

DEPRESJA U DZIECI I MŁODZIEŻY

Plan spotkania

- Najczęściej zadawane pytania dotyczące depresji
- Krótka charakterystyka okresu dorastania
- Dystymia (pomiędzy smutkiem a depresją)
- Depresja
- Choroba Afektywna Dwubiegunowa
- Autoagresja i ryzyko samobójstwa u nastolatka
- Co może niepokoić?
- Gdzie szukać pomocy?
- Formy pomocy

Najczęstsze pytania dotyczące depresji

- Zaburzenia zdrowia psychicznego u młodzieży czy problemy wieku dorastania?
- Co jest normą rozwojową, a co powinno nas zaniepokoić i skłonić do wizyty u specjalisty?
- Czy to smutek czy już depresja?

Najczęstsze pytania dotyczące depresji

- Czy depresja u dzieci i młodzieży różni się czymś od depresji dorosłych?
- Kto może rozpoznać depresję?
- Czy nastolatek z depresją może dobrze funkcjonować w domu i szkole?
- Czy każdy kto się okalecza ma depresję?
- Czy każdy nastolatek z depresją ma myśli samobójcze?

Najczęstsze pytania dotyczące depresji

- Czy duża częstotliwość występowania zaburzeń depresyjnych w danym środowisku to przejaw „mody”?
- Dlaczego jedni chorują na depresję a inni nie?
- Jak długo można chorować na depresję?
- Czy zawsze depresja wymaga leczenia farmakologicznego?
- Jak długo trwa terapia?

Norma czy zaburzenie

- Jest rzeczą naturalną, że nastolatek czasem niewłaściwie się zachowuje, odczuwa smutek lub niepokój. Dlatego ważne jest, aby umieć odróżnić zachowania zwyczajne dla danego etapu rozwoju od oznak poważniejszych problemów.

Charakterystyka okresu dorastania

-ADOLESCENCJA

- Proces zmiany dziecka w osobę dorosłą
- Przebiega na wielu poziomach: psychologicznym, biologicznym, społecznym
- Stawia liczne wymagania
- Burza hormonalna wynikająca z fizjologicznych przemian w organizmie prowadzi do rozchwiania emocjonalnego i potrafi dać się nastolatkiwi we znaki.

Charakterystyka okresu dorastania

Trudny czas z powodu nakładania się na siebie:

- Dojrzewania płciowego (burza hormonalna)
- Dojrzewania intelektualnego (np. większy krytycyzm)
- Dojrzewania emocjonalnego (uczenie się radzenia sobie z emocjami i stresem)
- Dojrzewania społecznego (uczenie się nawiązywania i utrzymywania relacji społecznych)

Niepokojące zachowania wymagają więcej uwagi, gdy:

- wyraźnie odbiegają od zachowań rówieśników,
- różnią się znacząco od wcześniejszych zachowań dziecka,
- powtarzają się,
- mają destrukcyjny wpływ na codzienną aktywność

Co to jest depresja?

- **Potocznie:** obniżenie nastroju, przygnębianie, smutek, itp.
- **W znaczeniu klinicznym:** określenie zespołu objawów psychopatologicznych, wśród których zasadniczym jest długotrwałe, stale utrzymujące się przygnębianie. Często towarzyszy mu obniżenie zdolności przeżywania przyjemności, negatywny wzorzec myślenia (pesymizm), obniżenie aktywności życiowej, zaburzenia popędów i czynności wegetatywnych.

Dystymia (między smutkiem a depresją)

Zaburzenia dystymiczne są najczęstszym sposobem objawiania się zaburzeń depresyjnych.

Jest to przewlekłe obniżenie nastroju utrzymujące się przez większość dnia, co najmniej przez dwa lata a okresy poprawy nie trwają dłużej niż dwa miesiące.

Dystymia

W dystymii u dzieci często na plan pierwszy wysuwa się rozdrażnienie, utrzymujące się stale, co najmniej przez rok.

Poza obniżeniem nastroju muszą występować co najmniej dwa symptomy: zaburzenia łaknienia (obniżenie lub nadmierny apetyt) zaburzenia snu, brak energii i poczucie zmęczenia, obniżenie koncentracji uwagi, niska samoocena, poczucie nieszczęścia, utrata zainteresowań.

