



ZABURZENIA DEPRESYJNE U DZIECI I MŁODZIEŻY

Chyba każdemu z nas zdarzyło się, że nie miał ochoty wstać z łóżka, wszystko wydawało się nie mieć najmniejszego sensu. Codzienne obowiązki stały się udręką.

Wiele osób (szczególnie w okresie jesienno-zimowym), uskarża się na obniżenie nastroju, zmniejszenie energii życiowej i sił witalnych.

Depresja jednak, nie jest zwykłym obniżeniem nastroju, obejmuje wiele objawów i jest zaburzeniem psychicznym. Zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami wyróżniamy wiele typów takich zaburzeń. Część z nich ma podłoże organiczne, inne wynikają z typu osobowości, kolejne powstają w wyniku trudnych i stresujących doświadczeń.





Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych **ICD-10** oraz Klasyfikacją Zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) **DSM IV** podział zaburzeń depresyjnych wygląda następująco:

ICD-10

ZABURZENIA AFEKTYWNE DWUBIEGUNOWE

ORGANICZNE ZABURZENIA DEPRESYJNE

EPIZOD DEPRESYJNY

ZABURZENIA DEPRESYJNE NAWRACAJĄCE

CYKLOTYMIA

DYSTYMIA

DEPRESYJNE ZABURZENIA ZACHOWANIA

ZABURZENIA DEPRESYJNE I LĘKOWE MIESZANE

REAKCJA DEPRESYJNA PRZEDŁUŻONA

REAKCJA MIESZANA LĘKOWO-DEPRESYJNA

DSM-IV

ZABURZENIA O TYPIE DUŻEJ DEPRESJI
– POJEDYŃCZY EPIZOD

ZABURZENIE O TYPIE DUŻEJ DEPRESJI NAWRACAJĄCE

ZABURZENIA DWUBIEGUNOWE TYPU I

ZABURZENIA DWUBIEGUNOWE TYPU II

DYSTYMIA

Zaburzenia depresyjne występują równie często u chłopców jak i u dziewczynek w okresie przedpokwitaniowym. W środkowej fazie pokwitania zwiększa się liczba przypadków depresji płci żeńskiej.

Przyczyny depresji nie są do końca wyjaśnione. W chwili obecnej dominuje stanowisko, że ma ona podłoże wieloczynnikowe (biologiczne i psychospołeczne).

Do czynników biologicznych możemy zaliczyć:

- podatność na zranienie w związku z uszkodzeniami OUN w czasie ciąży, porodu, w wyniku chorób wczesnodziecięcych bądź uwarunkowania genetyczne. Depresja częściej występuje u tych dzieci, których jedno z rodziców cierpi na tego typu zaburzenia (prawdopodobieństwo wystąpienia 15-45%)
- nieprawidłowości w funkcjonowaniu osi podwzgórza – przysadka – nadnercza, związane z czynnikami genetycznymi lub efekt stresu w trakcie krytycznego okresu rozwoju mózgu
- uszkodzenie lub dysfunkcje mózgu, niektóre choroby somatyczne

Do czynników psychospołecznych możemy zaliczyć:

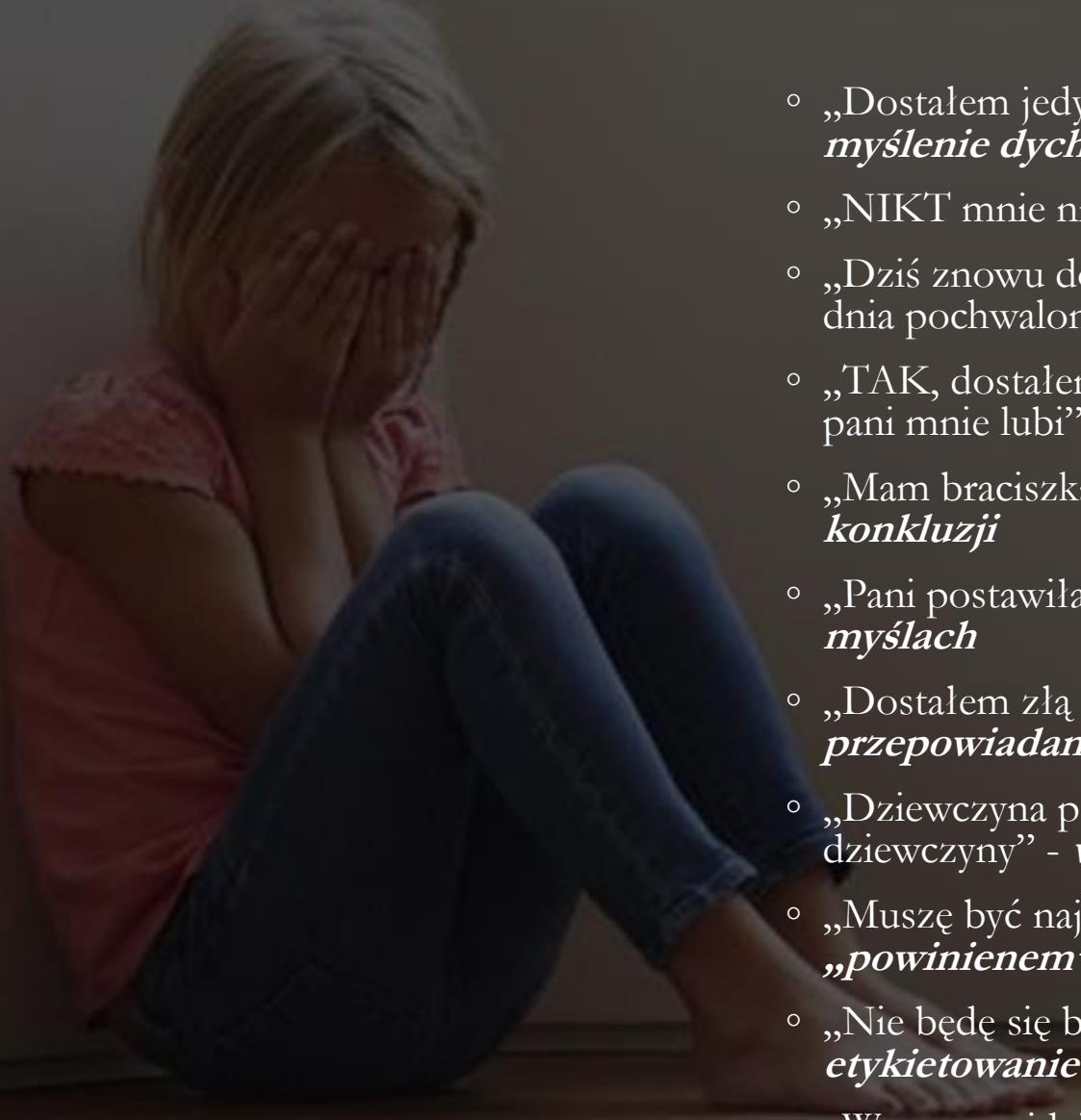
- problemy w relacjach z rodzicami: odrzucające i zdystansowane postawy rodzicielskie, krytyczny, restrykcyjny i kontrolujący styl wychowawczy
- dezorganizacja życia rodzinnego: choroby rodziców, uzależnienia, przemoc
- śmierć, separacja, rozwód rodziców
- ubóstwo, niewystarczające warunki socjalne, niski status społeczny
- niepoeodzenia bądź inne traumatyczne wydarzenia



Często u młodych dzieci zaburzenia depresyjne przejawiają się pod postacią somatogenną. Ponieważ nie rozpoznają one swoich emocji, skarżą się częściej na, np. chroniczne bóle głowy, bóle w klatce piersiowej niż na stale przeżywany smutek. U nastolatków z kolei, depresja objawia się często wzmożoną drażliwością, zwłaszcza wobec dorosłych, pogorszenie wyników w nauce, unikanie wszelkiej aktywności i wysiłku oraz utrata zainteresowań.

U dzieci i młodzieży ze stwierdzoną depresją (40-70%), współwystępują inne zaburzenia psychiczne: zaburzenia zachowania, lęk (agorafobia, lęk uogólniony, fobia społeczna, ataki paniki, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne), nadużywanie sybstancji psychoaktywnych, ADHD, anoreksja i bulimia.

