**23 lutego** obchodzimy Międzynarodowy Dzień Walki z Depresją. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, depresja jest czwartą najpoważniejszą chorobą na świecie i jedną z głównych przyczyn samobójstw.

**Celem obchodów jest upowszechnienie wiedzy na temat depresji i innych zaburzeń z nią związanych.**

 

 Jest to bardzo istotny problem dzieci i młodzieży, szczególnie jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że może ona w istotny sposób **zakłócić funkcjonowanie** młodej osoby.

​

Zaburzenia nastroju mogą powodować zmianę postrzeganie siebie, otoczenia, doprowadzić do izolacji, w istotny sposób wpłynąć na poczucie własnej wartości, wywołać poczucie winy, beznadziejności, powodując uczucie bezsensu istnienia.

Szczególnie **niebezpiecznym zagrożeniem** mogą być myśli i tendencje samobójcze.

​

Ważnym zagadnieniem jest również związek zaburzeń depresyjnych z zaburzeniami funkcji poznawczych (pamięci, koncentracji, planowania, organizacji) co ma znaczenie w nabywaniu wiedzy, funkcjonowaniu w szkole.

Omówimy dlaczego tak zwany **„wagarowicz”** może nieść ze sobą historię depresji, manii a nie, jak powszechnie sądzi się „buntującym się” lub „leniwym” nastolatkiem.

​

Zaburzenia współistniejące, jak ADHD, zaburzenia ze spektrum autyzmu, obsesyjno - kompulsyjne, tiki, to również istotny problem, gdyż **depresja może być wtórna** do trudnych doświadczeń młodych osób, często mogą doświadczać odrzucenia przez rówieśników, stygmatyzacji.

**Depresja młodzieńcza**

W ciągu ostatnich lat obserwuje się wyraźny wzrost zachorowania na zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, ponadto średnia wieku, w którym objawy pojawiają się po raz pierwszy zdecydowanie obniża się. Co czwarty nastolatek jest zagrożony zachorowaniem na [**depresję**](https://salusprodomo.pl/offers/diagnoza-i-leczenie-chorob-afektywnych/leczenie-depresji-warszawa/) i doświadcza przynajmniej jednego jej epizodu. Dane dotyczące zachorowalności na zaburzenia depresyjne w grupie dzieci i młodzieży wskazują na wzrost na poziomie 25 %. Ocenia się, że nawet ¼ osób do 18 r. życia przechodzi epizod depresyjny, wymagający specjalistycznej pomocy. W Polsce rocznie około 300 młodych osób do 19 r. życia ginie śmiercią samobójczą. W grupie wiekowej od 10 do 18 roku życia samobójstwo jest drugą przyczyną zgonów wśród chłopców, a trzecią wśród dziewcząt. W krajach europejskich samobójstwa są główną przyczyną zgonów w wieku 15 – 29 lat.

Zaburzenia depresyjne u dzieci mają swoją specyfikę i bardzo się różnią się od potocznego wyobrażenia przebiegu depresji u osoby dorosłej, być może właśnie dlatego tak trudno jest rodzicom i nauczycielom wychwycić jej pierwsze symptomy.  Zachowania dzieci cierpiących z powodu depresji łatwiej jest widzieć i rozumieć w kategoriach zachowań buntowniczych, lenistwa czy zmian osobowościowych w okresie dojrzewania. Niski poziom edukacji społecznej dotyczący zaburzeń psychicznych sprawia, że objawy depresji u dzieci i młodzieży umykają naszej uwadze, a krytyczne i restrykcyjne reakcje rodziców i nauczycieli na uciążliwe dla otoczenia zaburzenia zachowania mające depresyjne uwarunkowania stają się dodatkowym obciążeniem dla depresyjnych dzieci. Dlatego warto wiedzieć, że w odniesieniu do dzieci i młodzieży możemy mieć do czynienia z następującymi zaburzeniami depresyjnymi.