Niektórzy odczuwają przygnębienie przez cały czas, bez względu na okoliczności

Klasyfikacja ICD-10

F31

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

F31.3

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe,
obecnie - epizod depresji o łagodnym

Epizod depresyjny

F31.4

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe,
obecnie - epizod ciężkiej depresji bez

Epizod depresji łagodny F32.1

Epizod depresji umiarkowany F32.2

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe,
obecnie - epizod ciężkiej depresji z

objawami psychotycznymi

F32.3

Epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi.

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe,
obecnie - epizod mieszany

Inne epizody depresyjne F32.9

Epizod depresyjny nieokreślony

Klasyfikacja ICD-10

F33

Zaburzenia depresyjne nawracające

F33.0

Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny łagodny

F33.1

Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny umiarkowany

F33.2

Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie -

F33.4

Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - stan remisji

F33.8

Inne nawracające zaburzenia depresyjne

F33.9

Nawracające zaburzenia depresyjne, nieokreślone

F34

Uporczywe zaburzenia nastroju

F34.0
(afektywne)

Cyklotymia

F34.1

Dystymia

Epidemiologia

- Depresja jest chorobą bardzo często występującą!
- **Roczna zachorowalność: 3% populacji**
- Tylko 57% osób z depresją szuka pomocy lekarskiej
- Częściej chorują kobiety

Epidemiologia u dzieci i młodzieży

KLINICZNA DEPRESJA:

- 1% dzieci przedszkolnych
- 2% w grupie dzieci 6 - 12 lat
- 10-15% w grupie młodzieńczej

RÓŻNICE związane z płcią:

- w dzieciństwie proporcja 1:1
- w okresie dojrzewania 1:2 (chłopcy < dziewczynki)

Klasyfikacja depresji

- depresja **reaktywna (psychogenna)** i **endogenna**, czy używane czasem zamiennie pojęcia depresji neurotycznej i psychotycznej,
- depresja **wtórna** (występująca jako dodatkowe zaburzenie przy istnieniu wcześniej innej nieafektywnej choroby np. schizofrenii, nerwicy, zaburzeń osobowości) i depresja **pierwotna** (gdy jako pierwsza miała miejsce choroba afektywna),
- depresja **jednobiegunowa** (wyłącznie zespoły depresyjne) i **dwubiegunowa** (zespoły depresyjne i maniakalne).

Przyczyny:

- Rola czynników genetycznych
- Układy neuroprzekaźnikowe układu nerwowego
- Zaburzenia hormonalne
- Organiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego
- Dysregulacja rytmu dobowego
- Stresujące wydarzenia życiowe
- Czynniki psychodynamiczne
- Dysfunkcjonalne schematy poznawcze

Współwystępowanie

- Zaburzenia lękowe
- Nadużywanie substancji
- Zaburzenia odżywiania
- Zaburzenia osobowości

Objawy depresji

Uczucia: lęk, smutek, rozpacz, przygnębienie, poczucie braku sensu życia, apatia;

Zachowania: problemy z koncentracją uwagi, pamięcią, z podejmowaniem decyzji, wycofanie, niechęć do podejmowania działań, spowolnienie lub pobudzenie ruchowe

Ciało: obniżenie poziomu energii, zaburzenia snu (za dużo lub bezsenność) zmniejszony lub zwiększony apetyt, bóle głowy, brzucha

Myśli: dotyczące przeszłości, brak sensu życia, krytycyzm wobec siebie, niska samoocena, poczucie winy, brak nadziei

Objawy depresji

Przy zaburzeniach depresyjnych dość często występują zachowania autoagresywne, myśli rezygnacyjne oraz myśli i próby samobójcze.

Depresja to choroba ciężka i przewlekła, mająca tendencje do nawrotów. Sama nie ustąpi. Wymaga indywidualnie dobranej, długotrwałej (co najmniej 6-miesięcznej) i systematycznie prowadzonej terapii farmakologicznej. Poprawę można zauważyć dopiero po około 4 tygodniach.

Bardzo ważne jest wspomoczenie farmakoterapii dodatkowymi działaniami, współpracą z bliskimi i psychoterapią.

