam się ze smutkiem, natomiast w rzeczywistości osoby chorujące na depresję prezentują szereg objawów zaburzających ich codzienne funkcjonowanie.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 do podstawowych klinicznych objawów pierwszego epizodu depresyjnego należą:

1. obniżony nastrój pojawiający się rano i utrzymujący się przez większą część dnia, prawie codziennie, niezależnie od okoliczności; poczucie smutku i przygnębienia;
2. utrata zainteresowania działaniami, które zazwyczaj sprawiają przyjemność lub zanik odczuwania przyjemności – tak zwana anhedonia, czyli zubożenie emocjonalne;
3. osłabienie energii lub szybsze męczenie się.

Istotne objawy dodatkowe:

1. zaburzenia snu (najbardziej typowe – wczesne budzenie się);
2. myśli samobójcze;
3. problemy z pamięcią i koncentracją uwagi;
4. utrata wiary w siebie i/lub pozytywne j samooceny;
5. poczucie winy (nadmierne i zwykle nieuzasadnione);
6. spowolnienie psychoruchowe;
7. zmiany łaknienia i masy ciała (częstsze zmniejszenie apetytu).

Diagnoza epizodu depresyjnego potwierdza się w przypadku pojawienia się przynajmniej dwóch objawów podstawowych oraz minimum dwóch objawów dodatkowych, spośród wymienionych powyżej. Ponadto objawy te powinny utrzymywać się przynajmniej przez dwa tygodnie.

O ile u osób dorosłych objawy depresyjne są najczęściej dość jednoznaczne, to przejawy depresji u dzieci i młodzieży bywają niecharakterystyczne, mogą przypominać przejawy innych stanów i zaburzeń. Diagnoza w tej grupie wiekowej może być trudna, ze względu na podobieństwo objawów zarówno do emocji i zachowań związanych z okresem dojrzewania, jak i innych zaburzeń takich, jak ADHD czy zaburzeń odżywiania. Aktualnie wiadomo już, że zarówno dzieci spokojne, wycofane, jak i drażliwe, „nerwowe”, kierowane do psychologa czy psychiatry z powodu agresywnego zachowania, mogą w rzeczywistości chorować na depresję.

Epizod „dużej depresji” rzadko występuje w dzieciństwie, a jego ryzyko wzrasta około 12 r.ż. Większość osób doświadcza pierwszego epizodu w wieku młodzieńczym lub wczesnej dorosłości. W okresie dzieciństwa i dojrzewania depresja często współwystępuje z zaburzeniami lękowymi (nawet do 70 procent przypadków).

Jak czuje się młoda osoba z depresją? Bezwartościowa, osamotniona, niekochana, jest płaczliwa, nieśmiała, załęczniona, nerwowa. Ma potrzebę zyskania aprobaty otoczenia, jednocześnie nie wierzy w siebie, przeżywa poczucie winy, rani ją krytyka i obawia się własnych błędów. Częstymi następstwami depresji młodzieńczej są trudności w nauce oraz problemy w adaptacji społecznej, co dodatkowo może pogłębić zły stan ze względu na

poczucie porażki. Inne negatywne skutki to zwiększone ryzyko samobójstwa oraz większe prawdopodobieństwo wystąpienia depresji w przyszłości.

U młodszych dzieci z depresją myśli samobójcze rzadko skutkują konkretnymi planami oraz próbami ich realizacji. Ryzyko podjęcia próby samobójczej wzrasta w wieku dojrzewania. Badania pokazują, że młodym ludziom przed podjęciem próby samobójczej przez około rok towarzyszą myśli suicydalne.

Do przyczyn depresji zalicza się procesy biochemiczne zachodzące w mózgu, jak również czynniki genetyczne (depresja może być dziedziczona, ryzyko wystąpienia u krewnego pierwszego stopnia wynosi od 10 do 25%). Na rozwój depresji mogą mieć wpływ czynniki środowiskowe, takie jak: przemoc i uzależnienia w rodzinie, wykorzystywanie seksualne, konflikt czy rozwód rodziców, utrata bliskiej osoby, trudna sytuacja materialna, przewlekła choroba (osoby bliskiej lub samego dziecka), zaniedbywanie dziecka, emocjonalne odrzucenie, zbyt wysokie wymagania wobec dziecka, nadmierna kontrola rodzicielska.