**Rodzaje depresji:**

* Depresję można rozpoznać nawet u małych dzieci i dotyczy istotnej liczby dzieci.
* Dużą depresję rozpoznaje się u 1-5 % dzieci w wieku 7-13 rok życia.
* Depresję młodzieńczą rozpoznaje się u 15 – 20 % młodzieży, co oznacza, że występuje równie często, co u dorosłych.
* Uważa się, że tak zwana depresja sezonowa również dotyka dzieci i dość często występuje w okresie zimy.

**Stany depresyjne u małego dziecka** są trudno rozpoznawalne, ponieważ mają nietypowy przebieg. Często rodzaj i nasilenie objawów oraz specyfika zaburzeń funkcjonowania nie dają obrazu klinicznego typowego dla zaburzeń depresyjnych w dorosłym wieku. Nie mamy na przykład do czynienia z przeżywaniem obniżonego nastroju, a raczej jego labilnością i okresami drażliwości, „krnąbrności”. U małych dzieci, jako diagnostyczne mogą być ciągłe skargi somatyczne lub skargi na problemy w relacjach z rówieśnikami, unikanie kontaktów z innymi dziećmi, niechęć do szkoły, wycofywanie się z zabaw. Rzadsze są zaburzenia snu i apetytu. Istotny jest brak oczekiwanego przyrostu masy ciała u dzieci. Mogą pojawić się plany samobójcze, choć zdecydowanie rzadziej są realizowane i prowadzą do śmierci.

U 40 – 70 % dzieci i młodzieży z rozpoznaną depresją występują dodatkowo inne zaburzenia psychiczne. Najczęściej są to: zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, [ADHD](https://salusprodomo.pl/offers/diagnoza-i-leczenie-zaburzen-rozwojowych/leczenie-adhd-u-dzieci/), zaburzenia dystymiczne, uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Dzieci z podwójną diagnozą dystymii i depresji są w grupie ryzyka nawrotów epizodów depresji w przyszłości. Z badań wynika, że u 20– 40% nastolatków z depresją pojawi się w przyszłości epizod maniakalny.

**Objawy Depresji u Dzieci – Objawy Młodzieńczej Depresji**

Depresja młodzieńcza, w przeciwieństwie do dużej depresji dorosłego, również jest uważana za zaburzenie o złożonej i wielopłaszczyznowej dynamice, której objawy nie muszą przypominać przebiegu depresji u osoby dorosłej, np. częsta zmienność nastroju i zaburzenia zachowania. Podkreśla się, że nietypowy przebieg depresji u dzieci i młodzieży nie spełnia kryteriów obecnej Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zachowania, więc ciągle otwartym pozostaje pytanie o celowość leczenia farmakologicznego. Objawy młodzieńczej depresji mogą być mylone z różnymi [zaburzeniami emocjonalnymi i zachowania](https://salusprodomo.pl/offers/diagnoza-i-leczenie-zaburzen-rozwojowych/leczenie-zaburzen-zachowania-i-emocjonalnych/), dodatkowo są uwikłane w specyfikę systemu rodzinnego, dlatego tak ważna jest potrzeba specjalistycznej diagnozy psychologicznej, a nie tylko psychiatrycznej. Depresja u dzieci i młodzieży objawia się zaburzeniami nastroju, zaburzeniami emocjonalnymi, poznawczymi i zachowania. Może mieć charakter nawracających epizodów.

**Objawy mogą polegać na:**

* Zaburzenia nastroju przejawiają się obniżeniem nastroju, jednak u młodszych dzieci może występować zmienność nastrojowa, a głównym nastrojem może być nastrój drażliwy, stany dysforyczności, a nie depresyjny.
* Wysoki poziom lęku i obawy przed przyszłością, niemożnością osiągania celów edukacyjnych i życiowych.
* Poczucie bezwartościowości, bycie nieudacznikiem, tendencje rezygnacyjne, nie podejmowanie wyzwań, nowych zadań, antycypacja porażek.
* Trudności w uczeniu się, koncentracji, wytrwałości w zadaniach, pojawianie się niepowodzeń szkolnych.
* Skargi na nudę, braku przeżywania przyjemności, radości.
* Obniżony poziom aktywności, może być maskowany zaburzeniami zachowania.
* Zaburzenia rytmu dobowego, problemy z porannym wstawaniem, lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych.
* Liczne skargi somatyczne, bóle brzucha, głowy, poczucie choroby somatycznej.
* Zaniedbania w wyglądzie i higienie
* Nadmierna senność i stałe poczucie zmęczenia.
* Uczucie ciężkości w kończynach.
* Spadek wagi i brak łaknienia, lub nadmierny przyrost masy ciała.
* Nadwrażliwość na odrzucenie w kontaktach rówieśniczych
* Ryzyko próby samobójczej jest bardzo wysokie w przypadku depresji młodzieńczej.
* U starszych dzieci i młodzieży, modą pojawiać się depresyjne objawy psychotyczne – urojenia depresyjne.

