

ZABURZENIA DEPRESYJNE U DZIECI I MŁODZIEŻY

O zjawisku depresji mówi się wiele jeśli chodzi o osoby dorosłe, zdecydowanie rzadziej ten temat jest poruszany w przypadku dzieci i młodzieży. Być może fakt ten wynika z tego, że objawy depresji u dorosłych są dość czytelne i nie budzą wątpliwości w przypadku diagnozy. Natomiast zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży są często „maskowane” przez inne zaburzenia lub łączą się z nimi (sama depresja nie występuje w „czystej” formie). Najczęściej z depresją współwystępują zaburzenia lękowe: 30 – 75 % dzieci i młodzieży z depresją cierpi również na zaburzenia lękowe. Dość często z zaburzeniami depresyjnymi współwystępują zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno – buntownicze, zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytami uwagi (ADHD) oraz zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Z uwagi na płeć: u dziewcząt zaburzenia depresyjne częściej korelują z zaburzeniami lękowymi, natomiast u chłopców z zaburzeniami zachowania i ADHD. Dodatkowo w szczególności u adolescentów wzrasta ryzyko zachowań suicydalnych (myśli samobójczych i prób samobójczych).

Na depresję w Polsce choruje około 2 – 3 % dzieci w młodszym wieku szkolnym, a w wieku młodzieńczym 4 – 8 %, a nawet do 15 - 20 % jak podają niektóre badania. Przyczyny zaburzeń depresyjnych wynikają z uwarunkowań biologicznych, genetycznych (dziedziczenie zaburzeń od rodziców: 16 – 45 %). Ryzyko zachorowania dla osoby spokrewnionej jest większe, gdy osoba chora zachorowała we wcześniejszym wieku (np. 20-30 lat), a przebieg choroby jest nawracający lub przewlekły. W wypadku bliźniąt monozygotycznych, gdy jedno z nich zachoruje na depresję, ryzyko zachorowania drugiego wynosi 22-67%. Dzieci adoptowane mające rodziców biologicznych chorych na depresję, a wychowywane przez osoby zdrowe zachowują większe ryzyko zachorowania. Uwarunkowania neurobiologiczne to okresowe nieprawidłowe funkcjonowanie w obszarach struktur anatomicznych mózgu (układu limbicznego, podwzgórza, układu siatkowego) i związane z neuroprzekaźnictwem (zaburzenia w wydzielaniu się serotoniny, noradrenaliny i dopaminy).

Przyczyny zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży mogą się wiązać z negatywnymi wydarzeniami psychospołecznymi: konflikt rodzinny, konflikt rówieśniczy, choroba somatyczna, zerwanie z ukochaną osobą, utrata przyjaciela, utrata statusu społeczno – materialnego. Czynniki rodzinne zwiększające ryzyko depresji to: konflikt rodzic – dziecko, rozwód rodziców, niski poziom zainteresowania „sprawami” dziecka, nastolatka, nadmierne wymagania, nadmierna ochrona, wyręczanie, wysoki poziom wyrażania negatywnych emocji. Czynniki sprzyjające zaburzeniom depresyjnym to także zaburzenia struktury osobowości dziecka, adolescenta: niska samoocena, negatywne myślenie o sobie, nadmierna krytyka i wymagania wobec siebie, słaba samokontrola, problemy w nauce (niepowodzenia szkolne), słabe kompetencje społeczne: znaczne trudności w rozwiązywaniu problemów, nieprawidłowa komunikacja, niska odporność na stres, widzenie świata w czarno – białych barwach – „wszystko albo nic”, poczucie, że sam wiem najlepiej a inni nie mają racji (co utrudnia poszukiwanie rozwiązań alternatywnych i zadowolenie z podejmowanych działań).

Małe dzieci najczęściej manifestują objawy depresyjne poprzez następujące zachowania: zachowują się niegrzecznie, nie przestrzegają wcześniej ustalonych zasad zarówno w domu jak i w szkole (choć wcześniej rodzice/opiekunowie nie mieli z nimi problemów wychowawczych), są agresywne, przestają być ciekawe świata, nie chcą się bawić tak jak wcześniej. U małych dzieci można zauważyć pewien regres w rozwoju: zaczynają się moczyć, przestają mówić lub mówią niewiele, słabiej radzą sobie w czynnościach samoobsługowych tj: z myciem, ubieraniem się, jedzeniem (choć wcześniej to im świetnie wychodziło).

U starszych dzieci uwidaczniają się: rozdrażnienie, zachowania agresywne, wzmożona drażliwość np. częste wybuchy złości, chwiejność nastrojów, zaburzenia koncentracji uwagi, pojawiają się kłopoty w nauce, utrata dotychczasowych zainteresowań np. sportowych, zmniejszenie aktywności społecznej (zmniejsza się lub zanika chęć spotykania się z rówieśnikami), obniżenie nastroju, niskie poczucie własnej wartości, obniżony lub znacznie zmniejszony napęd do życia. Niepokojącym objawem jest zmiana nawyków żywieniowych, prowadząca do gwałtownego chudnięcia lub tycia. Często u nastolatków zanim zdiagnozuje się zaburzenia depresyjne, diagnozuje się zaburzenia odżywiania: anoreksję, bulimię. Chorobę maskuje również wielogodzinne spędzanie czasu przed komputerem lub/i telewizorem. Sygnałem świadczącym o depresji zarówno u dzieci, jak i młodzieży mogą być objawy psychosomatyczne: bóle głowy, bóle brzucha, napady kaszlu i duszności bez wyraźnej przyczyny.

