

CO POWINIŚMY WIEDZIEĆ O DEPRESJI DZIECI I MŁODZIEŻY?

Depresja dzieci i młodzieży to coraz częstszy i bardzo niedoceniany problem. Dzieci z obniżonym lub dysforycznym nastrojem, objawami somatyzacyjnymi czy myślami samobójczymi coraz częściej pojawiają się w naszych szkołach . Artykuł zawiera wskazówki, kiedy można podejrzewać u dziecka depresję.

Depresja dzieci i młodzieży jako osobna jednostka chorobowa została opisana w podręcznikach psychiatrii dziecięcej dopiero w latach 70. XX wieku. Wcześniej panował pogląd, że dzieci nie są w stanie odczuwać tak znacznych wahań nastroju. W latach późniejszych, posługując się takimi samymi kryteriami jak dla dorosłych (DSM-III-IV i ICD-10), okazało się, że depresja u dzieci i młodzieży nie jest zjawiskiem rzadkim. Zaburzenia depresyjne dzieci i młodzieży , poza kilkoma różnicami , rozpoznaje się na podstawie kryteriów przyjętych do diagnozowania depresji u dorosłych.

Obecnie jej rozpowszechnienie szacuje się na 2% u dzieci 6-12 lat oraz na 4% - 8% u młodzieży, co czyni ją jednym z częstszych zaburzeń psychicznych w tej grupie wiekowej. Ocenia się, że w ostatnich latach częstość zaburzeń depresyjnych u dzieci wzrasta, a średni wiek, w którym pojawiają się one po raz pierwszy, obniża się .Przed okresem adolescencji chłopcy i dziewczynki chorują tak samo często (depresja w tym okresie jest związana częściej z dysfunkcją rodziny). Ryzyko jej wystąpienia rośnie 2-4 krotnie po okresie dojrzewania, zwłaszcza u dziewcząt i wtedy chorują one dwa razy częściej niż chłopcy, co ma związek ze zmianami hormonalnymi .Średni czas trwania epizodu depresyjnego w populacji ogólnej dzieci i młodzieży wynosi 1-2 miesiące. Charakterystyczną cechą depresji okresu dzieciństwa i dojrzewania jest wysoki współczynnik

współzachorowalności . Najczęściej z depresją współwystępują zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania , opozycyjno- buntownicze, zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi(ADHD)oraz zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. U depresyjnych dziewcząt częściej występują zaburzenia lękowe, natomiast wśród chłopców z depresją obserwuje się zaburzenia zachowania i ADHD.

Do wystąpienia depresji u dzieci i młodzieży predysponują czynniki:

- **biologiczne** (genetyczna podatność, nieprawidłowości funkcjonowania procesów biochemicznych zachodzących w mózgu, choroby somatyczne),
- **osobnicze** (zewnątrzne źródło kontroli, negatywny wizerunek własnej osoby, depresjogenne schematy myślenia, małe umiejętności społeczne, niska odporność na stres),
- **społeczne** (trudna sytuacja rodzinna np. rozwód rodziców, zła sytuacja materialna, przemoc w rodzinie lub w grupie rówieśniczej, wykorzystywanie seksualne, odrzucenie przez rówieśników, trudności szkolne) .

Są to również czynniki podtrzymujące chorobę. W dużym stopniu istotny w pojawieniu się depresji ma czynnik genetyczny. Ryzyko pojawienia się depresji u dzieci , których rodzice cierpieli z powodu tego zaburzenia, jest znacznie większe niż w przypadku osób zdrowych. Ważną rolę odgrywa również środowisko społeczne i atmosfera rodzinna .Na rozwój depresji u dziecka mogą mieć wpływ takie czynniki, jak; -nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny:

- przemoc w rodzinie,

- przewlekła choroba któregoś z członków rodziny,
- utrata bliskiej osoby spowodowana śmiercią lub rozwodem rodziców,
- konflikt małżeński rodziców,
- zaniedbanie, brak zainteresowania ze strony rodziców,
- wrogość i emocjonalne odrzucenie,
- nadmierne kontrolowanie ,
- sytuacje psychicznego, fizycznego lub seksualnego wykorzystywania,
- trudna sytuacja materialna oraz społeczna izolacja rodziny,
- obarczanie zbyt wieloma obowiązkami, przerastającymi możliwości dziecka.