Depresja a śmiertelność

- Depresja jest chorobą śmiertelną
- Ok. 40-60% wszystkich samobójstw spowodowanych jest depresją
- Trudno jest określić ryzyko, że dany pacjent popełni samobójstwo

Postaci depresji okresu dorastania – A. Kępiński

- Postać apatyczno – abuliczna** (zaniedbania wyglądu zewnętrznego, unikanie kontaktu społecznego, izolacja, braki jakiejkolwiek celowej aktywności)
- Postać rezygnacyjna** (poczucie pustki egzystencjalnej, brak sensu życia, zainteresowań, chęć zakończenia cierpienia, próby samobójcze)
- Postać buntownicza** (nadmiar energii w formie wybuchów złości, kłótniowość, ostentacyjne lub bierne sprzeciwianie się ustalonym normom społecznym)
- Postać labilna** (zmiennność emocjonalna, okresy buntu z późniejszym nasilonym poczuciem winy i żalu)

Co może niepokoić:

- Myśli i próby samobójcze
- Autoagresja
- Niska samoocena
- Traumatyczne przeżycia (doświadczenie przemocy)
- Utraty (śmierć rodzica lub innej bliskiej osoby)
- Wywiad rodzinny wskazujący na występowanie uzależnień, chorób psychicznych
- Przewlekłe problemy w relacjach z rówieśnikami
- Uczucie osamotnienia
- Konflikty w rodzinie
- Nasilone i długotrwałe trudności szkolne
- Nadużywanie substancji psychoaktywnych

Myśli i próby samobójcze

Mity nt. samobójstw:

- „Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia.”
- „Samobójstwo przychodzi bez ostrzeżenia.”
- „Samobójcy chcą umrzeć za wszelką cenę.”
- „Samobójcy nie chcą umrzeć. Pragną jedynie manipulować swoim otoczeniem.”
- „Poprawa nastroju po kryzysie samobójczym oznacza koniec zagrożenia.”
- „Samobójstwu nie można zapobiec.”
- „Osoba o skłonnościach samobójczych będzie mieć je już zawsze.”
- „Próby samobójcze rzadko bywają ponawiane.”
- „Wszyscy samobójcy są umyślowo chorzy.”
- „Samobójstwa popełniają ludzie określonego typu.”

Częstość występowania samobójstw

Według statystyk policyjnych (dane ze strony www.policja.pl) w roku 2016 odnotowano 9861 zamachów samobójczych w Polsce (466 w grupie wiekowej 13-18) w tym 5405 zakończonych zgonem (101 w grupie wiekowej 13-18).

**Porządkowanie
spraw prawnych
i administracyjnych**

**Rozdawanie
dobytku**

**Izolacja i poczucie
osamotnienia**

**Rozpacz lub brak
nadziei na przyszłość**

**Ryzykowne
zachowania**

**Agresja
i poirytowanie**

Samookaleczanie

**Planowanie
pogrzebu**

**Żegnanie
się z bliskimi
i dalszymi
osobami**

**SAMOBÓJSTWO
SYGNAŁY
OSTRZEGAWCZE**

**Spisywanie
testamentu**

**Mówienie o sobie
złych rzeczy**

**Drastyczne zmiany
w zachowaniu**

**Porządkowanie
dokumentów
rodzinnych**

**Mówienie,
że jest się ciężarem**

**Nadużywanie
substancji odurzających**

**Częste wspomnianie
o śmierci**

**Groźenie
samobójstwem**



WWW.ISTHIS.ORG

Zachowania autoagresywne

Autoagresja to działanie lub szereg działań mających na celu spowodowanie psychicznej albo fizycznej szkody.

Wyróżnić można **autoagresję bezpośrednią** (bicie, samookaleczenie, samooskarżanie) oraz **pośrednią** (jednostka wymusza, prowokuje i poddaje się agresji innych).

Występuje także podział na werbalną i niewerbalną.

Autoagresja werbalna polega na zaniżaniu swej samooceny, poprzez wmawianie sobie własnej małej wartości, częstą krytykę siebie i swojego zachowania.

Autoagresja niewerbalna – samookaleczenie.

SAMOOKALECZENIA

Samookaleczanie się to działanie, polegające na umyślnym uszkodzaniu własnego ciała poprzez np. dokonywanie ran ciętych na przedramieniu, dłoniach czy innych częściach ciała, gryzienie, drapanie, wbijanie ostrych przedmiotów, przypalanie, wyrywanie sobie włosów itp.

Dzieci i młodzież w pewnym momencie przestają sobie radzić z negatywnymi emocjami i jedynym sposobem na rozwiązanie ich problemów staje się samookaleczanie się. Są to tzw. **zachowania autoagresywne**. Oczywiście mogą mieć charakter jednorazowy bądź nawracający. Stanowią w wielu przypadkach zagrożenie dla zdrowia a nawet życia osoby okaleczającej się.