Sam proces pomagania powinien rozpocząć się od „zauważenia” zmian, które zaszły w zachowaniu czy wyglądzie dziecka. Postawienie sobie pytania „Czy ja widzę i chcę widzieć, że coś odmiennego lub/i „niedobrego” dzieje się z moim dzieckiem?”. Rodzic/opiekun powinien mieć świadomość tego jak do tej pory funkcjonowało dziecko, a jak funkcjonuje teraz. Ważne by rodzic/opiekun zdjął „klapki z oczu” i realnie, bez lęku spojrzął na dziecko i ocenił sytuację: czy to tylko bunt, kryzys rozwojowy, czy może coś poważnego.

Kolejny etap to rozmowa, być może nie jedna. Rozmowa, która powinna opierać się na następujących zasadach: traktowania współrozmówcy (dziecka) jak równego sobie partnera, otwartości (nie należy unikać tematów trudnych i wstydliwych, wyrażania uczuć i emocji), aktywnego słuchania - zainteresowanie rozmową poprzez: kontakt wzrokowy, bliskość, okazywanie zrozumienia, zadawanie pytań, unikanie podniesionego tonu głosu, zachowań o charakterze agresywnym, unikanie ciągłego pouczenia, moralizowania, krytykowania, skupienie się na rozmowie „tu i teraz”. Dziecko, nastolatek powinno mieć poczucie bezpieczeństwa, zaufania, akceptacji oraz przekonania, że jest ktoś bliski, który chce mnie wysłuchać, побыć ze mną lub zastanowić się co dalej z tym problemem możemy zrobić. W rozmowie ważne jest mówienie wprost o tym co widzę, co udało się zaobserwować, mówienie o swoich obawach dotyczących funkcjonowania np.: „Martwi mnie”, „Widzę...”. Unikanie wypytywania, a wyrażenie gotowości do wysłuchania: „Chcę, żebyś wiedział, że jeśli masz potrzebę porozmawiania ze mną to ja mam czas, żeby Cię wysłuchać”, „Ważne jest dla mnie to, żebyś czuł się dobrze w domu/szkole”. Unikanie pytań zamkniętych z „czy”, lepiej zadawać pytania otwarte: „Opowiedz mi o tym co lubisz robić ostatnio?”, „Podaj

sytuację, w której ostatnio odniosłeś sukces?”, „Widzę, że jesteś smutny, siedzisz sam w pokoju od kilku godzin, co się wydarzyło?”, „Chciałbym porozmawiać o twoich trudnościach”. Podstawowy błąd to bagatelizowanie: „To nie problem, nic wielkiego się nie stało”, „Każdy ma obowiązki”, „Weź się w garść” oraz oskarżanie o złe intencje: „Zawsze musisz narozrabiać”, „Tyle razy ci mówiłem, żebyś wziął się do nauki”. Kolejny błąd to porównywanie do innych: „Myślałam, że na więcej Cię stać, zawiodłam się, twój kolega Michał to zuch”. Ważne by wyrazić swoje obawy, niepokój jeśli chodzi o zachowanie, funkcjonowanie dziecka, nastolatka. Najlepiej opisać co widzę i co czuję: „Wydajesz mi się od jakiegoś czasu rozdrażniona, pogorszyły się Twoje oceny” lub po prostu zapytać: „Co się wydarzyło? Chciałabym z Tobą o tym porozmawiać”. Należy unikać dawania gotowych rozwiązań, a zadanie pytania: „Co by było Ci potrzebne, żebyś poczuł się lepiej ?”.

Oddziaływania pomocowe wiążą się z: psychoterapią (indywidualną, grupową, rodzinną), psychoedukacją na temat choroby: rodziny/rodziców dziecka, leczeniem farmakologicznym, interwencją w środowisku osoby – kontakt ze szkołą. Większość chorych na depresję może być leczona ambulatoryjnie, a wskazaniem do leczenia szpitalnego jest takie nasilenie depresji, które stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia chorego z powodu niemożności zapewnienia podstawowych potrzeb i ryzyka samobójstwa.

Należy pamiętać o czynnikach chroniących i od samego początku życia dziecka dbać o jego rozwój emocjonalny, społeczny, budować więź opartą na szczerych uczuciach, zapewniać podstawowe potrzeby dziecka: miłości, bezpieczeństwa, przynależności szacunku. Kształtować w dziecku i nastolatku poczucie własnej wartości, zaradności życiowej oraz budować kompetencje społeczne, niezbędne do budowania relacji z innymi ludźmi.

Opracowała: mgr Wioletta Florek - psycholog

Literatura:

- Godlewska B. R. *„Genetyka i psychiatria w praktyce lekarskiej”*. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej (2007).
- Kendall P.C. *„Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji”*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk (2004).
- Kołodziejak M. *„Depresja u dzieci i młodzieży. Podstawy teoretyczne. Psychoterapia poznawczo – behawioralna”*. Psychoterapia 2 (145) 2008.
- Turno M. *„Dziecko z depresją w szkole i w przedszkolu”*. ORE. Warszawa (2010).
- Walsh K. *„Neuropsychologia kliniczna”*. PWN. Warszawa (2000).