Częstą przyczyną wystąpienia reakcji depresyjnej jest stres wywołany sytuacją szkolną dziecka. Do szczególnie niekorzystnych czynników należą :

- nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli,
- zły klimat w klasie i szkole, atmosfera wrogości, napięcia,
- przemoc rówieśnicza,
- niepowodzenia szkolne,
- niesprawiedliwe ocenianie,
- przemoc stosowana przez nauczycieli

ICD-10 nie zawiera odrębnych kryteriów rozpoznawania zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. Podstawowymi objawami depresji zarówno u dzieci jak i dorosłych są:

- **obniżony nastrój**, czyli uczucie smutku, przygnębienia, melancholii, skłonność do płaczu. Czasami dzieci nie potrafią dokładnie opisać swojego nastroju i zamiast mówić, że odczuwają smutek, podają, że "czują się źle". U dzieci i młodzieży zamiast smutku często występuje rozdrażnienie - dziecko zdaje się być ciągle poirytowane, nawet w odniesieniu do drobnych rzeczy, jest bardziej marudne niż wcześniej, łatwo wpada w złość, może reagować agresją, co prowadzi do konfliktów z otoczeniem.
- **utrata zainteresowań** - brak odczuwania przyjemności i radości z udziału w zajęciach, które wcześniej były dla dziecka atrakcyjne np. sport, spotkania z przyjaciółmi, gry. Dziecko może mówić, że czuje się znudzone tym, co wcześniej lubiło robić.
- **zmniejszenie aktywności (energii) lub zwiększona męczliwość** - utrata ochoty na wykonywanie czynności, które dziecko wcześniej lubiło, zaniebywanie spotkań towarzyskich, ulubionego hobby. Czasem zmniejszenie aktywności dotyczy codziennych obowiązków - dziecko nie jest w stanie pójść do szkoły, odrobić lekcji, zjeść posiłku, skarży się na ciągłe uczucie zmęczenia.

Podczas większości epizodów występują również objawy dodatkowe:

- **niska samoocena** - dziecko opisuje siebie w skrajnie negatywny sposób, może mówić, że jest bezwartościowe, gorsze od innych, głupie.
- **nadmierne lub nieuzasadnione poczucie wyrzutów sumienia i poczucie winy** - przekonanie, że dziecko jest odpowiedzialne za sytuacje, na które tak naprawdę ma mały wpływ lub nie ma go wcale.

Dzieci mogą również obwiniać się za objawy chorobowe, uważać, że przysparzają rodzicom kłopotu.

- **nawracające myśli o śmierci, myśli i zachowania samobójcze** - dziecko mówi, że chce umrzeć lub że chciałoby się zabić, snuje plany, w jaki sposób to zrobić i czyni przygotowania np. gromadzi ostrza, tabletki, przygotowuje najbliższych na swoje odejście.
- **osłabienie koncentracji i uwagi, skargi na zmniejszoną zdolność myślenia** - dziecko dłużej odrabia lekcje, zapomina o różnych rzeczach, rozprasza się łatwo zewnętrznymi bodźcami.
- **zaburzona aktywność psychoruchowa: pobudzenie lub zahamowanie** - częściej występuje pobudzenie - dziecko nie może usiedzieć w miejscu, chodzi w tą i z powrotem, wykręca ręce, jest nadmiernie gadatliwe. Przy spowolnieniu dziecko ma trudności z rozpoczęciem mówienia, mówi wolniej niż zwykle, porusza się w zwolnionym tempie.
- **zaburzenia snu** - trudności z inicjacją lub podtrzymaniem snu, wybudzanie się za wcześnie nad ranem i niemożność ponownego zaśnięcia, czasem nadmierna senność w ciągu dnia.
- **zmiany apetytu** (wzrost lub spadek) ze zmianą wagi - w tej grupie wiekowej częściej występuje spadek apetytu - dziecko zostawia jedzenie na talerzu, nie sygnalizuje, że czuje się głodne, zmusza się do jedzenia. Obniżenie apetytu nie musi skutkować spadkiem masy ciała - u dzieci wystarczy zbyt mały w stosunku do oczekiwanego przyrost masy ciała.