W przypadku, gdy objawy utrudniają codzienne funkcjonowanie i trwają dłużej niż dwa tygodnie zdecydowanie zaleca się konsultację u lekarza psychiatry (najlepiej specjalisty dzieci i młodzieży) lub psychologa, psychoterapeuty, który w razie potrzeby przekieruje daną osobę do lekarza. W przypadku zagrożenia samobójstwem kontakt ze specjalistą jest bezwzględnie konieczny. Sytuacje, które powinny zaalarmować najbliższe otoczenie dziecka lub nastolatka: wyrażanie zainteresowania tematyką śmierci lub mówienie o tym wprost, wycofanie z relacji rówieśniczych, porządkowanie swoich spraw, rozdawanie rzeczy osobistych, gromadzenie przedmiotów, które mogą posłużyć do odebrania sobie życia (żyłetki, leki itp.). Skłonność do prób samobójczych jest większa u osób, które mają tendencje do impulsywnego reagowania w różnych sytuacjach, używają środków psychoaktywnych lub podejmowały w przeszłości takie próby. Czynnikiem predysponującym jest również trudna sytuacja rodzinna (konflikty w relacjach rodzinnych lub znikome interakcje, uzależnienia, przemoc). Lekarz psychiatra decyduje o dalszym leczeniu nastolatka, zwłaszcza ocenia ryzyko tendencji samobójczych. Czasem konieczna jest w takich przypadkach hospitalizacja, która pozwala na całościową diagnozę trudności, dobór leczenia farmakologicznego, rozpoczęcie procesu terapeutycznego, który następnie może być kontynuowany w warunkach ambulatoryjnych.

Psychoterapia jest podstawową formą leczenia depresji dzieci i młodzieży. Istnieje wiele podejść terapeutycznych, różniących się nieco formami oddziaływania i metodami leczenia zaburzeń psychicznych. Kontakt z terapeutą rozpoczyna się jednak zawsze od nawiązania relacji z dzieckiem/adolescentem, tworzenia poczucia bezpieczeństwa. Ważną zasadą jest zapewnienie młodej osoby o poufności spotkań. Często nastolatek trafiający do gabinetu psychoterapeuty ma już za sobą doświadczenia zawodu w relacjach, nadszarpnięcia jego zaufania. W przypadku osób niepełnoletnich informuje się jednak o konieczności zawiadomienia rodziców lub opiekunów prawnych o sytuacjach zagrażających zdrowiu i życiu.

Ważnym aspektem rozpoczynającym leczenie jest diagnoza doświadczanych trudności. Mimo podobieństwa objawów, ich przyczyny mogą mieć bardzo różne źródła. Oprócz badania deficytów i obszarów wymagających pracy terapeutycznej, bardzo istotne jest również określenie zasobów pacjenta, jego mocnych stron. Zasobami wewnętrznymi mogą

być np.: motywacja do podjęcia leczenia, kreatywność, inteligencja. Im więcej zasobów z pomocą terapeuty znajdzie w życiu młody człowiek, tym lepsze rokowania na przyszłość.

Proces diagnostyczny ma bezpośredni wpływ na wybór formy oddziaływań terapeutycznych. W przypadku dzieci i młodzieży zalecane jest podjęcie terapii rodzinnej, angażującej wszystkich jej członków. Włączanie rodziny do terapii nie ma na celu obwiniania jej za wystąpienie choroby, lecz przyspieszenie powrotu do zdrowia. Dziecko prawnie i ekonomicznie jest zależne od systemu. Po każdej terapii wraca do rodziny, jest pod realnym wpływem rodziców i innych ważnych osób. Nie jest w stanie uwolnić się od tego wpływu. Uwzględnienie innych członków rodziny w terapii jest zatem ważnym elementem leczenia oraz ma wpływ na trwałość efektów terapii.

W przypadku młodzieży, zwłaszcza jeśli objawy związane są z trudnościami w relacjach rówieśniczych, wycofywania się z nich, zaleca się także uczestnictwo w terapii grupowej.

Istotna jest także psychoedukacja dziecka, jego rodziców dotycząca zaburzeń depresyjnych. Ważne, by osoby zaangażowane w wychowanie młodego człowieka, a także on sam, byli zaopatrzeni w wiedzę dotyczącą przyczyn depresji oraz metod radzenia sobie w konkretnych sytuacjach (np. w wypadku pogorszenia stanu zdrowia).

#### Bibliografia:

1. Dymowska A., Nowicka – Sauer K.(2015). *Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny*. W: *Forum medycyny rodzinnej* 9(2). Gdańsk: Via Medica sp. z o.o.
2. Klajs K. (2017). *Poznawanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Poznań: Zysk i S-ka
3. Radziwiłłowicz W. (2010). *Depresja u dzieci młodzieży* Kraków: Impuls

#### Strony internetowe:

- [forumprzeciwd depresji.pl](http://forumprzeciwd depresji.pl)
- [mp.pl](http://mp.pl)
- [twarzedepresji.pl](http://twarzedepresji.pl)

#### Opracowanie:

Izabela Szumińska-Reps  
Alicja Tokarska