Zaburzone zachowanie jest objawem, który sprawia największy kłopot rodzicom i nauczycielom. Może przejawiać się odmową chodzenia do szkoły i podejmowania obowiązków domowych, łamaniem zasad i norm społecznych. Są to również zachowania związane z eksperymentowaniem z uzależniającymi środkami psychoaktywnymi, ryzykownymi zachowaniami dotyczącymi aktywności seksualnej, samookaleczenia i inne zachowania autodestrukcyjne. W obrazie depresji młodzieńczej na pierwszy planie mogą pojawiać się uciążliwe zaburzenia zachowania, które mogą być mylone z okresem buntu adolescencyjnego i nie są diagnozowane w kategoriach zaburzeń depresyjnych. Zachowania samobójcze pojawiają się we wczesnym okresie dorastania, a najwięcej przypada na fazę późnej adolescencji i wczesnej dorosłości.

Choć nasilenie objawów i następstw zaburzeń funkcjonowania nie osiągają poziomu klinicznego, to depresja młodzieńcza jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego, jakości funkcjonowania psychospołecznego i fizycznego w dorosłym życiu.

**Przyczyny Depresji u Dzieci i Depresji Młodzieńczej**

* W wymiarze biologicznym zwraca się uwagę na predyspozycje genetyczne do zachorowania i znaczenie neuroprzekażnictwa, dysfunkcji układu noradrenergicznego i serotoninergicznego.
* Koncepcje dotyczące dysregulacji hormonalnej zwracają uwagę na znaczenie dla tego okresu wewnątrzwydzielniczego układu hormonalnego i uruchomienie procesu pokwitania.
* W wymiarze psychologicznym podkreśla się, że jest to trudny okres realizacji najważniejszych zadań rozwojowych, budowania własnej tożsamości, procesów indywidualizacji-separacji.
* Badania podkreślają, że u młodzieży depresyjnej we wcześniejszych okresach życia pojawiają się czynniki zaliczane do ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych np. obciążenie okołoporodowe i zaniedbania psychospołeczne.
* Zauważono rodzinne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych. Rodzice z rozpoznaniem depresji mają częściej dzieci cierpiące na to zaburzenie.
* Koncepcje systemowe zwracają uwagę na znaczenie uwarunkowań rodzinnych, znaczenie zaburzonej struktury rodziny, zaburzenia komunikacji w rodzinie, relacji emocjonalnych i zasad regulujących funkcjonowanie rodziny.
* Koncepcje psychodynamiczne zgodnie ze swoim paradygmatem, interpretują zachorowanie na depresję, jako skutek wcześniejszych problemów rozwojowych, prowadzących do zaburzenia struktury osobowościowej i możliwości wystąpienia zaburzeń psychicznych.
* Poznawcza koncepcja zaburzeń depresyjnych podkreśla, że przyczyną są dysfunkcjonalne przekonania zwane triadą depresyjną, błędy myślenia i negatywne schematy dotyczące własnej osoby, innych i otaczającego świata.
* Współczesny model teoretyczny o największym zasięgu klinicznym wyjaśniający patogenezę zaburzeń psychicznych jest nazywany**modelem** **podatności na zranienie-stres**. Model ten najpełniej łączy wszystkie uwarunkowania: neurobiologiczne, genetyczne, psychologiczne, społeczne: rodzinne i środowiskowe (szkoła, rówieśnicy), które mają wpływ na zachorowanie. Podkreśla, że biologiczną predyspozycję do zachorowania aktywizuje stres. Model podatności na zranienie-stres zwraca uwagę na szczególną predyspozycje osoby – nadwrażliwość, która to powoduje podatność na zachorowanie w wyniku działania stresu. Stresogennym przewlekłym czynnikiem może być klimat rodzinny, relacje z rówieśnikami, ambicje przewyższające możliwości itp.