Według ICD-10 do rozpoznania epizodu depresyjnego objawy muszą się utrzymywać przez większą część dnia i prawie każdego dnia przez co najmniej 2

tygodnie. Dziecko z epizodem depresji często ma trudności z codziennym funkcjonowaniem, zauważalne jest pogorszenie ocen, odmowa chodzenia do szkoły, wykonywania codziennych obowiązków.

Należy pamiętać, że dzieci z depresją częściej niż dorośli i młodzież doświadczają objawów somatycznych i to właśnie one bywają głównym powodem szukania pomocy u pediatry, psychologa czy psychiatry. Są to najczęściej: bóle głowy, bóle brzucha, biegunka, wymioty, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, omdlenia. U dzieci i młodzieży z epizodem depresyjnym współwystępują inne zaburzenia psychiczne takie jak: zaburzenia lękowe (lęk uogólniony, ataki paniki, agorafobia, fobia społeczna, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne), zaburzenia zachowania, nadużywanie alkoholu i innych substancji, jadłowstręt psychiczny i bulimia, u młodszych dzieci również lęk separacyjny, ADHD, opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania, moczenie nocne, zanieczyszczanie się.

Rozpoznanie depresji jest najtrudniejsze u dzieci w wieku przedszkolnym. Dzieci w tym wieku nie mówią o swoim obniżonym nastroju czy braku nadziei. O tym co czują świadczy ich postawa, wyraz twarzy. Depresja może ujawniać się poprzez ból brzucha, ból głowy, brak łaknienia, mimowolne moczenie się. Wtedy uwagę opiekunów zwracają przede wszystkim: nadmierne wycofanie dziecka, skłonność do samotnego spędzania czasu, silny niepokój przy rozłączeniu z rodzicem tzw. lęk separacyjny, niechęć do zabawy, objawy somatyczne. Niekiedy dziecko z depresją przeszkadza na zajęciach, i próbuje zwrócić na siebie uwagę. W okresie dojrzewania liczba przypadków zaburzeń depresyjnych wzrasta. Związane jest to z wpływem czynników hormonalnych, ale również ze stresem szkolnym, presją, by odnieść sukces, i dostosować się do grupy rówieśniczej. Dzieci w wieku szkolnym wykazują mniejszą efektywność w nauce, często unikają szkoły, zasłaniając się dolegliwościami somatycznymi. Są to dzieci bojące się podejmować nowych

wyzwań z obawy przed porażką, odczuwające nadmierne poczucie winy, przeprasające za najmniejsze przewinienia w strachu przed rozczarowaniem rodziców. Ich cechą charakterystyczną jest też brak przyjaciół. W okresie wczesnej adolescencji częściej niż w innych grupach wiekowych depresja przejawia się przez objawy eksternalizacyjne takie jak agresja, reakcje impulsywne, zachowania przestępcze, ucieczki z domu. Młodzi ludzie z depresją są nastawieni negatywnie, czują się niezrozumiani, odrzuceni, mają trudności z akceptacją siebie, poczucie beznadziejności, negatywne zdanie na temat siebie, otaczającego świata i przyszłości. Młodzież również częściej niż dzieci podejmuje zachowania autoagresywne i samobójcze. Myśli samobójcze występują u większości dzieci depresyjnych, na szczęście przed okresem dorastania rzadko przeradzają się w czyn. Natomiast w przedziale pomiędzy 15- 19 r. ż. ryzyko samobójstwa znacznie wzrasta. W okresie dojrzewania bardzo ważne staje się wygląd i wiele nastolatków uważa, że nie odpowiadają ogólnie przyjętym standardom. Szczególnie podatne na tego rodzaju procesy są dziewczęta, u których występują problemy z odżywianiem – bulimia, anoreksja.