Częstość występowania

W świetle dostępnych danych bardzo trudne wydaje się ustalenie występowania wśród młodzieży samouszkodzeń. Zjawisko to jest postrzegane jako odzwierciedlenie skłonności autodestrukcyjnych, a równocześnie wyraźnie od nich odróżniane. Szczególnie akcentowana jest różnica pomiędzy samobójstwem „prawdziwym” – mającym na celu **samounicestwienie**, a wszelkiego rodzaju samookaleczeniami, które często mają chronić jednostkę, a więc pełnią **funkcję adaptacyjną**.

Rozpowszechnienie zachowań związanych z samookaleczaniem mieści się w zakresie od 2 do 35 % wśród uczniów w ciągu roku.

Samookaleczenia występują trzykrotnie częściej u dziewcząt niż u chłopców.

Leczenie

-powinno uwzględniać wszystkie sfery nieprawidłowego funkcjonowania:

-trudności społeczne

-kłopoty z nauką

-trudności w rozwiązywaniu problemów społecznych i kontrolowaniu emocji

-nieprawidłowe relacje rodzinne

-dysfunkcjonalne przekonania dotyczące własnej osoby i innych ludzi

Czynniki ochronne i zapobieganie

- bezpieczne, stabilne otoczenie w pierwszych latach życia
- spokojna atmosfera w domu
- stabilna atmosfera w środowisku szkolnym (zagrożenie niosą: przemoc w szkole, nasilona rywalizacja i presja ze strony rówieśników, nadmierny nacisk na osiągnięcia szkolne)

Czynniki wpływające na powstawanie i utrzymywanie się zaburzeń depresyjnych

- Czynniki predysponujące (biologiczne, osobowościowe)
- Czynniki wyzwalające (ważne wydarzenia życiowe nie tylko te negatywne, śmierć, rozwód rodziców, bycie ofiarą przemocy, odrzucenie przez grupę, ale też np. wejście w dorosłość 18, matura)
- Czynniki podtrzymujące (uwaga innych, poprawa relacji rodzinnych, mniejsze wymagania, odroczenie ważnych decyzji)

W głowach się ludziom przewraca,
kiedyś nie było depresji

Zajmij się czymś pożytecznym,
to ci smutki wylecą z głowy...

Baw się, ciesz,
masz jedno życie...

Przesadzasz, nic się nie dzieje...

Sresję masz,
a nie depresję...

Weź się za robotę,
to ci smutki wywietrzeją z głowy

Na świecie jest tyle nieszczęść,
twoje przy nich to pestka...

Uśmiechnij się

Przejdzie ci...

Nie bądź dzieciakiem,
życie takie jest...

Znajdź sobie jakieś hobby

**NIE MÓW
TAKICH RZECZY
OSOBIE CHOREJ
NA DEPRESJĘ...**

Nikt nie mówił, że będzie łatwo...

Przestań się nad sobą użalać.

To wszystko jest w twojej głowie,
sam sobie to robisz...

Zajmij się tymi,
którzy naprawdę mają ciężko...

Ogarnij się, weź się w garść...

Wydź do ludzi

WWW.ISTHIS.ORG



Co mówić do osoby z depresją?



WWW.ISTHIS.ORG



Kto może pomóc gdy podejrzewamy depresję u nastolatka

- Nauczyciel, wychowawca we współpracy z rodzicami
- Pedagog, psycholog szkolny
- Poradnia Psychologiczno –Pedagogiczna (pomoc bezpłatna, do 18 r ż. rodzic wyraża zgodę na badania i pomoc dziecku,
- Psychiatra
- Placówki świadczące psychoterapię (min. PPP, Kompas, Feniks)

Formy pomocy

- Opinia o dostosowaniu wymagań do stanu zdrowia
- Nauczanie indywidualne - ostateczność – gdy inne formy zawiodą, najlepiej na jak najkrótszy czas
- Grupa rozwojowo - terapeutyczna dla młodzieży objętej nauczaniem indywidualnym
- Terapia psychologiczna: indywidualna, grupowa, rodzinna
- Leczenie farmakologiczne
- Leczenie szpitalne lub obserwacja na oddziale

Dziękujemy
za uwagę