W zakresie przetwarzania informacji osoby z depresją w sposób irracjonalny interpretują wydarzenia i sytuacje. Błędy w ich myśleniu sprawiają, że doświadczenia są postrzegane jedynie przez negatywny pryzmat. Zjawisko to nazywamy zniekształceniami poznawczymi.



- „Dostałem jedynkę z matematyki, jestem BEZNADZIEJNY”. - ***myślenie dychotomiczne (czarno-białe)***
- „NIKT mnie nie lubi” - ***nadmierne uogólnianie***
- „Dziś znowu dostałem jedynkę, podczas gdy uczeń został tego dnia pochwalony przez nauczyciela z fizyki” - ***selektywna uwaga***
- „TAK, dostałem 5 z klasówki z polskiego, ale test był banalny i pani mnie lubi” - ***pomijanie pozytywów***
- „Mam braciszka, mama mnie nie kocha” - ***przeskakiwanie do konkluzji***
- „Pani postawiła mi jedynkę. Nienawidzi mnie” - ***czytanie w myślach***
- „Dostałem złą ocenę z egzaminu, nie dotanę się na studia” - ***przepowiadanie przeszłości***
- „Dziewczyna powiedziała, żebym spadał. Nie znajdę już żadnej dziewczyny” - ***wyolbrzymianie lub minimalizacja***
- „Muszę być najlepszym uczniem” - ***stwierdzenia typu „muszę”, „powinienem”***
- „Nie będę się bawić z tym śmierdzącym grubasem” - ***etykietowanie***
- „Wszyscy widzieli, że upadłem ze schodów i śmiali się ze mnie” - ***personalizacja***

Na co powinien zwrócić uwagę nauczyciel?

DUŻA ABSENCJA W SZKOLE, POGORSZENIE WYNIKÓW W NAUCE

Dzieci i młodzież cierpiące na depresję rezygnują z wielu aktywności, również tych związanych z edukacją. Mają problemy z koncentracją uwagi i nie są w stanie podołać obowiązkom. Możemy zaobserwować zaburzenia myślenia, np. negatywna ocena teraźniejszości, przeszłości i przyszłości, utrata sensu życia, zmniejszona samoocena. Dziecko stopniowo wycofuje się z realizowania swoich planów życiowych.

Dodatkowo problemy ze snem mogą powodować uczucie zmęczenia i trudności z porannym wstawaniem do szkoły. Trudności w nauce mogą mieć swoje źródło zarówno w tym, że depresja upośledza funkcjonowanie behawioralne (zwiększona męczliwość, utrata koncentracji uwagi, zaburzenia snu), jak i poznawcze (negatywne myśli o sobie i świecie często prowadzi do błędnego koła i wycofania się z wielu aktywności).

WRAŻLIWOŚĆ, ZŁOŚĆ, WROGOŚĆ

Obserwowane u dzieci takie zachowania, jak silne wybuchy złości, wrogie nastawienie są źródłem wielu konfliktów, które w rezultacie mogą prowadzić do odrzucenia dziecka i uznania go za osobę źle wychowaną, arogancką, przejawiającą zachowania opozycyjno-buntownicze. Tymczasem w/w objawy mogą maskować typowe objawy depresji. Informacje płynące z otoczenia: „*Jesteś niedobry, znowu się nie nauczyłeś, do niczego w życiu nie dojdiesz*”, jedynie potwierdzają negatywne myślenie o sobie. W rezultacie może u dziecka pojawić się stwierdzenie: „Skoro nic mi się nie udaje, to po co się starać”.

Jeżeli wcześniej młody człowiek nie sprawiał problemów wychowawczych, jego zachowania były w normie, to z pewnością należy zwrócić się z tym do rodziców i podjąć decyzję o skonsultowaniu się ze specjalistą.

TRUDNOŚCI W RELACJACH, IZOLACJA OD RÓWIEŚNIKÓW, UTRATA ZAINTERESOWANIA KONTAKTAMI SPOŁECZNYMI, SŁABA KOMUNIKACJA

Osoby z depresją mają wiele negatywnych myśli. Porównują się ze swoimi rówieśnikami, zawsze myślą, że wypadają gorzej, są głupszy, nie są atrakcyjni, nikt ich nie lubi.