Leczenie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży rozpoczyna się od poradnictwa dla rodziców i psychoedukacji dziecka i jego rodziny. W tym procesie duże znaczenie mają Poradnie Psychologiczno- Pedagogiczne. Niezbędne mogą okazać się takie interwencje w środowisku pacjenta jak: współpraca ze szkołą, pedagogami szkolnymi w związku z niepowodzeniami szkolnymi, rozstrzygnięcia prawne w sytuacji niewydolności systemu sprawowania opieki lub w przypadkach krzywdzenia dziecka, wzbudzanie u rodziców motywacji do leczenia ich własnych zaburzeń psychicznych np. depresji lub uzależnień. W przypadkach mniej nasilonej depresji stosuje się także w Poradniach psychoterapię. W zależności od potrzeb można stosować terapię indywidualną, grupową lub rodzinną. W leczeniu depresji

skutecznych może być kilka rodzajów **psychoterapii**. Najbardziej skuteczną jest **terapia poznawczo-behawioralna** która zakłada, iż emocje człowieka są kontrolowane przez sposób myślenia, przez jego spostrzeżenia, oraz opinie na temat samego siebie i innych. Osoba depresyjna nadmiernie siebie krytykuje, będzie oczekiwała porażki, odczuwa bezradność. Leczenie za pomocą psychoterapii poznawczo-behawioralnej polegać będzie na zmianie negatywnych wzorców myślenia i przekonań. **Terapia interpersonalna** – jest oparta na założeniu, że trudności w relacjach z innymi mogą wywoływać lub nasilać depresję, również depresja może zaburzać te relacje.

Terapia psychodynamiczna zakłada, że funkcjonowanie człowieka jest uwarunkowane wydarzeniami z przeszłości dziecka, czynnikami genetycznymi oraz aktualną sytuacją. W trakcie leczenia rozpoznawane są emocje i nieświadome motywy kierujące zachowaniem ucznia.

Dużą rolę w leczeniu zaburzeń depresyjnych mają nauczyciele. Nauczyciele powinni uważnie obserwować uczniów wszelkie wyraźne zmiany w zachowaniu ucznia przekazywać rodzicom. Należy pamiętać, że zarówno dziecko ciche, wycofane, wyglądające na smutne lub przygnębione, jak i dziecko drażliwe, sprawiające problemy wychowawcze może cierpieć na depresję. Wychowawca powinien w sposób spokojny i życzliwy porozmawiać z dzieckiem o jego samopoczuciu i problemach. Jeśli nauczyciel zauważy niepokojące objawy, wskazane jest, aby porozmawiał z rodzicami dziecka. A ponadto szukał wsparcia u pedagoga szkolnego oraz pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznej. Jeśli dziecko wypowiada myśli na temat braku sensu życia, ujawnia zainteresowanie śmiercią i umieraniem, prowadzi rozmowy z rówieśnikami na te tematy, twierdzi, że chciałby umrzeć lub zasnąć i nigdy się nie obudzić, szuka informacji o lekach i truciznach, to istnieje poważne ryzyko podjęcia przez nie

próby samobójczej. W takiej sytuacji nauczyciel nie może zachowywać swoich obaw dla siebie, powinien jak najszybciej skontaktować się z rodzicami lub opiekunami dziecka.

Z uwagi na depresję uczeń może potrzebować wsparcia ze strony szkoły i nauczycieli w procesie realizacji obowiązku szkolnego, np. dodatkowych lekcji wyrównawczych, odroczenia w czasie lub wyznaczenie dodatkowych terminów prac klasowych. W celu uniknięcia izolacji dziecka od grupy rówieśniczej należy zachęcać do podtrzymywania przez ucznia kontaktów z rówieśnikami za pomocą Internetu, czy też komputera.

Opracowała- Aneta Mysiek Poradnia NR 3 w Częstochowie.