Model ten zwraca uwagę na to, że choć ciągle nie mamy wpływu na biologiczną predyspozycję do zachorowania na zaburzenia psychiczne (z tą cechą mózgu część populacji przychodzi na świat), to mamy wpływ na modelowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem, umiejętności społeczne. Tym samym – im lepiej radzimy sobie z przeciwnościami losu, stresogennymi czynnikami, tym w większym stopniu obniżamy ryzyko zachorowania na depresję lub ryzyko nawrotów epizodów choroby w przyszłości. Tak, więc w przypadku zachorowania dziecka na zaburzenia depresyjne, istotne jest wzmacnianie cech osobowościowych i umiejętności społecznych tak, aby nie było bezbronne wobec stresu i w efekcie nawracających epizodów choroby, by obniżyć ryzyko nawrotów epizodów depresji w przyszłości.

Model zwraca uwagę na znaczenie oddziaływań psychoterapeutycznych i psychoedukacyjnych, nie tylko w kontekście leczenia obecnego epizodu depresji, ale jako forma profilaktyki, chroniąca przed nawrotami zaburzenia w przyszłości.

Szkoła jest nie tylko miejscem, gdzie dzieci i młodzież zdobywają wiedzę, rozwijają swoje umiejętności intelektualne, ale jednocześnie jest najważniejszym środowiskiem, które bezpośrednio wpływa na rozwój emocjonalny i społeczny ucznia. Szkoła może wzmacniać zdrowie psychiczne uczniów, może ujawniać już istniejące problemy dzieci ze zdrowiem psychicznym, ale może być stresogennym czynnikiem, który prowokuje biologiczną wrażliwość na stres i aktywizuje zachorowanie na zaburzenia psychiczne.

Klimat rodzinny może być przewlekłym stresogennym czynnikiem, aktywizującym biologiczną predyspozycję do zachorowania, ale również może się stać znaczącym czynnikiem obniżającym ryzyko zachorowania w przyszłości.

Wiemy, że dzisiejszy świat to dynamiczny postęp technologiczny, który wymusza rywalizacyjność, konkurencyjność, prowokuje stałe poczucie zagrożenia, stany frustracji, burzy przyjazne relacje społeczne, które często stają się obojętne bądź, co gorsza – agresywne i wrogie. Problemy naszego funkcjonowania w świecie zewnętrznym, w szkole, czy miejscu pracy mają oczywiście swoje przełożenie na relacje w rodzinie, która przestaje być oazą poczucia bezpieczeństwa, wsparcia i akceptacji. Wydaje się, paradoksalnie, że jedynym stałym elementem dzisiejszej rzeczywistości jest zmiana, która wymusza nieustające procesy adaptacyjne, które są związane z przeżywaniem lęku, napięcia, niepokoju, permanentnego poczucia zagrożenia dotyczącego naszego poziomu egzystencji finansowej i społecznej. To wszystko zwiększa ryzyko wystąpienia różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. Wbrew pozorom trud istnienia relatywnie jest dziś większym problemem, niż w poprzednich wiekach.