OBJAWY SOMATYCZNE

Zgłaszane bóle głowy, brzucha, nadmierne zmęczenie, zawroty głowy.

ZACHOWANIA RYZYKOWNE

Zażywanie substancji psychoaktywnych, stymulujących, alkohol i papierosy, celem poprawy swojego samopoczucia. Nie rozumienie konsekwencji swoich działań. Najważniejsza jest chwilowa ulga. Pmiętajmy, że nastolatki często żyją „tu i teraz”.

BRAK PRZEŻYWANIA RADOŚCI, ZADOWOLENIA I SZCZĘŚCIA

BRAK ŁAKNIENIA LUB NADMIERNY APETYT

ZABURZENIA SNU

Większość nauczycieli nie posiada informacji na temat problemów ze snem. Jednak w praktyce można to ocenić. Uczeń zaczyna przysypiać, ziewać, widoczne są fizyczne objawy zmęczenia (bladość, podkrążone oczy), częsta absencja dziecka na pierwszych lekcjach. U osób dotkniętych depresją dochodzi do charakterystycznego przesunięcia aktywności – nie mogą zasnąć w nocy i mają duże problemy z funkcjonowaniem we wczesnych godzinach porannych.



FIZYCZNE SPOWOLNIENIE LUB POBUDZENIE

Osoby spokojne, zrównoważone stają się nagle nadmiernie pobudzone, gadatliwe, trudno im jest usiedzieć w miejscu lub odwrotnie – młody człowiek z bardzo aktywnego staje się apatyczny, niemal zastygający w bezruchu.

POCZUCIE BEZWARTOŚCIOWOŚCI, WINY, MYŚLI O ŚMIERCI

W przypadku kiedy uczeń zgłosi myśli samobójcze, lub będzie groził, że sobie coś zrobi należy niezwłocznie powiadomić rodziców dziecka, ew. pogotowie.

Zauważnie powyższych zachowań jest wskazaniem do podjęcia odpowiednich kroków. Należy pamiętać, że specjaliści szkolni nie mają uprawnień do stawiania diagnozy. Ich rolą jest zwrócenie uwagi na niepokojące symptomy, poinformowanie o nich rodziców ucznia oraz wskazanie dalszej drogi postępowania.



Jak leczymy depresję?

Leczenie farmakologiczne jest niezbędne w przypadku stwierdzenia ciężkiej depresji, zaburzeń dwubiegunowych lub w przypadku wystąpienia w jej przebiegu objawów psychotycznych (np. halucynacji słuchowych), również w sytuacji wystąpienia nasilonych tendencji samobójczych. Stosowanie leków w innych przypadkach może okazać się pomocne w procesie psychoterapeutycznym, jednak nie jest niezbędne. Podjęte leczenie powinno trwać przynajmniej pół roku. W przypadku kiedy zaburzenia depresyjne w znacznym stopniu utrudniają funkcjonowanie dziecka, a prowadzenie leczenia ambulatoryjnego jest niemożliwe, wówczas lekarz może podjąć decyzję o hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym. Drugim sposobem jest psychoterapia (najbardziej skuteczną to poznawczo-behawioralną), która zwróci uwagę na zmiany w sposobie myślenia, zmiany w obrębie zachowania, zmniejszenie stresu oraz pomoc w pokonywaniu kryzysów rozwojowych. Wprowadzenie zmian w funkcjonowaniu dziecka nie będzie możliwe bez zaangażowania w proces opiekunów dziecka. Należy pamiętać, że prezentowane zaburzenia często odzwierciedlają dysfunkcje całej rodziny.

Pracowałem z depresyjną klientką. Był to początek terapii. Na pytanie, co u niej słychać, odpowiedziała, że beznadziejnie i ledwo zwlokła się z łóżka na terapię. Zareagowałem entuzjastycznie i pochwalilem: „To wspaniale, że miałaś tyle siły, żeby wstać z łóżka i tu przyjechać” Dziewczynka smutno podniosła głowę i popatrzyła mi przez chwilę w oczy, po czym z pogardą powiedziała: „Pan mnie chyba dowartościowuje”.



Opracowała: Aleksandra Ćwiek, Szkoła Podstawowa nr 10
"Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży a szkolna rzeczywistość" M. Jerzak.