Umyka naszej uwadze, że tej presji są poddawane również nasze dzieci, co jest szczególnie niekorzystne dla ich rozwoju i prawidłowego funkcjonowania. Rywalizacja i konkurencyjność, kult sukcesu pojawia się już na poziomie przedszkola, kształtując cechy osobowościowe dzieci, często egocentryzm, nadmierny perfekcjonizm, bądź powoduje postawy wycofania, rezygnacyjne, poczucie osamotnienia i niskiej samooceny. Jeszcze gorzej jest, gdy w obawie o przyszłość swoich dzieci rodzice stawiają poprzeczkę swoich ambicji powyżej możliwości dziecka.  Niedojrzałość, brak mechanizmów odpornościowych i umiejętności konstruktywnego rozwiązywania problemów i konfliktów, wszystko to powoduje, że są one całkowicie bezbronne i bezradne wobec napierających wyzwań rzeczywistości, już od wczesnych lat szkolnych. Pośpiech życia rodziców, ich zagubienie w pełnieniu ról rodzicielskich, brak często konsekwencji w trzymaniu zasad i norm, brak spójnego systemu rodzicielskiego i rekompensowanie dziecku braku głębszego zainteresowania, niekończącymi się zakupami i spełnianiem „zachcianek”, generuje kolejne problemy. Bezradni są rodzice, nauczyciele, bezradne i zagubione są dzieci. A statystyki i liczne doniesienia alarmują, że niebezpiecznie wzrasta zachorowalność na zaburzenia psychiczne wśród dzieci i młodzieży. Z danych statystycznych gromadzonych przez WHO wynika, że około 50 % wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego zaczyna się w okresie dojrzewania.

**Leczenie Depresji u Dzieci**

Ze względu na różne postacie zaburzeń depresyjnych i czynniki warunkujące powstanie i przebieg choroby, leczenie ma bardzo zróżnicowany charakter i powinno mieć charakter zindywidualizowany. W formach zaburzenia, gdzie czynniki genetyczne, biochemiczne i hormonalne, odgrywają kluczową rolę najważniejsza jest farmakoterapia dopasowana do mechanizmu zaburzenia. Zależnie od czynników psycho-społecznych, warunkujących powstanie i przebieg depresji niezbędne jest podjęcie określonych działań psychoterapeutycznych.

Depresja należy do tych zaburzeń psychicznych, których cechą są nawroty. Dlatego kompleksowe leczenie psychofarmakologiczne powinno uwzględniać psychologiczną profilaktykę, zmniejszającą ryzyko nawrotów epizodów choroby w przyszłości. Ma to szczególne uzasadnienie w przypadku dzieci i młodzieży.

Leczenie farmakologiczne dzieci i młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi jest ciągle uważane za kontrowersyjne. Uzyskiwane wyniki w badaniach skuteczności leczenia farmakologicznego zdecydowanie odbiegają od wyników w przypadku stosowania leczenia wobec osób depresyjnych. Zalecane są leki przeciwdepresyjne z grupy MAO i SSRI. W przypadku rozpoznania choroby dwubiegunowej (manii i depresji) stosowane są stabilizatory nastroju. Podjęcie leczenia depresji u dzieci i młodzieży obecnie uważa się za uzasadnione w kontekście zapobiegania późniejszym przewlekłym zaburzeniom. Leczenie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży zawsze musi mieć charakter kompleksowy i obejmować:

* Leczenie farmakologiczne, jeśli lekarz uzna za uzasadnione.
* Oddziaływania psychoterapeutyczne.
* Oddziaływania psychoedukacyjne.

W przypadku niezbyt nasilonych objawów i przy jednocześnie nieznacznie obniżonym funkcjonowaniu, szczególnie w odniesieniu do małych dzieci, podstawowymi formami pomocowymi powinny być oddziaływania psychoterapeutyczne takie, jak:

* Psychoterapia indywidualna.
* [Psychoterapia rodzinna](https://salusprodomo.pl/offers/psychoterapia-zatrudnienie-wspomagane/terapia-rodzinna/).
* Trening umiejętności społecznych.

Za najbardziej efektywną terapią indywidualną dla dzieci i młodzieży uznaje się psychoterapią behawioralną. Dla starszych dzieci i młodzieży terapię poznawczo-behawioralną i psychodynamiczną. Systemowa psychoterapia rodzinna powinna być podstawową formą pomocową w przypadku dzieci i młodzieży. Istotne są treningi umiejętności społecznych. Według Raportu Rzecznika Praw Dziecka, pomimo wyraźnie nasilonego wzrostu liczby dzieci z zaburzeniami odżywiania (anoreksja, bulimia), zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi, podejmującymi próby samobójcze lub zamierzone samookaleczenia, czy wzrostu uzależnień opieka psychiatryczna koncentruje się jedynie na leczeniu szpitalnym. Brakuje systemowych programów leczenia ambulatoryjnego.